



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN PSIHIČNE PODPORE MEDICINSKIH
SESTER PRI ASTMI**

**THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL
SUPPORT OFFERED BY NURSES TO
ASTHMA PATIENTS**

Mentorica: Marta Smodiš, pred.

Kandidatka: Klementina Godec

Jesenice, avgust, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici ge. Marti Smodiš, pred. za strokovno vodenje pri pripravi diplomskega dela.

Iz srca sem hvaležna svoji družini, očetu, mami, bratu, fantu Urošu, zlatemu sinku Jakobu in mojim najboljšim prijateljem, ki so mi vso študijsko obdobje stali ob strani in mi vlivali upanje v dosego svojih ciljev. Hvala, da ste me spodbujali in bodrili, ko sem to najbolj potrebovala. Brez vas mi ne bi uspelo.

Hvala tudi recenzentoma naloge doc. dr. Saši Kadivec in mag. Branku Bregarju, pred.
Hvala tudi recenzentki Damjani Hundrić.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Dobra psihična podpora, ki jo pacientom z astmo nudijo medicinske sestre, je za bolnike ključnega pomena.

Cilj: Ugotoviti odziv pacienta na diagnozo astma, kdo nudi psihično podporo, počutje pacienta ob poslabšanju astme, pomen, pristop, način izvedbe psihične podpore pri pacientu z astmo. Dognati, če optimistično vedenje izboljša rezultate zdravljenja pri pacientih z astmo in načine izboljšave v zdravstveni negi.

Metoda: Raziskava temelji na metodi empiričnega kvalitativnega raziskovanja. Polstrukturirani intervjuji so bili izvedeni s tremi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v pulmološki in alergološki ambulanti ter na negovalnem oddelku, in tremi namensko izbranimi pacienti z astmo na oddelku in v ambulanti. Intervjuji so bili posneti, narejeni prepisi in kvalitativno vsebinsko analizirani.

Rezultati: Analiza intervjujev je identificirala tri kategorije, za medicinske sestre dve, za paciente eno. Kategorija »Pacienti z astmo in duševno zdravje« ima podkategorije: »Odziv na diagnozo astma«, »Podpora pri zdravljenju«, »Zdravstveno vzgojno delo« in »Izboljšave v zdravstveni negi«. Naslednja je namenjena medicinskim sestram: »Pomoč medicinskih sester pacientom z astmo«, s podkategorijami »Pomoč pacientu pri zdravljenju astme«, »Pristopi in načini psihične podpore« in »Delo multidisciplinarnega tima«. Kategorija »Metode dela medicinskih sester pri pacientu z astmo«, ima podkategoriji: »Astma šola in zdravstveno vzgojno delo« in »Izboljšave v zdravstveni negi«.

Razprava: Nudjenje psihične podpore pri pacientih z astmo je ključnega pomena pri delu medicinskih sester, kar je pokazala tudi naša raziskava. Pacienti v intervjujih izpostavljajo pomanjkanje časa medicinskih sester, pogrešajo zaupanja vredno osebo, na katero se lahko obrnejo v bolnišnici in doma. Medicinske sestre so izpostavile pomanjkanje časa za celostno obravnavo pacientov z astmo, preobremenjenost na delovnem mestu in pomanjkanje znanja na področju psihične podpore.

Ključne besede: pacient, zdravstveno vzgojno delo, astma šola

SUMMARY

Background: For asthma patients good psychological support by nurses is essential.

Goals: The goal was to determine patients, response to an asthma diagnosis, the provider of psychological support, patients, wellbeing when asthma deteriorates, the importance, approach, and manner of implementation of psychological support for asthma patients, ways to improve nursing, and if optimistic behaviour affects treatment outcomes in asthma.

Methods: The study is based on the method of empirical qualitative research. Semi-structured interviews were carried out with three nurses, employed in the allergy and pulmonary clinic and the nursing ward. The second part of the interviews was carried out in the nursing ward and in the clinic where three patients were purposively selected. The interviews were transcribed and qualitatively analysed with categories and subcategories.

Results: The analysis of the interviews identified three categories, two for nurses and one for patients. The category: »Patients with asthma and mental health« has the following subcategories: »Response to asthma diagnosis«, »Support during treatment«, »Health education work« and »Improvements in nursing care«. The first of the two categories for nurses was: »The support provided by nurses to asthma patients« , with the following subcategories: »Helping the patient with asthma treatment«, »Approaches and methods of psychological support« and »The work of a multidisciplinary team«. The second category was »Work methods of nurses when treating an asthma patient« with the following subcategories: »Asthma workshop and health education work« and »Improvements in nursing care«.

Discussion: Providing psychological support to asthma patients is essential in nursing, which is demonstrated by our research. The interviewed patients highlighted that nurses lack the time to interact and the lack of a trustworthy person to whom they can turn to during their hospital stay and at home. Nurses have highlighted the lack of time for comprehensive treatment of asthma patients, excessive workloads and the lack of knowledge in the field of psychological support.

Keywords: patient, health education work, asthma workshop

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	ASTMA	3
2.1.1	Znaki astme in astmatičen napad	3
2.1.2	Zdravljenje astme	4
2.1.3	Otroci, najstniki in astma	8
2.1.4	Poklicna astma	9
2.1.5	Astma in starostniki	10
2.1.6	Astma v Sloveniji	11
2.1.7	Življenje z astmo	12
2.1.8	Zdravstveno vzgojno delo in astma šola	13
2.2	PSIHIČNA PODPORA PRI ASTMI	15
2.2.1	Psihološke značilnosti pacientov z astmo	16
2.2.2	Psihološke terapije za izboljšanje astme	18
2.2.3	Pomoč svojcev	19
2.2.4	Komunikacija s pacientom	20
3	EMPIRIČNI DEL	21
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	21
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	21
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis merskega instrumenta	22
3.3.3	Opis vzorca	23
3.3.4	Opis poteka in obdelave podatkov	23
3.4	REZULTATI	24
3.5	RAZPRAVA	36
4	ZAKLJUČEK	42
5	LITERATURA	43
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	
6.1.1	Privolitev	
6.1.2	Izjava raziskovalca	
6.1.3	Intervju	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pacienti z astmo in duševno zdravje.....	26
Tabela 2: Pomoč pacientom z astmo	30
Tabela 3: Metode dela medicinskih sester pri pacientu z astmo	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Vprašalnik o nadzoru nad astmo (ACT)	5
Slika 2: Prikaz kategorij in podkategorij	25

1 UVOD

Vrabič Kek (2012) navaja, da je kakovost življenja povezana z občutkom zadovoljstva s svojim lastnim življenjem. Emocionalni, mentalni, psihološki, socialni in vedenjski dejavniki so med sabo povezani. Vsi ti dejavniki imajo velik vpliv na zdravje. Nanj dokazano vplivajo pozitivno mišljenje, pozitivno emocionalno stanje, pogovor in socialna podpora (Starc, 2007).

Po oceni Svetovne zdravstvene organizacije naj bi imelo astmo 235 milijonov ljudi na svetu (Global Asthma Network, 2014). Astma je pogostejša je v razvitih, zahodnih državah, pojavnost astme v razvijajočih državah pa je še v porastu (Kotnik Pirš & Krivec, 2015).

Pacienti, ki imajo astmo, so lahko zaradi diagnoze bolj zaskrbljeni in občutljivi kot zdravi ljudje. Pri takih pacientih je nujna sprostitev, zato je dobro poznati in izvajati različne tehnike dihanja, jogo in meditacijo (Remic, 2012). Zurko (2012) navaja, da ne glede na individualne okoliščine, lahko astma vodi v psihološke težave. Najpogosteje se astma začne v prvih desetih letih življenja. Večkrat se pojavi pri tistih otrocih, ki bolehalo za alergijami. Astmo pogosteje najdemo pri dečkih kot pri deklicah. Ko se pojavi puberteta, se astma običajno prepolovi, zaradi česar je med odraslimi kasneje več žensk kot moških (Rakovec Fleser, 2009).

Pri otrocih, ki živijo v prostorih, kjer so prisotni vlaga, plesen, pršice, hišne živali in kjer starši kadijo, je velika možnost, da se razvije astma. Tisti otroci, ki so izpostavljeni alergenom, so dovzetnejši za nastanek astme v primerjavi z ostalimi otroki (Soto Ramirez, 2013).

Corrigan (2009) s sodelavci navaja, kaj je bistvo zdravljenja astme. Po njihovo je to uporaba čim manjše količine zdravil, ki je potrebna za doseg odprte dihalne poti in zmanjšanje trajnega vnetja, ki pa je značilni znak astme. Astma lahko vodi delovne aktivne ljudi v težke situacije (zamenjava delovnega mesta). Različni čustveni pretresi, razburjenja ali razočaranja tako lahko vodijo v poslabšanje astme (Morgan, 2013).

Namen diplomskega dela je raziskati vlogo psihične podpore, ki jo nudijo medicinske sestre pacientom z astmo. Ugotoviti želimo, kako se pacienti odzovejo na diagnozo astma, njihova stališča do zdravljenja, ter pristope in načine izvedbe psihične podpore pri pacientu z astmo ter kje medicinske sestre vidijo priložnosti za izboljšave na tem področju. O psihični podpori pacientom s strani medicinskih sester bi bile potrebne nadaljnje raziskave, kjer bi raziskovali to področje pri pacientih z astmo že v otroštvu.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ASTMA

Začetek astme je povezan z različnimi dejavnostmi življenjskega sloga, genetsko preddispozicijo in izpostavljenostjo pacienta škodljivemu okolju (Myers & Tomasio, 2011). Pacienti z astmo so občutljivi na okužbe z respiratornimi virusi, posledično pa se poveča število akutnih poslabšanj dihanja (Skerbinjek Kavalarič & Krajnc, 2008).

Za pacienta, ki ima kronično bolezen - astmo, je zelo pomembno, da se nauči načel samozdravljenja. To je edini način, ki omogoči uspešno kontrolo bolezni. Pacient se v pogovoru z zdravnikom in medicinsko sestro nauči, kaj je astma, kaj jo povzroči, kaj poslabša in kako bi lahko preprečil njeno poslabšanje ali jo ublažil (Kadivec, 2011).

2.1.1 Znaki astme in astmatičen napad

Šuškovič (n. d.) navaja znake bližajočega se astmatičnega napada: težko dihanje, kašelj, tiščanje v prsah in piskajoče dihanje. Zanje so značilna tudi nočna dušenja ali nočni kašelj, ki se najpogosteje pojavlja med 3. in 4. uro zjutraj. Jutranji kašelj ali jutranja kratka sapa, težka sapa, pa se pojavljata ob telesnih obremenitvah. Ob vnetju dihal se poslabša tudi astma. Škrbat Kristan (2012) opisuje poslabšanje astme, ki se pokaže kot vnetje z zelo intenzivnimi simptomi, poslabšanjem pljučne funkcije in povečanjem variabilnosti. Hudo poslabšanje astme lahko celo ogrozi življenje. Astma se večinoma poslabša zaradi virusne okužbe dihal, zlasti okužbe z rinovirusi. Pri astmi se poslabša pljučna funkcija in poveča uporaba olajševalnih zdravil.

Astmatični napad, ki ga povzroči alergen, lahko povzroči spremembo v dihanju. Dihanje se med napadom pospeši in je težje. Nemalokrat je pacientov govor težak ali celo onemogočen. Pojavi se lahko tudi modrikavost ustnic, kar je posledica znižanja ravni kisika v krvi. Astma je lahko dedno obolenje, možno pa je tudi, da v družini pred tem nihče ni zbolel zanjo (Allergy Asthma Information Association, 2014). Poslabšanje astme lahko sprožijo različni dejavniki. Med najpogostejšimi so: dezodoranti, proizvodi za čiščenje, tobačni dim in stres. Stanje lahko poslabšajo med drugim tudi izpušni plini tovornih vozil in avtomobilov, pesticidi, parfumi, intenzivna športna aktivnost in

nekatera zdravila (American Thoracic Society, 2013). Pacient z astmo lahko ob napadu ostane brez sape, pojavijo se lahko še sopenje, nemir in utrujenost (Corrigan, 2009).

2.1.2 Zdravljenje astme

Medicinske sestre posebno pozornost namenjajo anamnezi, še posebej takrat, ko pacient navaja poslabšanje zdravstvenega stanja ponoči ali zgodaj zjutraj ter omenja sproženje simptomov ob telesni vadbi, virusnih infekcijah in alergijah. Zato je potreben individualni pristop (McCormack, & Enright, 2008). Vnetje je pri pacientu z astmo škodljivo, zato ga je potrebno zavirati. To lahko storimo tako, da odstranimo moteče alergene in dražljivce iz okolja. Z zdravljenjem astme ne pozdravimo dokončno, z njimi jo le nadzorujemo. Če bi pacient po svoji volji opustil protivnetna zdravila, je povrnitev astme možna skoraj v 100 % (Šuškovič, n.d.).

Pri obravnavi pacienta z astmo je pomembna ocena urejenosti astme. Ko je astma dobro urejena, omogoča življenje brez motečih dnevnih ali nočnih simptomov. Tako se lahko pacienti aktivno vključujejo v življenje, ne da bi jih pri tem ovirali napadi astme. Obstaja več vprašalnikov za klinično oceno urejenosti astme, med katere spada tudi vprašalnik ACT (Asthma control Test) (Petek, 2010). Če je rezultat vprašalnika ACT 25 točk, ima pacient popoln nadzor nad astmo. Rezultat od 20 do 24 točk pomeni, da je imel pacient dober nadzor, lahko pa s pomočjo zdravnika in medicinske sestre doseže popoln nadzor. Rezultat, ki pomeni, da pacientu z astmo ne gre najbolje, je pri nadzoru nad astmo z manj kot 20 točk. Pri tem je pomembno, da mu zdravnik ali medicinska sestra pomagata z nasveti, kako nadzor nad astmo izboljšati (Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011).

Vprašalnik o nadzoru nad astmo (ACT™)

Naslednji vprašalnik lahko ljudem z astmo (starejšim od 12 let) pomaga ugotoviti, kakšen nadzor nad astmo imajo.

Prosimo vas, da pri vsakem od petih vprašanj obkrožite ustrezno številko.

Rezultat o stopnji nadzora nad astmo izračunate tako, da seštejete številke, ki ste jih obkrožili pri vsakem od vprašanj. Rezultate preglejte skupaj z zdravnikom ali medicinsko sestro.

Obrnite list in poglejte, kaj pomeni vaš rezultat.

Izmerite svoj nadzor nad astmo

Izmerite svoj nadzor nad astmo

Korak 1: Obkrožite številko pri vsakem vprašanju in jo prepisite v kvadratke na desni na koncu vrstice. Prosimo vas, da odgovarjate, kar se da odkrito. To bo pomagalo vam in vašemu zdravniku pri ocenitvi vaše astme.



↓

TOČKE

Koliko časa vam je v zadnjih 4 tednih astma onemogočala, da bi v službi, šoli, univerzi ali doma izvajali svoje običajne aktivnosti?

Vprašanje 1

Yes čas	1	Večino časa	2	Večkrat časa	3	Nikoli časa	4	Nič časa	5	
---------	---	-------------	---	--------------	---	-------------	---	----------	---	--

Kolikokrat ste v zadnjih 4 tednih imeli kratko sapo?

Vprašanje 2

Več kot enkrat na dan	1	Enkrat na dan	2	3 do 5 krat na teden	3	Enkrat do dvakrat na teden	4	Nikoli	5	
-----------------------	---	---------------	---	----------------------	---	----------------------------	---	--------	---	--

Kolikokrat v zadnjih 4 tednih so vas ponikli ali zgodaj zjutraj zbudili simptomi astme (piskanje, kašelj, dušenje, stiskanje ali bolečina v prsih)?

Vprašanje 3

4 ali več noči na teden	1	2 do 3 noči na teden	2	Enkrat na teden	3	Enkrat ali dvakrat	4	Nikoli	5	
-------------------------	---	----------------------	---	-----------------	---	--------------------	---	--------	---	--

Kolikokrat ste v zadnjih 4 tednih uporabili olajševalec v pršilu ali inhalaciji (kot so Ventolin®, Berotec® in Berodual®)?

Vprašanje 4

3 krat ali večkrat na dan	1	1 ali 2 krat na dan	2	2 ali 3 krat na teden	3	Enkrat na teden ali manj	4	Nikoli	5	
---------------------------	---	---------------------	---	-----------------------	---	--------------------------	---	--------	---	--

Kako bi ocenili vaš nadzor nad astmo v zadnjih 4 tednih?

Vprašanje 5

Sploh nisam imel nadzora	1	Slab nadzor	2	Dokaj dober nadzor	3	Dobro nadzor	4	Popoln nadzor	5	
--------------------------	---	-------------	---	--------------------	---	--------------	---	---------------	---	--

Korak 2: Seštejte točke v rumenih kvadratih.

Korak 3: Obrnite list in poglejte, kaj pomeni vaš rezultat.

SKUPNJI REZULTAT

Slika 1: Vprašalnik o nadzoru nad astmo (ACT)

(Vir: Susič, et al., 2010, p. 51)

Za paciente, ki imajo astmo, se priporoča pregled pri zdravniku vsaj enkrat letno. Pregled naj bi vključeval merjenje trenutnih simptomov, snemanje maksimalne ekspiratorne vrednosti pretoka, spirometrijo, ter preverjanje skladnosti zdravil (Cowling, et al., 2011). Kazalci dobrega nadzora astme so minimalni simptomi med dnevom in nočjo, minimalna potreba predpisanih zdravil in bolezensko stanje brez poslabšanj med obremenitvami (športna aktivnost) (Group Health Cooperative, 2015).

