



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**POMEN KAKOVOSTNIH INFORMACIJ ZA  
ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO PACIENTA S  
KRONIČNO BOLEZNIJO**

**IMPORTANCE OF QUALITY INFORMATION  
IN HEALTH CARE PROVISION OF CHRONIC  
PATIENTS**

Mentor: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidatka: Nina Kocjančič

Jesenice, avgust 2017

## **ZAHVALA**

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

Hvala Sedinii Kalender Smajlović, pred. in izr. prof. dr. Maji Sočan za recenzijo diplomskega dela.

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

Posebna zahvala gre mojim najbližjim za razumevanje, potrpežljivost in vzpodbudo, tako v času študija kot med nastajanjem diplomskega dela.

Iskrena hvala vsem!

## **POVZETEK**

**Teoretično izhodišče:** Pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) je za dobro vodenje bolezni potrebno učenje. Pomembno vlogo pri tem ima zdravstveno osebje, saj mora pacienta že ob sprejemu poučiti in pripraviti na življenje s KOPB po odpustu iz bolnišnice.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti informiranost pacientov o KOPB.

**Metoda:** Uporabljena je bila neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Po pridobitvi soglasij smo razdelili vprašalnike. Vprašalnike smo razdelili 59 pacientom, udeležencem šole KOPB na Kliniki Golnik, ter ga ponovili čez mesec dni. Za obdelavo podatkov smo uporabili programa Microsoft Excel 2007 in SPSS 23.0. Uporabljena je bila deskriptivna in bivariatna statistika. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med trditvami smo upoštevali stopnjo pomembnosti na ravni 5% tveganja.

**Rezultati:** Pacienti so takoj po izvedeni šoli KOPB (100%) in po 1 mesecu od poučevanja (98,3%) prepoznali kratico KOPB. Razlik v povprečjih med dolžino zdravljenja pacienta s KOPB (v letih) in informiranostjo pacienta s KOPB nismo potrdili ( $p=0,792$ ). Spol in stopnja izobrazbe nima statistično pomembne povezave, da sami poiščejo vire informiranja ( $p=0,770$ ). Anketiranci so najbolj ocenili: »Na splošno lahko rečem, da sem bil(a) z razlago medicinske sestre na šoli KOPB zadovoljen(a)«, ( $PV=4,86$ ,  $SO=0,39$ ). Najslabše je bila ocenjena trditev: »Prejel(a) sem dovolj pisnih navodil in informacij za uspešno vodenje svoje bolezni« ( $PV=4,12$ ,  $SO=1,42$ ).

**Razprava:** V raziskavi smo ugotovili, da so pacienti s KOPB dobro informirani o bolezni, saj se rezultati po 1 mesecu od poučevanja niso bistveno razlikovali. V primerjavi s tujimi raziskavami odkrijemo, da so ženske bolj informirane od moških o KOPB in da stopnja izobrazbe vpliva na boljšo informiranost pacienta o KOPB, kar v naši raziskavi nismo mogli potrditi.

**Ključne besede:** kronična obstruktivna pljučna bolezen, poučevanje, informiranost, obvladovanje, zdravstvena vzgoja

## **ABSTRACT**

**Background:** To ensure proper disease management, education is necessary for patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Healthcare professionals play an important role in this process - they need to educate patients upon admission into the hospital and prepare them for life with COPD after discharge.

**Objectives:** The main objective of the thesis is to determine the level of knowledge about COPD among patients.

**Method:** We employed a non-experimental method of empirical research. We distributed questionnaires to patients after obtaining prior consent. The questionnaires were distributed to 59 patients, participants of the COPD school at the University Clinic Golnik; after a month, the survey was repeated. Microsoft Excel 2007 and SPSS 23.0 were used to process the data. We used descriptive and bivariate statistical analyses. To determine statistically significant differences between statements, we considered the significance level at the 5% risk level.

**Results:** Immediately after the COPD workshop (100%) and 1 month after the workshop (98.3%), patients recognised the acronym COPD. A correlation between the average treatment duration for a patient with COPD (in years) and the level of knowledge about COPD was not confirmed ( $p=0.792$ ). No correlation was found between gender and the level of education and the willingness to find sources of information by oneself ( $p=0.770$ ). The respondents marked the following statements with the highest rating: "I can say that I was generally satisfied with the nurse's explanation at the COPD Workshop" (mean=4.86, SD=0.39). The lowest rated statement was: "I have received sufficient written instructions and information to successfully manage my disease" (mean=4.12, SD=1.42).

**Discussion:** The research has shown that patients with COPD are well informed about their disease, as there was no significant change in the results 1 month after the workshop. When comparing to international research, we discovered that women are better informed about COPD than men, and that level of education has an impact on better level of knowledge about COPD, which we couldn't confirm in our research.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, teaching, level of knowledge, management, health education

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	KRONIČNE BOLEZNI.....	3
2.2	KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN .....	4
2.2.1	Dejavniki tveganja.....	4
2.2.2	Simptomi .....	5
2.2.3	Ugotavljanje KOPB.....	5
2.2.4	Preventiva KOPB .....	5
2.3	OBVLADOVANJE KRONIČNIH BOLEZNI.....	6
2.4	SVETOVANJE PACIENTOM S KRONIČNO BOLEZNIJO O VODENJU BOLEZNI .....	10
2.5	KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTOV S KRONIČNO BOLEZNIJO .....	13
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>17</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	18
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	18
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	18
3.3.3	Opis vzorca.....	19
3.3.4	Metode obdelave podatkov.....	19
3.4	REZULTATI .....	21
3.5	RAZPRAVA .....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Poznavanje znakov poslabšanja KOPB (takoj po izvedeni šoli KOPB in po 1 mesecu od poučevanja).....	22
Tabela 2: Poznavanje KOPB in ukrepanje ob poslabšanju .....	23
Tabela 3: Udeležba v šoli KOPB.....	23
Tabela 4: Vpliv kajenja na KOPB (pred in po 1 mesecu) .....	24
Tabela 5: Informiranost o KOPB doma.....	24
Tabela 6: Izpiranje ust po uporabi inhalacijskih zdravil (takoj po izvedeni šoli KOPB in po 1 mesecu od poučevanja).....	25
Tabela 7: Informiranost o KOPB (doma) in dolžina zdravljenja (v letih).....	26
Tabela 8: Povezava med dolžino zdravljenja pacienta in informiranostjo o KOPB .....	26
Tabela 9: Informiranost pacienta s KOPB glede na spol.....	27
Tabela 10: Stopnja izobrazbe glede na informiranost pacienta s KOPB.....	28
Tabela 11: Primerjava razlik glede informiranosti pacienta o KOPB .....	29
Tabela 12: Pridobljeno znanje v šoli KOPB.....	30

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Znanje pacienta o KOPB takoj po izvedenem pouku in po 1 mesecu od poučevanja .....	21
---	----

## SEZNAM KRAJŠAV

CAT	(angl.) COPD Assesment Test – Test za ocenitev KOPB
FEV1	forsirani ekspiratorni volumen zraka v prvi sekundi izdiha
GOLD	(angl.) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – globalna pobuda za kronično obstruktivno pljučno bolezen
HRQoL	(angl.) Health related quality of life – z zdravjem povezana kakovost življenja
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
LINQ	(angl.) Lung Information Needs Questionnaire – Vprašalnik namenjen respiratornim vprašanjem
MSHQ	(angl.) Mount Sinai Hospital Questionnaire – Bolnišnični vprašalnik Mount Sinai
N	število
NP	napaka povprečja
PV	povprečna vrednost
VC	vitalna kapaciteta
P	stopnja značilnosti
SO	standardni odklon
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija



## 1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je postavila visok prioritetni status kroničnim nenalezljivim boleznim, saj podatki kažejo, da je 86 % vseh smrti v Evropi povezanih s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kar predstavlja 77 % vsega bremena (umrljivost za posledicami kroničnih nenalezljivih bolezni) bolezni v evropski regiji. Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo glavno breme tudi v Sloveniji. S staranjem prebivalstva naraščajo predvsem glavne štiri skupine kroničnih nenalezljivih bolezni. Na prvem mestu so bolezni srca in ožilja, rakave bolezni, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) in sladkorna bolezen. Kronične nenalezljive bolezni so vodilni zdravstveni problem, ki predstavljajo tudi veliko finančno breme sistemu zdravstvenega varstva (Maučec Zakotnik & Vrbovšek, 2009; Borovničar, 2011; Grmek Košnik, 2014, World Health Organization).

Projekcije prihodnosti kažejo, da bodo kronične bolezni še naprej največ prispevale k smrtnosti in invalidnosti v državah z visokimi dohodki in s tem se bodo še povečale (Busse, et al., 2010). Kronična obstruktivna pljučna bolezen je dosegla epidemiološke razsežnosti in po nekaterih ocenah je trenutno na svetu do 600 milijonov pacientov (Chapman, et al., 2006). V Sloveniji se je v zadnjih letih na področju obvladovanja kroničnih bolezni naredilo veliko. V prihodnje bodo izboljšave odvisne predvsem od integriranega (multidisciplinarnega) pristopa k zdravstvenemu varstvu aktivnega prebivalstva (Albreht & Pribaković Brinovec, 2011).

Zdravljenje kroničnih bolezni je praviloma doživljenjsko in prav zato je sodelovanje pacienta, zdravnika ter drugih strokovnjakov še kako pomembno. Le z dobro motiviranim pacientom ter dobrim odnosom lahko dosežemo najboljši možen izid zdravljenja (Petek Šter, 2012). To bomo dosegli z vključenostjo pacienta kot enakovrednega partnerja v procesu zdravstvene nege, saj je vključenost pacienta pomemben kazalec kakovostne in varne zdravstvene nege in eden izmed temeljnih pogojev za zadovoljstvo pacientov (Kolenc & Červ, 2009). Poleg strokovnega znanja pa pacienti od zdravstvenega osebja pričakujejo predvsem korekten odnos in dobro komunikacijo (Duratović, 2013). Prave in popolne informacije so v zdravstvenem

sistemu ključnega pomena, saj z njimi medicinske sestre pacientom rešujejo življenja in omogočijo, da živijo kakovostnejše (Birk, 2009).

V empiričnem delu smo na podlagi izvedene raziskave ugotavljali informiranost pacientov s kronično boleznijo. Znanje pacientov smo preverjali takoj po organiziranem pristopu v obliki »šole« za KOPB ter ponovili s ponovnim klicem domov po enem mesecu. Pridobljeni rezultati so osnova za nadaljnje raziskovanje na področju informiranosti pacienta s KOPB.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 KRONIČNE BOLEZNI

Kronične bolezni so problem sodobnega časa (Poklukar, 2014). Reševanje tega problema je eden izmed glavnih izzivov 21. stoletja (McKnee & Nolte, 2008). Kronične bolezni so dolgotrajne, navadno počasi napredujoče bolezni (World Health Organization Global Report, 2005 cited in Kadivec, 2011, p. 11). V razvitem svetu predstavljajo kronične bolezni najpomembnejši vzrok obolevnosti in umrljivosti, kar povzroča tako ekonomsko kot tudi socialno breme, ki se vseskozi povečuje (GOLD, 2015, p. 2). Projekcije SZO kažejo, da se bo število smrtnih žrtev na svetovni ravni med letoma 2010–2020, zaradi posledic kroničnih nenalezljivih bolezni, povečalo za 15 %, kar bo predstavljalo 44 milijonov smrti, ki so posledica kroničnih nenalezljivih bolezni (The global burden of disease, 2004). Tudi v Sloveniji se srečujemo z velikim bremenom, tako za zdravstvene sisteme kot za gospodarstvo in družbe na splošno, saj obolevnost in umrljivost za posledicami kroničnih nenalezljivih bolezni predstavljata velik problem za javno zdravstvo (Vrbovšek, 2011). Skupina kroničnih bolezni je zelo obsežna (Kadivec, 2011). Med najpogostejšimi vzroki smrti v slovenskem prostoru so bolezni srca in ožilja, rak, kronične bolezni dihal, sladkorna bolezen ter duševne bolezni (Evropska komisija- Javno zdravje).

Zmanjševanje umrljivosti in s tem daljšanje življenjske dobe se odraža v naglem naraščanju deleža starejše populacije. Z rastjo življenjskega standarda je prišlo do podaljšanja pričakovane življenjske dobe, posledično pa do pojava večjega števila kroničnih bolezni (Poklukar, 2014), saj so le-te značilne za starejšo populacijo (Trobec, 2010). Posledično se tudi zdravstvo sooča z vedno starejšo populacijo, bolnišnična obravnava pacientov se intenzivno skrajšuje in povečuje se delež bolj zahtevnih pacientov (Kadivec, 2011a). Naraščajoče breme kroničnih bolezni zahteva učinkovit odziv na zahteve zdravstvenega sistema, ki je primeren za izvajanje strukturiranih in celostnih pristopov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni (Knai, et al., 2014). Glavni cilj sprememb v Sloveniji do leta 2020 je zmanjševanje bremena bolezni z dinamično in fleksibilno obravnavo, ki bo prispevala tako k izboljševanju zdravja

prebivalstva kot zmanjševanju neenakosti v stopnji zdravja (Republika Slovenija ministrstvo za zdravje, 2011).

## **2.2 KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN**

Kronično obstruktivno pljučno bolezen (KOPB) lahko opredelimo kot počasi napredujočo obstruktivno motnjo ventilacije (Škrbat Kristan et al., 2009). Je pljučna bolezen z zaporo dihal, ki ni docela odpravljiva (Šuškovič, 2007).

Pri KOPB je zapora dihalnih poti posledica uničenja pljučnega parenhima in prizadetost malih dihalnih poti v različnem razmerju. Zmanjša se pretok zraka, kar je običajno napredujoče in ga spremlja nenormalen odziv na škodljive delce ali pline iz okolja (Sever & Vidovič, 2007). Bolezen je kronična s spremljajočimi akutnimi poslabšanji, kar vodi v postopen upad pljučne funkcije in prezgodnjo smrt (Kajba, 2009).

### 2.2.1 Dejavniki tveganja

Kajenje je prevladujoči dejavnik tveganja za nastanek KOPB in prispeva 80 do 90 % tveganja za razvoj bolezn. S porastom kajenja se je dramatično povečala raven obolevnosti in umrljivosti zaradi KOPB (Kajba, 2009; Župec & Lorber, 2013). V preteklosti je večina študij pokazala, da sta razširjenost KOPB in umrljivost za posledicami KOPB večja pri moških kot pri ženskah, vendar podatki razvitih držav kažejo, da je razširjenost bolezn zdaj skoraj enaka pri moških in ženskah, saj verjetno odraža spremenjene navade kajenja. Nekatere študije so celo pokazale, da so ženske bolj občutljive na učinke tobačnega dima kot moški (GOLD, 2015, p. 4).

