



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PRIPRAVLJENOST PACIENTA Z ASTMO NA
ODPUST IZ BOLNIŠNICE**

**READINESS OF ASTHMA PATIENTS FOR
HOSPITAL DISCHARGE**

Mentorica: Katja Vrankar, pred.

Kandidatka: Nika Kokl

Jesenice, julij, 2017

ZAHVALA

Iskrena zahvala mentorici Katji Vrankar, pred., za strokovno pomoč in mnoge dragocene nasvete pri pripravi diplomskega dela.

Zahvala recenzentkama doc. dr. Saši Kadivec in Mateji Bahun, pred., za koristne usmeritve pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvalila bi se tudi mag. Tini Sušnik za jezikovni pregled diplomske naloge.

Posebno pa bi se rada zahvalila svojim staršema in sestri Nini, ki so mi skozi celoten študij stali ob strani. Zahvala tudi preostalim v družini in prijateljem za vso ljubezen, potrpljenje in podporo, ki ste mi jo izkazali tekom študija in mi tako polepšali to enkratno izkušnjo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pravilno in korektno svetovanje ter poučevanje pacienta o znakih in simptomih poslabšanja astme in pravilnih tehniki jemanja zdravil za astmo ob odpustu iz bolnišnice vpliva na povečano samostojnost pacienta pri jemanju zdravil za astmo in poveča kvaliteto življenja pacienta z astmo.

Cilj: Cilj raziskave je bil ugotoviti poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme, stopnji samostojnosti, pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo, njihovo vključenost v različne oblike poučevanja in svetovanja o astmi pred odpustom in ugotoviti stopnjo samostojnosti pacientov pri jemanju zdravil za astmo.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda kvantitativnega raziskovanja. Podatki si bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika. V raziskavi smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec, ki zajema 40 pacientov z astmo, hospitaliziranih v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Za analizo podatkov je bil uporabljen računalniški program SPSS. Uporabljena je bila opisna statistika, T-test, Hi-kvadrat in analiza variance. Statistično pomembnost je določila vrednost $p < 0,05$.

Rezultati: Anketirani pacienti so bili poučeni o simptomih in znakih astme s strani zdravnikov (PV = 3,58, SO = 1,551) in medicinskih sester (PV = 3,43, SO = 1,631). Hi kvadrat test nam pokaže značilno statistično povezanost med poučenostjo pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo v povezavi z izobrazbo ($p = 0,044$). Prihaja do pozitivne statistično močne povezave med demonstracijo pravilnega načina jemanja predpisanih zdravil za astmo s strani zdravstvenega osebja in brezskrbnostjo pri odpustu pacientov ($r = 0,325$, $p = 0,040$).

Razprava: Na podlagi raziskave smo prišli do zaključka, da so pacienti pri odpustu poučeni o bolezni, vendar ne dovolj, zato je ne obvladujejo v tolikšni meri, kot bi jo lahko. Za nadaljnjo natančnejšo obdelavo bi bila priporočljiva raziskava, v katero bi bil zajet večji vzorec pacientov z astmo pred odpustom iz slovenskih bolnišnic.

Ključne besede: astma, odpust pacienta, zdravstvena vzgoja pacienta z astmo, zdravila za astmo, poučenost o zdravilih

SUMMARY

Background: Correct counselling and educating of the patient about the signs and symptoms of asthma and about the right technique of administering asthma medicine, greatly influence a patient's independence after they have been discharged from hospital and improve their quality of life.

Aims: The goal of the research was to evaluate the patients' pre-discharge knowledge of the signs and symptoms of asthma, about the levels of independence, the right techniques of administering asthma medicine, and their inclusion in different forms of asthma-related education and counselling. The goal was also to establish the patients' level of independence when it comes to administering asthma medicine.

Methods: A descriptive method of quantity research was used. We gathered data using a structured questionnaire. During research, we selected a non-coincidental purposive sample of 40 asthma patients hospitalized at the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik. For the purposes of analysing the data, the computer system SPSS was selected. The data was analysed through descriptive statistics, the T-test, Hi-square and variance analysis. Statistical significance was determined to value of $p < 0,05$.

Results: The interviewed patients were educated on symptoms and signs of asthma by the doctors (PV = 3, 58; SO = 1,551) and by the nurses (PV = 3, 43; SO = 1,631). The Hi-square shows a characteristic statistical connection between the patients' informedness of the correct medicine administration and their education ($p = 0,044$ and is $<$ of $0,05$). There is a strong and positive statistical connection between the demonstrations of the correct medicine usage by the medical staff, and the patients' carefreeness upon discharge ($r = 0,325$, $p = 0,040$).

Discussion: Based on our research, we came to the conclusion that patients discharged from the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik were educated of their disease, but not well enough and are thus not as properly equipped to handle it as they could be. For further and more concrete analysis, we suggest a larger sample size of asthma patients discharged from Slovene hospitals.

Key words: asthma, patient discharge, asthma education, asthma and medications

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	ASTMA.....	3
2.1.1	Patologija astme	5
2.1.2	Dejavniki in vzroki za nastanek astme	6
2.1.3	Diagnostika astme	7
2.1.4	Zdravljenje astme	9
2.2	ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA S KRONIČNO BOLEZNIJO	12
2.2.1	Zdravstvena vzgoja pacientov z astmo.....	13
2.2.2	Oblika poučevanja – astma šola	15
2.2.3	Samozdravljenje astme po vzoru Dorothee Orem.....	16
2.3	PRIPRAVA PACIENTA Z ASTMO NA ODPUST IZ BOLNIŠNICE.....	21
2.3.1	Koordinator odpusta in načrtovanja odpusta iz bolnišnice	21
2.3.2	Poučevanje pacienta z astmo o tehnikah jemanja inhalacijske terapije	23
2.4	SPOZNANJE DRUGIH RAZISKAV O POUČENOSTI PACIENTOV O PRAVILNI TEHNIKI JEMANJA ZDRAVIL	25
3	EMPIRIČNI DEL	28
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	28
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	28
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	29
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	29
3.3.2	Opis merskega instrumenta	29
3.3.3	Opis vzorca.....	30
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	32
3.4	REZULTATI.....	32
3.5	RAZPRAVA	42
3.5.1	Omejitve raziskave	45
4	ZAKLJUČEK	47
5	LITERATURA	49
6	PRILOGE	

6.1 INSTRUMENT

KAZALO SLIK

Slika 1: Vprašalnik za urejenost astme "ACT"	19
Slika 2: Pomen rezultatov ACT vprašalnika	20
Slika 3: Starost anketiranih.....	31

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih	30
Tabela 2: Število hospitalizacij v zadnjih dveh letih.....	31
Tabela 3: Zdravila pacientov	32
Tabela 4: Poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme	33
Tabela 5: Poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme glede na spol	33
Tabela 6: Poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo.....	34
Tabela 7: Poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo v povezavi z izobrazbo	34
Tabela 8: Samoocena pacientov o samostojnosti pri jemanju zdravil.....	35
Tabela 9: Povezanost med demonstracijo pravilnega načina jemanja predpisanih zdravil za astmo s strani zdravstvenega osebja in brezskrbnostjo pri odpustu pacientov	35
Tabela 10: Vključenost pacientov v formalno obliko zdravstvene vzgoje pred odpustom (astma šola).....	36
Tabela 11: Povezanost med številom hospitalizacij in udeležbe šole astme v času hospitalizacije	36
Tabela 12: Vključenost pacientov v individualno obliko zdravstvene vzgoje	38
Tabela 13: Obvladovanje bolezni glede na spol.....	39
Tabela 14: Obvladovanje bolezni glede na stopnjo izobrazbe	40
Tabela 15: Povezanost med obvladovanjem bolezni in številom predhodnih hospitalizacij	41
Tabela 16: Trditve povezane o poučevanju in odpustu hospitaliziranega pacienta	42