Bolezen razdelimo na tri fenotipske oblike, od katerih je odvisno zdravljenje. Bolezen je lahko: dobro kontrolirana, delno kontrolirana in nekontrolirana (Skerbinjek Kavalar & Krajnc, 2008). Ob ugotovljeni slabi urejenosti astme je potrebno preveriti pacientovo samostojnost pri jemanju zdravil, pravilno tehniko jemanja zdravil in dejavnike, ki bi lahko vplivali na učinkovitost zdravljenja. Mednje prištevamo: kajenje, izpostavljenost alergenom in uporaba antagonistov adrenergičnih receptorjev. Šele nato lahko povečujemo odmerek inhalacijskih glukokortikoidov ali pa dodajamo zdravila. Ob ugotovljeni dobro urejeni astmi odmerek inhalacijskih glukokortikoidov počasi zmanjšujemo. Pri tem pazimo na poslabšanja astme v zadnjem letu, težo pacienta, značilnosti astme in neželene učinke zdravil (Toni, et al., 2012). Pacienti, ki obolevajo

za blago / zmerno astmo je priporočljivo izvajanje vsakodnevnih aktivnosti (Remic, 2012).

Glede na prisotnost alergij ločimo tudi:

- ekstrinzično - zunanjo astmo, kjer je dokazana alergija in ima vzrok v zunanjem dejavniku,
- intrinzično - notranjo astmo, kjer ni ugotovljena preobčutljivost in vzroka ne poznamo in
- mešano astmo, ki jo sprožijo tako alergije kot ne alergijski dejavniki. Lahko jo sproži alergija na travo in drevesni pelod, toda simptomi so navzoči tudi pozimi, ko peloda ni (Corrigan, et al., 2009).

Zdravila za zdravljenje astme uvrščamo med preprečevalce (delujejo protivnetno in dolgoročno preprečujejo vnetno brazgotinjenje dihalnih poti) in olajševalce (s sproščanjem mišic sapnic ponovno razširijo dihalne poti in na tak način olajšajo dihanje) (Fayers & Machin, 2007).

Inhalacijski glukokortikoidi so poglavitna zdravila za zdravljenje astme. Zgoden začetek zdravljenja z njimi preprečuje vnetne spremembe in trajno zaporo dihalnih poti. Učinek se doseže po nekaj mesecih. Zelo pomembno je, da se zdravila jemljejo redno in pravilno. Prav tako je pomembno, da se ne opustijo samovoljno. Zdravila se vdihujejo iz vdihovalnika v obliki aerosola ali prahu. Peroralni glukokortikoidi se predpisujejo ob težjih oblikah astme ali v zdravljenju akutnih poslabšanj astme. Naloga antilevkotrienov je, da zavira nastajanje vnetnih mediatorjev - levkotrienov. Predpisujejo se peroralno, kot začetna terapija na novo odkrite astme ali v kombinaciji z inhalacijskimi glukokortikoidi za težje zdravljeno astmo (Fayers & Machin, 2007).

Pljučno zmogljivost oziroma zaporo dihal ocenjujemo z merjenjem največjega pretoka zraka pri forsiranem izdihu, ki ga označujemo s kratico PEF (angl. peak expiratory flow). Merimo ga z merilniki pretoka ali PEF-metri. To so majhne, prenosne naprave, s katerimi lahko pacienti izmerijo PEF kadarkoli in kjerkoli. Po navadi si pacienti PEF zmerijo zjutraj, še preden vzamejo zdravila za astmo, in zvečer pred spanjem, nekaj dni zaporedoma. Ključnega pomena je pacientovo beleženje rezultatov (Šuškovič, 2010).

Šuškovič (n. d.) opredeljuje samozdravljenje kot samostojnost pacienta, da se v primeru poslabšanja astme začne zdraviti sam. Tak pacient naj bi sam ocenjeval težavnost poslabšanja. Zaželeno je, da čim prej po poslabšanju astme poišče zdravnika. Zdravnik in pacient skupaj izpolnita pisni načrt o samozdravljenju ob poslabšanju astme. Prvi ukrep je merjenje PEF-a in inhalacija olajševalca kratkodelujočega bronhodilatatorja. Samozdravljenje je pomembno pri vseh pacientih s kronično boleznijo, prav tako pa je pomembno izobraževanje pacienta o samozdravljenju in nadzoru astme. Če so simptomi astme pod nadzorom, bo imel pacient manj poslabšanj, večjo kakovost življenja, manj stroškov, manj obolevnosti in manjše tveganje za smrt zaradi astme (Jones, 2008).

Za pacienta z astmo je pomembno to, da se nauči načel samozdravljenja. Tak način zdravljenja nudi uspešno kontrolo nad boleznijo. Pri samozdravljenju se pacient s pogovorom z zdravnikom ali medicinsko sestro nauči, kaj pomeni diagnoza astma, spozna njene povzročitelje, kaj astmo poslabša, kako se lahko prepreči in kako ublaži in zdravi. S samozdravljenjem lahko astmo dobro nadzorujemo. Zavedanje, da samozdravljenje ne pomeni, da je bolnik prepuščen samemu sebi, ampak da je v stiku z zdravnikom ali medicinsko sestro, je pri pacientih z astmo še kako pomembno (Kadivec, Košnik, 2006, cited in Štruc, 2014, pp. 175-176). Štruc (2014) opozarja, da samostojnost pacienta za samozdravljenje astme ne pomeni, da bo pacient celotno obdobje poslabšanja astme prebrodil sam. To pomeni, da se pacient ob poslabšanju stanja zdravi sam, pri tem pa je pomembno, da v roku enega dneva obiše svojega zdravnika. Prav tako pacient ve, kako odreagirati v najhujših poslabšanjih, takrat je nujna bolnišnična obravnava.

Znanja, ki jih pacient z astmo potrebuje za samozdravljenje:

- pacient bo prepoznal znake poslabšanja astme,
- obvladal pravilno tehniko jemanja zdravil (tudi PEF),
- prav tako bo poznal razliko med preprečevalci in olajševalci,
- sledil bo pisnemu načrtu samozdravljenja in
- znal pravilno ukrepati ob zgodnjih znakih bolezni (Kadivec, 2011).

V raziskavi, ki je potekala med septembrom in oktobrom 2014 ter februarjem in marcem 2015 v 16 lekarnah po Sloveniji, je Locatelli (2016) s sodelavci k sodelovanju

povabil paciente, ki so imeli predpisano najmanj 1 zdravilo za zdravljenje astme v peroralni ali farmacevtski obliki za inhaliranje in je bilo namenjeno redni uporabi in je bilo predhodno izdano vsaj enkrat. V analizo je bilo vključenih 208 pacientov, od tega je bilo 58,7 % žensk. V raziskavo so bili vključeni pacienti, starejši od 12 let. Kadilcev je bilo 19,3 % . Raziskava je pokazala, da je po kriterijih Vprašalnika o nadzoru nad astmo (ACT) le petina pacientov (21 %) imela popoln nadzor nad astmo (seštevek točk ACT je 25), 42% jih je imelo dober nadzor (rezultat ACT je od 20 - 24). Zaskrbljujoče je, da je tretjina pacientov (37 %) (ACT je manj kot 20) sploh ni imela nadzora nad astmo. Med dejavniki, ki so vplivali na nadzor astme, so bili višja izobrazba, kar pomeni: višji nivo izobrazbe je povezan z boljšim nadzorom; in kadilski status, kar pomeni: kadilci so imeli slabši nadzor nad astmo; število sočasnih zdravil (pacienti z večjim številom sočasnih zdravil so imeli slabšo kakovost življenja), poslabšanje astme, kar pomeni slabša kakovost življenja in sodelovanje pacientov pri zdravljenju z zdravili.

2.1.3 Otroci, najstniki in astma

V Združenih državah Amerike otroci z astmo zamudijo več kot 14 milijonov šolskih dni na leto (Kessler, 2011).

Boulet (2008) s sodelavci navaja, da ko majhnemu otroku zdravniki diagnosticirajo astmo, odgovornost za skrb in nego otroka prevzamejo starši. Otrokova lastna odgovornost za svoje lastno zdravje je odvisna od njegovih let. Ko pa dosežejo puberteto, imajo občutek, da težje upravljajo svoje kronične težave. Za uspešno zdravljenje otroka z astmo je potrebno oceniti njegovo psihično stanje, obnašanje v domačem okolju, v šoli in med prijatelji. V primeru slabega obrambnega mehanizma imajo pri obnašanju veliko vlogo družinske situacije in psihološke karakteristike staršev. Zelo pomembni pri tem so programi, kot so na primer astma šola, individualne in skupinske terapije, ki jih vodi psiholog - psihoterapevt. Te dejavnosti lahko znatno pripomorejo k izboljšanju astme (Medicinski portal, 2008).

Prav zaradi povečanega števila otrok z astmo se je Egginton (2013) s sodelavci odločil raziskati psihično podporo pri šolskih otrocih, ki boleajo za astmo. Raziskava je potekala v Minnesoti od februarja 2011 do maja 2012. Raziskovali so psihično podporo

šolskim otrokom po šolah. Raziskava je pokazala, da šolsko osebje in starši priznavajo, da se lahko astma dobro nadzoruje dan pred napadom in dan po njem. Zaposleni v šolah so se zato odločil, da bodo pomagali bolnim otrokom tako, da bodo izdelali brošure, ki bodo zagotovile dovolj pomembnih informacij, kaj naj naredijo otroci ob napadu astme in kako lahko pomagajo drugi, ki so v njihovi neposredni bližini. Informacije so podali na takšen način, da so jih razumeli tudi laiki in ne samo zdravstveno in šolsko osebje.

2.1.4 Poklicna astma

Pri poklicni astmi je zelo težko govoriti o dejanski poklicni bolezni, saj njeno pojavljanje ne prepisujemo le delu. Lahko le ugotavljamo, da ima človek, ki je bil izpostavljen določeni koncentraciji škodljive snovi določeno časovno obdobje, določeno tveganje, da je bila bolezen pretežno pogojena zaradi specifične izpostavljenosti neki snovi (Biban, 2007). Poklicna astma označuje bolezen, ki se poslabšuje zaradi izpostavljenosti alergenom ali dražečim kemikalijam na delovnem mestu. Na poklicno astmo se posumi, ko se njeni simptomi izboljšajo v času, ko so zaposleni na dopustu (Barnes, 2012).

Diagnoza poklicne bolezni:

- potrebno je delavca odstraniti iz območja, ki mu je bolezen povzročilo, kar velja tudi za druge bolezni povzročene z delom,
- ima polno nadomestitev osebnih dohodkov v primeru zdravljenja ali rehabilitacije zaradi poklicne bolezni,
- ima pravico do odškodnine (Dodić Fikfak & Franko, 2007).

Večina delavcev razvije poklicno astmo v 1. ali 2. letu izpostavljenosti. Če delavci, kljub temu da so astmo odkrili, vztrajajo v svojem poklicu, se jim stanje dejansko poslabšuje. Dejavniki, ki vplivajo na morebitno ozdravitev poklicne astme, so: trajanje simptomov, stopnja težavnost astme, stopnja okvare pljučne funkcije in stopnja bronhialne preodzivnosti. Avtor navaja, da dolžina zaposlitve ne vpliva na izid poklicne astme, tudi če odstranimo vzročne alergene. Pomembno je, da se zavemo pomembnosti zgodnjega odkrivanja poklicne astme, saj se lahko poklicna astma konča s smrtnim izidom (Šuškovič, 2007).

V raziskavi, ki so jo izvedli v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, so med oktobrom 2003 in septembrom 2006 v Pulmološki ambulanti obravnavali paciente z diagnosticirano astmo in sumom na poklicno astmo. V raziskavi je sodelovalo 1482 povabljenih pacientov, od tega je imelo 34 pacientov sum na poklicno astmo. Zanimivo je, da je bilo največ pacientov (7) zaposlenih v elektronski industriji, kjer najdemo alergene: epoksi smole, topila, pline in aerosole, ki nastajajo pri spajkanju. Po opravljenih vbodnih kožnih testih in merjenju PEF-a je bili v treh primerih utemeljen sum na poklicno astmo, v dveh primerih pa je bil izpostavljen rinitis na delovnem mestu. 13 pacientov je še vedno v diagnostičnem postopku. Iz raziskave je razvidno, da dejansko odkrijemo in obravnavamo zelo malo pacientov s poklicno astmo. Vzrokov za to je lahko več in jih najdemo pri: regijski omejitvi napotitve pacientov, nepozornosti ob jemanju delovne anamneze (še posebej glede izpostavljenost na delovnem mestu), lahko pa najdemo vzrok tudi pri nestandardiziranih postopkih obravnave pacientov s sumom na astmo, povezano z delom (Mohorič, 2007).

Zelo pomembna razlika med poklicno in nepoklicno astmo je, da je poklicna astma ozdravljiva. Zdravljenje poklicne astme pa je povsem enako kot pri drugih oblikah astme (Biban, 2007).

2.1.5 Astma in starostniki

Meden Vrtovec (2011) je definirala staranje kot upadanje sposobnosti reagiranja na stres, povečano tveganje za nastanek kroničnih bolezni ter homeostatsko neravnovesje. Leta 2000 je bilo število oseb, starejših od 60 let, 605 milijonov po vsem svetu. Število starejših ljudi naj bi do leta 2050 naraslo na 2 milijardi. Prvič v zgodovini človeštva bo populacija starejših nad 60 let višja od otroške populacije (Chop & Robnett, 2010).

Bellia (2007) s sodelavci navaja, da ima kar 7–8 % ljudi, starejših od 65 let, astmo. Mušič (2008) navaja, da se nova astma, pridobljena pri starejših ljudeh, ne obnaša tipično, zato se velikokrat spregleda. Poslabšanje take astme poveča tveganje smrti zaradi astme v kombinaciji s komorbidnostmi, ne pa zaradi astme same. K slabemu izidu prispevajo med drugim tudi: starost, srčno-žilne bolezni, podhranjenost, duševne spremembe, depresija in motena pljučna funkcija. Da starostnikom pomagamo in

olajšamo astmo, je pomembno, da ne pozabimo na obnavljanje astma šole. Pomembno je tudi, da paciente vselej nazorno poučujemo o novih zdravilih in režimu inhaliranja (Goemann & Douglas, 2007).

2.1.6 Astma v Sloveniji

Šiškovič (2011) je s sodelavci med decembrom 2007 in marcem 2008 raziskoval prevalenco astme odraslih v Sloveniji. V telefonski raziskavi je sodelovalo 185 oseb, starih med 18 in 65. let. Rezultati so pokazali, da je prevalenca astme pri nas med 18 in 65 leti 16 %. Avtorji navajajo, da so v raziskavo vključili le osebe, mlajše od 65 let, čeprav se zavedajo, da je astma pogosta tudi pri starejših. Prav tako so zaradi telefonskega anketiranja mogoče bili neustrezno anketirani starejši (zaradi naglušnosti). V raziskavo so vključili le 6,6 % celotnega prebivalstva, zato so morali opraviti še populacijsko raziskavo na reprezentativnem vzorcu.

Po podatkih iz leta 2002 je v Sloveniji okoli 15 % otrok z astmo (Agencija Republike Slovenije za okolje, 2014). Število sprejemov v bolnišnico zaradi astme je nizko, kar kaže na to, da so otroci z astmo v Sloveniji dobro vodeni ambulantno in prejemajo ustrezno terapijo (Agencija Republike Slovenije za okolje, 2015).

Šuškovič (2008) je v raziskavi, ki je bila izvedena med oktobrom 2005 in marcem 2006, raziskoval paciente z astmo, za katere so zdravniki ob pregledu ugotovili kazalce neurejenosti astme. Rezultati raziskave so pokazali, da je v Sloveniji veliko pacientov z nenadzorovano astmo. Koren (2011) je raziskoval pojavnost astme med ljudmi v koroški regiji. Raziskava je potekala med decembrom 2008 in marcem 2009. Sodelovalo je 687 oseb, starih od 18 do 65 let. Prevalenco astme je avtor raziskoval s pomočjo anketnega vprašalnika, na katerega so anketiranci odgovarjali z da ali ne. Na vprašanje v zvezi s športno aktivnostjo so anketiranci odgovorili, da najtežje izvajajo tek navzgor ali po stopnicah ter hojo navkreber ali po stopnicah. V raziskavi so ugotovili, da se po kadilskih navadah pacienti z astmo niso statistično razlikovali od zdravih anketirancev. Kadilo je okrog 25 % pacientov z astmo. Tisti, ki so kadili, so potrebovali za ureditev astme nekajkrat večje odmerke protivnetnih zdravil. Dejstva, ki so vplivala na rezultate raziskave o pojavnosti astme v koroški regiji:

- Manjše število prebivalcev na koroškem. V tem delu najdemo rudarstvo in nevarne težke kovine, črno metalurgijo in ekološko sporno predelovalno industrijo. Vse to prispeva k visokemu odstotku prevalence astme in
- Veliko priseljencev na koroškem. Tudi ta dejavnik prispeva k višji splošni obolevnosti in tudi za astmo (Koren, 2011).

2.1.7 Življenje z astmo

Zurko (2012) navaja, da je vpliv astme lahko večji, kot si lahko predstavljamo. Astma nima vpliva le na dihanje, ampak tudi na način življenja. Težave, ki nastopijo z diagnozo astme, lahko vplivajo na celo družino. Axelsson (2009) s sodelavci navaja, da na osebnost pacienta z astmo vplivajo misli, čustva in občutki, ki obdajajo paciente z astmo. V raziskavi Asthma Society of Ireland (2014) so ugotovili, da si anketirani pacienti z astmo v prvi vrsti prizadevajo za ohranitev dobrega počutja. Ugotovljeno je bilo, da ima slabo telesno zdravje vpliv na življenje doma, saj so po njihovem mnenju domača opravila težko izvedljiva, predvsem zaradi prahu, topil, čistil, ki močno poslabšajo astmo. Zaradi tega so imeli pacienti z astmo občutke zapostavljenosti in manjvrednosti.