Ne smemo pa zanemariti dejstva, da lahko nastopi KOPB tudi pri nekadilcih. 10–20 % pacientov s KOPB ni nikoli kadilo (Kadivec, 2011b). Na razvoj bolezn vpliva tudi dolgotrajna poklicna izpostavljenost prahu in raznim kemikalijam, kot so hlapi, dim in dražljivci (Kadivec, 2011; Holsedel, 2010).

Najbolj poznan genetski dejavnik tveganja je redko dedno pomanjkanje alfa 1-antitripsina (Sever & Vidovič, 2007, p.77; Kajba, 2009). Povzroča prezgoden in

pospešen razvoj emfizema in upad pljučne funkcije, pojavljata se pri številnih kadilcih in nekadilcih s hudim pomanjkanjem tega encima, čeprav kajenje nevarnost bistveno poveča (Holsedel, 2010).

### 2.2.2 Simptomi

Pacienti s KOPB so navadno pokadili 20 ali več cigaret dnevno 20 let ali več pred razvojem simptomov. Pogosto pacienti pri svojih štiridesetih letih začnejo kronično in produktivno kašljati (Sever & Vidovič, 2007). Drugi simptomi, ki se še pojavljajo pri KOPB, so kronična in napredujoča dispneja in izmeček (GOLD, 2015).

### 2.2.3 Ugotavljanje KOPB

Spirometrija je osnovna preiskava za iskanje in vodenje obstruktivnih bolezni pljuč (Fležar, 2011). Zelo veliko je podatkov glede napovedi izida bolezni, kar nam omogoča merjenje vitalne kapacitete (VC) in forsiranega ekspiratornega volumna v prvi sekundi izdiha (FEV1). Obstrukcijo potrdimo z zmanjšanjem razmerja FEV1/VC (Fležar, et al., 2013). Nadaljujemo z bronhodilatacijskim testom. Po nekaj vdihih se pri pacientih s KOPB pljučna funkcija bodisi nič ali kvečjemu malenkostno izboljša. Nikoli pa vdihani bronhodilatator ne more več normalizirati pljučnega delovanja. Okvara pljučne funkcije je pri pacientih s KOPB žal skoraj nepopravljiva. Prav zato je zgodnje odkrivanje pacientov s KOPB še kako pomembno (Šuškovič, 2011, p. 55).

### 2.2.4 Preventiva KOPB

Preventivna pri pacientih s KOPB je usmerjena predvsem v preprečevanje poslabšanja KOPB s poudarkom na poučevanju o škodljivem vplivu kajenja in pravilni rabi inhalacijskih zdravil. Z zdravstveno vzgojo si medicinska sestra prizadeva motivirati pacienta, da bo opustil zdravju škodljivo razvado – kajenje, da bo sodeloval v procesu zdravljenja, ter s svojo boleznijo živel čim bolj kakovostno (Župec & Lorber, 2013). V raziskavi (Gržetić Romčević, et al., 2008), v katero je bilo vključenih 476 odraslih oseb, v starosti nad 40 let v občini Sežana, so ugotovili, da je pogostost KOPB pri moških 16,5 %, pri ženskah 4 %, pri aktivnih kadilcih 18,8 % in pri nekadilcih 2,9 %. Skoraj polovica preiskovancev s KOPB je imela blago obliko in od teh se 82 % ni zavedala svoje bolezni. Za zgodnejše odkrivanje KOPB so pomembni preventivni pregledi z opravljanjem spirometrije.

## 2.3 OBVLADOVANJE KRONIČNIH BOLEZNI

»Pristopi, ki jih obravnava SZO za obvladovanje kroničnih bolezni so:

- 1) Preprečevanje in zgodnje odkrivanje kroničnih bolezni.
- 2) Uvedba novih profilov izvajalcev zdravstvenih storitev in okolij zdravstvene oskrbe.
- 3) Programi obravnave posameznih kroničnih bolezni.
- 4) Celostni modeli obravnave pacientov s kroničnimi boleznimi (Nolte, et al, 2008, p. 4).«

### a) Preprečevanje in zgodnje odkrivanje kroničnih bolezni

Pomembno vlogo pri zgodnjem odkrivanju kroničnih bolezni ima promocija zdravja, saj je treba pozornost nameniti ohranjanju zdravja in vitalnosti skozi daljše življenjsko obdobje, saj bodo le na tak način zagotovljeni pogoji za skladen družbeni razvoj (Albreht & Pribaković Brinovec, 2011). Avtorji (Maučec Zakotnik, et al., 2016) pravijo, da so zaradi razširjenosti vedenjskih dejavnikov tveganja, bremena kroničnih bolezni in poglobljanja neenakosti v zdravju obstoječi projekt prenovili in nadgradili ter oblikovali »Program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju – Program Skupaj za zdravje«. Pri nadgradnji preventivnih programov so v ospredju povezovanje, sodelovanje in komuniciranje med vsemi izvajalci preventivnega programa ter zdravstvenimi strokovnjaki in predstavniki nevladnih in drugih organizacij v lokalnem okolju. Za trajnostno izvajanje programa integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanje neenakosti v zdravju v vseh slovenskih okoljih pa je potrebno sistemsko financiranje.

Avtorja (Farkaš-Lainščak & Košnik, 2011) predlagata aktivnejše sodelovanje in izmenjavo znanj med kurativnim in javnozdravstvenim delom zdravstvenega varstva, ki bo pripomoglo do celovitejšega in popolnejšega pristopa obravnave individualnih in skupinskih zdravstvenih problemov.

Referenčne ambulante so začele delovati v letih 2011 in 2012 s ciljem odkriti čim več kroničnih pacientov. V referenčnih ambulantah so vzpostavljeni registri pacientov z astmo, KOPB, sladkorno boleznijo in drugimi kroničnimi obolenji. Mesečno v referenčnih ambulantah na novo odkrijejo dva nova pacienta s kronično boleznijo in

petnajst pacientov z dejavnikom tveganja za nastanek kroničnega obolenja (Poplas Susič, et al., 2013). Žitnik Šircelj & Skela Savič (2013) v raziskavi ugotavljata, da je zgodnje odkrivanje KOPB s pomočjo presejalnih testov ključnega pomena v referenčnih ambulantah. Stalen nadzor, pogovor, edukacija s strani diplomirane medicinske sestre pripomore k večji ozaveščenosti pacienta o sami bolezni. Tudi sami pacienti so zelo zadovoljni, saj menijo, da se jim je življenje spremenilo na bolje, do česar sami ne bi prišli v tako kratkem času ali nikoli.

#### **b) Uvedba novih profilov izvajalcev zdravstvenih storitev in okolij zdravstvene oskrbe**

V več državah poskušajo vpeljati profil medicinske sestre, ki bi bila posebej usposobljena za obravnavo pacientov z več kroničnimi boleznimi in številnimi zdravstvenimi ter socialnimi potrebami, saj se bo v prihodnosti vedno bolj uveljavljala obravnava na domu (Kadivec, 2011a). V osnovnem zdravstvu so v letu 2011 začele delovati referenčne ambulante, saj potrebujemo nove modele zdravstvene oskrbe, ki bodo izboljšali zdravstveno oskrbo pacientov predvsem na področju preventive in kroničnih boleznih (Vodopivec Jamšek, 2013). Nov profil zdravstvenih storitev, ki v procesu obravnave prevzema vlogo pacientovega zagovornika ter svetovalca, je tudi koordinator odpusta. Koordinator odpusta je vezni člen celostne obravnave pacientov s potrebami po domačem okolju ali institucionalnem varstvu. Prav zato je koordinator odpusta najpogosteje usposobljena in izkušena medicinska sestra, ki pozna organiziranost sistema zdravstvenega varstva ter posebnost obravnave pacientov s kroničnimi boleznimi (Farkaš-Lainščak, et al., 2011). Koordinator zdravstvene obravnave združuje delo koordinatorja sprejema pacientov in načrtovanja programa in koordinatorja odpusta. Tako gre za delo dveh posameznikov, ki lepo zaokroži obravnavo v neko celoto. Pri koordiniranju odpusta je potrebno sodelovanje tudi celotnega multidisciplinarnega tima in načrtovanje vseh aktivnosti, ki bodo pripeljale do hitrejšega odpusta pacienta (Lavtižar & Sivec, 2013). Avtorji (Kadivec, et al., 2015) so v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) izvedli raziskavo o zadovoljstvu pacientov z obravnavo koordinatorja odpusta, ki je bila izvedena med 2. decembrom 2009 in 6. decembrom 2011. Raziskava je potekala

anonimno s pomočjo strukturiranega vprašalnika, poslanega po pošti. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da na zadovoljstvo s koordinatorjem odpusta najbolj vpliva element obravnave koordinatorja odpusta. Pacientom se zdi pomembno, da imajo možnost stika s koordinatorjem po odpustu iz bolnišnice. Pacientom je dajalo občutek večje varnosti glede morebitnih vprašanj. Pacientom se zdi koristno, da imajo telefonske kontakte koordinatorja odpusta po prihodu domov, to so doživljali kot dobrodošlo aktivnost pri obvladovanju svoje bolezni. Avtorji (Kadivec, et al., 2015) zaključijo, da so pacienti zadovoljni s koordinatorjem odpusta v postopku odpusta iz bolnišnice. Raziskava pokaže smiselnost koordinatorja odpusta v obravnavi pacienta s KOPB, saj dobra priprava na odpust zveča kakovost življenja pacientom s kronično boleznijo in zmanjša število hospitalizacij. Avtorji (Kadivec, et al, 2012) so v istem obdobju na Kliniki Golnik izvedli raziskavo o vlogi koordinatorja odpusta pri pacientih s KOPB. Spremljali so paciente, ki so bili sprejeti zaradi novo ugotovljene KOPB ali poslabšanja KOPB kot prve (vodilne) diagnoze. Paciente so randomizirali v intervencijsko (intervencija koordinatorja odpusta) in kontrolno skupino. V raziskavo je bilo vključenih 253 pacientov, ki so bili naključno razporejeni v intervencijsko ( $n = 118$ ) in kontrolno ( $n = 135$ ) skupino. V obdobju spremljanja je bilo zaradi KOPB hospitaliziranih 59 od 253 pacientov (23 %). V intervencijski skupini je bilo v primerjavi s kontrolno skupino značilno manj ponovnih hospitalizacij zaradi KOPB in manj hospitalizacij zaradi kateregakoli drugega razloga. Avtorji zaključijo, da raziskava govori v prid uvedbi profila koordinatorja odpusta v klinično okolje.

### c) Programi obravnave posameznih kroničnih bolezni

Model obravnave kroničnega pacienta jasno opredeli šest vsebinskih sklopov oskrbe:

- Organizacija zdravstvene oskrbe: prioriteta obravnave kroničnih stanj, nadzor nad kakovostjo obravnave, pravično financiranje.
- Načrt zdravstvene oskrbe: ločitev obravnave kroničnih in akutnih stanj, ustrezna kontrola kroničnih stanj in predvidene kontrole.
- Podpora samooskrbi: opolnomočenje pacientov za samooskrbo in samovodenje, sodelovanje s pacientom in njegovo družino.



- Podpora odločanju: smernice, priporočila, ki se upoštevajo pri vsakdanjem delu, konzultacije s kliničnimi specialisti.
- Klinični informacijski sistem: registri bolezni, opomniki, povratne informacije o izidih zdravstvene oskrbe v ambulanti.
- Viri in pomoč v skupnosti: skupine za samopomoč, društva, programi telesne vadbe, centri za starejše (Petek, 2013).

Vedno bolj se uveljavlja horizontalno in vertikalno povezovanje z različnimi strokovnjaki in strokami, ter nepoklicnimi izvajalci in lokalnimi okolji. Vključevali se bomo v zagotavljanje ustrezne informiranosti pacientov in izvajalcev, razvoj informatizacije zdravstvenega sistema in iskanje sistemskih rešitev za podporo zdravstvene oskrbe pacienta s pljučno boleznijo na vseh nivojih. Zato moramo vseskozi stremeti k izboljšavam, saj bo le tako lahko delo na področju zdravstvene nege pacienta s pljučno boleznijo kakovostno, predvsem pa varno (Kadivec, 2011a).

#### **d) Celostni modeli obravnave pacientov s kroničnimi boleznimi**

Enega prvih javnozdravstvenih modelov obvladovanja kroničnih bolezni je opisal Kaiser (Farkaš-Lainščak, 2010 in Hoban, 2004 v Kadivec, 2011a), ki je opisal tri ravni obvladovanja bolezni: samoobvladovanje kronične bolezni, zdravljenje in zdravstveno nego pacientov s kronično boleznijo po sprejetih smernicah in celosten pristop k pacientu s kronično boleznijo, ki vključuje poznavanje njegovih potreb in zmožnosti (Kadivec, 2011). V tem modelu imajo pomembno vlogo preventiva, zdrav življenjski slog, zdravljenje akutnih oz. kroničnih bolezni ter rehabilitacija pacienta (Petek, 2013). Da bi bila zdravstvena nega vedno bolj usmerjena v pacienta, je treba ovrednotiti kakovost interakcij med medicinsko sestro in pacientom, ter upoštevati vidik pacientov in njihove izkušnje (Humar et al, 2010, p. 197). Zato je še kako pomembno aktivno sodelovanje pacienta in vključenost pacienta v proces zdravljenja, ki je ključno pri obravnavi in vodenju njegove bolezni in koristno za pacienta in njegove sorodnike ter zdravstvene delavce. Zato je pomembno, da pacientu posredujemo njegove informacije o možnih načinih in oblikah njegovega sodelovanja (Borak, n.d.).

## 2.4 SVETOVANJE PACIENTOM S KRONIČNO BOLEZNIJO O VODENJU BOLEZNI

Posebej pomembno pri kroničnih boleznih je sodelovanje pacienta pri predpisnem zdravljenju (Petek, 2002). Prvi korak v procesu svetovanja je ocena stopnje pripravljenosti in zmožnosti pacienta za spremembo (Petek Šter & Petek, 2015), saj je treba pacienta vključiti kot partnerja, ki mora od nas pričakovati in prejeti popolno zaupnost. Vključevanje pacienta v proces zdravljenja pomeni, da je aktiven pri spremljanju svoje bolezni. Pomembno je, da pacient s kronično boleznijo zna prepoznati značilnosti bolezni, pravilno reagirati ob manjšem poslabšanju bolezni in pravočasno ukrepati, kadar zares potrebuje zdravstveno oskrbo (Kersnik, 2010).