SEZNAM KRAJŠAV

ACT	Astma Control Test – test nadzora astme
Dipl. m. s.	Diplomirana medicinska sestra
FEV1	Forsiran ekspiratorni volumen
FVC	Forsirana vitalna kapaciteta
GERB	Gastroezofagealna refluksna bolezen
Klinika Golnik	Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
KOPB	Kronična obstruktivna bolezen
VC	Vitalna kapaciteta – celotna količina izdihanega zraka
PEF	Peak expiratory flow – maksimalni pretok izdihanega zraka
ZDA	Združene države Amerike

1 UVOD

Astma je ena najpogostejših kroničnih pljučnih bolezní. Označujemo jo kot posebno vnetje dihalnih poti, zaradi katerega se le-te zožijo in povzročijo bronhialno preodzivnost. Gladke mišice bronhijev se tako ob različnih dražljajih skrčijo hitreje in posledično povzročijo bronhospazem in zaporo dihalnih poti. Astmo sprožijo alergeni, poklicni alergeni ali virusi. Posledice vnetja se kažejo kot simptomi astme, ki pa se zmanjšajo z odstranitvijo alergenov, dražljivcev ter predvsem z uporabo protivnetnih zdravil (Bajrović, et al., 2007).

Astma je kronična pljučna bolezen, zato je pomembno, da je pacient dobro poučen o svoji bolezni in da se nauči živeti z njo (Pšeničnik, 2010).

Slabo zdravljena astma lahko povzroča hude neprijetnosti. Pomembno zmanjšuje kakovost življenja pacienta ali ga celo nevarno ogroža (Šuškovič, 2008a).

Pravilno zdravljen pacient z astmo je brez težav, je normalno telesno zmogljiv, nima nočnih poslabšanj astme in ima normalno pljučno funkcijo. Zdravljenje astme zajema: izogibanje stikov z alergeni, zdravstveno vzgojo pacienta z astmo, uporabo medikamentozne terapije in v redkih primerih tudi imunoterapijo (Šuškovič, 2008b).

Zdravstvena vzgoja je proces, s katerim posameznika ali pa skupino izobražujemo tako, da najlažje krepijo in ohranjajo zdravje. Zdravstvena vzgoja obsega teoretična in praktična znanja, spretnosti, veščine in navade (Česen, 2007).

Izobraževalne programe za paciente vodijo medicinske sestre, ki so za to usposobljene in imajo specifična znanja. Programi za zdravstveno vzgojo vključujejo: poznavanje bolezni in njenih sprožilcev, osnove zdravljenja in ukrepi ob poslabšanju ter poučevanje o merjenju maksimalnega pretoka izdihanega zraka, ang. PEF (peak expiratory flow – maksimalni pretok izdihanega zraka) (McCarty, et al., 2012).

S kvalitetnim zdravstveno-vzgojnim pristopom lahko spremenimo pacientov odnos do bolezni, zmanjšujemo ponovne hospitalizacije in krepimo pacientovo življenje z astmo (Godman, 2012).

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako poučeni so pacienti z astmo o sami astmi in jemanju zdravil za zdravljenje astme po odpustu iz Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ASTMA

Besedo astma je uporabil že antični pisec Homer v pesnitvah Odiseja in Iliada. V njih je opisoval junake, ki so se odpravili v boj in so težko »astmos« dihal zaradi telesnega napora ali pa celo zaradi strahu. V tistih časih je beseda pomenila le simptom, ne bolezni (Hosta, 2003).

Astma je kronično vnetje spodnjih dihal, saj ga lahko dokažemo tudi, ko pacient nima posebnih težav in se lahko pojavi v različnih kliničnih oblikah (Bajrović, et al., 2007).

Težave pri astmi lahko opredelimo iz funkcionalnega vidika, saj povzročajo oviran pretok zraka oz. reverzibilno obstrukcijo in povečano bronhialno preodzivnost (Poplas Susič, et al., 2010, Barović, et al., 2007), kar pomeni, da se mišice bronhijev hitreje vzdražijo in skrčijo kot pri zdravih ljudeh. Astmatsko vnetje se med drugim kaže kot bronhialni edem in s povečano količino izločene sluzi ter se odvija vzdolž traheobronhialnega sistema. Vnetje je najbolj izrazito v primeru poslabšanja astme, pri katerem pride do mehanične zapore dihal in do procesa vnetnega preoblikovanja bronhov (Šuškovič, 2011).

Vnetje povzroča krčenje bronhov, dihalne poti pa so bolj občutljive za dražljivce (npr. za prah, ozon, dim ...) in lahko pri izpostavljenosti le-teh sprožijo kašelj, edeme dihalnih poti ali pa celo njihovo krčenje (Košnik, 2010).

Simptomi se odražajo kot piskanje, kašljanje, tiščanje v prsnem košu, težko dihanje in dušenje (Šuškovič, 2008a).

Ob povečanem astmatskem vnetju se preodzivnost dihalnih poti poveča, zato ima pacient z astmo ob enaki stopnji telesne aktivnosti več težav kot pa v stabilni fazi bolezni (Poplas Susič, et al., 2010).

Astma povzroča upad pljučne funkcije, ki je posledica vnetnega preoblikovanja bronhijev. Astmatsko vnetje in preoblikovanje bronhijev nastopita sočasno, ampak z

različno imunopatogenezo in različnim odzivom na protivnetna zdravila (Bajrović, et al., 2007).

Glede na simptome, ki jih ima pacient, astmo delimo na: urejeno, neurejeno in astmo v poslabšanju (Poplas Susič, et al., 2010).

V umirjeni fazi astme lahko pacient deluje normalno, astma pa se lahko kaže le s kašljem. Kot blag simptom astme poznamo stiskanje v prsnem košu. Dušenje lahko nastane ob vdihovanju specifičnih alergenov, okužbi dihal, ob vdihovanju dražljivcev, med telesnim naporom ali pa v mrzlem in suhem zraku. Pri nekaterih pacientih lahko nastane zelo hudo in hitro poslabšanja astme, le-ti pa se slabo odzovejo na zdravljenje (Bajrović, et al., 2007).

Eden glavnih meril za oceno poslabšanja astme je pljučna funkcija. To preverimo s spirometrijo (FEV1) ali pa PEF meritvijo. Ocena je zanesljiva, če izmerimo PEF med poslabšanjem in vrednost primerjamo s pacientovo najboljšo vrednostjo (Šuškovič, 2011).

Blago poslabšanje astme

Pri blagem poslabšanju astme se poleg blage dispneje pojavijo še drugi simptomi poslabšanja ter rezultat PEF meritve se zmanjša na okoli 80 % najboljše vrednosti (Šuškovič, 2011).