Južnič Sotlar (2010) navaja, da je vpliv astme na vsakdanje življenje precejšen. Raziskava, ki jo je izvedel Astma in Real Life, je pokazala, da 95 % pacientov z astmo živi tako, kot jim narekujejo simptomi. Paciente velikokrat simptomi astme prebujajo ponoči ali povzročajo nemir čez dan. 80 % anketiranih meni, da se zaradi astme ne morejo ukvarjati s športom, astmatični napadi pa so lahko problem v družabnih situacijah. Prav tako so navajali občutke socialne izoliranosti in osamljenosti, ki so jo bili deležni zaradi simptomov astme. Raziskava je pokazala, da 1/3 pacientov astma omejuje pri iskanju zaposlitve, prav toliko pacientov pa bi bilo pripravljeno spremeniti svoje vedenje, da bi se izognili situacijam in dejavnostim, ki poslabšajo njihovo stanje.

Odvisnost posameznika se kaže predvsem v njegovem odzivu na trenutno stanje ter ob odreagiranju na spremembe simptomov določene bolezni. Pomanjkanje znanja s področja zdravstvene nege in podpore zmanjša uspešnost samooskrbe (Cowling, et al., 2011). Primanjkljaj samooskrbe medicinska sestra 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 (Bolčević, 2010).

Eichenberger (2013) s sodelavci poudarja, da ob uspešno zdravljeni astmi ni potrebno omejevati telesne aktivnosti. Če je pacient z astmo redno telesno aktiven, celo pripomore k izboljšanju simptomov astme in izboljšanju kvalitete življenja. Tudi Remic (2012) se strinja s temi trditvami in dodaja, da mora biti okolje, kjer se izvaja telesna aktivnost astmatika, čisto in toplo. Ta bi se naj izvajala na prostem v dopoldanskih/jutranjih ali poznopopoldanskih/večernih urah. Pri tem je zelo pomembno, da astmatik pozna dejavnike, ki mu povzročijo poslabšanje (cvetni prah). Pacient z astmo se mora izogibati okolju, kjer se lahko pojavita smog ali prah, poleti pa je priporočljivo spremljanje koncentracij ozona v ozračju. Primerne so tudi aktivnosti v vodi (plavanje, veslanje, jadranje), saj ima takšno okolje dovolj vlage in malo prahu.

Corrigan (2009) s sodelavci opozarja, da lahko prekomerna telesna teža (indeks telesne mase 25 ali več) poveča tveganje za razvoj astme. Pri debelosti je problem, da maščoba okoli trebuha preprečuje, da bi se pljuča popolnoma razprla, trebušna stena pa spustila, saj se mora boriti z maščevjem.

2.1.8 Zdravstveno vzgojno delo in astma šola

Izvajalec zdravstvene vzgoje seznanja pacienta o kroničnem poteku astme, o načinih obvladovanja bolezni, poslabšanjih ter zapletih. Izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela pri pacientu poteka redno in z natančnim preverjanjem njihovega že pridobljenega znanja ter ugotavljanjem učinka pridobljenega znanja. Cilj zdravstvene vzgoje je poučen pacient. Le-ta naj bi svojo bolezen in zdravljenje razumel ter imel posledično pozitiven odnos do svoje bolezni. Pacient, ki dobro spozna in sprejme svojo bolezen, jo posledično lažje obvlada in zna živeti z njo (Česen, 2007). Najbolj motivirani so pacienti na začetku svoje bolezni, ko želijo pridobiti čim več informacij o bolezni, zdravljenju, preventivi in samopomoči. Zato je to priložnost za preusmerjanje pacienta v astma šolo in k sodelovanju oziroma vključevanju svojcev v proces zdravljenja. Medicinske sestre morajo paciente in svojce spodbujati k vključevanju v zdravstveno-vzgojno delo in jim časovno omogočiti udeležbo (Počvavšek, 2014).

Počvavšek (2007) navaja pomembnost dejstva, da pacient z astmo čim bolj aktivno sodeluje za doseganje ciljev, če:

- spozna astmo, pozna in zna razlikovati zdravila za lajšanje in zdravljenje,
- je seznanjen s pravilno uporabo le-teh zdravil,
- zgodnje znake poslabšanj bolezni,
- razume in pravilno izvaja ustno higieno po uporabi zdravil,
- pozna sprožilne dejavnike, ki mu poslabšajo bolezen,
- je poučen o pravilnem ukrepanju ob poslabšanju bolezni,
- razume pomen rednega jemanja zdravil,
- uporablja dnevnik, v katerem vodi evidenco poslabšanj astme, njenih sprožilcev in rezultate PEF-meritev,
- v astma šoli dobi pacient pisne informacije, tudi različne zloženke o astmi.

Na Univerzitetni Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik se izvaja astma šola za paciente enkrat na teden po dve uri v skupinah z od 2 do 6 udeležencev. Astma šolo izvajajo diplomirane medicinske sestre s pomočjo fizioterapevta. V astma šoli učijo paciente pravilne tehnike uporabe inhalacijske terapije in preverjajo njihovo znanje (Počvavšek, 2014). Počvavškova (2014) ocenjuje, da je izobraževanje v astma šoli za paciente z astmo uspešno. Ugotovila je tudi, da med izvajanjem zdravstvene vzgoje pacienti pogosto povedo, da nimajo napisanega individualnega načrta samozdravljenja, saj je nadzor nad individualnim načrtom zdravljenja astme zelo pomemben. Načrt napiše specialist pulmolog, ki pacienta z astmo zdravi. Avtorica se zaveda, da so potrebne nekatere spremembe glede astma šole. V astma šolo je potrebno vključiti zdravnike, svojce pacientov z astmo, prav tako pa bi moralo biti več poudarka na individualni obravnavi pacienta. Pomembno je, da ima medicinska sestra, ki izvaja astma šolo, dodatna znanja s tega področja, saj lahko le tako uspešno sodeluje s pacienti z astmo. S tem se strinjata tudi Ahačič in Benedik (2008), ki navajata, da se ob zdravstveni vzgoji, ki jo izvaja medicinska sestra, znanje pacienta izboljša. V raziskavi sta ugotovili, da je pri kroničnih pacientih težko spremeniti način vodenja bolezni in jemanja terapije, kljub temu da zaposleni v zdravstvu dnevno ponavljajo in učijo paciente o pravilnih tehnikah jemanja inhalacijskih zdravil. Opozarjata, da je to še posebej težko pri tistih kroničnih pacientih, ki jemljejo terapijo že več let, prav tako pa se pojavlja ta težava, kadar so pacienti v domačem okolju. Pri tem je še posebej

pomembna kontinuirana obravnava pacientov. Izboljšave avtorici vidita med drugim pri vključevanju svojcev v zdravstveno obravnavo, v individualni zdravstveni vzgoji na bolnišničnem oddelku in delavnicah o pravilni aplikaciji inhalacijskih zdravil za medicinske sestre. Hostar (2012) dodaja, da je izobraževanje pacientov uspešno šele takrat, ko imajo medicinske sestre dovolj znanja in izkušenj in so postopki znotraj timov dorečeni in standardizirani in takrat ko znajo pacienti posredovano znanje, spretnosti in informacije upoštevati in uporabljati v vsakdanjem življenju.

2.2 PSIHIČNA PODPORA PRI ASTMI

Videčnik (2008, p. 55): »Psihična podpora se kaže v obliki podpore, ustvarjanja samopodobe, ustvarjanja samozavesti in pozitivne slike o sebi, zmanjšuje situacijo frustracije in zmanjšuje neželene oblike obnašanja«. Z njeno pomočjo se lahko doseže zmanjšanje frustracije. Psihična podpora lahko vpliva tudi na neželene oblike obnašanja pri pacientih (Videčnik, 2008).

Samra s sodelavci (2012) opisuje duševno zdravje kot sposobnost ljudi, da lahko mislijo, čutijo in se obnašajo na način, ki jim omogoča učinkovito funkcioniranje na delovnem mestu, doma in v skupnosti. V širšem smislu je vsaka telesna bolezen psihosomatska, saj vsi organi reagirajo na specifični način na psihično doživljanje, zavedno in nezavedno (Pšeničny, 2010). Veliko pacientov s kronično boleznijo se mora soočiti z psihično in/ali telesno napornim zdravljenjem, poleg tega pa zahteva življenje s kronično boleznijo visoko stopnjo samooskrbe. Zato ne preseneča dejstvo, da je precejšnje število kroničnih pacientov obremenjeno tudi s psihičnimi težavami (Klemenc Ketiš, 2011).

Radonjič Miholič (2009) nakazuje, da bi naj pacientovo duševnost sooblikovale tudi osebnostne poteze, stališča in stil življenja, ki ga je razvil ob bolezni, posledice bolezni ter doživljanja in vedenja, ki jih pacient razvija v posameznih fazah dožemanja bolezni, in razvijanje strategij za obvladovanje vsakokratnih stisk. S temi trditvami se strinja tudi Remic (2012), ki še opisuje, kako sta psihično in fizično počutje povezana. Zanimivo je,

da lahko različni čustveni pretresi, razburjenje, celo razočaranje vplivajo na pospešitev ali poslabšanje stanja astme.

Rakovec Felser (2009) navaja, da posameznik z višjo stopnjo razumevanja in podpore v družini lažje obvladuje krizne situacije. Taka oseba se učinkovitejše spoprijema s težavami in jih uspešnejše obvlada. Razen tega taka oseba manj oboleva - če pa že zboli, hitreje okreva. Prav tako ljudje, ki imajo z zdravstvenim osebjem dobre izkušnje, ustrezneje uporabijo zdravstvene storitve. V primeru težav z zdravjem se pacienti hitreje obračajo na zdravnika in med zdravljenjem bolj sodelujejo. To pa pomeni, da take osebe bolj upoštevajo zdravniška navodila, poleg tega pa jih tudi boljše dopolnjujejo z lastnimi spoznanji in zamislimi. Osebe, ki imajo dobre izkušnje z zdravstvenim osebjem, so bolj samostojne, kar je dobro ne le z vidika posameznika in njegovega ohranjenega dostojanstva, ampak tudi z vidika smotnejše uporabe zdravstvenega proračuna.

2.2.1 Psihološke značilnosti pacientov z astmo

Več kot dva milijona ljudi v Avstraliji boleha za astmo in več kot trije milijoni trpijo za depresijo. Tekom življenja se pri eni od petih žensk z astmo in enem od osmih moških z astmo pojavi tudi depresija (Australian Bureau of Statistics, 2007). Moussavi s sodelavci (2007) navaja, da če astme in depresije ne zdravimo, to močno vpliva na sposobnost posameznika predvsem pri opravljanju dnevnih aktivnosti in njegovem sproščenu vzdušju. Prav tako je zanimivo, da imata astma in tesnoba podobne simptome (stiskanje v prsah, težko dihanje, hitro bitje srca in občutek vrtoglavice). Tesnoba in depresija pacientom otežujeta zdravljenje astme. Napade dušenja posamezniki vidijo kot možnost, da nase pritegnejo zanimanje iz okolice, pozornost drugih ljudi (Rakovec Fleser, 2009).

Stres lahko deluje kot sprožilec za simptome astme, tesnobe in depresije (Moussavi, et al., 2007). Amalietti (2011) navaja, da sta slabo, površno dihanje in stres povezana. Vsakič, ko je pacient v stresnem položaju, zadrži sapo, pogoltne zrak, diha neurejeno. Posledično se poveča izločanje adrenalina, telo pa prenaša vso to napetost. Ta proces lahko spodbudi napad astme. Amiri (2012) s sodelavci v članku opisuje, da lahko občutek dispneje pri posamezniku povzroči strah in anksioznost. Epizode dispneje

prispevajo k razvoju anksioznosti pri pacientih, kar pa lahko vodi do razvoja kronične anksioznosti. Poleg tesnobe, napetosti, nervoze in strahu se pojavlja pri anksioznosti še občutek dušenja ali hitrejša dihanje. Večina anksioznih motenj preide v kronično fazo. Ljudje z anksioznimi motnjami razvijejo odvisnost od alkohola, drog ali depresijo (Markoš Krstulović, 2014). V raziskavi avtorjev Asnaashari in drugih (2012) so raziskovali paciente, ki obolevajo za astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo. V raziskavi je sodelovalo 67 pacientov. Dokazali so, da imajo pacienti z astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo enako tveganje za razvoj psihičnih motenj. Ravno iz tega razloga pa mora zdravstveno osebje veliko več pozornosti nameniti pacientom s pljučnimi obolenji.

Otroci z astmo se še soočajo s težkimi odločitvami, oslabiljenostjo v dejavnostih, ki jih sicer z veseljem počnejo. Kot pri odraslih se lahko pojavlja občutek socialne izolacije in težave pri prilagajanju in vzdrževanju odnosov. Otroci ob pomanjkanju zraka in strahu pred zadušitvijo velikokrat tožijo o občutkih žalosti, tesnobe in nemoči. Prav tako izkusijo negotovost, nelagodje in strah pred umrljivostjo. Soočajo se s težkimi odločitvami, oslabiljenostjo v dejavnostih, ki jih sicer z veseljem počnejo. Pojavlja se še občutek socialne izolacije, težave pri prilagajanju in vzdrževanju odnosov (Bender Berz, et al., 2005, cited in Stewart, et al., 2011, p. 64). Tisti otroci, ki prebivajo v velikih soseskah kriminala, imajo večjo možnost obolevnosti za astmo, saj se pogosto srečujejo s stresom ostale družbe in pa posameznikov. Stres ima negativen vpliv na otroke z astmo. Medicinske sestre, učitelji, zaposleni v zdravstveni negi, se morajo zavedati, da odraščanje v stresnem okolju vpliva tako na fizično kot tudi na duševno zdravje (Foster & Brooks Gunn, 2009). Sodelavca Bečan in Klinc (2011) opozarjata, da se morajo otroci z astmo velikokrat soočiti s fizično bolečino, oslabilim telesom in slabšo energijsko močjo. Bolezen spreminja tudi otrokov notranji svet, saj se pogosteje kot vrstniki srečuje z občutki strahu, tesnobe in negotovosti.

Osebe, pri katerih je prisotna astma, se lahko čutijo zapuščene. Korenine teh občutij segajo v otroštvo. Oseba je v otroštvu doživljala zavrženost ali pa čutila veliko čustveno prikrajšanost. Ta občutja so se pojavila zaradi dejanske ločitve matere od otroka ali pa je oseba takšna občutja doživljala kljub fizični prisotnosti matere, ki pa je bila emocionalno odsotna. Gre torej za osebno psihično strukturo s kroničnim

pomanjkanjem toplote in varnosti. V odraslosti se lahko takšni osebi ob ponovnih doživetjih zavrnitve, zaradi kakršnihkoli vzrokov, pojavijo napadi dušenja, ki so značilni za astmo. Zaradi občutij zavrnitve se oseba zaradi želje po sprejetosti prične vesti tako, kot hočejo drugi. Pri osebi lahko pride tudi do prekomernega odrekanja in prilagajanja (Rakovec Felser 1991, cited in Zabukovšek, 2015, p. 67). Pacienti z astmo so po navadi bolj zaskrbljeni in občutljivi kot zdravi. Zato je zanje priporočljivo izvajanje različnih tehnik dihanja, joge ali meditacije (Remic, 2012).

2.2.2 Psihološke terapije za izboljšanje astme

Vedno več zaposlenih je mnenja, da psihološka podpora vpliva na zadovoljstvo pri delu, delovno predanost in delovno uspešnost. Avtorji poudarjajo, da psihična podpora povečuje verjetnost manjše odsotnosti z dela (Samra, et al., 2012). Pacienti potrebujejo aktivno sodelovanje in podporo bližnjih, da jih sprejemajo in podpirajo. Želijo si, da bi jim medicinske sestre prisluhnile, jih upoštevale in pomagale, kadar bi to potrebovali (Radonjič Miholič, 2008). Lieshout & MacQueen (2008) navajata naslednje psihološke terapije za izboljšanje kontrole in kakovosti življenja z astmo: vedenjska terapija, kognitivna terapija, kognitivna vedenjska terapija, relaksacijske tehnike, psihodinamične psihoterapije, družinska terapija in dihalne vaje. Sprostitveni položaj je pomemben na začetku vadbe sproščanja. Za paciente, ki imajo težave z dihanjem, je najbolje, da se poslužujejo položaja, ki ramenski obroč razbremeni. To pacientu olajša dihanje ter sprosti mišice ramenskega obroča (Radon, 2011). Meditacijo pogosto opisujejo kot globoko razmišljanje samo ob eni stvari (na primer simbolu, zvoku ali predmetu). Cilj meditacije je ustvariti notranji mir, kar prinaša telesne, čustvene in duhovne koristi. Za ljudi z astmo je zelo koristna pri zdravljenju in kot pomoč za premagovanje stresa, ki lahko poslabša stanje (Neubauer, 2009).

Vedenjska psihoterapija je usmerjena v človekovo vedenje in spreminjanje vedenja, ki je za posameznika ali njegovo okolje moteče. V nasprotju s tem se kognitivna psihoterapija usmerja v prepoznavanje posameznikovih načinov razmišljanja, stališč, predstav, prepričanj oziroma v spreminjanje disfunkcionalnih miselnih shem. Zanja je značilna strukturiranost, časovna omejenost, usmerjenost v sedanost, v reševanje aktualnih težav, v prepoznavanje in spreminjanje nefunkcionalnih misli in vedenj. Za ta

pristop so pomembne misli in predstave, ki pomembno vplivajo na naše čustvovanje, vedenje in telesne reakcije (Pastirk, & Knuplež, 2008).