Zavedati se moramo, da so uporabniki zdravstvenih storitev vedno bolj ozaveščeni in zahtevajo evropsko primerljivo celovito obravnavo, zavedajo se svojih moralnih in legalnih pravic in lahko enakovredno odločajo o svojem zdravljenju. S spremembo načina življenja pacienti pripomorejo, da so kljub bolezni aktivni člani družbe in aktivni udeleženci v svoji zdravstveni obravnavi (Pajnkihar & Lahe, 2006; Skela Savič, 2007; Pavič Nikolič, et al., 2012). Izboljševanje kakovosti sodelovanja oz. sporazumevanja med nivoji zdravstvenega varstva in med posameznimi poklicnimi skupinami je v zadnjem desetletju postalo pomembna prednostna naloga tako v evropskih zdravstvenih sistemih kot tudi pri nas (Poplas Susič, et al., 2010).

Uspešna notranja komunikacija pa omogoči homogenost v timu, kar pomeni, da bodo vsi člani zdravstvenega tima tudi v najtežjih situacijah nastopali složno. Uspešna zunanja komunikacija omogoči dobro sodelovanje vseh udeležencev v razširjenem zdravstvenem timu in dobro oskrbo pacienta na vseh ravneh (Borak, n.d.).

Za uspešen in kakovosten pretok informacij je pomemben tudi profesionalen in usklajen zdravstveni tim, saj v primeru načrtnega ali naključnega slabega upravljanja informacij prihaja do neželenih odklonov v timu (Lorber, 2011; Lokajner & Sima, 2011). Prav zato Horvat (2006) poudari, da je kakovostna informacija v kontinuirani zdravstveni negi in zdravstveni oskrbi pacienta ključna za varno zdravstveno nego. Ustrezna informacija mora imeti zaželeno potrebne lastnosti, biti mora v skladu z določenimi pravili in namenom ter voditi v zadovoljstvo pacienta. Borak (n.d.) pravi, da je to možno samo v

dobro medsebojno usklajenem zdravstvenem timu, ki je na visoki strokovni ravni in deluje tako, da vsak ve, kaj lahko pričakuje od drugega v danih situacijah. Zato je treba že ob sprejemu pripraviti ustrezen načrt odpusta, da ne pride do ponovnega sprejema pacienta zaradi pomanjkljivega odpusta prejšnje hospitalizacije. Hkrati s tem preprečimo povečanje stroškov obravnave, ki jih v tem času ne smemo zanemariti. Pri odpustu pacienta je pomemben celoten multidisciplinarni tim, ki se mora pri svojem delu usklajevati in dopolnjevati (Lavtižar & Sivec, 2013). V presečni raziskavi (Laurant, et al., 2008) je sodelovalo 235 pacientov, ki so bili deležni zdravstvene oskrbe, medicinskih sester in zdravnikov. Pacienti so prejeli vprašalnik o njihovem zadovoljstvu z zdravstvenim osebjem in o izpolnjevanju njihovih pričakovanj od zdravstvenih delavcev. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da od zdravnikov pričakujejo »medicinsko« obravnavo v smislu medicinskega zdravljenja. Medtem ko so pri medicinskih sestrah navedli, da pričakujejo navodila in podporo za življenje z boleznijo, ter da se jim zdi zelo pomemben čas, ki jim ga medicinska sestra nameni. Na splošno povedo, da so bili zadovoljni z obravnavo, tako medicinskih sester kot tudi zdravnikov. Avtorji (Blaj, 2010; Senčar, 2010) trdijo, da so prave in popolne informacije v zdravstvenem sistemu ključnega pomena, saj z njimi zdravstveni delavci pacienta pomirjamo, usmerjamo, informiramo ter jim skušamo pomagati pri težavah, ki se pojavljajo od postavitve diagnoze naprej.

Vloga izvajalcev zdravstveno vzgojnih vsebin je svetovanje, učenje, praktični prikaz, preverjanje znanja ter motiviranje pacienta in svojcev za doseg najboljšega možnega uspeha pri obvladovanju bolezni (Kadivec, 2011c). »Pacienta poučujemo v vseh starostnih obdobjih, v katerih se bolezen pojavlja (Kadivec & Košnik, 2006, p. 215).« Pogoji za dobro in uspešno zdravstveno vzgojo pacienta je dobro poučen učitelj; predvsem medicinska sestra in zdravnik (Ahačič & Benedik, 2008). Pri tem je pomembno, da so postopki dela in vsebine za informiranje in edukacijo standardizirani, kar nam zagotavlja strokovnost in verodostojnost podanih informacij in enoten edukacijski proces, ne glede na izvajalce. Pacient bo podvomil o našem delu in verodostojnosti informacij, če bo dobival nasprotujoče si informacije. Zato mora biti zdravstveno osebje, ki dela s pacientom, strokovno izobraženo s področja, na katerem dela, poleg tega mora imeti dodatno pridobljena znanja s področja podajanja in prenosa

informacij ter tehnik in veščin komuniciranja in edukacije (Skela Savič, 2003 cited in Skela Savič, 2007, p. 9). To dokazuje tudi kohortna prospektivna raziskava, s katero so avtorji (Oancea, et al., 2015) ugotavljali intenzivnost poučevanja pri pacientih s KOPB. Pacienti so bili razdeljeni v dve skupini. V prvi skupini so bili pacienti, ki so se izobraževali o sami bolezni (1 h/dan, 5 dni/teden), imeli pa so tudi tečaj pravilne tehnike jemanja inhalacijske terapije. V drugi skupini pa so pacientom razložili samo pravilno tehniko jemanja inhalacijske terapije. Pacienti so prišli v bolnišnico štirikrat na leto, in sicer na vsake tri mesece in izpolnili vprašalnik za ugotavljanje kakovosti življenja, St. George's Questionnaire. Rezultati študije so pokazali manj poslabšanj bolezni, manj urgentnih obiskov v bolnišnici pri pacientih, ki so bili poučeni o kronični bolezni ter pravilnem jemanju zdravil, v primerjavi s pacienti v drugi skupini. Prav zato učinkovita obravnava kroničnih bolezni predpostavlja stalne in različne zdravstvene terapije, kot sta individualna in celostna obravnava pacienta. Glavni cilj, ki ga avtorja (Benedik & Grahovec, 2007) skušata doseči, je individualen pristop, ki bo prilagojen vsakemu pacientu posebej. Avtorja (Štomajer & Klančar, 2009) dodata, da je treba razviti profesionalno komunikacijo tudi pri informiranju o zdravstveni negi in zdravljenju, s čimer zadostimo potrebi po ustrezni informiranosti pacienta.

Pri pregledu člankov ugotovimo, da učenje pacientov s kronično boleznijo bistveno pripomore k boljši seznanjenosti pacientov z zdravstvenim stanjem (Janša Trontelj, 2011), poučenostjo pacientov ter svojcev o bolezni in pravilnem jemanju predpisanih zdravil (Benedik & Grahovec, 2007).

Avtorji (Casey et al., 2011) so izvedli raziskavo v okviru pulmološkega programa rehabilitacije (PRINCE – Pulmonary Rehabilitation In Nurse – led Community Environment). V raziskavo so zajeli paciente (n = 16), ki so jih intervjuvali. Vsebina programa je vključevala pravilno jemanje terapije, nadzorovanje težkega dihanja, poznavanje in obvladovanje simptomov bolezni ter akutnega poslabšanja. Individualno so bili pacienti vključeni tudi v program vadbe. Glavni namen raziskave je bil, da pacienti znajo pravilno obvladati KOPB, glede na zgoraj omenjene teme programa. Ključna ugotovitev programa je bila, da je treba imeti izobražen kader, ki lahko sodeluje pri obravnavi pacientov s KOPB v okviru programa rehabilitacije.

Le dobro poučen in motiviran pacient se lahko vključuje v proces zdravljenja, kar pomeni aktivno vlogo v skrbi za lastno zdravje. Pri tem pa je pomembno, da so upoštevane njegove potrebe, želje, sposobnost samooskrbe in kakovost njegovega življenja (Kersnik, 2010).

## **2.5 KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTOV S KRONIČNO BOLEZNIJO**

Kronična bolezen je ena izmed ovir v življenju, ki človeka prizadene telesno, psihološko in socialno (Kersnik, 2010). Kronične bolezni prizadenejo bogate in revne, mlade in stare, moške in ženske, vendar se težave zaradi podaljševanja življenjske dobe pojavljajo predvsem v starosti (Lipar, 2012).

Statistični urad Republike Slovenije je med letoma 2009 in 2010 izvedel anketo o zadovoljstvu z življenjem med prebivalci Slovenije in Evropske unije. V Sloveniji je bilo zadovoljno s svojim življenjem 85 % oseb, od tega je bilo 21 % celo zelo zadovoljnih. V primerjavi z Evropsko unijo je bilo v povprečju zelo zadovoljnih oz. zadovoljnih 78 % oseb. V državah članicah Evropske unije so avtorji zastavili vprašanje, ali je dobro zdravje pomembno za kakovostno življenje. Kar 81 % prebivalcev je odgovorilo, da je zdravje pomembno za kakovostno življenje (Vrabič Kek, 2012, p. 27).

KOPB zelo vpliva na obseg in intenzivnost dnevnih aktivnosti z zdravjem povezane kakovost življenja (angl. HRQoL – health related quality of life) pacientov. Razviti so bili različni instrumenti, ki ocenjujejo vpliv KOPB na kakovost pacientovega življenja, eden izmed njih je vprašalnik St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) (Bratkovič, et al., 2009). Guzelj Cenčič (2013) je v diplomski nalogi z naslovom Ocena kakovosti življenja pacienta s KOPB prišla do ugotovitve, da se je kakovost življenja pacientov s KOPB po petih letih v povprečju poslabšala za 7,75 % ( $p < 0,001$ ). V diplomski nalogi je testirala tudi povezanosti stopnje dispneje in kakovosti življenja pacienta s KOPB in dokazala, da je stopnja dispneje pri pacientih s KOPB statistično značilno povezana z njihovo kakovostjo življenja ( $p < 0,001$ ). Stopnja dispneje se je pri

pacientih v obdobju petih let poslabšala za 12,5 %. Razlika je tudi statistično značilna ( $p < 0,001$ ).

Ob vsaki obravnavi paciente s KOPB seznanimo s škodljivostmi kajenja in jim svetujemo popolno opustitev. Pacientom lahko pomagamo s pripravo načrta opuščanja kajenja s praktičnimi nasveti za socialno podporo in motivacijo, priporočamo zdravljenje s preparati nikotina ter preskrbimo gradivo s podatki o programih opuščanja kajenja (Kadivec, 2011 p, 20). Avtorji (Abu Hassan, et al., 2014) so paciente s KOPB intervjuvali o zgodovini kajenja in z zdravjem povezane kakovosti življenja (HRQoL – health related quality of life). V raziskavo je bilo vključenih 117 pacientov. Od teh je bilo 41 pacientov nekdanjih kadilcev, pacientov, ki so v obdobju petih let prenehali kaditi je bilo 40, kadilcev je bilo 36. Večina pacientov je bila starejših poročenih moških (starost  $> 65$  let). Pacienti z nižjo oz. srednjo izobrazbo, ki pokadijo 33 cigaret na dan, so se strogo držali pravilnega jemanja zdravil. Rezultati raziskave pokažejo, da imajo nekdanji kadilci manj možnosti za respiratorne simptome (kašelj, sluz, dispneja). Pacientom, ki so za daljše obdobje prenehali kaditi, se je zmanjšala možnost za nastanek KOPB, čeprav so se po prenehanju kajenja začeli pojavljati respiratorni simptomi. Ugotovitve raziskave kažejo, da prednost predčasnega prenehanja kajenja zmanjša možnost za nastanek KOPB.

Avtorji (Durr, et al., 2014) v raziskavi poudarijo, da pacienti s KOPB pogosto trpijo zaradi dispneje in veliko jih sprejme sedeči način življenja, kar je velikokrat povezano s slabšim zdravjem in posledično tudi s slabšo kakovostjo življenja (HRQOL – health related quality of life). V raziskavi so avtorji (Durr, et al., 2014) ugotavljali, ali imata dnevna telesna aktivnost in funkcionalna sposobnost posameznika vpliv na z zdravjem povezano kakovost življenja pri pacientih s KOPB. V presečni raziskavi v Univerzitetni bolnišnici v Švici je sodelovalo 87 stabilnih pacientov s KOPB. Število pacientov s KOPB po stopnjah GOLD I ( $n = 23$ ), GOLD II ( $n = 46$ ), GOLD III ( $n = 12$ ) in IV ( $n = 6$ ). Za oceno z zdravjem povezana kakovost življenja (HRQoL) so pacienti opravili preizkus testa CAT (COPD Assesment Test), spirometrijo in 6-minutni test hoje. Raziskava prikaže, da dnevna aktivnost in funkcionalna sposobnost pozitivno vplivata na z zdravjem povezano kakovost življenja pacientov s KOPB. Pomembno je tudi, da pacienti ostanejo čim dlje aktivni in mobilni.

Pomemben del zdravstvene oskrbe, ki vpliva na kakovost življenja, ima tudi kontinuirana obravnava, ki jo zagotovimo z ustrežno horizontalno in vertikalno povezavo z zdravstvenimi službami ter drugimi službami, ki jih pacient potrebuje v domačem okolju (Kadivec, et al., 2010). Zato je še toliko bolj pomembno, da se pacienti udeležijo izobraževalnih programov, saj so veliko bolj ozaveščeni o svoji bolezni (Benedik & Grahovec, 2007), izboljša pa se tudi kakovost življenja pacientom (Lainščak, 2011). Pacienti običajno obiščejo zdravnika šele takrat, ko se stanje močno poslabša, saj se ne zavedajo resnosti bolezni (Holsedel, 2010).

Večina kroničnih pacientov se spopada z več kot le eno kronično boleznijo (Vodopivec Jamšek, 2013), zato sta zdravstvena vzgoja ter prepoznavanje poslabšanj kronične bolezni še kako pomembna (Huang, et al., 2009). Dandanes so pacienti odpuščeni takoj po zaključeni obravnavi domov ali v drugo obliko bivanja pogosto »še vedno bolni«, kar pomeni še večji obseg in raznovrstnost njihovih potreb po odpustu (Peternelj, 2009). V raziskavi so avtorji (Miravittles, et al., 2006) s telefonskim anketiranjem zajeli 6758 ljudi splošne populacije, ki so bili starejši od 40 let. Zanimala sta jih tudi kraj bivanja (mestno oz. podeželsko okolje) in regija. Preverjali so znanje splošne populacije o KOPB. Med vsemi vprašanji je izstopal podatek, da je le 8,6 % vprašanih znalo razložiti kratico KOPB. Prav zato je še kako pomembno, da se oboleli zavedajo posledic svoje kronične bolezni ter jo znajo praktično vpeljati v svoje življenje (Jakhel, 2009; Lesar, 2012).