Zmerno poslabšanje astme

Pri zmernem poslabšanju simptomi postanejo zelo moteči in močno ovirajo pacientove vsakdanje aktivnosti. Pulz pacienta se lahko poveča do 110 na minuto, frekvenca dihanja pa se poveča na 25 vdihov na minuto. PEF ali FEV1 se v tem primeru lahko zmanjšata na 50 do 80 % (PEF lahko varira za 30 %) (Šuškovič, 2011).

Težko poslabšanje astme

Pri težkem poslabšanju pacient za dihanje uporablja pomožno dihalno muskulaturo, simptomi se močno poslabšajo, pulz naraste nad 110 na minuto, frekvenca dihanja pa

lahko naraste na več kot 30 vdihov na minuto. PEF ali FEV1 pri težkem poslabšanju lahko znaša manj kot 50 % najboljše predvidene pacientove vrednosti (Šuškovič, 2011).

Ob povečanju astmatskega vnetja se tudi bronhialna odzivnost poveča. Poslabšanje astme ali neurejenost astme se lahko kaže s pogostejšo nočno astmo ali hujšimi simptomi. Pomembno je, da razlikujemo med zmernim poslabšanjem astme, ki ga lahko obravnavamo na primarni ravni ambulantno in hujšim poslabšanjem, ki zahteva urgenten način obravnave (Poplas Susič, et al., 2010).

Zelo huda ali katastrofalna astma

Pri zelo hudi zapori piskanja ne slišimo več, čemu lahko rečemo »tih prsni koš«. Ko se stanje zapore izboljša, se piski zaradi povečanega pretoka zraka spet pojavijo. Temu stanju astme rečemo krhka ali katastrofalna astma. Pogosto je krhka astma posledica nesodelovanja pacienta pri zdravljenju. Pacienti zanikajo svojo bolezen in ne jemljejo preventivnih zdravil ali pa zdravijo le simptome (Bajrović, et al., 2007).

Pri življenju ogrožajočem poslabšanju astme pacient postaja apatičen in zelo izčrpan. Pojavi se bradikardija, frekvenca dihanja pa lahko naraste do 40 vdihov na minuto. Paradoksn pulz, ki je zmanjšanje sistolnega krvnega tlaka med vdihom in ki nastane, kadar pacient med vdihom ustvari zelo negativen tlak v plevralni votlini, lahko znaša več kot 15 mmHg. PEF ali FEV1 sta lahko manjša od 33 % pacientove najboljše vrednosti (Šuškovič, 2011).

2.1.1 Patologija astme

Vnetje bronhijev sprožijo alergeni ali pa virusi. Osnovni vzrok bronhialnega vnetja je neznan. Pri astmi se pojavijo patološke spremembe dihalnih poti, pljučni parenhim pa patološko ni spremenjen. Kronično vnetje zajame epitel, subepitelno vezivno tkivo in bazalno membrano. Vnetje poteka difuzno, a ni nujno enakomerno intenzivno izraženo (Šuškovič, 2011).

Za astmatsko vnetje bronhijev je ključna celica limfocit Th2, ki s pomočjo predstavitvene celice prepozna alergene in druge sprožilnike vnetja (Šuškovič, 2011).

Astmatsko vnetje v dihalnih poteh povzročajo eozinofilci, alveolarni makrofagi, mastociti, limfociti in nevrofilni levkociti ter mediatorji vnetja, kot so kinin, histamin, levkotreini in neneuropeptidi. CD8+ in CD4+ limfociti T sproščajo specifične citokine, ki povzročajo vnetni odgovor. Posledica je krčenje gladkih mišic dihalnih poti, zapora in ponavljajoče se vnetje (Skerbinjek Kavalarič, et al, 2008).

2.1.2 Dejavniki in vzroki za nastanek astme

Vnetje bronhijev lahko sprožijo alergeni v vdihanem zraku, alergeni in virusi (Šuškovič, 2011).

Oseba z alergijo je preobčutljiva na snov, ki jo po večini ljudje normalno prenesejo. Snov, na katero je pacient preobčutljiv, imenujemo alergen. Astma je nenormalna, burna reakcija imunskega sistema ob stiku z alergenom. Alergijsko reakcijo (senzibilizacija) povzročajo protitelesa t. i. specifična protitelesa IgE. Pri alergiji ločimo dve fazi alergijskega odziva. Pri zgodnji fazi se ob izpostavitvi alergenom iz mastocitov sprosti histamin (povzroča zgodnji alergijski odziv). Posledica odziva celic v drugi fazi pa je alergijsko vnetje (Anon., n.d.)

Poznamo tudi druge vzroke, kot so: rinitis in sinusitis, gastroezofagealni refluks, beta blokatorji, aspirinska intoleranca in telesna obremenitev. Astma je prvenstveno posledica alergij, a so vzroki zanjo velikokrat nealergijski ali pa se vzroki med seboj kombinirajo (Šuškovič, 2008b).

Dejavniki poslabšanja astme:

- notranji in zunanji dejavniki (dražljivci, alergeni),
- psihična obremenitev,
- okužbe,
- telesni napor,

- menstruacijski cikel,
- zatekanje želodčne kisline nazaj v požiralnik,
- prehranski dodatki,
- opustitev ali zmanjševanje odmerkov preventivne terapije (Šuškovič, 2008a).

Najpogostejši sprožilci astmatičnega napada so alergeni, kot so: živalska dlaka, plesni, pelodi, pršica, hrana ... Napad lahko izzovejo tudi dražljivci: cigaretni dim, smog, zdravila in hladen zrak. Velikokrat so dejavniki napada astme razne bakterijske virusne okužbe dihal, psihični stres ali pa telesni napor (Slatinšek, 2012).

Alergenom smo lahko izpostavljeni sezonsko ali pa preko celega leta. Stik z alergeni večina ljudi dobro prenaša, pri drugih pa se lahko pojavi alergijska reakcija (Mušič, 2006, Cited in Slatinšek, 2012).

Najpogostejši alergeni so:

- cvetni prah,
- spore plesni,
- živalska dlaka,
- piki žuželk,
- pršice,
- prah,
- zdravila,
- prehranski alergeni ... (Rančan, 2012).

Med dražljivce pripisujemo ozon in onesnažen zrak, na astmo pa vplivajo tudi vremenske spremembe, kot je hladen zrak. Astmo poslabšujejo tudi izpušni plini, parfumi in kemikalije (Neubauer, 2009).

2.1.3 Diagnostika astme

Ob tipični anamnezi in klinični sliki lahko postavimo sum na astmo. Če so v pacientovi družini znane alergijske bolezni oz. so se pri pacientu alergijske bolezni že pojavile,

obstaja velika verjetnost, da ima astmo. Diagnoza astme temelji na anamnezi, telesnem pregledu in funkcijskih preiskavah (Bajrović, et al., 2007).

V anamnezi preverimo kadilski status, povprašamo o pojavnosti dnevnih in nočnih simptomih, o sprožilcih dušenja (hobiji, delavno okolje ...), porabi olajševalca, poslabšanjih astme (glede na prejšnje preglede) in pacienta povprašamo o hujšanju (vaskulitis). Telesni pregled obsega merjenje vitalnih funkcij, pregled srca in pljuč, pozorni smo na spremembe na koži in opravimo osnovni nevrološki pregled (Poplas Susič, et al., 2010).