Dihalne vaje vključujejo različne tehnike za izboljšanje dihanja, na primer joga in meditacija. Te pa se ne štejejo kot standardna psihoterapija, čeprav se lahko vidiki dihanja vključijo v vedenjsko terapijo (Holloway & Ram, 2004, cited in Lieshout & MacQueen, 2008. p, 1). Redno izvajanje dihalnih vaj ne more nadomestiti zdravljenja za astmo, vendar za mnoge izvajanje le-teh pomeni boljšo kvaliteto življenja (Thomas, 2008). Dihalne vaje pri jogi naj bi pomagale preprečevati poslabšanje astme (O'Connor, et al., 2012). Dihalne tehnike lahko pomagajo izboljšati simptome in kakovost življenja pri pacientih z astmo, vendar ne spreminjajo značilnosti bolezni, zlasti vnetja dihalnih poti (Jenkins, 2012). Pri kontroli simptomov astme lahko pomagajo določene tehnike dihanja, kot je Buteyko dihalna tehnika (The British Thoracic Society, 2011). Buteyko metoda dihanja sodi med alternativne obravnave pacienta. Uporablja se za pomoč preprečevanja ali omilitev simptomov (hiperventilacije) ali težav, med katere spadajo na primer visok pritisk, alergije ali stres (Radon, 2007). Tubin (2012) navaja namene in koristi dihalnih vaj. Namen dihalnih vaj je doseči sproščen učinek vsega telesa, izboljšati prezračevnost pljuč, olajšati pacientu izkašljevanje in popraviti iztirjeno dihanje. Koristi dihalnih vaj pa so: prevzem zavestnega nadzora dihanja, povečanje učinkovin dihanja in preprečevanje in pomoč pri porušeni tehniki dihanja.

2.2.3 Pomoč svojcev

Skrb za pacienta zahteva od svojcev veliko mero odgovornosti, energije, razumevanja in empatije. Pomembno je, da se zavemo, da tako zahtevnih nalog ne zmorejo vsi. Posledično lahko nastanejo težave (preobremenjenost, zdravstvene težave, finančne težave, izguba lastnega življenja, izguba kontrole nad razporejanjem prostega časa, občutki jeze, prenašanje krivde na obolelega) (Lilek, 2011). Pišl (2009) v članku navaja, da je vključevanje družinskih članov bistvenega pomena za uspešno zdravljenje in rehabilitacijo. To omogoča pacientom in njihovim družinam kvalitetno in ustvarjalno sodelovanje v vseh socialnih sistemih, ki pa so pomembni za kvaliteto in celovitost njihovega življenja. Okolje, iz katerega pacient prihaja, je zelo pomemben dejavnik zdravljenja v bolnišnici in še bolj po končanem zdravljenju v bolnišnici in po prihodu v

domače okolje. Ko pacient v bolnišnici preide skozi akutno fazo bolezni, se vrne domov k svoji družini in v okolje, iz katerega je prišel v bolnišnico. Pomembno je, da celotni zdravstveni tim med zdravljenjem navezuje stike s pacientovim okoljem. Saj ko se pacient vrača v okolje, dobiva različne odzive svojih najbližjih (Škerbinek, 2011).

2.2.4 Komunikacija s pacientom

Borštnar in Pregelj (2009) poudarjata pomembnost sodelovanja pacienta in zdravstvenega osebja, saj se na ta način pokaže najboljša morebitna rešitev problema. Pri tem je najprej potrebno ugotoviti, kaj je povzročilo krizo. Najbolj pomembno je pozorno poslušanje in postavljanje vprašanj. Tako zdravstveni delavci pacientu pomagajo, s tem pa dobijo pacienti občutek obvladovanja problema. Naloga zdravstvenih delavcev je tudi ta, da se v pogovoru usmerijo v dobre potencialne posameznika, v njegove pozitivne vzorce razreševanja preteklih problemov in ugotavljanju, koliko si lahko pacient pomaga s podporno mrežo. Ivanuša in Železnik (2008) se strinjata, da so pomembne sestavine učinkovite komunikacije samozavest, sočutje, odkritost in spoštovanje pacienta kot enkratne osebnosti. Samozavest omogoča obema, medicinski sestri in pacientu, da sta pozorna drug na drugega, prav tako pa tudi na sporočeno in sprejeto informacijo. Odkritost, sočutnost in spoštljivost so elementi, ki omogočajo medicinski sestri obvladovati stanje. Medicinski sestri pomagajo pri dobri komunikaciji tudi obvladovanje nebesedne drža, kultura in izkušnje. Preden medicinska sestra začne pogovor s pacientom, oceni njegovo osebno sposobnost, družino in vire.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati in ugotoviti odziv pacienta na postavljeno diagnozo astma, ugotoviti na kakšen način se izvaja psihična podpora in kako vpliva optimistično vedenje na rezultate zdravljenja pri astmi.

Cilji, ki smo si jih zastavili so:

1. Ugotoviti odziv pacienta na diagnozo astma,
2. Ugotoviti pristope in načine izvedbe psihične podpore pri pacientu,
3. Ugotoviti, če optimistično vedenje izboljša rezultate zdravljenja pri pacientih z astmo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali raziskovalna vprašanja:

1. Kakšen je bil odziv pacienta na diagnozo astma?
2. Kakšna je po mnenju medicinskih sester vloga psihične podpore pri pacientih z astmo?
3. Kakšen vpliv ima optimistično vedenje na zdravljenje pri pacientih z astmo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na empirični kvalitativni metodi raziskovanja. V teoretičnem delu smo naredili pregled strokovne domače in tuje literature, zbornikov, spletnih virov in strokovnih člankov, na področju psihične podpore in astme. Pregled literature je potekal od sredine februarja 2015 pa vse do konca maja 2017. Literaturo smo iskali po podatkovnih bazah: CINAHL, PubMed, COBISS, SpringerLink, in ProQuest, na slovenski spletni strani Obzornik zdravstvene nege: Self-care behavior styles and the functional ability of ederly people living in home encirnoment: Klemenc Ketiš, 2011, v

Zdravstvenem vestniku (Mušič, 2008 in Koren, 2011), v Medicinskem mesečniku (Kavalarič in Krajnc, 2008), na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin in v Splošni knjižnici Slovenske Konjice. Prav tako smo uporabili objavljene strokovne in znanstvene članke na konferencah z recenzijo in elektronske dokumente. Literaturo smo našli tudi preko svetovnega spleta, s pomočjo brskalnika Google. V navedenih bazah smo iskali ustrezno literaturo pod ključnimi besedami: psihologija, psihična podpora, astma, zdravljenje astme, motivacijske tehnike, sproščanje, komunikacija, neverbalna komunikacija. Iskanje literature smo omejili v obdobju od leta 2007 do 2017. Pri iskanju smo dosledno upoštevali kriterije verodostojnosti avtorja in vira. V podatkovni bazi SpringerLing in PubMed in ProQuest pa smo iskali z ključnimi besedami: psychology, psychological support, asthma, asthma treatment, motivational techniques, release, communication, nonverbal communication. Prav tako smo tudi to literaturo omejili med letoma 2007 do 2017. Podatke za empirični del diplomskega dela smo pridobili z izvedbo polstrukturiranih intervjujev, ki smo jih opravili s pacienti z astmo z bolnišničnega oddelka in medicinskimi sestrami, zaposlenimi v sprejemni in pulmološki ambulanti ter na bolnišničnem oddelku.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskovalni del diplomskega dela, so bili podatki pridobljeni s pomočjo polstrukturiranega intervjuja. Za intervju smo sestavili vprašanja, ki smo jih pridobili s pomočjo pregleda literature na temo o psihični podpore medicinskih sester pri pacientih z astmo. Literatura, katera je bila ključna pri pisanju naloge: Moussavi, et al., (2007), Cowling, et al., (2011), Kessler (2011) in Tubin (2012). V intervjujih je bilo 12 vprašanj za paciente z astmo, za medicinske sestre pa jih je bilo 10. Vsak intervju je bil razdeljen na dva dela, prvi sklop vprašanj je vseboval demografske podatke (starost, izobrazba, delovno področje, delovna doba in kraj bivanja), drugi vsebinski sklop vprašanj pa je vseboval vprašanja o pristopih in načinih izvedbe psihične podpore pri pacientih z astmo, njihovo počutje pri obravnavi, vrste psihične podpore, ter možne spremembe na tem področju ali uvedbe na področju psihične podpore pri pacientih z astmo.

3.3.3 Opis vzorca

Ustanovo smo izbrali glede na specifično obravnavo in zdravljenja pacientov z astmo. Za raziskavo smo namensko izbrali tri paciente, ki so imeli postavljeno diagnozo astma in so se že zdravili. P1 in P2 sta za astmo zbolela pred 5. leti, P3 pa astme v otroštvu ni imel in ni navedel podatka. Želeli smo pridobiti mnenja pacientov glede psihične podpore v ambulantni oskrbi, kjer smo intervjuvali dva pacienta in na bolnišničnem oddelku, kjer smo intervjuvali enega pacienta. Pri intervjujih medicinskih sester smo v raziskavo vključili dve diplomirani medicinski sestri zaposleni v pulmološki in alergološki ambulanti, ter eno magistrico zdravstvene nege z negovalnega oddelka. Izhajali smo iz stališča, da so medicinske sestre ves čas v stiku z pacienti z astmo in se redno vključujejo v izobraževanja na področju astme, in njenega medikamentoznega in nemedikamentoznega zdravljenja. Z intervjuji smo želeli pridobiti informacije in mnenja o nudenju psihične podpore pri astmi v kliničnem okolju s strani pacientov in medicinskih sester. Intervjuvana skupina je delno ustrezna, vendar zagotavlja nasičenost podatkov.

3.3.4 Opis poteka in obdelave podatkov

Intervjuji, ki smo jih izvedli, so potekali v mesecu juniju in juliju 2016, po predhodnem pisnem in ustnem soglasju bolnišnice. Raziskavo smo izvedli v ustanovi, ki ne želi biti imenovana. Vsem sodelujočim v raziskavi smo zagotovili anonimnost. Pridobili smo pisno soglasje Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije, za izvedbo intervjujev pacientov. Pridobili smo tudi pisno in ustno soglasje vseh intervjuvancev. Intervjuje smo posneli in nato prepisali. Zaradi večjega zagotavljanja anonimnosti je bil vsak intervju šifriran z oznako za paciente: P1 (pacient, ki je bil intervjuvan prvi), P2, P3, kar pomeni, da je številka pomenila zaporedje vseh opravljenih intervjujev in za medicinske sestre: MS1 (medicinska sestra, ki je bila intervjuvana prva), MS2, in MS3, kar pomeni, da je številka pomenila zaporedje vseh opravljenih intervjujev.

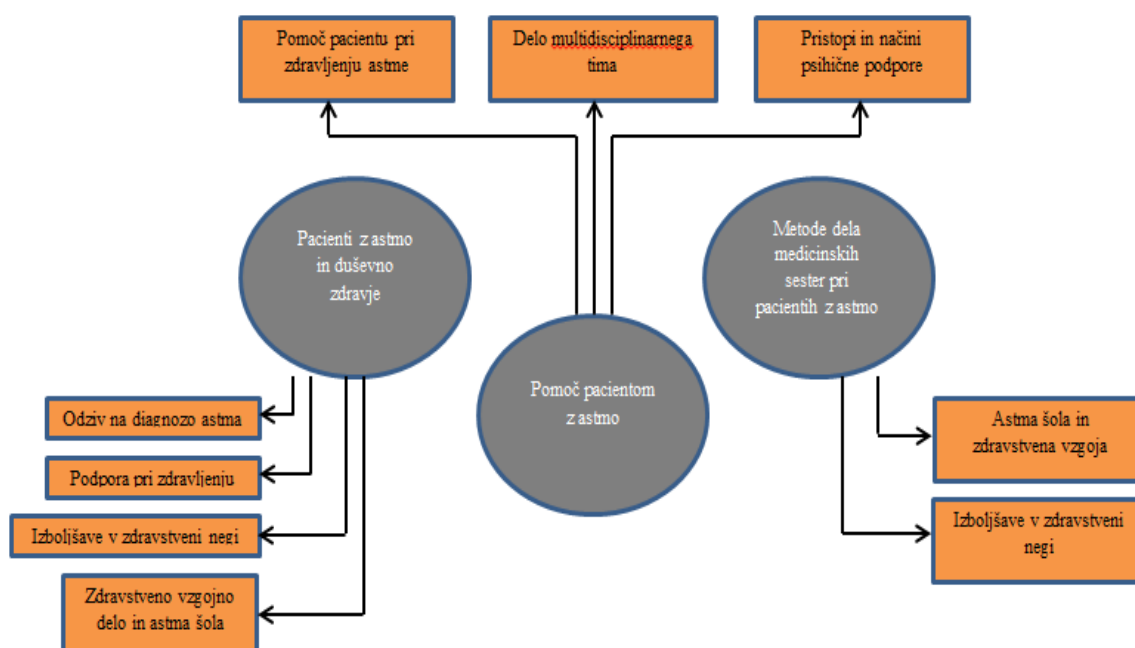
Vsa vprašanja smo zapisali v pravilnem in logičnem zaporedju. Analizo izvedenih intervjujev smo vsebinsko razdelili in uredili na posamezne enote in kode, nato pa smo jih smiselno združili v kategorije in podkategorije. Po navedbi Hlebec in sodelavcev (2007) je analiza kvalitativnih podatkov sestavljena iz procesov in tehnik za

interpretacijo pojavov, situacij ali ljudi. Iz teh podatkov poskušamo izluščiti osnovne pojme z željo po njihovem razumevanju, ter razložiti pomenskih odnosov med njimi.

3.4 REZULTATI

V raziskavi smo preko kvalitativnih analiz s subjektivnimi mnenji, izkušnjami pacientov in medicinskih sester, zaposlenih v bolnišnici pridobili vpogled o izvajanju psihične podpore pri pacientih z astmo. Prav tako smo raziskovali odzive pacientov na diagnozo astma, mnenja medicinskih sester o vlogi psihične podpore pri pacientih z astmo in kako optimistično vedenje vpliva na zdravljenje pri pacientu z astmo. Pri procesu kvalitativne analize podatkov smo se odločili, da bomo zaradi lažjega pregleda izvedenih intervjujev naredili tri glavne tabele. Ena je namenjena intervjuvanim pacientom z astmo, dve pa intervjuvanim medicinskim sestram.

Pri analizi podatkov smo iz štirih podkategorij pridobili 19 kod pri pacientih in pri petih podkategorijah 25 kod pri medicinskih sestrah. Iz slike 1 so razvidne tri kategorije in njihove podkategorije. Tri kategorije so: »Pacienti z astmo in duševno zdravje«, »Pomoč pacientom z astmo« in »Metode dela medicinskih sester pri pacientu z astmo«. Prva kategorija: »Pacienti z astmo in duševno zdravje«, ima štiri podkategorije. Prva je »odziv na diagnozo astma«, druga, »podpora pri zdravljenju«, tretja »zdravstveno vzgojno delo« in četrta »izboljšave v zdravstveni negi«. Naslednji dve kategoriji pa sta namenjeni medicinskim sestram: »Pomoč pacientom z astmo«, z podkategorijami »pomoč pacientu pri zdravljenju astme«, »pristopi in načini psihične podpore« in »delo multidisciplinarnega tima«, ter »Metode dela pri pacientu z astmo«, z dvema podkategorijama: »astma šola in zdravstvena vzgoja« in »izboljšave v zdravstveni negi«.



Slika 2: Prikaz kategorij in podkategorij

Kategorija pacienti z astmo in duševno zdravje

V kategoriji pacienti z astmo in duševno zdravje smo združili več podkategorij. Prva je »Odziv na diagnozo astmo«, kjer nas je zanimalo, kako so se pacienti svojo bolezen sprejeli. V podkategoriji smo združili naslednje kode: Soočenje z boleznijo, kakovost življenja, sprijaznjenje z boleznijo, šok, stres in dvomi. Oblikovali smo tudi podkategorijo »Podpora pri zdravljenju«, kjer smo združili kode: poslušanje pacienta, vzpostavitev zaupanja, ustrezna komunikacija, več časa za paciente, pomoč ob različnih življenjskih situacijah, podpora v domačem okolju. Tretja podkategorija je »Zdravstveno vzgojno delo«, kjer smo združili naslednje kode: astma šola, različni pristopi pri izobraževanju in obvladovanje bolezni. Zadnja podkategorija je »Izboljšave v zdravstveni negi« in so v njen združene kode: povezovanje z ostalimi službami, vključevanje ostalih tehnik zdravljenja, psihoterapija in večje število zaposlenih. Rezultati kategorije: Pacienti z astmo in duševno zdravje, so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Pacienti z astmo in duševno zdravje

Kategorija	Podkategorija	Koda
Pacienti z astmo in duševno zdravje	Odziv na diagnozo astmo	<ul style="list-style-type: none"> - Soočenje z boleznijo, - kakovost življenja, - sprijaznjenje z boleznijo, - šok, - stres, - dvomi.
	Podpora pri zdravljenju	<ul style="list-style-type: none"> - Poslušanje pacienta, - vzpostavitev zaupanja. - ustrezna komunikacija, - več časa za paciente, - pomoč ob različnih življenjskih situacijah - podpora v domačem okolju.
	Zdravstveno vzgojno delo	<ul style="list-style-type: none"> - Astma šola, - različni pristopi pri izobraževanju, - obvladovanje bolezni.
	Izboljšave v zdravstveni negi	<ul style="list-style-type: none"> - Povezovanje z ostalimi službami, - vključevanje ostalih tehnik zdravljenja, - psihoterapija, - večje število zaposlenih.