Avtorji (Robida, et al., 2006) v prispevku jasno opredelijo pomen osredotočanja na pacienta. Izpostavijo obveščenost pacienta o bolezni, saj se pacienti bojijo, da jim zdravstveno osebje ne pove vsega o njihovi bolezni, poteku zdravljenja in prognozi. Strah jih bo minil, če bodo dobili informacije o svoji bolezni, poteku zdravljenja in prognozi ter informacijo o tem, kaj se bo zgodilo z njimi in kaj lahko sami storijo pri zdravljenju in kako naj zdravo živijo.

Pomemben dejavnik pri pacientu s kronično boleznijo je tudi pogovor, saj je obvladovanje bolezni možno tudi z dobrimi komunikacijskimi spretnostmi. Nekateri pacienti s kronično boleznijo lahko z dobrim komuniciranjem z zdravstvenimi delavci dobijo občutek, da bolezen obvladujejo. Dobro komuniciranje z družino, prijatelji,

partnerjem, daje nekaterim moč, da obvladajo bolezen. Marsikdo med njimi je vesel, ko ugotovi, da ni sam z boleznijo (Blaj, 2010). Za pacienta sta najbolj pomembna pogovor in čas, ki mu ga zdravstveno osebje nameni (Bahun & Skela Savič, 2010). Pri tem spoznamo, da je vloga zdravstvenega osebja pri posameznikovem soočanju s kronično boleznijo izjemnega pomena (Marentič Požarnik & Plut Pregelj, 2009). S tem se zmanjšuje občutek čustvenega stresa, izboljšuje pa se občutek kakovosti življenja pacientov (Bahun & Skela Savič, 2010). Najbolj je pomemben pacient, ki dobro sprejme svojo bolezen in bolezen tudi dobro obvlada. Medtem ko kronična bolezen zapira vrata v nekaterih delih pacientovega življenja, jih v drugem odpira. Prisiljeni smo razviti nove spretnosti in se naučiti novih spoznanj, kar nam daje moč in nas krepi (Žerdoner, 2014).



### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je na podlagi izvedene raziskave ugotoviti informiranost pacientov o kronični obstruktivni pljučni bolezni. Podatke bomo primerjali z raziskavami ter poiskali predloge za izboljšave.

Cilji diplomskega dela so naslednji:

- C1:** Ugotoviti obseg znanja pacienta o KOPB takoj po izvedenem poučevanju.
- C2:** Ugotoviti obseg znanja pacienta o KOPB po enem mesecu od poučevanja.
- C3:** Ugotoviti, ali na informiranost pacienta vpliva dolžina zdravljenja bolezni.
- C4:** Ugotoviti, ali spol in stopnja izobrazbe pacienta vplivata na pripravljenost, da sami poiščejo vire informiranja.
- C5:** Ugotoviti, na kakšen način so diplomirane medicinske sestre pacientom s KOPB po dale informacije o KOPB.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- R1:** Kakšen je obseg znanja pacienta o KOPB takoj po izvedenem pouku?
- R2:** Kakšen je obseg znanja pacienta o KOPB po 1 mesecu od poučevanja?
- R3:** Kakšen vpliv ima dolžina zdravljenja pacienta na informiranost pacienta o KOPB?
- R4:** Kakšen vpliv imata spol in stopnja izobrazbe pacienta na pripravljenost, da sami poiščejo vire informiranja?
- R5:** Na kakšen način so diplomirane medicinske sestre pacientom s KOPB podale informacije?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Pregledali smo strokovno literaturo iz domačih in tujih virov.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo dela. Raziskava v okviru empiričnega dela je temeljila na kvantitativni raziskovalni metodologiji.

V diplomskem delu smo uporabili domačo in tujo literaturo, ki se je nanašala na našo temo. Pri iskanju literature smo se omejili na leto izida člankov. Iskali smo članke iz let 2006–2016. Za iskanje slovenske strokovne in znanstvene literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS ter Obzornik zdravstvene nege. Ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku, ki smo jih uporabili, so: »kronična obstruktivna pljučna bolezen«, »poučevanje«, »informiranost«, »obvladovanje«, »breme«, »zdravstvena vzgoja«, »chronic obstructive pulmonary disease«, »teaching«, »level of knowledge«, »managing«, »burden«, »health education«. Iskanje člankov je potekalo v Mestni knjižnici Kranj ter v knjižnici Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Tujo strokovno literaturo smo iskali v podatkovnih bazah Index to Nursing and Allied Health CINAHL, ProQuest, ter Pubmed.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z vprašalnikom, ki je zajel paciente s KOPB, ki so bili sprejeti na Kliniko Golnik. Paciente smo anketirali takoj po zaključenem poučevanju o življenju s KOPB in s tem preverili znanje, ki so ga pridobili na šoli. Vprašalnik je razdeljen na tri dele. Prvi del je zajemal demografske podatke (spol, starost, izobrazba), in sicer so to vprašanja od 1 do 4. Drugi del vprašanj od 5 do 15 se je navezoval na poučenost pacientov o bolezni. Zadnji sklop vprašanj je predstavljala Likertova lestvica z desetimi trditvam od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam). Trditve so se nanašale na kakovost podajanja informacij diplomirane medicinske sestre v šoli KOPB. Pri zadnjih dveh vprašanjih nas sta zanimala učinkovitost izobraževalnega programa ter iskanje priložnosti za njegovo izboljšanje. Vprašanja za vprašalnik smo sestavili na podlagi pregledanih raziskav na temo znanje kroničnih pacientov, zdravstvena vzgoja in kronična obstruktivna pljučna bolezen »Ahačič & Benedik, 2008; Bourbeau, 2010;

Bratkovič, 2011; Grmek Košnik, 2014; Kadivec, 2011; Softič, et al., 2011)«. S Cronbachovim koeficientom alfa smo preverili zanesljivost vprašanja 15, ki je znašal 0,842, kar kaže na dobro zanesljivost vprašanja (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec merjencev je namenski, saj so ciljna populacija pacienti s KOPB, ki so se na Kliniki Golnik udeležili šole za paciente s KOPB. Vprašalnik smo razdelili pacientom takoj po izvedeni šoli KOPB. Vprašalnik so pacienti izpolnjevali sami. Čez mesec dni smo paciente klicali domov ter jim zastavili enaka vprašanja iz vprašalnika in vpisali rezultate na vprašalnik zraven prejšnjih odgovorov. Razdelili smo 60 vprašalnikov. Skupaj smo v eni izvedbi dobili 120 vprašalnikov, saj se štejejo tudi vprašalniki oz. odgovori, ki smo jih pridobili preko telefona. V analizo smo vključili 59 vprašalnikov, saj en vprašalnik ni bil izpolnjen v celoti. Skupaj smo v eni izvedbi pridobili 118 vprašalnikov. Realizacija vzorca je 98 %.

### 3.3.4 Metode obdelave podatkov

Anketiranje pacientov je potekalo od februarja do septembra 2016 po predhodni odobritvi dispozicije diplomskega dela ter potrebnih soglasij pacientov, udeleženi v raziskavi, soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko in soglasja Klinike Golnik za izvedbo predvidene raziskave. Vsem pacientom, ki so sodelovali v raziskavi, sta bili zagotovljeni anonimnost in možnost zavrnitve vprašalnika. Podatki, ki smo jih pridobili s pomočjo raziskave, so bili uporabljeni izključno za potrebe diplomskega dela. Podatke pridobljene s pomočjo vprašalnikov smo kvantitativno obdelali s programom Microsoft Excel 2007 in s pomočjo računalniškega programa SPSS 23.0. Za sistematičen prikaz odgovorov na raziskovalna vprašanja smo najprej opisali vzorec z uporabo opisnih statistik in deskriptivne univariatne analize povprečne vrednosti (PO), standardni odkloni (SO), frekvence in pripadajoči odstotki, minimum (Min) in maksimum (Max), ter sploščenost in simetričnost. V drugem koraku smo z bivariatno analizo primerjali razlike v odgovorih med posameznimi skupinami. Glede na tip podatkov smo uporabili hi-kvadrat test za pare nominalnih spremenljivk, ker želimo preveriti, ali imata spremenljivki vpliv druga na drugo oz. ali se povezujeta, ker je spremenljivka na nominalnem nivoju in ker imamo za podatke nominalne spremenljivke. Hi-kvadrat primerja naše dejanske in teoretične pričakovane frekvence

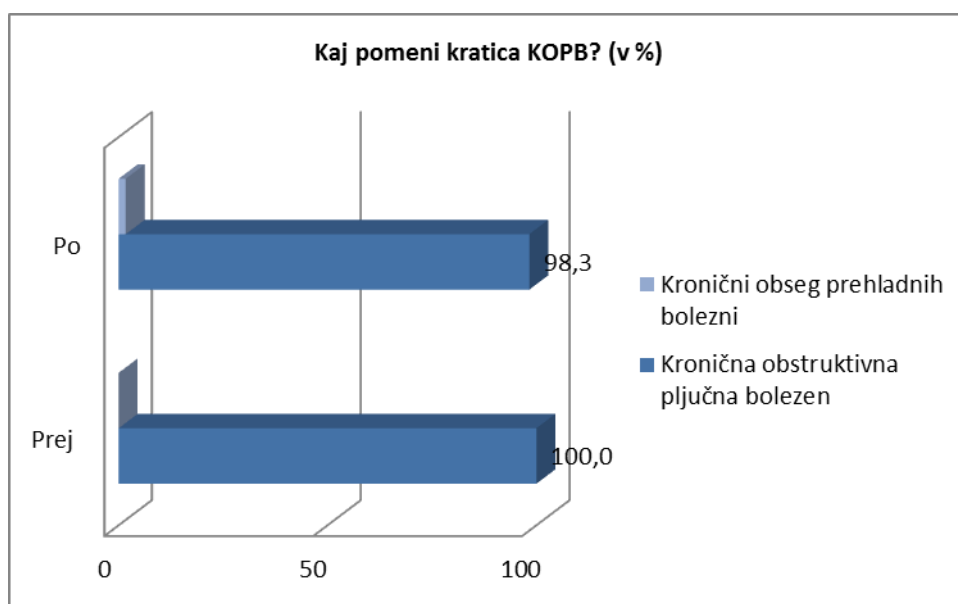
in računa, ali se naše frekvence statistično pomembno razlikujejo od pričakovanih. Pričakovane predvidevajo, da so vsi odgovori zastopani v enakem številu – torej, da imajo enake frekvence. Pearsonov korelacijski koeficient ( $p < 0,05$ ) smo uporabili za pare številskih spremenljivk. Za preverjanje trditev smo uporabili t-test neodvisnih spremenljivk. S t-testom smo želeli preveriti razlike v povprečjih med dvema neodvisnima skupinama, ker je odvisna spremenljivka na intervalnem nivoju. Levenov test smo uporabili, ker je homogenost varianc pogoj za izračun ANOVE, če spremenljivka ni bila homogena, smo uporabili Brown-Forsythe test.

Pri vseh analizah smo za mero statistične pomembnosti upoštevali p-vrednost  $p < 0,05$ .

### 3.4 REZULTATI

Predstavljamo dobljene rezultate v obliki tabel in grafov glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

**R1, R2: Kakšen je obseg znanja pacienta o KOPB (takoj po izvedenem pouku in po 1 mesecu od poučevanja)**



**Slika 1: Poznavanje kratice KOPB pri pacientih, takoj po izvedenem pouku in po 1 mesecu od poučevanja**

V sliki 1 prikazujemo poznavanje kratice KOPB. Takoj po opravljeni šoli KOPB je kratico pravilno razložilo 59 pacientov (100 %). Po enem mesecu od poučevanja je en pacient odgovoril napačno (98,3 %).

**Tabela 1: Poznavanje znakov poslabšanja KOPB (tako po izvedeni šoli KOPB in po 1 mesecu od poučevanja)**

Kateri so znaki poslabšanja KOPB (možnih je več odgovorov)?				
	Prej		Po	
	n	%	n	%
Težka sapa ob naporu (največkrat pri hoji po stopnicah)	57	48,3 %	59	42,8 %
Zmanjšana telesna temperatura	4	3,4 %	3	2,2 %
Nenavadno povečana količina in gnojnost izpljunka	30	25,4 %	44	31,9 %
Zatekanje gležnjev	22	18,6 %	27	19,8 %
Splošno dobro počutje	5	4,2 %	0	0 %
Povečan apetit	0	0 %	5	3,6 %
Skupaj	118	100,0 %	138	100,0 %

n = št. pacientov

Na vprašanje, kateri so znaki poslabšanja KOPB, je bilo ponujenih več možnih odgovorov pri istem vprašanju (tabela 1), zato je skupno število pacientov (n=118) višje. Pacienti so takoj po šoli KOPB odgovarjali naslednje: na odgovor težka sapa ob naporu (največkrat pri hoji po stopnicah) je odgovorilo 57 pacientov (48,3 %), zmanjšana telesna temperatura 4 pacienti (3,4 %), nenavadno povečana količina in gnojnost izpljunka 30 pacientov (25,4 %), zatekanje gležnjev 22 pacientov (18,6 %) ter splošno dobro počutje 5 pacientov (4,2 %). Na odgovor povečan apetit, kot znak poslabšanja KOPB, ni odgovoril nihče (0 %).

Po enem mesecu od poučevanja so odgovori pacientov naslednji: na znak težka sapa ob naporu (največkrat pri hoji po stopnicah) je odgovorilo 59 pacientov (42,8 %), zmanjšana telesna temperatura 3 pacienti (2,2 %), povečan apetit 5 pacientov (3,6 %) nenavadno povečana količina in gnojnost izpljunka 44 pacientov (31,9 %), zatekanje gležnjev 12 pacientov (19,6 %). Na trditev splošno dobro počutje kot znak poslabšanja KOPB ni odgovoril nihče (0 %).

**Tabela 2: Poznavanje KOPB in ukrepanje ob poslabšanju**

Se vam zdi pomembno, da poznate svojo bolezen in znate ukrepati ob poslabšanju bolezni?		
	n	%
Da	58	98,3 %
Ne	1	1,7 %
Skupaj	59	100,0 %

n= št. pacientov

V tabeli je prikazano, da se 58 pacientom (98,3 %) zdi pomembno, da poznajo znake bolezni in znajo ukrepati ob poslabšanju bolezni.