Diagnoze astme ne moremo določiti le na podlagi anamneze in telesnega pregleda. Vsak pacient, pri katerem sumimo na astmo, mora opraviti spirometrijo (Bajrović, et al., 2007).

Spirometrija je najbolj pogosto opravljeno testiranje pljučne funkcije. Testi dokažejo učinkovitost delovanja pljuč in kako močna sta vdih in izdih. Spirometrija nam pomaga pri diagnosticiranju mnogih pljučnih bolezni, kot sta kronična obstruktivna bolezen (KOPB) in astma (Kenny, 2013).

S pomočjo naprave za spirometrijo izmerimo količino izdihanega zraka v prvi sekundi oz. forsiran ekspiratorni volumen (FEV1) in celotno količino izdihanega zraka –vitalno kapaciteto (VC). Lahko jo izmerimo počasi ali pa hitro – forsirana vitalna kapaciteta (FVC). Razmerje med VC in FEV1 pomeni indeks obstrukcije v dihalih. Razmerje med FEV1 in FVC imenujemo Tiffenaujev index (Benedik, 2007).

Če po opravljeni spirometriji ugotovimo obstrukcijo, mora pacient narediti bronhodilatacijski test. V primeru normalne spirometrije se opravi bronhialni provokacijski test. Bronhodilatacijski test uporabljamo za dokaz reverzibilnosti obstrukcije v dihalih. Pri odraslem za ta test uporabimo 4 vdihe (0,4 mg) salbutamola ali fenoterola. Spirometrijo potem ponovimo 15 minut po zaužitju zdravila. Da lahko postavimo diagnozo astme, je potrebna skoraj popolna normalizacija pljučne funkcije, ki jo lahko dosežemo, ali z neposredno z vdihom bronhodilatatorja. Poznamo tudi bronhialni provokacijski test z metaholinom (metaholinski test) (Bajrović, et al., 2007).

Za diagnosticiranje astme lahko uporabimo tudi rentgenogram prsnih organov in računalniško tomografijo pljuč, ki lahko pokaže zadebeljene stene bronhov. Zdravnik lahko pacienta s sumom na astmo napoti tudi na krvne preiskave. V krvni sliki se lahko ugotovi blaga eozinofilija in povečana koncentracija celotnih protiteles IgE (Šuškovič, 2011).

Poznamo test z dušikovim oksidom v izdihanem zraku. Dušikov oksid je endogeni mediator, ki se v večji meri sprošča ob prisotnosti vnetja v dihalih. Povečane vrednosti lahko pričakujemo ob prisotnosti astmatskega vnetja, bronhitisu ali raznih poslabšanjih (Šuškovič, 2007).

Diagnozo astme lahko postavimo tudi s pomočjo inducirane sputuma. Če vrednost eozinofilcev v inducirane izmečku povišana, lahko to pomeni potrditev eozinofilnega vnetja v dihalih (Bajrović, et al., 2007).

2.1.4 Zdravljenje astme

Bistvo zdravljenja astme je čim manjša količina uporabljenih zdravil za ohranitev odprte dihalne poti in čim manjša poraba zdravil za zmanjšano trajno vnetje, ki je eno izmed glavnih značilnosti astme (Corrigan et al., 2009).

Za uspešno zdravljenje astme je treba poiskati in odstranjevati sprožilce ali poslabševalce astme, kot so alergeni, nekatera zdravila, kajenje cigaret ali debelost, saj lahko z izogibanjem le-tem preprečimo astmatske napade (Šuškovič, 2008a).

Glavni cilji zdravljenja astme so:

- pacient nima simptomov astme,
- nima poslabšanj bolezni,
- ne potrebuje olajševalcev,
- astma pacienta ne ovira pri njegovih vsakodnevnih aktivnostih in
- pacient ima normalno pljučno funkcijo (Šuškovič, 2011).

Če pacient izpolnjuje vse te kriterije, je pacientova astma urejena. Urejenost astme je odvisna od jemanja protivnetnih zdravil in od različnih dejavnikov kot npr. intenzivnost astmatskega vnetja bronhijev (Šuškovič, 2011).

Za lajšanje astme poznamo nefarmakološke in farmakološke načine zdravljenja.

Nefarmakološko zdravljenje

Za uspešno zdravljenje astme je med prvimi ukrepi odstranjevanje sprožilcev ali poslabševalcev astme, kot so alergeni, debelost, nekatera zdravila ali kajenje ... (Šuškovič, M., 2011).

Nefarmakološki dejavniki, ki vplivajo na zdravljenje astme:

- znanje o astmi,
- zavzetost za zdravljenje,
- znanje o vdihovalnikih,
- zavzetost za urejanje okolja,
- kajenje,
- psihosocialni problemi,
- ureditev telesne teže,
- gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB) (Šarc, 2015).

Farmakološko zdravljenje

Glede na potek bolezni se zdravnik odloči za vrsto farmakološkega zdravljenja (Šuškovič, 2008a). Poznamo različne vrste zdravil: zdravila z vdihovanjem (dostop v sapnice), tablete in zdravila v obliki injekcije.

Glede na delovanje ločimo dve vrsti zdravil za zdravljenje astme:

- Preprečevalci oziroma protivnetna zdravila, ki zmanjšujejo astmatsko vnetje sapnic in preprečujejo poslabšanje simptomov astme. Preprečujejo vnetno brazgotinjenje sapnic in jih je potrebno uporabljati vsak dan.
- Olajševalce oziroma bronhodilatatorje, ki sproščajo mišice sapnic in tako zmanjšajo zaporo dihalnih poti, olajšajo dušenje in težko dihanje. Uporablja se jih

pri poslušanju astme, kar pomeni, da nismo za vsakdanjo uporabo, ampak se jih uporablja samo po potrebi (Šuškovič, 2008a).

Preprečevalci oz. protivnetna zdravila

Antagonisti levkotrienov so preprečevalci, ki se pogosto predpisujejo pri preprečevanju astme med naporom. Pogosto se lahko uporablja kombinacija z inhalacijskimi glukokortikoidi. Zdravilo lahko povzroča glavobole in nemir (Neubauer, 2009).

Dolgodelujoči beta₂ agonisti se jemljejo 2-krat dnevno in prepričujejo astmatične napade. Delujejo lahko do 12 ur. Vdihujejo se v obliki praška ali aerosola. Sočasno se uporabljajo še inhalacijskih glukokortikoidi (Šuškovič, 2008a).

Pri uporabi poznamo stranske učinke, kot so: glavobol, tremor, tahikardija in palpitacije (Bajrović, et al., 2007).

Inhalacijski glukokortikoidi so protivnetna zdravila, ki delujejo preprečevalno. Odpravijo simptome astme, zmanjšujejo poslabšanja, izboljšujejo kakovost življenja in zmanjšujejo zaporo dihalnih poti, ki jo sproži telesni napor (Bajrović, et al., 2007).

Olajševalci oz. bronhodilatatorji

Kratkodelujoči simpatikomimetiki beta₂ so bronhodilatatorji, ki se uporabljajo pri akutnem poslabšanju, saj učinkujejo hitro, odpravijo bronhospazem ter tako olajšajo dihanje. Učinkovati začnejo po 5 minutah, učinkujejo pa lahko tudi do 6 ur. Najbolj zanesljiv način uporabe je v obliki inhalacij, lahko pa se zdravilo aplicira tudi v obliki pršilnika ali pa z nebulizacijo. Uporabniki se lahko srečajo s stranskimi učinki, kot so tahikardija in motnje ritma, tremorjem ter glavobolom (Borinc Beden, 2007).