Odziv na diagnozo astma

Ko so intervjuvani pacienti izvedeli za diagnozo astma, so razmišljali tudi o kvaliteti življenja, kako bodo živeli z astmo in sposobnostih za delo. Pacienti so tudi povedali, da se še vedno, kljub soočenju z boleznijo, kdaj pa kdaj počutijo obupano in osamljeno.

P1: »Nisem se mogla kr sprijaznit, po parih mescah pa ko vidiš, da ti zdravila pomagajo, da je počutje boljše, pol živiš normalno naprej. E pa res, tisti prvi občutek, res tak..., ko vidiš, da si bolan, da te to spremlja celo življenje, ko se stanja izboljšajo, poslabšajo. Če sem v stresu, vem zakaj se mi stanje poslabša. To se gre bol za to, da ne moreš v službo, delat, da nisi sposoben delat, nisi sposoben delat niti 4 ure, pol se pa vprašaš kaj boš čez 10 let? Na kisiku, bom ležal Včasih, ko pa si sam, se pa dejansko lahko počutiš v napoto sam sebi, še jst sm si včasih u napoto! Sploh ob poslabšanjih, eni obupajo nad tem«.

P2: »Ja, pa misla sm si zakaj je glih mene moglo to doletet! Sm se mogla kar mal u roke uzet, da sm predelala tak ko je treba, nism se mogla kar sprijaznat, po parih mescah. Pa ko vidiš, da ti zdravila pomagajo, da je počutje boljše, pol živiš normalno naprej«.

P3: »Pri sebi nisem astme nikol jemala, kot nek bau-bau, da bi se neki pospešeno trudila, da bi to odpravila, na nevem kak način. Men se zdi, da je to dosti kompleksna stvar. Da se bi od astme pozdravila, bi mogla zelo globoko na sebi delat, ne pomaga sam to, da ti nekdo drug da podporo, zdravila, ampak, da so to nekje globlje korenine. Postaneš zelo omejen, začneš res razmišljat, ka sem že res tolik stara, je res zoperno to«.

Podpora pri zdravljenju

Intervjuvani pacienti so povedali, da je sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom zgrajeno na zaupanju, saj tako medicinske sestre dosežejo, da so pacienti zadovoljni, posledično pa postane sodelovanje med njima uspešnejše. Pacienti so izpostavili pomen komunikacije z zdravnikom in medicinsko sestro ter časovno razpoložljivost. Intervjuvani pacienti so se pogosto po pomoč zatekli k medicinskim sestram in pokazali večje zadovoljstvo, kljub časovnim omejitvam.

P1: »Sama komunikaciji prepisujem velik pomen, veliko naredim tudi sama. Glede svoje diagnoze veliko sprašujem, to se čuti tudi ko sm v stiku z medicinskimi sestrami pa zdravnikom. Na nek način me žene naprej misel na to, da bom bolj zdrava, da bo boljše. Če bi bilo na primer tak, da bi v nekem kriznem obdobju medicinske sestre poslušale pacienta na primer dve ure, da bi jim lahko pacient povedal kaj čuti, da se lahko pacient na nek način izpove. Obrnala sm se največkrat na sestre pri zdravniku, ki so bile čudovite. Sestre same pravijo, da ni časa, da lahko nekomu nekaj zaupaš, kr te zelo velikrat »stisne«, ker, da ne zmoreš pri teh mojih letih hodit v službo, delat«.

P2: »Ja ja, pač da se medicinski sestri lahko zaupaš, al pa enemu, ko se s tem ukvarja. Zej al je to medicinska sestra, pulmolog je vseen, sam da te takrat en poslušaja pa to, da ti zna svetovat. Včasih so rekli, da lepa beseda pomeni več kot kup zdravil, zdej pa tega ni«.

P3: »Ker če se ne vzpostavi med pacientom in medicinsko sestro en tak odnos, bo tut pacient zdravila zavračal, nebo se držal režima. Mora pridobit zaupanje medicinske sestre! Od samga začetka, zej ko sama mal več hodim po bolnicah se mi zdi, da me je včasih sram, da sm medicinska sestra, krepko sram. Včasih pa sm zelo vesela da so taki ljudje v zdravstvu. Največja napaka je, da so pacienti prepuščeni sami sebi, da ne najdejo koga ustreznega. Pomembno je izpostaviti to, da majo medicinske sestre tudi doma probleme, izgorijo, in potem postanejo take... neobčutljive. In niso več empatične,

gledajo preveč tehnično na zadeve, ki jih opravljajo in premal vidijo človeka pred seboj».

Intervjuvani pacienti so poudarjali, da jim sorodniki in prijatelji nudijo pomoč in jih podpirajo, kadar se stanje astme poslabša. Svojci jim nudijo podporo z motivacijo, pogovorom in poslušanjem. Pacienti si želijo, da zaradi svoje diagnoze svojcem ne bi bili v breme.

P1: »Morem pa reči, da me doma res podpirajo, če pa me še to ne bi bilo grozno! Mož me ful podpira, pa stoji za mano. Moram reči, da mam to smolo, da vedno dobro izgledam, in me noben od prijateljev ne jemlje, kot da sm bolna. Takrat, ko pa imam napade in ko težko diham, se pa tako ali tako ne kažem zunaj in se not zadržujem. Imam občutek, da jim kljub temu nism v breme».

P2: »Mož mi je bil vedno na voljo za pogovor, to res spoštujem, ko pa vidiš da ni jim na nek način ni v interesu, ni zanimanja, da bi poslušali tvojih težave... Nočem se obremenjevati, s tem!».

P3: »Razen dve mojih zlatih prijateljic, ki me podpirata in poslušata. Tote dve prijateljici sta tapravi».

Zdravstveno vzgojno delo

Intervjuvani pacienti se zavedajo, da astma šola in zdravstveno vzgojno delo pripomoreta k njihovi samostojnosti in pravočasnemu pristopu k obvladovanju težav ob poslabšanju zdravstvenega stanja. Pacienti so poudarjali bolj individualno obravnavo, kot skupinsko. Velik pomen so pripisali vodenju skozi celoten proces obravnave s strani iste osebe, ki bi njihovo zdravstveno stanje dobro poznala.

P1: »Pomembno je, da se izogibaš alergenom, ki poslabšajo stanje. Takrat ko je tega največ, se izogibam izhodom iz hiše, redno pa prezračujem prostore. In kr gre. Pa zdravila redno jemam! Pa se kr da. Mislim da bi bilo bolj, če bi bil individualen pristop, kot pa te šole. Sej je v redu, enkrat, da to poslušam je okej, fajn je, da izveš malo bolj na grobo, ampak najbolje je, da je individualno».

P2: »Jst mislim, da so šole mejčken zastarele, mislim, da je to je bolj individualen pristop, ker koliko sem videla, nekateri še vedno niso znali pumpice uporabljati, pravilno dozirati! Jest vem, da imate zdravstveni delavci nič kaj časa, sam bi bilo za vse lažje, če

bilo na primer ob sprejemu pacienta, ali pa v nekem kriznem obdobju poslušale medicinske sestre na primer dve ure, da bi jim lahko povedal kaj čutiš. Kaj je dobro, kaj ni, da se lahko na nek način izpoveš, lahka nekomu to poveš. Pomembno je, da je ena in ta ista oseba ves čas zdravljenja prisotna, da te pozna, da vidi tvoje stanje, da ve kdaj so ok, kdaj nisi, da se te ne podajajo med seboj«.

P3: »Mogoč je to tak, kr sm iz te stroke, ker sem tudi sama poslušala predavanja na to temo, pa sama tudi mal brskala, tudi glede šole. Ko sm mogla dijake kam pelat, sm bla deležna astma šole, kot spremljevalka tistim, ki so jo mogli poslušat. Predlagam tako individualno kot skupinsko obravnavo teh pacientov. Najprej skupinsko obravnavo, pol pa individualno. Kr če bi blo obratno ne bi blo v redu. Najprej more spoznat določene zadeve, pol pa more met možnost, tudi tisto izrazit, kar ne upa vprašat pred skupino«.

Izboljšave v zdravstveni negi

Na področju psihične podpore so pacienti z astmo predlagali izboljšave, kot je večje vključevanje fizioterapije, patronažne službe, dietetika in psihologov. Poleg zdravil, ki jih morajo redno jemati, bi uporabljali še druge tehnike, za izboljšanje zdravja. Pacienti so izpostavili cene zdravil, ki jih uporabljajo. Prav tako pa so opozorili na razpoložljiv čas medicinskih sester, ki ga porabijo za paciente in rutino.

P1: »Dobr bi blo, da bi se vključila še kaka patronaža, fizioterapije tak mamo. Moti me, da so zdravila za astmo zelo draga, pa jih nekateri ljudje ne jemljejo, ne pomagajo. Še bolj se pa bi zgrozila, da bi ukinili zdravstveno zavarovanje«

P2: »Tud psiholog obstoja, tu ga mamo že nekaj let, je fajn za pogovor, sploh za tiste ko težje sprejemajo svoje stanje, al pa na začetku samem, pa dietetike bi lohk bol vključval ja. Menim, da so tudi potrebna izobraževanja medicinskih sester, zakaj pa ne? So vedno dobrodošla. Nikol ni odveč, ker tega je premalo. Sestre so vedno bolj obremenjene z računalniki in s temi papirjami in premalo časa imajo za paciente. Včasih smo si vzele medicinske sestre več časa za paciente na oddelku, zaj te to tak vse rutina, ni več takega domačega občutka«.

P3: »Tablete brez psihoterapije niso delujoče, niso! Lahka bi se tut uporabljale motivacijske tehnike. To pa mislim, da je pri astmi sploh pomembn! Kr karkoli je v zvezi, z dihanjem, se lahka kr hitr pojavi kaka panika. Bi priporočala, tak kot vsem depresivnim, tak tut astmatikom. Zanemarja se to področje, zelo zanemarja. Mislim, da

bi bil večji učinek, da bi se ustvarle skupine za super - vizijo, tja bi pa mogli obvezno, nujno hodit, tut psihoterapija, s tistimi, ki so usposobljeni za psihoterapevta!«.

Pomoč medicinskih sester pacientom z astmo

V tabeli 2 so prikazane kode in podkategorije, ki smo jih združevali, da bi oblikovali kategorijo »Pomoč medicinskih sester pacientom z astmo«. V sklopu podkategorije smo združili naslednje kode: psihična podpora, celostna obravnava, dostopnost zdravstvenega osebja in razumevanje pacienta. Pri podkategoriji »Pristopi in načini psihične podpore« smo združili kode: seznanjenost pacienta z boleznijo, pogovor po zaznavanju straha ob poslabšanju astme, prilagojena obravnava pacienta, prilagoditev zdravstvene vzgoje, podpora psihologa, vzpostavljanje zaupanja, pomoč ob različnih življenjskih situacijah in komunikacija. V podkategoriji »Delo multidisciplinarnega tima« pa smo združili kode: kontakt z osebnim zdravnikom, povezovanje s socialno službo, povezovanje s patronažno službo in pisanje poročil ob odpustu pacienta.

Tabela 2: Pomoč pacientom z astmo

Kategorija	Podkategorija	Koda
Pomoč pacientom z astmo	Pomoč pacientu pri zdravljenju astme	<ul style="list-style-type: none"> - Psihična podpora, - celostna obravnava, - dostopnost zdravstvenega osebja, - razumevanje pacienta.
	Pristopi in načini psihične podpore	<ul style="list-style-type: none"> - Seznanjenost pacienta z boleznijo, - pogovor po zaznavanju straha ob poslabšanju astme, - prilagojena obravnava pacienta, - prilagoditev zdravstvene vzgoje, - podpora psihologa, - vzpostavitev zaupanja. - pomoč ob različnih življenjskih situacijah, - komunikacija.
	Delo multidisciplinarnega tima	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt z osebnim zdravnikom, - povezovanje s socialno službo, - povezovanje s patronažno službo, - pisanje poročil ob odpustu zdravnika.

Pomoč pacientom z astmo

Anketirane medicinske sestre se zavedajo pomena nudenja čustvene podpore pacientu, načina pristopa, razumevanja pacienta in njegovih težav. Ravno iz tega razloga, se nagibajo k celostni obravnavi pacientov z astmo.

MS1: »Tu je ful pomembna psihična pomoč, da ne obupajo, da si ne mislijo, da je konec sveta, če imajo astmo. Ne ni, lahko normalno živi naprej, samo pozoren moraš bit. In se naučit«.

MS2: »Ker če maš ti nekaj neznanega pred seboj, se ne moreš z tem borit, ne veš kje iskat informacije. Zato je prav, da jim medicinske sestre nudimo celostno podporo, jih poučimo tem. Poudarila bi to, da smo jim vedno dostopni, to je najbolj pomembno. Tak se oni lažje soočijo z boleznijo in z njo živijo. Zavedat se morajo, da to ni noben »bau bau« v življenju, vse lepo gre, če si psihično dobo podkovan. Psihična podpora je tu na prvem mestu, na prvem mestu«!

MS3: »Pacientu zelo veliko pomeni že to, da se vključiš v njegov svet, da se razumeš z njim, da mu pokažeš, da ti je mar, da ti ni vseeno! Postavim se v njegovo kožo, kaj če bi bila jst to? Ne bi se dobro počutila. Vsakemu dam eno dobrodošlico, nasmeh. Nasmeh na obrazu pove ogromno. Polepšaš mu dan. Odvzemi mu negativno energijo s svojo prijaznostjo, nasmehom, vsak problem je rešljiv«.

Pristopi in načini psihične podpore

Medicinske sestre so izrazile mnenje, da ob poslabšanju astme, zaradi težkega dihanja, pacienti občutijo strah, zato morajo imeti znanje in informacije, da si sami pomagajo v takih situacijah. Medicinske sestre si morajo pridobiti pacientovo zaupanje, tako se lahko pacientu bolj približajo in lažje nudijo pomoč. Izpostavile so tudi pomanjkanje časa za pacienta.

MS1: »Pomembno je, da pacient ve, kaj in kdaj kaj takega pričakovat, kak odreagirat. Takim pacientom je potrebno vlti pozitivizem in voljo do življenja. Absolutno je boljše, če jim nudimo psihično podporo! Ne morem rečt, da so pacienti takrat vzeli manj zdravil, saj je tako, da katera so predpisana zdravila se tako ali tako morajo vzeti. Ogromno je odvisno je tudi od tega, kaj je za nekoga poslabšanje«.

MS2: »Ko pacientu ob poslabšanju astme primanjkuje zraka, pacient doživlja psihične travme, ker misli, da se bo zadušil in on se ubistvu tega boji. Kar pa se ne zgodi, ko je

astma stabilna, ko nima nobenih težav in lahko normalno funkcionira. Mislim, da je naloga medicinske sestre ta, da se glede na pacienta orientira, da se mu prilagodi glede obravnave, zdravstveno vzgojnega dela in podobno. Odvisno je tudi od tega, koliko se nam bo pacient odpru, koliko nam bo zaupal, kakšna je njegova intelektualna sposobnost. Včasih moramo biti medicinske sestre ravno zaradi tega bolj vztrajne. Problem je pa ta, da nam vedno primanjkuje časa».

MS3: »Skoraj vsakega tudi pošljemo k psihologu. Tisti ko grejo so zelo veseli, ker je ogromno informacij in zelo velik zvejo. Lahko jim povemo po telefonu, sam je lažje v živo».

Medicinske sestre so poudarile besedo »komunikacija«, brez katere se pacienti in medicinske sestre težko sporazumevajo. Strinjajo se, da jim primanjkuje časa, ki ga bi lahko posvetile pacientu. Poudarjajo tudi, da ob prekinitvi komunikacije s pacientom, izgubljajo določene informacije, ki nam jih želijo posredovati pacienti. Izpostavljajo tudi pomen izrazoslovja v komunikaciji. Pacienti, ko spremenijo okolje, postanejo zadržani, pravijo medicinske sestre.

MS1: »Pravilna komunikacija je spoštovanje in cenjenje pacienta. Imej ga rad, spoštuj ga in postavi se v njegovo kožo. Poslušaj ga. Včasih vem, da je zelo težko poslušati, ko mam gužvo, ampak si kljub temu vzamem čas. Komunikacija je za mene to, da ne gledaš v računalnik, ko pacient sedi poleg tebe, da ga ne pogleda v oči. Zdi se mi, da ko pacient pride skozi vrata, pa mu medicinska sestra reče: Oooo, dober dan!, Ka pa je dans narobe? Je vsak dan tak?, Pol ti pa reče pacient: Ah, sem šel po hribu malo pa sem malo zadihan in podobno, potem medicinska sestra predlaga, se bova mal usedla, se spočila».

MS2: »Najpomembnejše je poslušanje pacienta. Že smo jemanje anamneze, je zelo pomembno. Ko pacientu postavimo eno vprašanje, nam pove še velik drugih stvari, ko so mogoč tudi pomembne, vendar ga zaradi pomanjkanja časa prekinemo in tako nam pacient ne pove do konca določenih stvari. Ko ga bomo mogoč dvakrat prekinili, nam pacient tretjič nebo več povedal. Ko pacient pride v novo okolje zaradi različnih težav, marsikateri pacient mogoče nekaterih težav niti ne upa povedati, kar se pa tiče zdravnika, pa se mu še manj zaupa, kot pa medicinskim sestram».

MS3: »S preprostimi besedami to poveš. Zdravniki vedno mal komplicirajo, povejo s strokovnimi izrazi. Jst pa tuki v ambulanti čist na preprost način«.