**Tabela 3: Udeležba v šoli KOPB**

Kdaj se vam zdi najbolj smiselno udeležiti šole o KOPB (označite vse odgovore, s katerimi se strinjate)?		
	n	%
Ob pojavu (diagnozi) bolezni	48	44,4 %
Ob poslabšanju bolezni	25	23,1 %
Ko je bolezen v mirovanju	17	15,7 %
Ob diagnozi bolezni osebe, ki vam je blizu	15	13,9 %
Drugo	3	2,8 %
Skupaj	108	100,0 %

n = št. pacientov

Pacientom se zdi najbolj pomembno, da bi se udeležili šole KOPB že ob pojavu (diagnozi) bolezni, tako meni 48 vprašanih (81,4 %). Drugi najpogostejši odgovor pacientov (n=25) s 23,1 % je bil, da je dobro obiskati šolo KOPB ob poslabšanju bolezni. Pri tem vprašanju je bilo možnih več odgovorov, zato je tudi n-vrednost višja (n=108).

**Tabela 4: Vpliv kajenja na KOPB (pred in po 1 mesecu)**

V kolikšni meri menite, da kajenje vpliva na vašo bolezen? (več odgovorov)				
	Prej		Po	
	n	%	n	%
Kajenje nima vpliva na mojo bolezen	5	6,5 %	3	3,4 %
Kajenje je eden glavnih vzrokov za nastanek bolezni	35	45,5 %	40	45,5 %
Večina bolnikov s KOPB je kadilcev	37	48,1 %	45	51,1 %
Skupaj	77	100	88	100,0 %

n = št. pacientov

Na zastavljeno vprašanje, v kolikšni meri menite, da kajenje vpliva na vašo bolezen, je bilo ponujenih več možnih odgovorov. Pacienti so takoj po šoli KOPB najpogosteje odgovarjali:

na trditev, kajenje je eden glavnih vzrokov za nastanek bolezni, je odgovorilo 35 pacientov (45,5 %) in na trditev, večina pacientov s KOPB je kadilcev, je odgovorilo 37 pacientov (48,1 %). Na nepravilno trditev, kajenje nima vpliva na mojo bolezen, je odgovorilo 5 pacientov (6,5 %).

Po 1 mesecu od poučevanja so bili odgovori naslednji. Na trditev, kajenje je eden glavnih vzrokov za nastanek bolezni, je odgovorilo 40 pacientov (45,5 %) in na trditev, večina pacientov s KOPB je kadilcev, je odgovorilo 45 pacientov (51,1 %). Na nepravilno trditev, kajenje nima vpliva na mojo bolezen, so odgovorili 3 pacienti (3,4 %).

**Tabela 5: Informiranost o KOPB doma**

Ste se že sami doma kaj informirali glede KOPB (preko knjig, revij, časopisov, člankov, spleta ...)?		
	n	%
Da	43	72,9 %
Ne	16	27,1 %
Skupaj	59	100,0 %

n = št. pacientov



Glede na dobljene rezultate iz tabele 5 lahko razberemo, da se je 43 pacientov (72,9 %) že doma informiralo o sami bolezni, 16 pacientov (27,1 %) se doma ni informiralo o KOPB.

**Tabela 6: Izpiranje ust po uporabi inhalacijskih zdravil (takoj po izvedeni šoli KOPB in po 1 mesecu od poučevanja)**

Zakaj menite, da si je potrebno po uporabi inhalacijskih zdravil sprati usta (več odgovorov)?				
	Prej		Po	
	n	%	n	%
Zaradi možnosti pojava ustnih glivic	49	56,3 %	53	53,5 %
Zaradi možnosti pojava alergične reakcije	9	10,3 %	8	8,1 %
Zaradi pojava hripavosti	29	33,3 %	38	38,4 %
Skupaj	87	100,0 %	99	100,0 %

n= št. pacientov

Pri vprašanju (tabela 6), zakaj si je potrebno po uporabi inhalacijskih zdravil sprati usta, so pacienti takoj po izvedeni šoli KOPB odgovarjali naslednje: zaradi možnosti pojava ustnih glivic je odgovorilo 49 pacientov (56,3 %), zaradi možnosti pojava hripavosti je pravilno odgovorilo 29 pacientov (33,3 %). Napačen odgovor pri tem vprašanju je bil, da si je treba sprati usta zaradi možnosti pojava alergične reakcije. Na to vprašanje je odgovorilo 9 pacientov (10,3 %).

Po enem mesecu od poučevanja v šoli KOPB so pacienti na zgoraj navedeno vprašanje odgovorili naslednje: zaradi možnosti pojava ustnih glivic je odgovorilo 53 pacientov (53,5 %), zaradi možnosti pojava hripavosti je pravilno odgovorilo 38 pacientov (38,4 %). Napačen odgovor pri tem vprašanju je bil, da si je treba sprati usta zaradi možnosti pojava alergične reakcije. Na to vprašanje je po enem mesecu od poučevanja odgovorilo 8 pacientov (8,1 %). Pri vprašanju je bilo več možnih odgovorov, zato je skupno število pacientov višje (n-vrednost).

### R3: Kakšen vpliv ima dolžina zdravljenja (v letih) pacienta na informiranost pacienta o KOPB?

**Tabela 7: Informiranost o KOPB (doma) in dolžina zdravljenja (v letih)**

Ste se že sami doma kaj informirali glede KOPB (preko knjig, revij, časopisov, člankov, spleta ...)?		N	%	PV	SO	NP
Koliko časa veste, da imate bolezen KOPB (težko dihanje)?	Da	43	72,9 %	9,17	7,77	1,18
	Ne	16	27,1 %	6,73	6,69	1,67

n = število pacientov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, NP = napaka povprečja

Iz tabele 7 vidimo, da je sodelovalo 59 pacientov. Pacienti, ki so bili pripravljene sami poiskati vire informiranja, je bilo 43 (72,9 %) in imajo bolezen KOPB v povprečju 9,17 leta. Pacienti (n=16), ki niso bili pripravljene sami poiskati virov informiranja, imajo KOPB v povprečju 6,73 leta.

**Tabela 8: Povezava med dolžino zdravljenja pacienta in informiranostjo o KOPB**

		Levenov test za enakost varianc		t-test za enakost povprečij						
		F	p-vrednost	T	Df	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	Razlika v povprečjih	Napaka razlike v povprečjih	95 % Interval zaupanja	
									Nizki	Visoki
Koliko časa veste, da imate bolezen KOPB (težko dihanje)?	Predpostavljene so enake variance	0,070	0,792	1,112	57	<b>0,27</b>	2,44	2,20	-1,96	6,84
	Enake variance niso predpostavljene	/	/	1,191	31,034	<b>0,24</b>	2,44	2,05	-1,74	6,62

F = vrednost samega testa, df = stopnja prostosti, t-test = statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05.

Iz tabele 7 razberemo, da statistično značilne razlike med dolžino zdravljenja (v letih) in informiranostjo o KOPB ni ( $p > 0,05$ ).

#### R4: Kakšen vpliv imata spol in stopnja izobrazbe pacientov na pripravljenost, da sami poiščejo vire informiranja?

**Tabela 9: Informiranost pacienta o KOPB glede na spol**

	Ste se že sami doma kaj informirali glede KOPB (preko knjig, revij, časopisov, člankov, spleta ...)?						P-vrednost
	Moški		Ženski		Skupaj		
DA	n	%	n	%	n	%	0,770
	26	74,3	17	70,8	43	72,9	
NE	9	25,7	7	29,2	16	27,1	
SKUPAJ	35	100,0	24	100,0	59	100,0	

n = št. pacientov, Pearsonov hi-kvadrat: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05.

Iz tabele 9 je razvidno, da je sodelovalo 59 anketirancev, od vseh anketirancev je bilo moških (n=35) in žensk (n=24).

Moški (n = 16) so se v 74,3 % že doma informirali glede KOPB (preko knjig, revij, časopisov, člankov, spleta ...). Preostali moški anketiranci (n=9) se niso doma informirali o bolezni.

Doma se je o KOPB informiralo 17 žensk (70,8 %), preostale ženske anketiranke (n=7) se doma niso informirale o bolezni. Na podlagi rezultatov ne moremo trditi, da obstaja razlika med spoloma glede informiranosti o bolezni ( $p > 0,05$ ). Prav tako ne moremo trditi, da obstaja statistično pomembna razlika med spoloma glede na pripravljenost iskanja virov informiranja o bolezni ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 10: Stopnja izobrazbe glede na informiranost pacienta o KOPB**

		IZOBRAZBA									
		Osnovnošolska izobrazba		Srednješolska izobrazba		Višje/visokošolska izobrazba		Univerzitetna izobrazba in več		Skupaj	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ste se že sami doma kaj informirali glede KOPB (preko knjig, revij, časopisov, člankov, spleta ...)?	Da	5	50,0	24	72,7	7	87,5	7	87,5	43	72,9
	Ne	5	50,0	9	27,3	1	12,5	1	12,5	16	27,1
Skupaj		10	100,0	33	100,0	8	100,0	8	100,0	59	100,0

n = število

Iz tabele 11 je razvidno, da je bilo vseh pacientov z osnovnošolsko izobrazbo (n = 10). Polovica pacientov (n=5) se je že doma informiralo o bolezni, in polovica ne. S srednješolsko izobrazbo je bilo (n=33) pacientov. Od tega se je 24 pacientov (72,7 %), že doma informiralo o bolezni, 9 pacientov (27,3 %) pa ne. Pacientov z višje/visokošolsko izobrazbo je bilo 8 in prav toliko je bilo pacientov z univerzitetno izobrazbo in več. Iz obeh izobrazb se je doma informiralo 7 pacientov (87,5 %) ter po en pacient (12,5 %) iz vsake skupine se doma ni informiral o bolezni.

## R5: Na kakšen način so diplomirane medicinske sestre pacientom s KOPB podale informacije?

**Tabela 11: Primerjava razlik glede informiranosti pacienta o KOPB**

	N		PV	Mediana	Modus	SO
	Veljavni	Manjkajoči				
Prejel(a) sem ustrezne informacije za obvladovanje bolezni (pravilna uporaba inhalacijske terapije, znaki poslabšanja KOPB, pomen odvajanja od kajenja) na razumljiv način.	59	0	4,61	5,00	5	0,85
Dobil(a) sem pisna in ustna navodila o sami bolezni.	59	0	4,39	5,00	5	1,11
Prejel(a) sem dovolj pisnih navodil in informacij za uspešno vodenje svoje bolezni.	59	0	4,12	5,00	5	1,42
V šoli KOPB so me naučili, na kakšen način naj jemljem zdravila.	59	0	4,73	5,00	5	0,74
Pojasnili so mi, zakaj je redna telesna aktivnost pomembna za mojo bolezen.	59	0	4,75	5,00	5	0,54
V šoli KOPB so mi pojasnili, da so redne dihalne vaje, vaje za izkašljevanje, ter vaje za krepitev dihalnih mišic pomembne za lažje dihanje.	59	0	4,61	5,00	5	0,89
Poznam znake poslabšanja KOPB.	59	0	4,54	5,00	5	0,93
Pojasnili so mi pomen energijsko in beljakovinsko bogate prehrane v 5–6 manjših obrokih dnevno.	59	0	4,64	5,00	5	0,76
Povedali so mi, na koga naj se obrnem v primeru poslabšanja moje bolezni.	59	0	4,68	5,00	5	0,65
Na splošno lahko rečem, da sem bil(a) z razlago medicinske sestre v šoli KOPB zadovoljen(a).	59	0	4,86	5,00	5	0,39

n = št. anketirancev; PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, SN = standardna napaka, 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti-niti, 4 - se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam, t-test = statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05.

Analizirali smo način podajanja informacij diplomiranih medicinskih sester pacientom s KOPB. Osredotočili smo se na najmanjšo in največjo povprečno vrednost v tabeli. Maksimalna povprečna vrednost (PV=4,86) je bila pri zadnji trditvi. Na splošno lahko rečem, da sem bil(a) z razlago medicinske sestre v šoli KOPB zadovoljen(a). Najmanjša povprečna vrednost (PV=4,12) je bila pri trditvi Prejel(a) sem dovolj pisnih navodil in informacij za uspešno vodenje svoje bolezni.

**Tabela 12: Pridobljeno znanje v šoli KOPB**

Ste v šoli kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) izvedeli kaj novega glede vaše bolezni?		
	n	%
Da, izvedel(a) sem veliko novega, kar mi bo koristilo pri obvladovanju moje bolezni	21	35,6
Izvedel(a) sem nekaj novih informacij, veliko sem pa že vedel(a)	33	55,9
Ne, na izobraževalnem programu nisem izvedel(a) nič novega	5	8,5
Skupaj	59	100,0

n = št. anketirancev

V anketnem vprašalniku smo pacientom zastavili vprašanje, ali so v šoli KOPB izvedeli kaj novega. Da, izvedel(a) sem veliko novega, kar mi bo koristilo pri obvladovanju moje bolezni, je odgovorilo 21 pacientov (35,6 %), Izvedel(a) sem nekaj novih informacij, veliko sem pa že vedel(a), je odgovorilo 33 pacientov 55,9 %, 5 pacientov (8,5 %) pa je odgovorilo, da na izobraževalnem programu niso izvedel(a) nič novega. Odgovore v tabeli 13 smo primerjali s trditvami v spodnji tabeli.