Antiholinergiki se uporabljajo za preprečevanje delovanja acetilholina in zmanjšujejo tonusa gladkega mišičja bronhov, kar vpliva na zaviranje izločanja sluzi.

So dolgodelujoči, najpogosteje pa se uporablja ipratropij. Le-tega se samega pri zdravljenju ne uporablja, ampak le v kombinaciji z simpatikomimetiki beta₂ (Borinc Beden, 2007).

Inhalacijski glukokortikoidi se vdihujejo kot aerosol iz pršilnika ali pa v obliki praška. Aplicira se dvakrat dnevno. Učinek tega zdravila se pojavi po nekaj dneh, do največ 20 dneh pa se mora stanje astme izboljšati, zato se mora zdravilo jemati redno in dolgotrajno (Maček, 2007).

Kot stranske učenke inhalacijskih glukokortikoidov poznamo oralne kandidoze in okužbe spodnjih dihal (Šuškovič, 2008a).

Teofilin je bronhodilatator, ki prav tako deluje protivnetno. Dandanes se le še uporablja za zdravljenje, včasih pa je bil glavno zdravilo proti astmi. Sprošča mišice okoli dihalnih poti in spodbuja dihanje. Njegova uporaba se opušča, uporablja pa se v obliki tablet ali kapsul s podaljšanim delovanjem (Corrigan, et al., 2009).

Zdravniki se lahko odločijo tudi za zdravljenje s pomočjo specifične injekcijske imunoterapije (SCIT), ki se uporablja pri pacientih s preobčutljivostjo na pršilo, žuželke ali pelode. Imunoterapija je posredovana s protitelesi IgE in se izvaja pri pacientih z alergijskih rinitisom in blago astmo. Uporablja se v primerih, ko se pacient ni zmožen izogniti alergenu oz. zdravljenje z zdravili ni učinkovito (Glavnik, 2007).

2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA PACIENTA S KRONIČNO BOLEZNIJO

Medicinska sestra je kompetentna za poučevanje in zdravstveno vzgojo, kar pa mora biti skrbno in sistematično načrtovano. Medicinska sestra v okviru primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti sodeluje v aktivnostih promocije zdravja in zdravstvene vzgoje (Kvas, 2011).

Zdravstvena vzgoja obsega teoretična in praktična znanja, spretnosti, veščine in navade (Česen, 2007).

Cilj zdravstvene vzgoje je poučenost pacienta in njegovih bližnjih in aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja tako, da bo pacient znal samostojno živeti doma s svojo boleznijo in pomagati pacientu doseči zdravje z lastnim naporom in dejavnostmi (Pšeničnik, 2010).

Zdravstvena vzgoja je sestavni del preventivnega in kurativnega zdravljenja. Obsega predajo informacij in aktivni proces učenja iz lastnih izkušenj (Pšeničnik, 2010).

Posameznika ali pa skupino izobražujemo tako, da najlažje krepijo in ohranjajo zdravje (Česen, 2007, Kvas, 2011). Ljudi se ozavešča o potrebi po zdravju, kaj storiti in kako poiskati pomoč, ko jo potrebujejo (Česen, 2007).

V procesu zdravstvene vzgoje je pacient v aktivni vlogi, kar pomeni, da aktivno sodeluje pri pridobivanju znanja, veščin in spretnosti. Doseči želimo, da se pacientov pristop k bolezni spremeni, znanje o bolezni pa poveča. Medicinska sestra v ta proces vključuje aktivne učne oblike in metode dela ob uporabi ustreznih učnih pripomočkov (Kvas, 2011).

Z zdravstveno vzgojo pacient pridobi znanja o svoji bolezni, o zdravljenju za zdravljenje svoje bolezni ter obvlada nadzor nad svojo boleznijo in s tem izboljša kvaliteto svojega zdravja. Program zdravstvene vzgoje se prilagodi individualno posameznemu pacientu in njegovem poznavanju bolezni. Pouk pacienta lahko tako poteka kot individualna obravnava ali pa kot skupinska delavnica (Česen, 2007).

Medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno vzgojo pacientu navodila preda v ustni in v pisni obliki. Eden izmed ciljev zdravstvene vzgoje je poučen pacient, ki razume svojo bolezen in potrebno zdravljenje. Zdravstveno vzgojo je pomembno izvajati neprekinjeno in kvalitetno (Česen, 2007).

2.2.1. Zdravstvena vzgoja pacientov z astmo

Kronični pacient je v različnih obdobjih svoje bolezni uporabnik različnih ravni zdravstvenega varstva, zato je za učinkovito obravnavo pacienta pomembno usklajeno in dobro sodelovanje ter sporazumevanje med ravnmi. Poučevanje pacienta poteka v vseh starostnih obdobjih. (Vodopivec Jamšek, 2013).

Zdravstveno vzgojo izvajajo medicinske sestre, ki so za to usposobljene in imajo specifična znanja. Medicinska sestra z intervjujem, merjenjem, opazovanjem in analizo pacientove dokumentacije pridobiva podatke, ki so potrebni za obravnavo pacienta. S tem prepozna individualne potrebe posameznika in prilagodi edukacijski program in uporabi najustreznejši pristop k zdravljenju pacienta (McCarty, et al., 2012).

Pri učenju postavljamo v ospredje posameznika, saj učenje temelji na pacientovih potrebah in lastnih dejavnostih (Kvas, 2009).

Medicinska sestra, ki vodi zdravstveno poučevanje, mora s pacientom, ki ga poučuje, najprej vzpostaviti dobro komunikacijo, s katero pridobi pozornost, zaupanje in sodelovanje pacienta (Česen, 2007).

Individualna oblika dela

Najpogostejša oblika zdravstvene vzgoje je individualna oblika, ki se izvaja v stiku z posameznikom. Primerna je za reševanje pacientovih problemov in za dajanje konkretnih navodil. Zajema pogovore, preverjanje in predajo znanja (Petrovčič, 2015).

Medicinska sestra in pacient vzpostavljata odnos zaupanja in medsebojno komunikacijo. Medicinska sestra oblikuje načrt zdravstvenovzgojnega dela, ki temelji na prepoznavanju pacientovih spretnosti in njegovih intelektualnih sposobnosti. Le tako lahko učinkovito izvede zdravstvenovzgojno delo, ki bo pripomoglo k zadovoljevanju pacientovih zdravstvenih potreb (Štemberger Kolnik, 2011).

Skupinska oblika dela

Ta oblika dela se izvaja v manjši skupini do petnajst ljudi: Aktivira se vse člane. Udeleženci so aktivno vključeni in si izmenjujejo izkušnje. Obravnavana snov mora biti primerna glede na skupino udeležencev, da lahko spodbuja slušateljevo razmišljanje ter izražanje čustev in misli (Petrovčič, 2015).