Delo multidisciplinarnega tima

Medicinske sestre so navajale, da je pomembno posredovanje informacij pacientom ob odpustu s strani dietetika, socialne in patronažne službe. Predvsem medicinske sestre pogrešajo lažjo dostopnost patronažne službe.

MS1: »Ker včasih ko pacient z astmo stopi čez vrata pozabi, kaj smo mu povedali, ali pa ko je pri zdravniku, pa se vpraša sam pri sebi: oooo, kaj pa mi je zaj sploh povedal«?

MS2: »Dietetik ima tudi predavanje o načinu prehrane pri astmi, poudarja čemu se izogibat. Socialna delavka pa je opiše oblike socialne pomoči, ki si jih lahko pacient poišče. Pomembni pa so tudi medsebojni odnosi v družini, zato je včasih tudi socialna služba nezanemarljiva, saj socialna delavka malo razišče družino in podobno. Vključila bi se pa lahko tudi patronažna medicinska sestra, ki bi jo kontaktirali po odpustu pacienta iz oddelka. Kot pa smo izvedeli iz različnih predavanj, pa so patronažne medicinske sestre brez naloga zdravnika, in ne morajo prihajat. Z osebnim zdravnikom pridemo v kontakt ob sprejemu pacienta na oddelek, nato se napiše tut kakšno priporočilo v zvezi z rehabilitacijo. V referenčnih ambulantah pa se mi zdi, da so več v kontaktu z osebnim zdravnikom, kot pa mi na oddelku«.

MS3: »Tudi patronažna služba se udeležuje tega, da so pravilno seznanjene s tem. Po domovih pa grejo tiste patronažne medicinske sestre, ki imajo nalog. Tiste lahka one same pol naprej. To je fajn, da smo vsi v stiku, da si lahko predajamo pa izmenjujemo znanje in izkušnje«.

Metode dela medicinskih sester pri pacientu z astmo

V tabeli 3 so prikazane kode in podkategorije, katere smo združevali, da smo oblikovali kategorijo »Metode dela medicinskih sester pri pacientu z astmo«. V sklopu »Astma šola in zdravstvena vzgoja«, smo združili naslednje kode: metoda pogovora, metoda demonstriranja, metoda učnega gradiva, uporaba različnih medicinsko - tehničnih pripomočkov, dihalne vaje in ponudba uporabe internetnih virov. V podkategoriji »Izboljšave v zdravstveni negi«, pa smo združili kode: komunikacija preko telefona, uporaba interneta in manjše skupine pacientov pri zdravstveni vzgoji.

Tabela 3: Metode dela medicinskih sester pri pacientu z astmo

Kategorija	Podkategorija	Koda
Metode dela pri pacientih z astmo	Astma šola in zdravstvena vzgoja	<ul style="list-style-type: none"> - Metoda pogovora, - metoda demonstriranja, - metoda učnega gradiva, - uporaba različnih medicinsko-tehničnih pripomočkov, - dihalne vaje, - ponudba uporabe internetnih virov.
	Izboljšave v zdravstveni negi	<ul style="list-style-type: none"> - Komunikacija preko telefona, - uporaba interneta, - manjše skupine pacientov pri zdravstveni vzgoji.

Astma šola in zdravstvena vzgoja

Medicinske sestre so bile mnenja, da je pomembno, da se pacienti z astmo zavedajo pomembnosti pripomočkov za lajšanje astme in da se navodil, ki jih dobijo tudi držijo. Prav tako so izražale mnenje, da je za pacienta pomembno beleženje meritev. Predvsem so poudarile velik pomen, da pacienti tudi ob izboljšanju stanja, uživajo predpisano terapijo. Poudarek je predvsem na inhalacijskih zdravilih.

MS1: »Naj bi si pacienti tudi sami beležili doma, se pa potem kr hitr vidi, kdo si beleži in kdo ne«.

MS2: »Če je pacient na oddelku, je za njegovo zdravstveno vzgojno delo odgovorna medicinska sestra, vendar pa se zdravstveno vzgojno delo ne izvaja po protokolu, da bi dejansko bili dolžni pacientu zdravstveno vzgojo izvest, ampak je dejansko to njena odločitev in njena »dobra voljo. Medicinske sestre moramo naučiti pacienta o uporabi pef metra, preverjat in poučit paciente o uporabi inhalacijskih zdravil, dihalne vaje«.

MS3: »Tu jih naučimo pravilnega vdihovanja inhalacijske terapije, ker je to zelo pomembno, ker če nam ne znajo uporabljat, jim ne pomagajo nič in se pr takih zdravstveno stanje v hitrem času fejest poslabša. Kr običajno oni ko vidijo, aha, zle mi je pa že kr boljše, zj pa jst ne rabim teh zdravil redno jemati in takrat nardijo največjo napako, kr stanje poslabša! Ko začnejo jemati inhalacijska zdravila, po nekem času vidijo, da so zdravila začela delovat, pa jih dajo na stran. Preprečevalce je treba redno jemati a ne. To jim na laičen način povem, kot bi doma nekje v enem kotu doma gori en požar, če ta požar ne pogasiš s temi svojimi preprečevalci«.

Medicinske sestre so izrazile mnenja, da brez dobre informiranosti pacientov, lahko nastanejo težave. Vse medicinske sestre v sklopu astma šole iz zdravstvene vzgoje pacientu z astmo nudijo zloženke in brošure, da jih lahko doma preberejo. Astma šola in zdravstveno vzgojno delo, bi po mnenju medicinskih sester pacienti morali obiskovati redno, saj tam dobijo pacienti veliko informacij, vendar problem nastaja pri mladih, delovno aktivnih ljudeh, ki se izobraževanju težko udeležijo v dopoldanskem času. V astma šolo vključijo tudi pacientove svojce.

MS1: »Povemo tudi mlajšim-internet, da si najdejo stvari ki jim pomagajo, spletne strani. V pošteev pridejo tudi brošure, predavanja. Lahko pokličejo, povprašajo, karkoli. Če je pozabu vzet, lahk zj uzame pa zvečer še enkrat, ... duši me... ka naj naredim, kdaj, kok dni? Nato se posvetujem z zdravnikom, pol pa pacienta pokličemo nazaj in se dogovorimo. Zloženke so, vprašanje pa je, kok si jih pacient dejansko doma prebere pa pregleda. Eni si bodo boljše prebrali, nekateri ne in bo doma nekam odložil. Še vedno je pa boljše to, da mu daš nekaj u roke, ker morda ko ga bo kaj težilo, morda bo pa takrat pogledal in prebral kaj ga zanima, ko nebo videl nobenega izhoda. Pacienti morajo strogo upoštevati pisna in ustna navodila, da jih pregledajo tudi svojci. Veliko vprašanje je tudi to, koliko, delajo doma dihalne vaje, koliko uporabljajo pripomočke, zato pa če bi bili svojci zraven vključeni, bi ga svojci lahko opozorili, ko so pa sami, so pa sami sebi prepuščeni«.

MS2: »Prav je, da jim medicinske sestre nudimo celostno podporo. Problem je tudi o mlajših pacientih, ki so delovno aktivni, saj morajo vzeti dopust. Bilo bi boljše, da bi kdaj pa kdaj bile delavnice oz. predavanja popoldne. Se pa pacienti radi vključujejo v astma šole. Na tej šoli astme je več kolegic s takega področja. Se pogovarjamo s pacienti in svetujemo od prehrane, do zdravnikov, kaj je astma, kako poteka, na kaj morajo biti previdni, do terapije, do psihologa in pa seveda do pravilnega jemanja zdravil. Ko je stanje astme akutno, dihalne vaje niso priporočljive zaradi samih infektov, takrat pacienta samo poučimo o dihalnih vajah in kako uporabljati pripomočke. Nekateri pacienti so o tem zelo dobro poučeni, predvsem mlajši. Če so kolikor toliko zainteresirani, se astma lahko zelo dobro vodi in obvladuje. Strokovni članki so sicer zelo fajn, je pa res, da jih marsikdo nebi razumel, so lahko za njih prezahtevni«.

MS3: »To so pogovori, že tule pr meni v respiratornem, jih najprej pokontroliram, če jemljejo pravilno ta inhalacijska zdravila, potem pa še posebej v astma šoli«. Zato je

tudi pomembno, da zdravila za preprečevanje astmatičnih napadov jemljejo redno in dosledno.

Izboljšave v zdravstveni negi

Intervjuvane medicinske sestre poudarjajo, da je potrebno še izboljšati področje psihične podpore pri pacientih z astmo. Medicinske sestre so mnenja, da bi bilo zelo učinkovito, da si se pacienti vključevali v delavnice astma šole v manjših skupinah. Izboljšave bi lahko bile tudi na področju telefonske komunikacije in interneta.

MS1: »Starejši ljudje so prikrajšani za določene informacije, predvsem zaradi interneta. Pomembno je, da mu povemo, kje se da kaj pogledat. Pri starejših je pa še velikokrat problem, že morda sam telefon mu lahko včasih povzroči velike težave, kaj pa šele računalniki, zato pa poudarjamo naj otroci in vnučki pomagajo pri temu, bi jim pokazali in bi lahko bilo to tudi lažje hkrati pa bi bili obveščeni o tem tudi svojci!«.

MS2: »Danes spet pospešeno delamo na tem, da bi zopet vzpostavili astmo šolo, poleg seveda individualnih srečanj«.

MS3: »Prosimo jih tudi, da ko se jim stanje poslabša, da naj to nujno javijo, pomembno je to tudi zaradi evidence, statistične evidence, ki jo vodimo, ker je pacient v rehabilitaciji«.

3.5 RAZPRAVA

Kvalitativna raziskava je pokazala, da intervjuvane medicinske sestre pripisujejo velik pomen podpori pacientom pri zdravljenju astme. V raziskavi smo želeli raziskati odzive pacientov na diagnozo astma. Intervjuvani pacienti so bili ob postavljeni diagnozi astma zaskrbljeni.

Pacienti so v intervjuju navajali negativna čustva ob poslabšanju astme, ki so se kazala kot občutki strahu. Razmišljali so tudi, kako bodo z astmo živeli naprej do konca življenja, o kvaliteti življenja in sposobnosti za delo, včasih pa se še kljub soočenju z boleznijo ob poslabšanju bolezni počutijo obupano in osamljeno. Radonjič Miholič (2008) opisuje odziv pacienta na bolezen, na katerega vplivajo izkušnje, spoznanja, strahovi in različni predsodki. Iz raziskave, ki je potekala v letu 2008, je avtorica Kregelj (2015) želela ugotoviti, kakšne izkušnje imajo pacienti ob doživljanja kronične

bolezni in kako se z njo soočijo. Anketirala je 50 naključno izbranih pacientov. Ugotovila je, da imajo pacienti, ki jih v večji meri spremljata strah in negotovost, do svoje bolezni pogosteje negativen odnos. Svoje življenje s težavo prilagajajo zahtevam bolezni in o njej tudi neradi komunicirajo. Ugotovila je, da so bili nekateri anketiranci prepričani, da njihova diagnoza ni pravilna. Prav tako so svojo diagnozo težko sprejeli. Pacienti s kronično boleznijo se bodo lažje soočali s svojimi težavami, če bodo od drugih prejeli pozitivne, spodbudne informacije. Prav tako se bo izboljšala samopodoba, če bodo izkušnje delili z ljudmi, ki so zboleli za isto boleznijo, ali pa svojo bolezen bolje sprejeli in jo razumeli, če se bodo temeljito pogovorili s svojim zdravnikom.

V raziskavi nas je zanimalo, kakšna je vloga psihične podpore, ki jo pacientom z astmo nudijo medicinske sestre. Za intervjuvane medicinske sestre sta vloga in pomen psihične podpore pri pacientih z astmo ključnega pomena za dobro pacientovo zdravje, tako fizično kot psihično. Za intervjuvane medicinske sestre je ključnega pomena komunikacija s pacienti. Po njihovem mnenju lahko medicinske sestre z njo dosežejo sproščenost in pomirjenost pacienta. S tem se strinja tudi Videčnik (2008) in pravi, da se psihična podpora kaže v obliki pogovora, kjer se vključijo motivacija, dihalne vaje in /ali poslušanje pacienta. Bishoff (2009) navaja, da ima dobra komunikacija vpliv na pozitivne rezultate pri zdravljenju pacientov. Intervjuvane medicinske sestre se zavedajo, da ni samo pogovor tisti, ki razbremeni paciente z astmo. Zaupale so nam, da že s poslušanjem pacienta dosežejo veliko, pacienti se ob tem sprostijo, ko jim zaupajo svoje tegobe, kar pa po mnenju intervjuvanih medicinskih sester pozitivno vpliva na astmo. Sodelavca McCormack in Enright (2008) opozarjata, kako zelo je pomembno natančno poslušanje pacienta z astmo, še posebej, kadar pacient z astmo navaja poslabšanje zdravstvenega stanja ponoči ali zgodaj zjutraj, sproženje simptomov ob telesni vadbi, dražilce, virusne infekcije in alergije. Ob prekinitvi komunikacije s pacientom se izgublajo določene informacije, ki nam jih pacient želi posredovati. Izpostavljajo tudi pomen izrazoslovja v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in pacientom. Intervjuvane medicinske sestre so povedale, da so pacienti ob spremembi okolja zadržani. Potrebno je upoštevati vsakega pacienta posamezno, saj se čustva pacientov med sabo zelo razlikujejo (Ule 2009). George (2009) opozarja, da se morajo

medicinske sestre izogibati temu, da čustva pacientov prevzamejo nase. Da bi na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik zagotovili celovitejšo obravnavo pacientov, so omogočili sodelovanje dermatologa pri obravnavi pacientov v pulmološko alergološki ambulanti. S sodelovanjem psihologov, zdravnikov, in medicinskih sester se pacientu nudi celostna zdravstvena obravnava, ki je najpomembnejša in je najboljši način na poti k ozdravitvi pacienta (Petek, 2011). Poleg pomembne vloge komunikacije med medicinskimi sestrami in pacienti z astmo poznamo še druge načine obvladovanja te bolezni. Dihalne vaje pri jogi naj bi pomagale preprečevati poslabšanje astme (O'Connor, et al., 2012). Tubin (2012) navaja namene in koristi dihalnih vaj. Namen dihalnih vaj je doseči sproščen učinek vsega telesa, izboljšati prezračevnost pljuč, olajšati pacientu izkašljevanje in popraviti iztirjeno dihanje. Redno izvajanje dihalnih vaj ne more nadomestiti zdravljenja za astmo, vendar za mnoge izvajanje le-teh pomeni boljšo kvaliteto življenja (Thomas, 2008). Med intervjuji smo naleteli na zanimanje medicinskih sester in pacientov za supervizijo, ki bi jo z veseljem obiskali. Rojšek (2009) v svojem članku navaja, da je ena izmed možnosti podpore tudi supervizija. Za avtorico je supervizija učni proces, ki je naravnani k točno določeni situaciji ali nalogi.

Intervjuvane medicinske sestre se zavedajo, da je vloga psihične podpore, ki jo nudijo pacientom z astmo, težka in naporna. Medicinske sestre so nam zaupale, da so na tem področju šibke in da potrebujejo dodatna znanja s tega področja. Rakovec Felser (2009) navaja, da se medicinske sestre ne zavedajo pomena psiholoških znanj v zdravstveni oskrbi. Zelo je pomembno, da ima medicinska sestra specifična znanja in spretnosti s področja osebnostne in socialne psihologije, s pridobljenimi znanji in dodatnimi izkušnjami pa lažje usmeri in spodbuja paciente in njihove svojce. Urbas (2008) je v svojem delu raziskovala zadovoljstvo z delovnim okoljem in izobraževanjem medicinskih sester ob uvajanju novih dejavnosti. Zanj je pomembno, da se medicinske sestre nenehno strokovno izobražujejo ter vestno in natančno opravljajo svoje delo. Poudarek je na samostojnosti in vsakodnevnem izobraževanju zdravstvenega osebja. Žvanut je s sodelavci (2013) ugotavljal potrebe po uporabi simulacij v procesu življenjskega učenja medicinskih sester. Ugotovil je, da je simulacija metoda učenja in poučevanja, ki se uporablja v formalnem in neformalnem usposabljanju strokovnjakov s

področja zdravstvene nege. V anketi je sodelovalo 78 vodilnih medicinskih sester na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti in socialnovarstvenih zavodih. Rezultati so pokazali, da so anketiranci izpostavljali potrebo po izobraževanju s stimulacijami na področju nujnih stanj (motnje srčnega ritma, akutna možganska kap, akutno odpovedjo dihal), saj omenjena stanja zahtevajo veliko strokovnega znanja. Avtorji so bili mnenja, da je potrebno omenjeno obliko izobraževanja vključiti v izobraževanje medicinskih sester, saj naj bi predstavljala simulacija najboljšo metodo učenja na področju zdravstvene nege.