**Tabela 14: Primerjava trditev pacientov glede na podajanje informacij diplomiranih medicinskih sester**

	Levenov test (p-vrednost)	Test Brown- Forsythe (p- vrednost)	ANOVA (p- vrednost)	ANOVA (F)
Prejel(a) sem ustrezne informacije za obvladovanje bolezni (pravilna uporaba inhalacijske terapije, znaki poslabšanja KOPB, pomen odvajanja od kajenja) na razumljiv način.	0,020	0,775	/	/
Dobil(a) sem pisna in ustna navodila o sami bolezni.	0,506	/	0,49	0,73
Prejel(a) sem dovolj pisnih navodil in informacij za uspešno vodenje svoje bolezni.	0,022	0,254	/	/
V šoli KOPB so me naučili, na kakšen način naj jemljem zdravila	0,000	0,565	/	/
Pojasnili so mi, zakaj je redna telesna aktivnost pomembna za mojo bolezen	0,074	/	0,45	0,81
V šoli KOPB so mi pojasnili, da so redne dihalne vaje, vaje za izkašljevanje ter vaje za krepitev dihalnih mišic pomembne za lažje dihanje.	0,002	0,394	/	/
Poznam znake poslabšanja KOPB	0,074	/	0,67	0,40
Pojasnili so mi pomen energijsko in beljakovinsko bogate prehrane v 5–6 manjših obrokih dnevno.	0,000	0,563	/	/
Povedali so mi, na koga naj se obrnem v primeru poslabšanja moje bolezni.	0,009	0,106	/	/
Na splošno lahko rečem, da sem bil(a) z razlago medicinske sestre v šoli KOPB zadovoljen(a).	0,000	0,568	/	/

Levenov test (p-vrednost) izračun homogenosti varianc, Test Brown Forsythe uporabljamo za analizo nehomogenih varianc; Brown–Forsythe test: p je več kot 0,05, zato statistične značilnosti ni, ANOVA:  $p < 0,05$  statistične razlike med variancami vseh treh skupin so statistično značilno pomembne

V zgornji tabeli vidimo, da so odgovori v vseh primerih približno enaki. Pri večini testov je p vrednost  $> 0,05$ , kar pomeni, da statistično značilnih razlik glede na način podajanja informacij diplomiranih medicinskih sester pacientom ni.

### 3.5 RAZPRAVA

V raziskavi, ki smo jo izvedli na Kliniki Golnik, ugotavljamo pozitiven odnos pacientov s KOPB do bolezni, pridobivanja novih znanj in napatkov za kakovostnejše življenje s kronično boleznijo. Ugotovitve smo primerjali z raziskavami tujih avtorjev s področja zdravstvene oskrbe pacientov s KOPB.

V raziskavi, ki smo jo izvedli na Kliniki Golnik, smo paciente povprašali, kaj pomeni kratica KOPB. Vsi pacienti so takoj po opravljeni šoli KOPB pravilno razložili kratico KOPB. Po enem mesecu od poučevanja je en pacient napačno odgovoril na vprašanje. V raziskavi so avtorji (Miravittles, et al., 2006) s telefonskim anketiranjem zajeli 6758 ljudi splošne populacije, ki so bili starejši od 40 let. Preverjali so znanje splošne populacije o KOPB. Med vsemi vprašanji je izstopal podatek, da je manj kot 10 % vprašanih znalo razložiti kratico KOPB. Tuji avtorji (Conceição de Castro, et al., 2015) so raziskavo izvedli na primarni ravni zdravstvenega varstva – v ambulantah, v Braziliji. Anketirali so 674 pacientov. Z vprašalnikom so avtorji skušali ugotoviti znanje pacientov o KOPB. Od 674 anketirancev jih je le 9,2 % poznalo izraz KOPB, 75,1 % jih je poznalo izraz »emfizem« in 15,7 % anketirancev ni poznalo nobenega izraza. Avtorji so ugotovili, da je prepoznavanje izraza KOPB povezano z višjo stopnjo izobrazbe.

V raziskavi smo paciente s KOPB povprašali, ali se jim zdi pomembno, da poznajo KOPB in znajo ukrepati ob poslabšanju. 58 pacientov je odgovorilo pritrdilno, le enemu pacientu se ni zdelo pomembno, da pozna KOPB in zna ukrepati ob poslabšanju. V tuji literaturi avtorji (Bourbeau, 2010) potrjujejo, da poznavanje KOPB vodi k zmanjševanju akutnih poslabšanj KOPB, boljšemu znanju pacientov in zgodnejšemu zdravljenju bolezni, kar je pomemben cilj pri obravnavi pacienta s KOPB. Avtorji (Kadivec, et al., 2012) so na Kliniki Golnik izvedli raziskavo o vlogi koordinatorja odpusta pri pacientih s KOPB. Spremljali so paciente, ki so bili sprejeti zaradi novo ugotovljene KOPB ali poslabšanja KOPB. V raziskavo je bilo vključenih 253 pacientov, ki so bili naključno razporejeni v intervencijsko (n = 118) in kontrolno (n = 135) skupino. V obdobju spremljanja je bilo zaradi KOPB hospitaliziranih 59 od 253 pacientov. V intervencijski skupini, v katero je bil vključen koordinator odpusta, je bilo v primerjavi s kontrolno skupino značilno manj ponovnih hospitalizacij zaradi KOPB. Avtorji (Li, et al., 2015) so v prospektivni randomizirani kontrolni raziskavi zajeli 68 pacientov s KOPB, ki so



bili po odpustu iz bolnišnice razdeljeni v dve skupini. Pacienti so v kontrolni skupini prejeli konvencionalno zdravstveno oskrbo, intervencijska skupina pa je prejela oskrbo patronažne medicinske sestre. Skupini sta bili opazovani 12 tednov. V raziskavi so avtorji ugotovili, da patronažna medicinska sestra, ki ima znanje s področja KOPB, lahko v veliki meri izboljša kakovost življenja pacientov s KOPB, tako s preprečevanjem akutnih poslabšanj bolezni kot tudi z nižjimi stroški zdravljenja pacientov s KOPB po odpustu iz bolnišnice.

Paciente smo v vprašalniku vprašali o znakih poslabšanja bolezni. Pacienti so pokazali zelo dobro stopnjo znanja takoj po izvedeni šoli KOPB, kot po 1 mesecu od poučevanja. Bratkovič (2011) je v raziskavi ugotavljala uspešnost zdravstveno-vzgojenega dela pri pacientih s KOPB. Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi. Po pregledu vprašalnikov in analizi je bilo v raziskavo vključenih 41 moških in 19 žensk, starih 67,9 leta, ki so se na Kliniki Golnik med letoma 2008–2009 udeležili šole KOPB. Najmanj pravih odgovorov, v obeh letih opazovanj, so imeli pacienti v sklopu vprašanj o znakih bolezni in znakih poslabšanja bolezni. V letu 2009 so pacienti izboljšali znanje o poznavanju znakov bolezni.

V raziskavi smo paciente s KOPB vprašali o vplivu kajenja na KOPB. Polovica pacientov se zaveda, da je kajenje eden izmed glavnih vzrokov za nastanek bolezni, polovica pacientov s KOPB je kadilcev. Po 1 mesecu od poučevanja je na odgovor kajenje je eden izmed glavnih vzrokov za nastanek bolezni pravilno odgovorilo 46 % pacientov, tudi na trditev, da je večina pacientov s KOPB kadilcev, je pravilno odgovorila dobra polovica pacientov. Avtorja (Orisasami & Ojo, 2016) s pomočjo pregleda literature skušata ugotoviti učinkovitost prenehanja kajenja pri vodenju pacientov s KOPB. Ugotovitve kažejo, da se prenehanje kajenja pokaže kot najbolj učinkovit ukrep za izboljšanje kakovosti življenja in preprečevanje nadaljnjih poslabšanj KOPB, kar posledično zmanjšuje tudi stopnjo hospitalizacij pri pacientih s KOPB. Vendar avtorja poudarita, da medicinske sestre potrebujejo več izobraževanja o tem, kako pravilno pristopiti k svetovanju pacientom o prenehanju kajenja, tehniki komuniciranja in motivaciji. Avtorji (Nowak, et al., 2017) so na Poljskem izvedli raziskavo na reprezentativnem vzorcu 500 zdravnikov. Zdravniki so morali izpolniti vprašalnik za diagnosticiranje in zdravljenje pacientov s KOPB. V vprašalniku so bili zajeti zgodovina bolezni, klinična slika, stopnja KOPB ter diagnostični in terapevtski

postopki. 298 zdravnikov je oddalo podatke o 2756 pacientih s KOPB. Zanimiv je podatek, da je 97,8 % pacientov v preteklosti kadilo, vendar kljub diagnozi KOPB več kot polovica pacientov še vedno kadi.

V raziskavi, ki smo jo izvedli na Kliniki Golnik, smo ugotavljali povezanost med dolžino zdravljenja pacienta in informiranostjo o KOPB. Ugotovili smo, da se je večina pacientov že doma informirala o bolezni preko različnih medijev in imajo KOPB v povprečju 9,17 leta. Drugi pacienti, ki se doma niso informirali o bolezni, pa imajo bolezen 6,37 leta. Avtorji (Conceição de Castro, et al., 2015) so v raziskavi, ki so jo izvedli na primarni ravni zdravstvenega varstva – v ambulantah, v Braziliji navedli, da so vprašani največ podatkov o bolezni dobili iz medijev (43 %). Raziskava avtorjev (Scott, et al., 2011), ki je bila izvedena s pomočjo respiratornega vprašalnika (LINQ – Lung Information Needs Questionnaire) in Bolnišničnega vprašalnika Mount Sinai (MSHQ – Bolnišnični vprašalnik Mount Sinai), je pokazala statistično značilno povezavo, saj so bolj izobraženi pacienti imeli več znanja o KOPB. V raziskavi, ki smo jo izvedli med pacienti s KOPB na Kliniki Golnik, ni bilo povezave med stopnjo izobrazbe in informiranostjo o bolezni.

V raziskavi smo ugotavljali, ali obstaja povezava med spoloma in informiranostjo o bolezni. Na podlagi rezultatov nismo ugotovili statistično značilnih razlik med spoloma. Šuler (2016) je v diplomski nalogi z naslovom Zmožnost samooskrbe pri pacientu s kronično pljučno boleznijo prišla do ugotovitve, da obstaja statistično značilna korelacija med spoloma in prepoznavanjem znakov bolezni. Med posamezniki, ki znake pravilno prepoznajo, je bil večji delež žensk, kot moških.

V raziskavi smo paciente, ki so bili v šoli KOPB, povprašali o tem, kako so diplomirane medicinske sestre podale informacije o KOPB. Pacienti so razlago diplomiranih medicinskih sester v šoli KOPB (ocenili s PV = 4,86). Najslabše ocenjena trditev je bila: Prejel(a) sem dovolj pisnih navodil in informacij za uspešno vodenje svoje bolezni.

Cilj avtorjev (Zakrisson, 2010) v raziskavi je bil opisati izkušnje medicinskih sester s poučevanjem pacientov z astmo in KOPB v osnovnem zdravstvu. Intervjuvali so 12

medicinskih sester, ki so poučevale paciente s KOPB in astmo. Ugotovitve so bile predstavljene v dveh kategorijah. Prva kategorija: zadržano podajanje informacij medicinskih sester, kar onemogoča zadostno znanje pacientom. Druga kategorija: pomanjkanje znanja medicinskih sester v povezavi z negotovostjo, zaradi česar je težko razviti izobraževanje pacientov. Avtorji zaključijo, da so se izkušnje medicinskih sester gibale med negotovostjo in varnostjo, kar pa se lahko podkrepi s povečanjem znanja in z dobrim sodelovanjem v timu.

Avtorji (Thakrar, et al., 2014) so v presečni raziskavi skušali paciente s KOPB poučiti o bolezni s pomočjo »vprašalnika za ozaveščanje pacientov o KOPB«. V raziskavo je bilo vključenih 282 pacientov. Pacienti so morali odgovoriti na 21 vprašanj. Izstopalo je vprašanje, da se le 98 pacientov zaveda vzrokov KOPB. Ugotovitve raziskave so pokazale potrebo po izobraževanju javnosti o bolezni, obseg rehabilitacije pljučnega pacienta in vlogo pri upravljanju KOPB.

Avtorji (Weldam, et al., 2017) so v raziskavi zapisali, da je glavni izziv medicinskih sester pri obravnavi pacientov s KOPB vodenje pacienta v vsakdanjem življenju s posledicami bolezni, zmanjševanjem vpliva simptomov in izboljšanjem zdravja v povezavi s kakovostjo življenja. Cilj avtorjev je bil proučiti izkušnje medicinskih sester z novimi smernicami pri obravnavi pacienta s KOPB. Raziskava je bila izvedena z različnimi metodami na manjšem randomiziranem vzorcu v primarnem varstvu. Pred eksperimentom so bili vprašalniki poslani vsem sodelujočim medicinskim sestram (n = 24) za izboljšanje vprašalnikov. Prav tako so bili vprašalniki razdeljeni tudi po koncu raziskave oz. potem, ko so se pacienti s KOPB razdelili v dve fokusni skupini. Vprašalniki so bili analizirani po opisni analizi. Za prepoznavanje tem sta bili fokusni skupini (snemalna in zapisovalna skupina) samostojni in anonimni ter povezani z dvema raziskovalcema. Medicinske sestre so opisale vprašalnike kot uporabna strukturirana in individualizirana orodja za pomoč pacientom pri vsakdanjem soočanju s KOPB. Ovine pri vprašalniku so se pojavile zlasti pri pacientih z nižjim socialno-ekonomskim statusom, pri pacientih z nižjo stopnjo pismenosti in pri pacientih iz drugih kulturnih okolij. Po mnenju medicinskih sester je vprašalnik dragoceno orodje za izboljšanje oskrbe pacientov s KOPB.

### Omejitve raziskave

Naša raziskava je bila izvedena na manjšem vzorcu pacientov s KOPB na Kliniki Golnik. Dobljenih rezultatov zato ne moremo posploševati na vse paciente s KOPB, kot tudi ne na paciente s KOPB v drugih zdravstvenih ustanovah. Zaradi manjšega vzorca pacientov se statistično značilne razlike v raziskavi niso pojavile. Raziskavo bi lahko razširili še na druge bolnišnice in bi tako dobili večji vzorec pacientov s KOPB. Vprašanja za vprašalnik smo sestavili na podlagi pregledanih raziskav avtorjev na temo znanje kroničnih pacientov, zdravstvena vzgoja in kronična obstruktivna pljučna bolezen. Vprašalnik bi za bodoče raziskovanje lahko še izboljšali. V vprašalnik bi vključili več vprašanj z ordinalnimi spremenljivkami, da bi lahko dosegli boljšo zanesljivost vprašalnika.

## 4 ZAKLJUČEK

Samo dobro poučen pacient s KOPB lahko obvladuje svojo bolezen s čim manj poslabšanj in z njo kakovostno živi. V naši raziskavi smo ugotovili, da imajo pacienti s KOPB, ki smo jih anketirali na Kliniki Golnik, dovolj znanja o poznavanju KOPB, saj se zavedajo posledic kajenja in vedo, na koga se obrniti v primeru akutnega poslabšanja KOPB. Po pregledu raziskav tujih avtorjev smo ugotovili, da se večina pacientov s KOPB ne zaveda resnosti bolezni, saj več kot polovica pacientov s KOPB še vedno kadi.