Skupinska oblika dela ima določene prednosti za uspešno učenje, saj skupina opredeli socialno mrežo, v kateri se posameznik udejanja kot socialno bitje in se v njej uči. V zdravstvu se vedno bolj uveljavlja skupinska oblika dela s pacienti, saj lahko v takih

skupinah pacienti pridobijo veliko podatkov glede zdravega življenjskega sloga in vpliva dejavnikov tveganja na zdravje (Štemberger Kolnik, 2011).

2.2.2 Oblika poučevanja – astma šola

Za paciente z astmo v zdravstvenih domovih in bolnišnicah organizirajo učne programe oz. t. i. astma šole, ki jih izvajajo diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.) in fizioterapevti. Astma šola je skupinska oblika dela in je namenjena pacientom z novo odkrito astmo oz. pacientom, ki želijo svoje znanje o bolezni obnoviti (Oštir, 2007).

Poučevanje pacientov v astma šoli vodijo medicinske sestre, ki so zato usposabljanje in imajo specialna znanja. Medicinska sestra že od prvega stika s pacientom pridobiva podatke za obravnavo in prilagoditev edukacijskega programa (McCarty, et al., 2012).

Vsebine astma šole:

- osnovne značilnosti astme,
- anatomija in fiziologija dihal,
- dražilci in alergeni,
- sprožilci in poslabševalci astme,
- prepoznavanje poslabšanja astme (zgodnje odkrivanje simptomov poslabšanja),
- zdravila za zdravljenje astme (olajševalci, preprečevalci, stranski učinki ...),
- pravilna tehnika in uporaba zdravil z vdihovanjem,
- samozdravljenje astme,
- ukrepi za preprečevanje bolezni,
- pravilna uporaba PEF merilnika,
- vodenje in pomen vodenje dnevnika pacienta za astmo,
- vsakodnevne aktivnosti pacienta z astmo (šport, šola, izbira zaposlitve ...) (Oštir, 2007).

Medicinska sestra pri poučevanju v astma šoli sodeluje s fizioterapevti. Respiratorni fizioterapevti paciente nauči dihalnih vaj, pravilnega vzorca dihanja in jih poučijo sprostitvenih položajev (Šter, 2000, cited in Rančan, 2012).

Cilji astma šole je ozaveščen pacient, ki je poučen o svoji bolezni in o zdravljenju le-te. Pacient pozna sprožilce in dejavnike poslabšanj astme. Cilj pouka je pacientovo poznavanje zdravil in poznavanje tehnik jemanja terapije in sposobnost samozdravljenja po individualnih načrtih. Eden izmed glavnih ciljev je pomirjen pacient, ki zna reagirati ob poslabšanjih in bo znal poiskati potrebno strokovno pomoč (Oštir, 2007).

Po končani astma šoli medicinska sestra, fizioterapevti in drugi izvajalci poučevanja izpolnijo evalvacijo o zdravstveni vzgoji, ki je del pacientove negovalne dokumentacije in klinične poti (Rančan, 2012).

2.2.3 Samozdravljenje astme po vzoru Dorothee Orem

Zdravstveno nego pacienta z astmo lahko razložimo z modelom samooskrbe po Dorothea Orem, saj temelji na sposobnosti posameznikov za izvajanje samooskrbe in samozdravljenja (Galič, 2007).

Teoretični model Dorothee Orem temelji na posameznem pacientu in vključuje tri teorije: teorija samooskrbe, teorija sistemov samooskrbe in teorija primanjkljaja samooskrbe. Oremova samooskrbo opredeljuje kot hoteno aktivnost, ki jo vsak posameznik izvaja za vzdrževanje življenja, zdravja in dobrega počutja. To pripomore k razvoju človeka in njegove integritete. Samooskrba je sposobnost posameznikovega lastnega vključevanja v lastno oskrbo, nego in vključevanje v aktivnosti, ki izboljšujejo pacientovo stanje. Ne glede na to, da je središče zdravstvene nege posameznik, lahko le-ta zajame tudi družino, določeno skupino ali širšo skupnost. (Sitzman, et al., 2010).

Samooskrba je hotena aktivnost, ki jo posameznik izvaja za vzdrževanje zdravja, življenja in dobrega počutja. Posameznik se nenehno razvija in spreminja, tako se spreminja tudi oblika samooskrbe. Na to vplivajo vzgoja, izobraževanje, izkušnje in nadzor posameznika (Šušteršič, 2008, cited in Bolčević, 2010).

Oremova samooskrbo opisuje kot osebno spretnost ali cilj, ki usmerjena na posameznikovo sposobnost k uravnavanju samega sebe in okolja. Posameznik samooskrbo izvaja na tak način, da mu omogoča ohranjaje pri življenju, zdravje ali

povrnitev zdravja in dobro počutje. To prispeva k lastnemu razvoju, posameznik pa je sposoben premagovanja bolezni ali poškodbe ali pa je sposoben obvladovati posledice (Pajnkihar, 2008).

Ko ima pacient primanjkljaj v zmožnosti samooskrbe in ko njegove sposobnosti in zmožnosti niso v ravnovesju, se v skrb za pacienta vključi medicinska sestra z zagotavljanjem zdravstvene nege. Pri pacientu s kroničnimi boleznimi medicinska sestra največkrat nudi podporno in vzgojno-izobraževalno funkcijo (Kadivec, et al., 2015b).

Zdravstveno varstvo zanima posameznikova potreba po samooskrbi ter zagotavljanje in izvajanje le-te. V sistem zdravstvene nege in zdravstvenega varstva se vključuje medicinska sestra, ki s pomočjo specifičnih metod dela pacienta poučuje, mu omogoča in mu pomaga pri zagotavljanju samooskrbe (Šušteršič, 2008, cited in Bolčević, 2010).

Da ima pacient lahko aktivno vlogo pri samooskrbi, je treba najprej pridobiti znanje in veščine, ki so potrebne za doseganje optimalnega zdravja. Izobraževanje pacientov je aktiven proces, s katerim zdravstveni delavci vodijo in pomagajo pacientom pri poučevanju in utrjevanju že pridobljenih znanj. Poleg prenašanja znanja pa zdravstveno-vzgojni delavci z individualnim pristopom k vsakemu pacientu dosežejo optimalno implementacijo informacij, ki botrujejo k izboljševanju dobrega počutja pacienta (Gagné, et al., 2017).

Pacient se poučuje na vseh nivojih zdravstvenega varstva, v vseh starostnih obdobjih in ne glede na trajanje bolezni. Zavzetost za zdravljenje in učenje in samozdravljenje je višja pri pacientih z akutnimi poslabšanji, a ne smemo pozabiti na spremljanje pacientov v fazi bolezni, ko simptomi niso jasno izraženi (Kadivec, et al., 2015a).

Namen zdravstvene vzgoje je pridobiti znanje za uspešno samozdravljenje in da pacient prevzeme odgovornost za svoje zdravje. Proces je dolgotrajen, a ga dosežemo z vztrajnostjo in aktivnim vključevanjem pacienta in njegovih najbližjih v proces zdravljenja (McCarty, et al., 2012).

Bistvena znanja, ki jih astmatik potrebuje za samozdravljenje, so:

- kaj je astma, poznavanje zdravil za zdravljenje,
- obvladanje pravilne uporabe zdravil (pršilniki, vdihovalniki, pripomočki za vdihovanje ...),
- prepoznavanje zgodnjih znakov in simptomov poslabšanja astme in ukrepanje ob pojavu le-teh,
- poznavanje sprožilnih dejavnikov te bolezni,
- obvladovanje pravilne tehnike merjenja PEF in znati vrednotiti rezultate,
- poznavanje zdravil in razlik med olajševalci in preprečevalci,
- uporaba dnevnika poslabšanje astme in sledenje zastavljenemu načrtu samozdravljenja (Počvavšek, 2007).