Intervjuvane medicinske sestre so nam povedale, da ima zanje velik pomen zdravstveno-vzgojno delo pri pacientih z astmo. Z zdravstveno-vzgojnim delom lahko medicinske sestre dosežejo informiranost pacienta glede terapije ter preprečevanja in obvladovanja astme. Jones (2008) opozarja, da če ima pacient z astmo simptome bolezni pod nadzorom, bo manj poslabšanj bolezni. Tako bo pacientovo življenje z astmo kakovostnejše, manj bo stroškov, tveganje za smrt zaradi astme pa se bo zmanjšala. Intervjuvane medicinske sestre so poudarile pomen ocene pacientovega pridobljenega znanja. Doberšek (2012) je mnenja, da morajo medicinske sestre po končanem pouku pacientov z astmo oceniti pacientovo znanje. S tem se strinja Winifred Tamure (2013), ki še dodaja, kako uporabna je metoda pokažem - pokažeš, kjer lahko ugotovimo znanje pacienta. Takih metod se poslužujejo tudi intervjuvane medicinske sestre. Medicinske sestre so v intervjuju izrazile mnenje, da brez dobre informiranosti pacientov lahko nastanejo težave. Vse medicinske sestre v sklopu astma šole in zdravstvene vzgoje pacientu z astmo ponudijo zloženke in brošure, da jih lahko doma preberejo. V astma šolo vključijo tudi pacientove svojce. Pišl (2009) v članku navaja, da je vključevanje družinskih članov bistvenega pomena za uspešno zdravljenje in rehabilitacijo. To omogoča pacientom in njihovim družinam kvalitetno in ustvarjalno sodelovanje v vseh socialnih sistemih, ki pa so pomembni za kvaliteto in celovitost njihovega življenja. Intervjuvani pacienti so povedali, da od svojcev pričakujejo razumevanje in pomoč v domačem okolju in ne le vključevanje v zdravljenje in rehabilitacijo. Rhee (2010) s sodelavci govori o mladostnikih in njihovih družinah. Pravi, da imajo mladostniki z višjo stopnjo podpore v družini boljši nadzor nad

boleznijo in višjo kakovost življenja. Družina mladostniku z astmo pomaga pri spremembi ali opustitvi negativnih prepričanj glede zdravljenja.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, če optimistično vedenje izboljša rezultate zdravljenja pri pacientih z astmo. Intervjuvane medicinske sestre se zavedajo, kako pomembna je pozitivna in optimistična naravnost pri astmi. Conversano (2010) s sodelavci opozarja, da ima optimizem močan vpliv na telesno in duševno zdravje ter tudi na družbeno in poklicno življenje. Intervjuvana medicinska sestra s svojim pozitivnim in optimističnim pristopom pri obravnavi pacienta pozitivno vpliva na pacienta. Rijavec s sodelavci (2008) govori ravno o optimizmu. Pravi, da so optimisti bistveno bolj uspešni v doseganju pomembnih življenjskih ciljev kot pesimisti. Optimisti imajo po navadi visoke cilje in se ne obremenjujejo s tem, če ciljev ne bodo dosegli. Intervjuvane medicinske sestre paciente spodbujajo k čim bolj optimističnemu razmišljanju, saj menijo da to vpliva na duševno zdravje in počutje pri astmi. Seligman (2009) pa opozarja, da kljub temu če imamo veliko željo po uspehu, bomo neuspešni, če ne bomo optimistični.

S pomočjo pogovora so medicinske sestre paciente z astmo usmerjale v pozitivno razmišljanje. Medicinske sestre so mnenja, da če so pacienti z astmo negativno naravnani, se lahko pojavijo depresija in panične motnje. Musek (2010) navaja, da ima optimistična naravnost vpliv na dobro počutje in smisel za humor. Zurko (2012) navaja, da se pacienti, ki imajo astmo, izogibajo situacijam, ki bi lahko privedle do poslabšanja bolezni. To pa lahko pri pacientu z astmo vpliva na psihološko stanje, kot sta depresija in panične motnje. Intervjuvana pacientka je ob napadu astme izrazila strah pred zadušitvijo in paniko. Amiri (2012) s sodelavci v članku opisuje, da lahko občutek dispneje pri posamezniku povzroči strah in anksioznost. Epizode dispneje prispevajo k razvoju anksioznosti, kar pa lahko vodi do razvoja kronične anksioznosti. Poleg tesnobe, napetosti, nervoze in strahu se pojavljata pri anksioznosti še občutek dušenja ali hitrejše dihanje. Intervjuvani pacienti so izpostavili, da so že večkrat postali nejevoljni in depresivni. Lieshout & MacQueen (2008) navajata, da je depresija pogostejša pri pacientih z astmo in da vpliva na rezultate zdravljenja. Krauskopf s sodelavci (2013) je med januarjem 2010 in 2012 raziskoval, kakšna je povezanost

depresije in astme. V raziskavo je bilo vključenih 317 pacientov z astmo. Depresijo povezujejo s slabšim nadzorom bolezni, slabšo kakovostjo življenja ter slabšim sodelovanjem pri zdravljenju. Otroci ob poslabšanju zdravstvenega stanja pri astmi pogosto tožijo o občutkih žalosti, tesnobe, nemoči, negotovosti, nelagodju in strahu pred umrljivostjo (Bender Berz, et al., 2005, cited in Stewart, et al., 2011, p. 64). Intervjuvanim medicinskim sestram so pacienti pri zdravstveni obravnavi povedali, da niso imeli želje po socialnih stikih. Imeli so občutek manjvrednosti in da so v napoto drugim. Kljub temu da pacienti potrebujejo psihično pomoč medicinskih sester, je dokazano, da imajo osebe z astmo večsah problem pri vzpostavljanju odnosov z drugimi ljudmi (Rakovec Fleser, 2009).

Omejitev pri pisanju in primerjanju rezultatov izvedene raziskave je predstavljal manjši vzorec pri pacientih in medicinskih sestrah. Raziskava je bila opravljena le v eni bolnišnici. Vsi podatki intervjuvancev so avtentični, lahko pa odstopajo od resnice. Pri intervjuju lahko intervjuvanci zaradi občutka nelagodnosti podajo neresnične odgovore, da bi bil čim bolj podoben tistemu, za katerega mislijo, da je ustrezen (Vogrinc, 2008). Glede na naslov diplomske naloge je tema zelo osebna, saj vključuje podatke o doživljanju pacientov z astmo in psihični podpori. Predlagamo podobno raziskavo še po drugih bolnišnicah v Sloveniji, tako bi lahko primerjali rezultate med seboj in ugotovili, kako razmišljajo v drugih bolnišnicah. Ena izmed omejitev je bila tudi pomanjkanje literature, vezane konkretno na to področje.

4 ZAKLJUČEK

Psihična podpora medicinskih sester pacientom z astmo predstavlja temelj osebnega in čustvenega zdravja, še posebej, kadar je pri pacientih astma v poslabšanju.

V raziskavi smo ugotovili, da je znanje pacienta o astmi in informiranje pacienta o samozdravljenju astme zelo pomembno, saj si pacient ob poslabšanju astme lahko pomaga sam. S tem se preprečijo pogoste hospitalizacije in se izboljša kakovost pacientovega življenja. Medicinske sestre izvajajo tudi veliko nefarmakoloških načinov za lajšanje astme in jih uporabljajo pri svojem delu. Sem spadajo tudi dihalne vaje, različne relaksacijske tehnike in supervizija, kar lahko v kombinaciji s farmakološkim zdravljenjem še izboljša stanje pacientov z astmo.

5 LITERATURA

Allergy, Asthma, Information, 2014. *Asthma*. [pdf] Association Info Sheet Available at: http://www.aaia.ca/en/asthma_the_facts.pdf [Accessed 20 Januar 2017].

Agencija Republike Slovenije za okolje, 2015. *Kazalci okolja v Sloveniji. Astma in alergijske bolezni pri otrocih*. [online] Available at: http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=704 [Accessed 19 Januar 2017].

Agencija Republike Slovenije za okolje, 2014. *Astma in alergijske bolezni pri otrocih. Onesnaževanje zraka zaradi prometa močno prispeva k razvoju astme in alergijskih obolenj pri otrocih*. [online] Available at: <http://nfp-si.eionet.europa.eu/publikacije/Datoteke/Kazalci%20okolja%20v%20Sloveniji/Kazalcio%20koljavSloveniji.pdf> [Accessed 19 Januar 2017].

Ahačič, M. & Benedikt, 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*. Portorož: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege, pp. 8-9.

Amalietti, P., 2011. *Negovanje diha*. Ljubljana: Amalietti & Amailletti.

American Thoracic Society, 2013. *What Is Asthma?*. [online] Available at: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/asthma.pdf> [Accessed 20 Januar 2017].

Amiri, H., Monzer, M. & Nugent, K., 2012. The Impact of Anxiety on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Psychology*, 3(10), p. 3.

Asnaashari, M., Talaei, A. & Haghghi, B., 2012. Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD. *Iran Allergy Asthma Immunol*, 11(1), p. 3.

Asthma Society of Ireland, 2014. *The Living with Asthma Study -Exploring the Quality of Life of Irish Adults with Asthma*. [pdf] Available at:

https://www.asthma.ie/sites/default/files/files/document_bank/2015/Feb/The%20Living%20with%20Asthma%20Study%20Report%20FINAL_0.pdf [Accessed 20 Maj 2017].

Australian Bureau of Statistics, 2007. *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results.* [pdf] Available at: [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447F985FC2CA2574EA00122BD6/\\$File/43260_2007.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447F985FC2CA2574EA00122BD6/$File/43260_2007.pdf) [Accessed 16 April 2017].

Axelsson, M., Emilsson, M., Brink, E., Lundgren, J., Torén, K. & Lötvall, J., 2009. Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatics. *Respiratory Medicine*, 103(7), p. 2.

Barnes, J., 2012. *Asthma.* Harrison's Principles of Internal Medicine. [online] Available at: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=91277099> [Accessed 19 Marec 2017].

Bečan, T. & Klinc, A., 2011. Otroci z dolgotrajno boleznijo. In: V. Ornik, ed. *Delo z otroki s posebnimi potrebami.* Maribor: Založba Forum Media.

Bellia, V., Pedone, C., Catalano, F., Zito, A. & Palange, S., 2007. Asthma in the elderly. *Mortality rate and associated risk factors for mortality*, 132(4), p. 1.

Biban, M., 2007. Poklicne alergijske bolezni dihal. In: M., Košnik, ed. *Poklicne alergijske bolezni: zbornik sestanka. Ljubljana, 31. Marec, 2007.* Bolnišnica Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 41, 43.

Bishoff, A., 2009. *Management in sub-saharan Africa: whose business is it.* [online] Available at: <http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/htm> [Accessed 1 Marec 2017].

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

Borštnar, J. & Pregelj, P., 2009. *Zdravljenje kriznih stanj*. Ljubljana: Rokus Klett.

Boulet, L., Dorval, E., Labrecque, M., Turgeon, M., Montague, T. & Thivierge, R., 2008. Towards excellence in asthma management: final report of an eight-year program aimed at reducing care gaps in asthma management in Quebec. *Canadian Respiratory Journal*, 15(6), pp. 302, 310.

Chop, C. & Robnett, C., 2010. *Gerontology for the health care professional; 3rd Edition*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi E., Della Vista, O., Arpone, F. & Reda, M. A., 2010. Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. (6), p. 25.

Corrigan, C., Berger, W., Meredith, S., Jenkins, M. & Mason, P., 2009. *Obvladajmo alergije in astmo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Cowling, T., Huckvale, K., Ratnapalan, M., Marcano Belisario, J., Vashitz, G. & Car, J., 2011. Self-care apps for asthma. *Imperial College London. Nihl Clahrc for Northwest London. Version*, 1(4), p. 2.

Česen, K., 2007. Zdravstvena vzgoja bolnika z astmo. In: S. Kadivec, ed. *Šola za obstruktivne bolezni pljuč, program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Golnik, Bled, 3.-4.10.2007*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 31-34.

Doberšek, D., 2012. Zdravstvena vzgoja pacienta z astmo. In: L. Prestor, & M. Bratkovič, eds. *Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo: strokovni seminar. Maribor 30. In 31. Marec 2012*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –zdmsbzts. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, p. 23.

Dodić Fikfak, M., & Franko, A., 2007. Kaj pomeni verifikacija poklicne bolezni. In: M., Košnik, ed. *Poklicne alergijske bolezni: Zbornik sestanka. Ljubljana 31. Marec, 2007.* Bolnišnica Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 5.

Egginton, J., Textrol, L., Knoebel, E., Williams, D., Aleman, M. & Yawn, B., 2013. Enhancing School Asthma Action Plans: Qualitative Results From Southeast Minnesota Beacon Stakeholder Groups. *Journal of School Health*, 83(12), pp. 885, 892-893.

Eichenberger, P., Diener, S., Kofmehl, R. & Spengler, M., 2013. Effects of exercise training on airway hyperreactivity in asthma: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*, 43(11), p. 3.

Fayers, P. & Machin, D., 2007. *Quality of life*. [pdf] The Atrium, Southern Gate. Available at: https://books.google.si/books?hl=en&lr=&id=pqX6WKgHKJsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Quality+of+Life:+The+Assessment,+Analysis+and+Interpretation+of+Patient-reported+Outcomes&ots=z47RFijbdW&sig=fA8ix4sGbCwWt7a_9kRWWhrBaIac&redir_esc=y#v=onepage&q=Quality%20of%20Life%3A%20The%20Assessment%2C%20Analysis%20and%20Interpretation%20of%20Patient-reported%20Outcomes&f=false [Accessed 24 Januar 2017].

Foster, H. & Brooks Gunn, J., 2009. Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clinical child and family psychology review*, 71(94), p.2.

George, M. 2009. *Kako poiskati notranji mir: odkrijte svoj pravi jaz, obvladajte tesnobo in čustva, dobro razmišljajte in se dobro počutite.* Ljubljana: Mladinska knjiga.

Global Asthma Network, 2014. Global Burden of disease due to asthma. Available at: <http://www.globalasthmareport.org/burden/burden.php> [Accessed 20 May 2017].

Goemann, D. & Douglas, J., 2007. Optimal management of asthma in elderly patients. *Drugs Aging*, 24(5), p. 2.

Group Health Cooperative, 2015. *Asthma Diagnosis and Treatment Guideline Quality of life*. [pdf] Kaiser Foundation Health Plan of Washington. Available at: <https://www.ghc.org/static/pdf/public/guidelines/asthma.pdf>. [Accessed 18 maj 2017].

Hlebec, V., Kogovšek, T., Domanjko, B. & Pahor, M., 2007. Opazovanje sprememb v sestavi socialnih omrežij: metodološki vidiki. *Teorija in praksa*, 44(1-2), p. 223.

Hostar, H., 2012. *Zdravstvena vzgoja pacienta z akutnim miokardnim infarktom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Ivanuša, A. & Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege. 2. dopolnjena izdaja*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Jones, M., 2008. Asthma Self-Management Patient Education. *Respiratory Care*, 53(6), p. 1.

Jenkins, C., 2012. *Breathing Techniques for Asthma and Other Respiratory Diseases*. [online] Available at: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-61779-857-3_11 [Accessed 10 Marec 2017].

Južnič Sotlar, M., 2010. *Astma: Je popoln nadzor možen?*. [online] Available at: <http://www.viva.si/BolezniDihalRespiratorbolezni/1594/AstmaJepopolnNadzormo%C5%BEen> [Accessed 6 Marec 2017].

Kadivec, S., 2011. Partnersko vodenje bolnika s KOPB ali astmo. In: S. Kadivec, ed. *Astma; KOPB; alergijski rinitis: program za medicinske sestre. Golnik 5. Do 11. Maj 2011*. Golnik, pp. 18, 23, 25.

Kessler, K., 2011. Relationship between the use of asthma action plans and asthma exacerbations in children with asthma. *Asthma Allergy*, 2(1), p. 2.

Klemenc Ketiš, Z., 2011. *Praktikum družinske medicine učbenik za študente 6. letnika Medicinske fakultete Univerze v Mariboru*. Maribor: Univerza v Mariboru Medicinska fakulteta.

Koren, I., 2011. Prevalenca astme v koroški regiji. *Zdravstveni vestnik*, 80(57), pp. 1, 7-8.

Kotnik Pirš, A. & Krivec, U., 2015. Epidemiologija astme v svetu. In: U. Krivec & M. Praprotnik, eds. *Astma pri otroku*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo.

Krauskopf, K. A., Sofianou, A., Goel, M. S., Wolf, M. S., Wilson, E. A., Martynenko, M., 2013. Depressive symptoms, low adherence, and poor asthma outcomes in the elderly. *Journal of Asthma*, 50(3), p. 1.

Kregelj L., 2015. Izkušnja doživljanja kronične bolezni in strategije soočanja z njo. *Družboslovne razprave*, 78 pp. 46-47, 54.

Lilek, V., 2011. Vloga medicinske sestre pri delu s svojci starostnika. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje*. Maribor, Slovenija: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Locatelli, I., Janežič, A. & Kos, M., 2016. Sodelovanje pacientov pri zdravljenju z zdravili in relacija do zdravstvenih izidov pacientov z astmo. In: N. Triller, ed. *Možnosti presejalnega testiranja v pulmologiji, združenje pnevmologov Slovenije: zbornik sestanka: Ljubljana, Medicinska fakulteta 14. maj 2016 Ljubljana: Združenje pnevmologov Slovenije*. Ljubljana, pp. 5-7.

Markoš Krstulović, I., 2014. *Anksioznost*. [pdf] Združenje zdravnikov družinske medicine. Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/VIII-74.pdf> [Accessed 24 Januar 2017].

McCormack, M. & Enright, P., 2008. Making the Diagnosis of Asthma. *Respiratory care*, 53(5), p. 2.

Meden Vrtovec, H., 2011. Staranje ženske populacije. In: R. Medved, J. Ramovš & Z. Tičar, eds. *Geriatrja in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru. Brdo 15. September 2011*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, p. 2.

Medicinski portal, 2008. *Nacionalni program. Bronhijalne astme kod djece. Liječenje i strategija prevencije*. [online] Available at: http://bs.medicine-guidebook.com/fiziologiya-57_patologicheskaya_bronhialnaya-astma-de~1.html [Accessed 9 Marec 2017].

Mohorič, K., 2007. Epidemiologija astme, ki je povezana z izpostavljenostjo na delovnem mestu. In: M., Košnik, ed. *Poklicne alergijske bolezni: Zbornik sestanka. Ljubljana, 31. Marec, 2007*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 16-17.