Avtorji v raziskavah navajajo, da se dobro informiranost pri pacientih lahko doseže le s strokovno izobraženim kadrom, ki ima znanje s področja KOPB. Dandanes se večina pacientov že doma informira o bolezni, zato je pomembno, da zna kader med seboj dobro komunicirati in sodelovati, saj bo le tako lahko pacienta dobro motiviral in poučil, pacient pa bo uvidel, da ni sam pri spopadanju z boleznijo. Glavna naloga diplomirane medicinske sestre v šoli KOPB je, da na razumljiv in preprost način pacientu približa svoje znanje, ki ga ima s področja KOPB. Le tako se bo pacient lažje spopadal s KOPB v domačem okolju.

Menimo, da bi v prihodnje lahko raziskavo razširili še na druge bolnišnice, ki imajo v programu šolo za KOPB in s tem povečali število udeležencev raziskave. Pridobili bi še večji vpogled v znanje pacientov in primerjali delo diplomiranih medicinskih sester v šoli KOPB. Ugotovitve bi primerjali z drugimi raziskavami in iskali možnosti za izboljšave.

## 5 LITERATURA

Abu Hassan, H., Abd Aziz, N., Hassan, Y. & Hassan. F., 2014. Does the duration of smoking cessation have an impact on hospital admission and health related quality of life amongst COPD patients? *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14(9), pp. 493–8.

Ahačič, M. & Benedik, B., 2008. Vpliv učenja na pravilnost jemanja inhalacijske terapije. In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pnevmološki in alergološki kongres: Zbornik predavanj, Portorož 14.-15. september 2008*. Golnik: Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 5–10.

Albreht, T. & Pribaković Brinovec, R., 2011. Specializacije in specialna znanja v zdravstveni negi v Sloveniji – vidik potreb zdrave in bolne populacije zdravstvenega Sistema in družbe. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *4. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – Quo Vadis: Specializacije v zdravstveni negi – Partnerstvo med zdravstveno nego in medicino. Ljubljana, 8. marec 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 45–50.

Bahun, M. & Skela Savič, B., 2010. Nekateri elementi kakovosti življenja pacientov s sladkorno boleznijo. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zorc eds. *3. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana, 16.–17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 332–43.

Benedik, B. & Grahovec, N., 2007. Vrednotenje izvajanja šole za kronično obstruktivno pljučno bolezen. In: S. Kadivec, ed. *Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in alergijo: Golniški simpozij, Bled 3.–4. oktober 2007*. Golnik: Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 11–5.

- Birk, K., 2009. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. In: T. Andrejašič, ed. *Znanje: teorija in praksa: Zbornik predavanj 6. študentske konference Fakultete za management: Koper, Celje, Škofja Loka, 18.–20. november 2009*. Koper: Fakulteta za management, pp. 57–61.
- Blaj, M., 2010. Komunikacija s kroničnim bolnikom. In: D. Plank ed. *Vloga medicinskih sester pri izboljšanju kakovosti življenja kroničnih bolnikov: 11. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje 23. 9. 2010*. Celje: Splošna bolnišnica Celje, pp. 69–84.
- Borak, L., n.d. Sodelovanje in pomen odnosov v zdravstvenem timu [pdf], Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/322B.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/322B.pdf) [Accessed 15 October 2015].
- Bourbeau, J., 2010. Preventing Hospitalization for COPD Exacerbations. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine*, 31(3), pp. 313–320.
- Bratkovič, M., 2011. Uspešnost zdravstveno-vzgojnega dela pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. In: S. Kadivec, ed. *Zdravstvena obravnava bolnika s KOPB, pljučnim rakom in pljučno hipertenzijo: 9. golniški simpozij, Bled 7.–8. oktober 2011*. Golnik: Bolnišnica Golnik – univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D. & Zentner, A., 2010. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. In: R. Busse, eds. *European Observatory on Health Systems and Policies Series. Brussels*, pp. 9–17.
- Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L. & Dowling, M., 2011. Developing a structured education programme for clients with COPD, *British Journal of Community Nursing* 16(5), pp. 231–7.

Chapman, K. R., Mannino, D. M., Soriano, J. B., Vermire, P. A., Buist, A. S., Thun, M. J., Connell, C., Jemal, A., Lee, T. A., Miravittles M., Aldington, S. & Beasley, R., 2006. In: K. F. Rabe & J. B. Soriano. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *European respiratory Journal*, 27(1), pp. 188–207.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Conceição de Castro, M., Monteiro de Queiroz, A., Carmo Moreira, M. A., Jardim, R. J., Barbosa, M. A., Minamisava, R., Del Carlos Gondim, H., Castro Velasco, F. & Carmo Penhavel, M. V., 2015. Knowledge about COPD among users of primary care services. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 10, pp. 1–6.

Duratović, A., 2013. Pomen komunikacije v odnosu med zdravstvenim osebjem in ženskami v državnem presejalnem programu ZORA. In: U. Ivanuš., M. Primic Žakelj & A. Repše Fokter, eds. *Koraki mojega življenja: Zbornik predavanj, 4. izobraževalni dan programa ZORA. Brdo pri Kranju, 26. april 2013*. Ljubljana: Onkološki inštitut, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 60–6.

Durr, S., Zogg, S., Miedinge, D., Steveling, EH., Maier, S. & Leuppi JD. 2014. Daily physical activity, functional capacity and quality of life in patients with COPD. *Journal Article; Research Support*, 11(6), pp. 689–96.

Evropska komisija, n.d. Kronične bolezni. [online], Available at: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/policy/index\\_sl.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy/index_sl.htm). [Accessed 13 April 2015].

Farkaš-Lainščak, J., 2011. Promocija zdravja v bolnišnicah: od ideje o podpornih okoljih do razvoja Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah. In: M. Košnik, ed. *Promocija zdravja v bolnišnici: Strokovno srečanje, Golnik 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 4–14.



Farkaš-Lainščak, J. & Košnik, M., 2011. Javno zdravje in klinična medicina: partnerja v doseganju najboljše možne ravni zdravja in z zdravjem povezane kakovosti življenja. In: M. Košnik, ed. *Promocija zdravja v bolnišnici: Strokovno srečanje, Golnik 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 1–4.

Farkaš-Lainščak, J., Kadivec, S., Košnik, M. & Lainščak, M., 2011. Zasnova raziskave o učinkovitosti koordinatorja odpusta v obravnavi bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. In: J. Farkaš-Lainščak & M. Košnik, ed. *Promocija zdravja v bolnišnici: Strokovno srečanje, Golnik 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 47–55.

Fležar, M., 2011. Spirometrija – Gradivo za pouk pulmologije za referenčne ambulante. *Modul: Astma, KOPB, alergijski rinitis. Program za medicinske sestre. 5.–11. maj 2011*. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 104–110.

Fležar, M., Šuškovič, S., Kristan, Š. & Košnik, M., 2013. Kako izbrati in tolmačiti rezultate preiskave pljučne funkcije pri astmi in KOPB. *Zdravstveni vestnik*, 80, pp. 337–345.

Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD), 2015. [pdf], Available at: <http://www.goldcopd.com/> [Accessed 20 Avgust 2015].

Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD), 2011.[pdf], Available at: [http://goldcopd.org/wpcontent/uploads/dlm\\_uploads/2016/04/GOLD\\_Pocket\\_Slovenia\\_2011.pdf](http://goldcopd.org/wpcontent/uploads/dlm_uploads/2016/04/GOLD_Pocket_Slovenia_2011.pdf) [Accessed 09 November 2015].

Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD), 2015. [pdf], Available at: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GOLD\\_Report\\_2015\\_Apr2.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GOLD_Report_2015_Apr2.pdf) [Accessed 17 April 2015].

Grmek Košnik, I., 2014. Breme kroničnih bolezni. In: S. Hvalič Tuzery, eds. *Kronične bolezni sodobne družbe: Od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe. 5. simpozij Katedre za temeljne vede: Zbornik prispevkov z recenzijo, Jesenice, 14. oktober 2014.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 14–9.

Grzetić Romčević, T., Devčić, B., Šonc, S. & Terželj, M., 2008. Pomen zgodnjega odkrivanja kronične obstruktivne pljučne bolezni. *Zdravstveni vestnik*, 77, pp. 111–6.

Guzelj Cenčič, T., 2013. Ocena kakovosti življenja pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo: *diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Holsedel, M., 2010. KOPB in zdravljenje s kisikom na domu. In: E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar & I. Šumak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Strokovni seminar. Murska Sobota, 19. april 2010.* Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 52–6.

Horvat, M., 2006. Pomen kakovostne informacije v kontinuirani zdravstveni negi in oskrbi pacienta. In: B. Filej, B. M. Kavčič, M. Lahe & M. Pajnikihar, eds. *Zbornik predavanj in posterjev 1. Simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege, Maribor, 2006.* Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 78–84 .

Huang, T., Li, Y. & Wang, C., 2009. Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma, randomized control trail. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), pp. 348–58.

Humar, L., Bavčar, K. & Karnjuš, I., 2010. Vloga medicinske sestre v timski pripravi pacienta na ambulantni kirurški poseg: izkušnje pacientov. In: A. Bobnar & R. Vettorazzi, eds. *2. Študentska konferenca s področja znanstvenih ved Partnerstvo,*

znanje in razvoj, zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 8. junij 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Jakhel, T., 2009. Kakovost življenja bolnika s TZKD. In: S. Majcen Dvoršak, eds. 7. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 1–6.

Janša-Trontelj, K., 2011. Zdravstveno vzgojno delo v ambulanti za srčno popuščanje: Živeti s kronično boleznijo. In: A. Kvas, ed. Zdravstvena vzgoja – Moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 107–119.

Kadivec, S., 2011a. Strategija razvoja zdravstvene nege bolnika s pljučno boleznijo. In: S. Kadivec, ed. 9. Golniški simpozij Zdravstvena oskrba bolnika s KOPB, pljučnim rakom in pljučno hipertenzijo: Zbornik predavanj. Bled, 7.–8. oktober 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 11–5.

Kadivec, S., 2011b. Partnersko vodenje bolnika s KOPB ali astmo. Modul: Astma, KOPB, alergijski rinitis. Program za medicinske sestre 5.–11. maj 2011. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 18–22.

Kadivec, S., 2011c. Zdravstveno-vzgojni programi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. In: M. Košnik, ed. Promocija zdravja v bolnišnici: Strokovno srečanje, Golnik 25. november 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 14–22.

Kadivec, S. & Košnik, M., 2006. Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 215–22.

Kadivec, S., Košnik, M., Farkaš-Lainščak, J. & Lainščak, M., 2010. Vpliv koordinatorja odpusta na hospitalizacijo in kakovost življenja bolnika s kronično obstruktivno pljučno

bolezni – predstavitev načrta raziskave. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič, J. Zirc & S. Hvalič Touzery, eds. *3. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 16.–17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 111–20.

Kadivec, S., Farkaš-Lainščak, J., Košnik, M. & Lainščak, M., 2011. Zasnova raziskave o učinkovitosti koordinatorja odpusta v obravnavi bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. In: M. Košnik, ed. *Promocija zdravja v bolnišnici: Strokovno srečanje, Golnik 25. november 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 47–54.

Kadivec, S., Farkaš-Lainščak, J., Lainščak, M. & Košnik, M., 2012. Vpliv koordinatorja odpusta pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. In: M. Bahun., Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *5. dnevi Angele Boškin: Trajni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov: Zbornik prispevkov. Kranjska Gora, 20.–21. september 2012*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstvo Jesenice, pp. 29–32.

Kadivec, S. Lainščak, M. Košnik, M. & Farkaš-Lainščak, J. 2015. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3), pp. 195–204.

Kajba, S., 2009. Celostna obravnava bolnika s KOPB. In: Z. Klemenc Ketiš & A. Stepanovič. *XI. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj. Kranjska Gora, 23.–24. oktober 2009*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 153–9.

Kersnik, J., 2010. Kdo je bolnik s kronično boleznijo – medicinski vidik. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo, Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, pp. 11–7.

Knai, C., Nolte, E., Conklin, A., Pedersen, J. S. & Brereton, L., 2014. The underlying challenges of coordination of chronic care across Europe. *International Journal of Care Coordination*, 17, pp. 83–92.

Kolenc, K. & Červ B., 2009. Pacient – enakovreden partner v procesu zdravstvene nege. In: S. Majcen Dvoršak & S. Kvas, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana, 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija.

Laurant, MG., Hermens, RP., Braspenning, JC., Akkermans, RP., Sibbald, B. & Grol, RP. An overview of patients' preference for and satisfaction with care provided by general practitioners and nurse practitioners. 2008. *Journal of Clinic Nursing*, 20, pp: 2960–8.

Lavtižar, J. & Sivec, G., 2013. Vloga koordinatorja odpusta v Splošni bolnišnici Jesenice. In: D. Klemenc, S. Majcen Dvoršak & T. Štemberger Kolnik, eds. *9. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Moč za spremembe – Medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema, zbornik prispevkov z recenzijo*, Predoslje, 9.–10. maj 2013. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 311–8.

Lesar, I., 2012. Kako pripomoči k učinkovitejšemu učenju in spreminjanju življenjskega sloga oseb s kronično boleznijo. In: A. Kranjc, ed. *Andragoška spoznanja: 1. slovenska izobraževalna revija za izobraževanje odraslih*, 18(4), pp. 46–7.

Li, P., Gong, Y., Zeng, G., Ruan, L. & Li, G., 2015. A new mode of community continuing care service for COPD patients in China: participation of respiratory nurse specialists. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(9), pp. 15878–88.

Lipar, T., 2012. Kronične nenalezljive bolezni. *Kakovostna starost revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 15(2), pp. 72.

Lorber, M., 2011. Timsko delo – dejavnik zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. In: T. Štemberger, S. Majcen Dvoršak, D. Klemenc, eds. *8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik prispevkov z recenzijo*. Maribor, 12., 13.–14. maj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, p. 118.

Lokajner, G. & Sima, D., 2011. Upravljanje z informacijami in medicinske sestre – žvižgači In: T. Štemberger, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik prispevkov z recenzijo*. Maribor, 12., 13.–14. maj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 109–113.

Marentič Požarnik, B. & Plut Pregelj, L. 2009. *Moč učnega pogovora: Poti do znanja z razumevanjem*. Ljubljana: DZS.

Marušič, D., 2007. Ni zdrave države brez javnega zdravja. In: Z. Zupančič Slavec. *Javno zdravstvo 20. stoletja in njegov soustvarjalec dr. Bojan Pirc*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 10.