Med standardnim pregledom pacienta z astmo medicinska sestra poleg standardnih zdravstvenih diagnostičnih intervencij preveri pacientovo praktično znanje in oceni zavzetost pacienta za zdravljenje. Poleg ocene samooskrbe pacienta medicinska sestra oceni tudi urejenost astme v enomesečnem obdobju in pacientu razloži vprašalnik o nadzoru nad astmo. Orodje, s katerim se obdobjno ocenjuje, ali ima pacient astmo pod nadzorom oz. kakšno je stanje astme, je vprašalnik »test nadzora astme« (Astma Control Test – ACT). ACT vprašalnik pacient običajno izpolni doma ali pa pred pregledom (Poplas Susič, et al., 2010).

Pacient z ACT vprašalnikom odgovori na 5 vprašanj, s katerimi oceni svoje stanje v zadnjih štirih tednih. S pomočjo Likartove lestvice 1–5 ocenjuje svoje stanje, na koncu pa se točke seštejejo. Vprašanja pacienta sprašujejo o pojavnosti simptomov astme, o omejevanju vsakdanjih aktivnosti zaradi bolezni, o uporabi olajševalcev ter kakšna je lastna ocena samonadzora v obdobju zadnjih štirih tednov. Po seštevek točk se ocenjuje nadzor nad astmo. Če je seštevek točk 25, pomeni, da ima pacient popoln nadzor nad svojo boleznijo ter ga le-ta ne ovira pri vsakdanjih aktivnostih. Vrednosti 20–24 točk pomenijo dober nadzor nad astmo, seštevek manj kot dvajsetih točk pa pomeni, da pacient nima nadzora nad svojo boleznijo ter da je nujen posvet in edukacija s strani medicinske sestre in zdravnika (Šuškovič, 2011).

Vprašalnik o nadzoru nad astmo (ACT™)



Izmerite svoj nadzor nad astmo

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

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

Več časa	1	Večkrat na teden	2	Enkrat na teden	3	3 do 5 krat na teden	4	Enkrat ali dvakrat na teden	5	nikoli	
----------	---	------------------	---	-----------------	---	----------------------	---	-----------------------------	---	--------	--

TOČKE

Kolikokrat ste v zadnjih 4 tednih imeli kratko saop?

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

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

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

Kolikokrat ste v zadnjih 4 tednih uporabili dajševalec v pršilu ali inhalacijo (Aot so Ventolin®, Berotec® in Berodual®)?

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

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

Sploh nistem imel nadzora	1	Slab nadzor	2	Dobri dober nadzor	3	Dobro razložen nadzor	4	Popoln nadzor	5	
---------------------------	---	-------------	---	--------------------	---	-----------------------	---	---------------	---	--

Korak 2: Seštejte točke v rumenih kvadratih.

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

SKUPEN REZULTAT

Izmerite svoj nadzor nad astmo

Vprašanje 1

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

Prosimo vas, da pri vsakem od petih vprašanj okrožite ustrezno število.

Vprašanje 2

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

Vprašanje 3

Obrnite list in poglejte, kaj pomeni vaš rezultat.

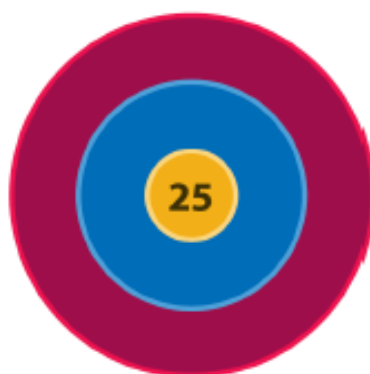
Vprašanje 4

Vprašanje 5

Slika 1: Vprašalnik za urejenost astme "ACT" (Šuškovič, 2007)

Pacient o seštevku točk obvesti zdravnika, ta pa oceni, ali pacientu ustreza predpisan način vodenja (Poplas Susič, et al., 2010). Odstopanja pri vprašalniku lahko pomenijo neurejenost astme in da pacient svoje bolezni nima pod nadzorom. Zdravljenje astme mora biti redno in neprekinjeno, zato je pisni načrt in vprašalnik treba stalno preverjati in obnavljati, s čimer pa ohranjamo stabilnost kronične bolezni in dobro počutje pacienta (Šuškovič, 2011).

Izmerite svoj nadzor nad astmo



Rezultat: 25 točk - čestitamo!

V zadnjih 4 tednih ste imeli **POPOLN NADZOR** nad astmo. Niste imeli simptomov in astma vas ni omejevala. Če se stanje spremeni, obiščite svojega zdravnika ali medicinsko sestro.

Rezultat: 20 do 24 točk - Dobro vam gre

V zadnjih 4 tednih ste imeli **DOBER NADZOR** nad astmo ne pa **POPOLN**. Vaš zdravnik ali medicinska sestra vam morda lahko pomagata doseči **POPOLN NADZOR**.

Rezultat: manj kot 20 točk - Ne gre vam dobro

V zadnjih 4 tednih **NISTE IMELI NADZORA** nad astmo. Vaš zdravnik ali medicinska sestra vam lahko pomagata z nasveti, ki vam bodo pomagali izboljšati nadzor nad astmo.

Slika 2: Pomen rezultatov ACT vprašalnika (Šuškovič, 2007)

2.3 PRIPRAVA PACIENTA Z ASTMO NA ODPUST IZ BOLNIŠNICE

2.3.1 Koordinator odpusta in načrtovanja odpusta iz bolnišnice

Ležalna doba pacientov v bolnišnice se skrajšuje, intenzivnost njihove obravnave in povprečna starost hospitaliziranih pacientov pa se povečujeta. S skrajševanjem hospitalizacije so pacienti odpuščeni iz bolnišnice, čeprav še niso sposobni samooskrbe in potrebujejo pomoč pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnostih. Neustrezna načrtovan odpust lahko vodi v ponovno hospitalizacijo, kar vpliva na slabo počutje pacienta in njegovih najbližjih, povečujejo pa se tudi stroški obravnave in zdravljenja (Karadžić Šmitran, et al., 2012).

Dobra priprava pacienta na odpust poveča kakovost življenja s kronično boleznijo in zmanjša število ponovnih hospitalizacij. Za pacienta, ki ima kronično bolezen, je zelo pomembna ocena potreb po zdravstveni in socialni oskrbi, ki pa jo izdelata multidisciplinarni tim. V načrtovanje odpusta pacienta so vključeni medicinska sestra, koordinator odpusta (KO), zdravnik, socialni delavec, dietetik ter fizioterapevt (Vrankar, 2008, p. 45). Multidisciplinarno načrtovanje odpusta, ki pacienta vključi v proces lahko poveča njegovo zadovoljstvo z odpustom, zveča kakovost pacientovega življenja in njegove družine, zmanjša pa tudi pogostnost hospitalizacij. Pacient, ki je zadovoljen, lahko bolje sodeluje pri svojem zdravljenju in s tem vpliva na boljše klinične izide ter posledično prispeva k boljšemu zdravstvenemu stanju in boljši ureditvi kronične bolezni (Kadivec, et al., 2015a).