Morgan, T., 2013. Osnovne značilnosti bolezni in temelji zdravljenja. *Farmacevtski Vestnik*, 64(89), p. 39.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B., 2007. *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826170> [Accessed 13 Marec 2017].

Musek, J., 2010. *Psihologija življenja*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Mušič, E., 2008. Starostniki in pljučne bolezni. *Zdravstveni vestnik*, 77(12), p. 2.

Myers, T. & Tomasio, L., 2011. Asthma and Beyond. *Respiratory Care*, 56(9), p.1.

- Neubauer, N., 2009. *Obvladajmo alergije in astmo*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- OConnor, E., Patnode, D., Burda, U., Buckley, D. & Whitlock, E., 2012. Breathing exercises and/or retraining techniques in the treatment of asthma: comparative effectiveness. *Comparative effectiveness review* 12, p. 3.
- Pastirk, S. & Knuplež V., 2008. *Uporaba vedenjsko-kognitivne psihoterapije v skupinskih programih psihosocialne rehabilitacije*. [pdf] Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Enota Maribor. Available at: http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2008_No1_p18-24.pdf [Accessed 8 Marec 2017].
- Petek, D., 2010. Vodenje bolnika s KOPB in astmo v ambulanti družinske medicine. In: K. Tušek Bunc, ed. *6. mariborski kongres družinske medicine: zbornik predavanj*. Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine, p. 63.
- Petek, J., 2011. Fobije in njihov vpliv na nastanek depresije. In: B. Bregar, ed. *Celostna obravnava pacientov z depresijo: zbornik predavanj z recenzijo, Vojnik, 1. junij 2011*. Vojnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 17-22.
- Pišl, A., 2009. Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Počvavšek, I., 2007. Astma šola v bolnišnici Golnik. In: S. Kadivec, ed. *Šola za obstruktivne bolezni pljuč, program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 27.
- Počvavšek, I., 2014. Izvajanje astma šole na Univerzitetni Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij, 2014. Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč: zbornik predavanj. Bled, 3. in 4. oktober, 2014*. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 99-102.

Poplas Susič, T., Vodopivec Jamšek, V., Košnik, M., Živčec Kalan, G. & Šuškovič, S., 2010. Astma – protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *ISIS*, 19(2), p. 51.

Pšeničny, A., 2010. *Zakaj psihosomatskega pacienta poslati tudi k psihoterapevtu?* [pdf] Kokaljevi dnevi, 9.-10.4.2010, Kranjska Gora Available at: [http://www.psihoterapija-ordinacija.si/uploads/file/PUBLIKACIJE/PsihosomatskaMotnja\(1\).pdf](http://www.psihoterapija-ordinacija.si/uploads/file/PUBLIKACIJE/PsihosomatskaMotnja(1).pdf) [Accessed 1 Avgust 2017].

Radon, E., 2007. Vpliv dihalnik tehnik in sprostitev na pljučnega bolnika. In: S. Kadivec, ed. *Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in alergijo: zbornik predavanj. Golnik, Bled 3.-4. Oktober 2007*. Bolnišnica Golnik-Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, pp. 19-20.

Radon, E., 2011. Respiratorna fizioterapija pri pljučnem bolniku. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis, program za medicinske sestre 1. Golnik, 5. Do 11. maj 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, p. 72.

Radonjič Miholič, V., 2009. Spremembe duševnosti med telesnimi boleznimi in njihov pomen za kakovost življenja. In: M. Keček, ed. *Ko se duševna manj razvitost in duševna motnja prepletata: zbornik predavanj. Dvorec Jeruzalem, 17. Oktober, 2008*. Ormož: Zbornica-zveza, sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 20-25.

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

Remic, A., 2012. Pomen redne telesne aktivnosti ter higiene dihalnih poti pri bolnikih z astmo. In: L. Prestor & M. Bratkovič, eds. *Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 30- 31. marec 2012*. Zbornica

zdravstvene in babiške nege Slovenije –zdmsbzts. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, pp. 48-49, 50.

Rhee, H., Belyea, J. & Brasch, J., 2010. Family Support and Asthma Outcomes in Adolescents: Barriers to Adherence as a Mediator. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), p. 3.

Rijavec, M., Miljković, D. & Brdar, I., 2008. *Pozitivna psihologija*. Zagreb: EIPND2.

Rojšek, J., 2009. *O mentorstvu na področju klinične psihologije*. [online] Available at: http://www.klinicnapsihologija.si/klip_o_mentorstvu_na_podrocju_klinicne_psihologije [Accessed 16 November 2016].

Samra, J., Gilbert, M., Shain, M. & Bilsker, D., 2012. Psychological support. *The Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace*. [online] Available at https://www.workplacestrategiesformentalhealth.com/content/images/agenda/pdf/1_Psychological_Support_EN.pdf [Accessed 8 Maj 2017].

Seligman, Martin E. P. 2009. *Naučimo se optimizma*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Skerbinjek Kavalarič, M. & Krajnc, I., 2008. Astma in primarni imunski odgovor. *Medicinski mesečnik*, 3(4), p. 87.

Soto Ramirez, N., 2013. Epidemiologic Methods of Assessing Asthma and Wheezing Episodes in Longitudinal Studies: Measures of Change and Stability. *Journal of Epidemiology*, 23(6), p. 1.

Starč, R., 2007. *Bolezni zaradi stresa. Od utrujenosti, pešanja spomina, razpoložljivosti motenj, glavobola, nespečnosti, razjede dvanajsternika in astme do rakavih obolenj*. Ljubljana: Sirius.

Stewart, M., Masuda, J., Letourneau, N., Anderson, S. & McGhan, S., 2011. "I want to meet other kids like me": Support needs of children with asthma and allergies. *Issues, Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(2), pp. 63-64, 71.

Škerbinek, A., 2011. Družinska oskrba. In: B. Bregar & P. Novak, eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, marec 2011*. Zbornica zdravstvene in babiške nege, Skupnostna psihiatrična obravnava, Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 18.

Škrgat Kristan, S., 2012. Astma. In: L. Prestor & M. Bratkovič, eds. *Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 30- 31. marec 2012*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, pp. 13-14.

e

Štruc, D., 2014. Samozdravljenje bolnika z astmo. In: L. Prestor, ed. *Timski pristopi k obravnavi pulmološkega pacienta: zbornik predavanj z recenzijo. Mala Nedelja, 28. – 29. marec, 2014*, pp. 175-176, 183.

Šuškovič, S., n.d.. *Astma*. [online] Available at: <http://www.klinikgolnik.si/dejavnost-bolnisnice/opis-bolezni-in-preiskav/astma.php> [Accessed 9 Januar 2017].

Šuškovič, S., 2007. Povzročitelji poklicne astme. In: M., Košnik, ed. *Zbornik sestanka poklicne alergijske bolezni. Ljubljana, 31. marec, 2007*. Bolnišnica Golnik. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, p. 10.

Šuškovič, S., 2008. Obravnava astme v Sloveniji-prospektivna opazovalna raziskava. *Farmacevtski vestnik*, 59(3), pp. 2, 4.

Šuškovič, S., 2010. *Dnevnik astme*. Tisk GSK, Ljubljana.

The British Thoracic Society, 2011. *British guideline on the management of asthma*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [online] Available at: <https://www.brit->

thoracic.org.uk/standards-of-care/guidelines/btssign-british-guideline-on-the-management-of-asthma/ [Accessed 1 Avgust 2017].

Thomas, M., 2008. *Asthma*. [online] UK Senior Research Fellow. Available at: http://www.asthma.org.uk/how_we_help/research/mike_thomas_breath.htm [Accessed 12 March 2017].

Toni, J., Mrhar, A. & Košnik, M., 2012. *Zdravljenje z zdravili bolnikov z astmo in KOPB*. Golniški simpozij 2012 klinična farmacija: Golnik.

Tubin, D., 2012. Različne tehnike dihanja pri bolnikih z astmo. In: L. Prestor & M. Bratkovič, eds. *Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 30-31. marec 2012*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji strokovni seminar, pp. 93.

Ule, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Univerzitetna Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011. *Modul: astma, KOPB, alergijski rinitis: program za medicinske sestre*. Golnik, 5. do 11. maj 2011, pp. 39-40.

Urbas, M., 2008. *Izobraževanje medicinskih sester ob uvajanju novih dejavnosti: diplomsko delo*, Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede.

Videčnik, I., 2008. Ko se duševna manj razvitost in duševna motnja prepletata. In: M. Kreček, ed. *Podporna komunikacija pri osebah z motnjami v duševnem razvoju. Dvorec Jeruzalem, 17. oktobra 2008*. Jeruzalem: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 55-56.

Vrabič Kek, B., 2012. *Kakovost življenja*. Ljubljana, Slovenija: Narodna in univerzitetna knjižnica.

Zabukovšek, D., 2015. *Psihični obrambni mehanizmi in psihosomatski simptomi zdravstvenih delavcev v urgentnih in intenzivnih enotah: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Zurko, R., 2012. *The impact of asthma*. [online] Available at: http://www.ehow.com/about_5444984_impact-asthma.html [Accessed 12 Marec 2017].

Žvanut, B., Jurgec, S. & Karnjuš, I., 2013. Analiza potreb po uporabi simulacij v procesu vseživljenjskega učenja medicinskih sester. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(1), pp. 28,35-36.

Winifred Tamure, L., 2013. *Teach-Back for Quality Education And Patient Safety*. Urologic Nursing. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24592519> [Accessed 30 April 2017].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Informirano soglasje je za osebo: _____

Spoštovani!

Sem Klementina Godec, študentka Fakultete za zdravstvo Jesenice in pripravljam

diplomsko delo z naslovom: Pomen psihične podpore medicinskih sester pri astmi. Pod mentorstvom ga. Marte Smodiš, pred., bi z vami želela narediti intervju, ki bo trajal 30 minut. V okviru intervjuja vam bom zastavila vprašanja, ki se nanašajo na temo, ki jo navaja naslov diplomskega dela. Vprašanja se delijo na dva vsebinska dela. Prvi vsebinski del sestavljajo vprašanja o demografskih podatkih, drugi del pa bo vseboval mnenje intervjuvancev glede psihične podpore pri astmi, o načinih izvedbe psihične podpore in o vlogi komunikacije pri nujenju psihične podpore pri astmi. Intervju se bo izvajal po ustnem in pisnem soglasju pacientov in medicinske sestre. Intervju se bo ves čas pogovora snemal in nato pretipkal v Wordov dokument. Vsi podatki, ki jih bomo pridobili bodo anonimni, zaupni in shranjeni le v namene naše raziskave. Prav tako tudi med snemanjem nebo razkrita vaša identiteta. Intervju bo potekal v mirnem, primerno ozračenem in osvetljenem prostoru. Med intervjujem bosta prisotna raziskovalka in vi. Če bi bilo kakšno vprašanje za vas morda nelagodno, nanj nebi hoteli odgovoriti, ali pa bi morda želeli predčasno zaključiti z intervjujem, lahko storite to v kateri koli fazi intervjuja. V raziskavi sodelujete povsem prostovoljno in anonimno.

Za sodelovanje v raziskavi vam bomo iz srca hvaležni, in kar je najpomembnejše, s svojimi odgovori na zastavljena vprašanja boste pomembno prispevali k raziskavi na področju psihične podpore pri pacientih, ki boleajo za astmo.

Za dodatna vprašanja smo vam na voljo na telefonski številki: 041-202-120 ali na elektronskem naslovu: klementina.fzj@gmail.com.

Metode raziskave: Podatke za raziskavo bomo zbirali s polstrukturiranim intervjujem, ki bo vseboval 12 vprašanj za pacienta in 10 vprašanj za medicinsko sestro, vprašanja imajo tudi podvprašanja. Vprašanja se delijo na dva vsebinska dela. Prvi vsebinski del

sestavljajo vprašanja o demografskih podatkih (starost, izobrazba intervjuvanca, delovna doba, kje intervjuvanec živi in dela). Drugi del pa vsebuje mnenja intervjuvancev glede psihične podpore pri astmi, o načinih izvedbe psihične podpore in o vlogi komunikacije pri nudenju psihične podpore pri astmi. Intervju se bo izvajal po pisnem in ustnem soglasju pacientov in medicinske sestre. Intervju se bo ves čas pogovora snemal, nato pa pretipkal v Wordov dokument. Vsi podatki, ki jih bomo pridobili bodo anonimni, zaupni in shranjeni le v namene naše raziskave. Prav tako tudi med snemanjem nebo razkrita vaša identiteta. Intervju bo potekal v mirnem, primerno ozračenem in osvetljenem prostoru. Med intervjujem bosta prisotna le raziskovalka in vi. Če bi bilo kakšno vprašanje za vas morda nelagodno, nanj nebi hoteli odgovoriti, ali pa bi morda želeli predčasno zaključiti z intervjujem, lahko storite to v kateri koli fazi intervjuja. V raziskavi sodelujete povsem prostovoljno in anonimno.

6.1.1 Privolitev

Prebral/-a sem vse informacije, ki so mi bile predstavljene. Imel/-a sem priložnosti povprašati o poteku raziskave in vseh podrobnostih. Prostovoljno dajem svojo privolitev za sodelovanje v raziskavi pri diplomski nalogi in objavi intervjuja, kjer bo zagotovljena anonimnost.

Ime in priimek: _____

Podpis: _____

Datum: _____

6.1.2 Izjava raziskovalca

V raziskavi sem vsem intervjuvancem predstavila natančne in zanesljive podatke in informacije o celotni raziskavi. Vsi udeleženci raziskave so imeli možnost dodatnih vprašanj, na njihova vprašanja sem odgovorila korektno in po svojih najboljših močeh. Potrjujem, da so vsi raziskovalci izbrani svobodno in prostovoljno.

Podpis: _____

Datum: _____

6.1.3 Intervju

Spoštovani!

Sem Klementina Godec, absolventka na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Pod mentorstvom ga. Marte Smodiš, pred., pripravljam diplomsko nalogo z naslovom: Pomen psihične podpore medicinskih sester pri astmi. Za raziskavo, ki jo bomo izvedli v nalogi, bomo uporabili tehniko zbiranja podatkov: intervju. Postavila vam bom nekaj vprašanj, ki bodo tako odprtega, kot tudi zaprtega tipa, ki se bodo nanašala na temo glede psihične podpore pri astmi. Intervju bo trajal 30. minut. Ves čas pogovora se bo intervju snemal z diktafonom. Intervju bo povsem anonimen, diskreten, prav tako bom podatke porabila za raziskovalne namene za diplomsko nalogo. Podatki bodo varno shranjeni, prav tako pa ob objavi ne bo razkrita vaša identiteta.

Kot medicinska sestra/zdravstvenik se v svojem delu na pljučnem oddelku pogosto srečujete z ljudmi, ki bolehalo za astmo. Tudi ti pacienti potrebujejo psihično podporo pri svojem zdravljenju. Na osnovi vaših izkušenj in Vašega mnenja o znanju na tem področju vas vabimo k sodelovanju v raziskavi, ki je del diplomskega dela Klementine Godec, študentke na Fakulteti za Zdravstvo Jesenice, z naslovom: Pomen psihične podpore medicinskih sester pri astmi.

Cilj diplomske naloge je raziskati vlogo medicinske sestre na področju psihične podpore pri pacientih z astmo. Zato vas prosimo, če v sklopu tega, odgovorite na naslednja vprašanja.

Zahvaljujem se vam za vašo sodelovanje, prijaznost, iskrenost, ter čas, ki ste mi ga namenili.

Izhodiščna vprašanja za pacienta:

1. Kakšna je vaša starost, izobrazba, delovno področje, delovna doba in kje živite?
2. Ali ste v otroštvu bolehalo za astmo?
3. Kako ste imeli urejeno astmo med otroštvom? Vas je pri čem ovirala? Kako je urejena sedaj?
4. Ali ste se zaradi vaše bolezni kdaj znašli v situaciji, ko niste vedeli, kako naprej?

5. Menite, da vam je med bivanjem v bolnišnici medicinsko osebje nudilo dovolj pomoči, da se niste znašli v negotovosti?
6. Kdo je sodeloval pri nudenju podpore?
7. Ste morda občutili pozitivne spremembe pri astmi, zaradi psihične podpore?
8. S kom ste se največkrat pogovarjali, če ste potrebovali psihično podporo?
9. Ste morda tudi med samim zdravljenjem pomislili na negativne stvari v življenju, ste bili kdaj žalostni, potrti?
10. Kakšen pomen ste pripisali komunikaciji med vami in medicinsko sestro, ter ostalimi zdravstvenimi delavci?
11. Kdo vse je bil vključen v vaše zdravljenje?
12. Kaj bi predlagali zdravstvenim delavcem, da spremenijo, dopolnijo področje psihične podpore pri pacientih z astmo?

Izhodiščna vprašanja za medicinsko sestro:

1. Kakšna je vaša starost, izobrazba, delovno področje, delovna doba in kje živite?
2. Kako poteka zdravstveno vzgojno delo pri pacientih z astmo?
3. Kdo vse je vključen v team, pri izvajanju zdravstveno vzgojno dela?
4. Kakšen je po vašem mnenju pomen nudenja psihične podpore pri pacientih z astmo in kakšen je odziv pacientov?
5. Kakšen je bil odziv pacientov z astmo, po prejemu psihične podpore?
6. Kakšne pristope in načine izvedbe psihične podpore zagotovite pacientom z astmo?
7. Katere službe bi še vključili v proces psihične podpore pacienta z astmo in kolikokrat?
8. Kakšen je pomen komunikacije pri pacientih z astmo?
9. Ali nudite psihično podporo pacientu z astmo, tudi ko je v domači oskrbi?
10. Kako bi lahko še po vašem mnenju pacientom z astmo ponudili razumljive in dostopne informacije glede astme?