Maučec Zakotnik, J. & Vrbovšek, S., 2009. Integriran pristop k preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni in predstavitev razvojnega projekta Razvoj modela integriranega preprečevanja in celostne oskrbe kroničnih bolnikov odrasle populacije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. In: S. Vrbovšek, N. Luznar & J. Maučec Zakotnik, eds. *Skupaj varujemo in krepimo zdravje – Kaj smo dosegli v prvih osmih letih. Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 76–86.

Maučec Zakotnik, J., Vrbovšek, S. & Farkaš-Lainščak, J., 2016. Razvoj novih vsebin pristopov pri integriranem preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni. In: A. Kraigher, T. Burger & S. Nikolič, eds. *Javno zdravje – povezovanje za zdravje. 6. kongres preventivne medicine*. Portorož. Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva. Ljubljana, p. 122.

McKnee, M. & Nolte, E., 2008. *Caring for people with chronic conditions – A health system perspective*. In: J. Figureas, M. McKnee, E. Mossialos & R.B. Satman, eds. European Observatory on Health Systems and Policies Series. New York, pp. 1–15.

Miravitlles, M., de la Rosa, C., Morera, J., Montemayor, T., Gobartt, E., Martin, A. & Alvarez Sala, J. L., 2006. Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge of COPD among general population. *Respiratory medicine*, 100, pp. 1973–1980.

Nolte, E., Knai, C. & McKnee, M., 2008. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.

Nowak, M., Jankowski, M., Brożek, GM., Skoczyński, S., Rzepka-Wrona, P., Pierzchała, E., Zejda, JE. & Pierzchała, W., 2017. *Profile of adults suffering from COPD in Poland*. *Wiad Lek*, 70(1), pp. 9–15.

Oancea, C., Fira-Mladinescu, O., Timar, B. & Tudorache, V., 2015. Impact of medical education program on COPD patients: a cohort prospective study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, pp. 388–93.

Orisasami, I. T. & Ojo, O., 2016. Evaluating the effectiveness of smoking cessation in the management of COPD. *British Journal of Nursing*, 25(14), pp. 786–791.

Pajnkihar, M. & Lahe M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: B. Filej, B. M. Kavčič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Zbornik predavanj in posterjev 1*.

*Simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege, Maribor, 2006.* Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, p. 31.

Pavič Nikolič, M., Huzjan, B., Košir Jošt, S. & Perdan Pirkmajer, K., 2012. Viri informacij in informiranost bolnikov z revmatoidnim artritisom. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), pp. 319–323.

Petek, D. 2002. Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. *Medicinski razgledi*, 41, pp. 321–7.

Petek, D., 2013. Organizacijske značilnosti ambulante družinske medicine pri kronični zdravstveni oskrbi bolnikov. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc, eds. *6. mednarodna znanstvena konferenca: Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi. Ljubljana, 6.–7. junij 2013.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 115–24.

Petek Šter, M., 2012. Epidemiologija in smernice zdravljenja kronične bolezni. *Farmacevtski vestnik*, 63 (4), pp. 205–10.

Petek Šter, M. & Petek, D., 2015. Motivacija pacientov za sodelovanje v zdravljenju. In: D. Lončnar, ed. *Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi težavni III. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovednih drog*, Dolenjske Toplice, 12. in 13. februar 2015. Dolenjske Toplice: Strokovni seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, pp. 21–5.

Peternelj, A., 2009. Življenje z bolnikom s kronično boleznijo. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in*



cistično fibrozo: Zbornik predavanj, Golnik, 2. in 3. oktober 2009. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 14–20.

Poklukar, J., 2014. Breme kroničnih bolezni v sklopu javnih zdravstvenih zavodov. In: S. Hvalič Tuzery, eds. *Kronične bolezni sodobne družbe: Od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe. 5. simpozij Katedre za temeljne vede: Zbornik prispevkov z recenzijo, Jesenice, 14. oktober 2014.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 33–40.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J. 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 82, pp. 635–47.

Poplas Susič, T., Vodopivec Jamšek, V., Košnik, M., Živčec Kalan, G. & Šuškovič, S., 2010. Astma – protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *Strokovna revija ISIS*, 19(3), pp. 52–60.

Robida, A., Yazbeck, A., Kociper, B., Mate, T. & Marušič, D. 2006. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. *Ministrstvo za zdravje*.

Scott, A. S., Baltzan, M. A., Dajczman, E. & Wolkove, Norman, 2011. Patient Knowledge in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Back to basics. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 8(5), p. 375–379.

Senčar, M., 2010. Bolnik s kronično boleznijo – civilna združenja dvigajo kakovost življenja. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo, Portorož, 12. maj 2010.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, pp. 66–71.

Sever, M. & Vidovič D., 2007. Kronična obstruktivna pljučna bolezen. *Medicinski mesečnik*, 3, pp. 75–82.

Skela Savič, B., 2007. Kontinuirana zdravstvena obravnava – Izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1) pp. 3–11.

Sterne, P. P., Grossman, S., Migliardi, J.S. & Swaloa A.D., 2014. Nurses' knowledge of heart failure: Implications for decreasing 30 day Re-admissionrates. *Medsurg Nursing*. 23(5), pp. 321–9.

Škrgat Kristan, S., Šifrer, F., Kopčavar Guček, N., Osolnik, K., Eržen, R., Fležar, M., Petek, D., Šorli, J. ml., Tomič, V., Mušič E., Beovič, B., Šuškovič, S. & Košnik, M., 2009. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (apKOPB). *Obzornik zdravstvene nege*. 78, pp. 19–32.

Štomajer, D. & Klančar, S., 2009. Informiranost in partnerski odnos v praksi zdravstvene nege. In: M. Cotič Anderle, M. Okrožnik, V. Bračko & M. Homar. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci: strokovni seminar Urgentni pacient – usklajenost dela in sodelovanje. Radenci, 15.–16. oktober 2009*. Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, pp. 59–63. Šuler, J., 2016. *Zmožnost samooskrbe pri pacientu s kronično pljučno boleznijo: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Šuškovič, S. 2007. Kronična obstruktivna pljučna bolezen. *Šola za obstruktivne bolezni pljuč. Program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*, Golnik 9.–10. marec 2007. Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 58–68.

Šuškovič, S., 2011. Kronična obstruktivna pljučna bolezen. *Modul: Astma, KOPB, alergijski rinitis. Program za medicinske sestre 5.–11. maj 2011*. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 53–61.

Thakrar, R., Alaparathi, G. K., Kumar, S. K., Vaishali, K., Zulfeequer, C. P. & Aanad, R., 2014. Awareness in patients with COPD about the disease and pulmonary rehabilitation: A survey. *Lung India*, 31(2), pp. 134–8.

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

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Kakovost in varnost: Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravstveni vestnik*, 82(11), pp. 711–17.

Vrabič Kek, B., 2012. *Kakovost življenja*. Statistični urad Republike Slovenije, Ljubljana, pp. 27–31.

Vrbovšek, S., 2011. Potencial vzpostavljene mreže zdravstveno-vzgojnih centrov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: Zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 47–59.

Zakrisson, A. B. & Hägglund, D., 2010. The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), pp. 147–155.

Žerdoner, L. & Rep, E., 2014. Pristopi medicinske sestre pri pacientih obolelih za KOPB. In: L. Prestor, ed. *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji: Timski pristop k obravnavi pulmološkega pacienta Mala Nedelja, 28.–29. marec 2014*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Ljubljana, pp. 185–193.

Žitnik Šircelj, M. & Skela Savič, B., 2013. Vloga diplomirane medicinske sestre na odnos in razumevanje bolezni pri novo odkritih bolnikih s KOPB v referenčni ambulanti. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc, eds. *6. mednarodna znanstvena konferenca: Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi. Ljubljana, 6.–7. junij 2013.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 309–17.

Župec, M. & Lorber, M., 2013. Kajenje v povezavi s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 170–6.

Weldam, SW., Lammers, J. J., Zwakman, M. & Schuurmans, M. J., 2017. Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study. *Applied Nursing Research*, 33, pp. 85–92.

WHO: Chronic disease and health promotion. Available at: [http://www.who.int/chp/about/integrated\\_cd/en/](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/) [Accessed 10 January 2017].

WHO: The global burden of disease. Available at: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/) [Accessed 18 April 2017].

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **POMEN KAKOVOSTNIH INFORMACIJ ZA ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO PACINTA S KRONIČNO BOLEZNIJO**

Spoštovani,

sem Nina Kocjančič, študentka na Fakulteti za zdravstvo Jesenice, kjer pripravljam diplomsko delo z naslovom Pomen kakovostnih informacij za zdravstveno obravnavo pacienta s kronično boleznijo. Raziskovala bom Vašo seznanjenost s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, ter Vas čez mesec dni poklicala domov in Vam zastavila enaka vprašanja. Preverila bom Vašo informiranost o sami bolezni.

Vljudno Vas prosim, da s svojim podpisom, ter telefonsko številko \_\_\_\_\_ potrdite, da ste pripravljeni sodelovati v raziskavi. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujem!

Nina Kocjančič

Podpisani/-a soglašam s sodelovanjem v anketi

---

## VPRAŠALNIK

Navodila za izpolnjevanje vprašalnika

Vprašanja v anketi so v večini zaprtega tipa. Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite črko pred enim ali več odgovorov. Kjer je možnih več odgovorov je v oklepaju tudi navedeno.

### 1. DEL: DEMOGRAFSKI PODATKI

#### 2. Spol:

- a.) Moški
- b.) Ženska

#### 3. Starost (vpišite): \_\_\_\_\_ let

#### 4. Izobrazba:

- a) Osnovnošolska izobrazba
- b) Srednješolska izobrazba
- c) Višje/ visokošolska izobrazba
- d) Univerzitetna izobrazba in več

#### 5. Koliko časa veste, da imate bolezen KOPB (težko dihanje)? (vpišite)

\_\_\_\_\_ let \_\_\_\_\_ mesecev

### 1. DEL: POZNAVANJE KOPB

#### 6. Kaj pomeni kratica KOPB?

- a) Kronična obstruktivna pljučna bolezen
- b) Kronični obseg prehladnih bolezni
- c) Kronični obseg prebavnih bolezni

#### 7. Kateri so znaki poslabšanja KOPB (možnih je več odgovorov)?

- a) Težka sapa ob naporu (največkrat pri hoji po stopnicah)

- b) Zmanjšana telesna temperatura
- c) Povečan apetit
- d) Nenavadno povečana količine in gnojnosti izpljunka
- e) Zatekanje gležnjev
- f) Splošno dobro počutje

**8. V kolikšni meri menite, da kajenje vpliva na vašo bolezen? (več odgovorov)**

- a) Kajenje nima vpliva na mojo bolezen
- b) Kajenje je eden glavnih vzrokov za nastanek bolezni
- c) Večina bolnikov s KOPB je kadilcev

**9. Zakaj menite, da si je potrebno po uporabi inhalacijskih zdravil sprati usta (več odgovorov)?**

- a) Zaradi možnosti pojava ustnih glivic
- b) Zaradi možnosti pojava alergične reakcije
- c) Zaradi pojava hripavosti
- d) Drugo: \_\_\_\_\_

**10. Ste na Šoli kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB) izvedeli, kaj novega glede Vaše bolezni?**

- a) Da, izvedel(a) sem veliko novega, kar mi bo koristilo pri obvladovanju moje bolezni
- b) Izvedel(a) sem nekaj novih informacij, veliko sem pa že vedel(a)
- c) Ne, na izobraževalnem programu nisem izvedel(a) nič novega

**11. Ste se že sami doma kaj informirali glede KOPB (preko knjig, revij, časopisov, člankov, spleta....)?**

- a) Da
- b) Ne

**12. Če ste na vprašanje 10 odgovorili z "Da".**

**Ste sami odkrili kaj več glede KOPB, kar na izobraževalnem programu ni bilo povedanega.**

Če ste prosim napišite, kaj ni bilo povedanega, a bi moralo biti:

---

---

**13. Se Vam zdi pomembno, da poznate svojo bolezen in znate ukrepati ob poslabšanju bolezni?**

- a) Da
- b) Ne
- c) Nevem

**14. Kdaj se Vam zdi najbolj smiselno udeležiti Šole o KOPB (označite vse odgovore s katerimi se strinjate)?**

- a) Ob pojavu (diagnozi) bolezni
- b) Ko je bolezen v mirovanju
- c) Ob poslabšanju bolezni
- d) Ob diagnozi bolezni osebe, ki vam je blizu
- e) Drugo: \_\_\_\_\_



**2. DEL: KAKOVOST PODAJANJA INFORMACIJ O KRONIČNI  
OBSTRUKTIVNI PLJUČNI BOLEZNI**

**15. Namen vprašalnika je ugotoviti, na kakšen način so Vam diplomirane medicinske sestre podale informacije o KOPB. V tabeli so trditve, ki so označene z 1 sploh se ne strinjam do 5- popolnoma se strinjam**

TRDITVE	<b>1 sploh se ne strinja m</b>	<b>2 se ne strinja m</b>	<b>3 niti – niti</b>	<b>4 se strinja m</b>	<b>5 popol no-ma se strinja m</b>
Prejel(a) sem ustrezne informacije za obvladovanje bolezni (pravilna uporaba inhalacijske terapije, znaki poslabšanja KOPB, pomen odvajanja od kajenja) na razumljiv način	1	2	3	4	5
Dobil(a) sem pisna in ustna navodila o sami bolezni	1	2	3	4	5
Prejel(a) sem dovolj pisnih navodil in informacij za uspešno vodenje svoje bolezni	1	2	3	4	5
Na šoli KOPB so me naučili, na kakšen način naj jemljem zdravila	1	2	3	4	5
Pojasnili, so mi zakaj je redna telesna aktivnost pomembna za mojo bolezen	1	2	3	4	5
Na šoli KOPB so mi pojasnile, da so redne dihalne vaje, vaje za izkašljevanje, ter vaje za krepitev dihalnih mišic, pomembne za lažje dihanje	1	2	3	4	5
Poznam znake poslabšanja KOPB	1	2	3	4	5
Pojasnili so mi pomen energijsko in beljakovinsko bogate prehrane v 5- 6 manjših obrokih dnevno	1	2	3	4	5
Povedali, so mi na koga se obrnem v primeru	1	2	3	4	5

poslabšanja moje bolezni					
Na splošno lahko rečem, da sem bil(a) z razlago medicinske sestre Na šoli KOPB zadovoljen(a).	1	2	3	4	5

**16. Menite, da Vam je izobraževalni program koristil in boste lahko obvladovali svojo bolezen s čim manj poslabšanj?**

- a) Da
- b) Ne

**17. Kako bi lahko izobraževalni program še izboljšali?**

---

---