Ob sprejemu pacienta v bolnišnico je v obravnavo pacienta vključen tudi KO. To je oseba, ki koordinira delo z vodjo negovalnega tima v bolnišnici in ostalimi službami, ki so vključene v zdravstveno oskrbo pacienta. Delo KO se začne z pripravo pacienta ob sprejemu v bolnišnico ter se nadaljuje s spremljanjem pacienta po odpustu domov (Šuškovič, 2011).

Priprava na odpust se začne že ob sprejemu pacienta v bolnišnico. Zaradi nepredvidljivosti bolezni je načrtovanje odpusta ob sprejemu nemogoče, saj na začetku končen izid zdravljenja ni znan (Vrankar, 2008).

Načrtovanje odpusta lahko opredelimo s 4 fazami:

1. ocenjevanje potreb pacienta,
2. razvijanje načrtovanja odpusta,
3. zdravstvena vzgoja pacienta in svojcev in povezovanje z institucijami, ki bodo pacientu po odpustu nudile oskrbo,
4. vrednotenje (Vrankar, 2008, p. 46).

KO redno komunicira z pacientom in njegovimi svojci ter s pomočjo jutranje timske predaje in dokumentacije pridobi informacije, s katerimi vodi in načrtuje zdravstveno obravnavo. Z zbranimi podatki oblikuje pisni načrt pacientove obravnave, katere končni cilj je nemoten, pravočasen in ustrezno pripravljen odpust pacienta iz bolnišnice (Karadžić Šmitran, et al., 2012).

Koordinator med samo hospitalizacijo ugotavlja pacientove potrebe, komunicira z izvajalci zdravstvene oskrbe, spremlja zdravstveno vzgojo in praktično znanje obolelega, vzpostavlja stik s svojci, sprotno obvešča pacienta o aktivnostih povezanih z njegovim odpustom in ga spodbuja k aktivnem vključevanju v načrtovanje odpusta. KO pacienta aktivno vključuje v pripravo na odpust, mu pomaga pri samoobvladovanju bolezni in skrbi za celostni povezanost zdravstvene oskrbe (Kadivec, et al., 2015a).

Koordinator vzpostavi stik tudi s svojci oz. izvajalci zdravstvene oskrbe pacienta. Najprej pridobi informacije, kako je oskrba pacienta potekala do sedaj in kdo je bil izvajalec te zdravstvene oskrbe ter skupaj z njimi pripravijo načrt za nemoten odpust iz bolnišnice. KO svetuje glede izvajanja negovalnih postopkov in o obvladovanju ostalih veščin za nemoteno zadovoljevanje življenjskih potreb. Pogovori se tudi o priporočenih medicinsko-tehničnih pripomočkih in o socialni podpori. V primeru oteženega odpusta v obravnavo vključi socialnega delavca (Karadžić Šmitran, et al., 2012).

Načrt odpusta mora KO ovrednotiti, da ne bi prišlo do morebitne zamude pri odpustu. Vrednotenje načrta je del pacientove zdravstvene dokumentacije. Po zaključku pa KO povzetek aktivnosti dokumentira v informacijski sistem (Lavtižar, et al., 2012).

Po 48 urah po odpustu iz bolnišnice KO vzpostavi stik s pacientom, mu svetuje in posreduje potrebne informacije, ter se po potrebi povezuje z splošnimi ambulantami, patronažno službo in z drugimi službami, ki bodo skrbele za zdravstveno stanje in zdravstveno vzgojo pacienta po odpustu domov. Gre za mreženje, s katerim KO zagotavlja kontinuirano obravnavo pacienta po odpustu iz bolnišnice (Kadivec, et al., 2015a).

Namen aktivnosti KO je neprekinjeno zdravljenja pacienta doma in zagotavljanje kvalitetnega življenja po odpustu iz bolnišnice (Šuškovič, 2011).

2.3.2 Poučevanje pacienta z astmo o tehnikah jemanja inhalacijske terapije

Astma je kronična neozdravljiva bolezen, ki jo stabiliziramo le s pravilnim protivnetnim zdravljenjem. Pri astmi je ključnega pomena, da zdravilo vnašamo neposredno v dihalne poti. Za pravilno uporabo inhalacijske terapije je potrebno, da pacientu natančno pojasnimo postopek inhalacije, ga demonstriramo in obvezno preverimo pacientovo razumevanje in obvladovanje pravilnega načina jemanja terapije (Ibrakić, 2013).

Pacient pridobi znanja in izkušnje o pravih tehnikah uporabe zdravil z inhalacijo s pomočjo zdravstvene vzgoje. Program zdravstvene vzgoje medicinska sestra prilagodi posameznemu pacientu, njegovi starosti, njegovim sposobnostim samooskrbe in njegovem poznavanju bolezni (Česen, 2007).

Za aplikacijo zdravil za astmo poznamo veliko najrazličnejših tehnik oz. sistemov, kot so vdihovalniki na potisni plin, vdihovalniki s prašnimi delci in razprševalci (nebulizatorji). Tehnike aplikacije zdravil ločimo v dve veliki skupini:

- vdihovalnike na potisni plin ali pršilnike,
- vdihovalnike brez potisnega plina (zdravila v obliki prahu) (Šuškovič, 2010).

Vdihovalniki na potisni plin ali pršilniki

Pri pršilnikih na potisni plin je zelo pomembno, da pacient obvlada tehniko uporabe pršilnika. Pri uporabi le-tega si pacient lahko pomaga s podaljški ali nastavki, kot so podaljšek z valvulo oz. buča (volumatic) in razpršilniki (aerochamber). S pomočjo nastavkov zadržimo delce aerosolov pri vdihovanju inhalacijske terapije, enosmerna valvula pa preprečuje vračanje izdihanega zraka v podaljšek. Nastavek se namesti na vdihovalnik, ki ga aktivira, zdravilo se porazdeli po nastavku, pacient pa preko ustnika vdihava zdravilo (Počvavšek, et al., 2012).

Prednosti uporabe podaljškov so, da ima pacient boljši izkoristek zdravila, saj zdravilo doseže pljuča tudi pri 100-odstotnem manjšem odmerku, kar pomeni večja uspešnost zdravljenja. Pri uporabi nastavkov se pojavi bistveno manj lokalnih stranskih učinkov, kot so kašelj, hripavost in kandidoze. S pomočjo podaljškov je sinhronizacija vdiha in razpršitve lažja, zato jih uporabljamo tudi, kadar pacienti niso sposobni pravilno izvesti vdiha z aktivacijo vdihovalnika v ustih, pri čemer si lahko pomagamo tudi z obrazno masko (Počvavšek, et al., 2012).

Vdihovalniki brez potisnega plina

V vdihovalnikih brez potisnega plina je zdravilo v obliki prahu, zato je za prenos zdravila v pljuča pomemben močan, hiter in globok vdih. Ti vdihovalniki se lažje uporabljajo, imajo števec odmerkov in za uporabo pacient ne potrebuje dodatnih pripomočkov oz. nastavkov. Sama tehnika uporaba vdihovalnika brez potisnega plina se bistveno ne razlikuje od uporabe vdihovalnika s potisnim plinom. Pacient mora vdihovalnik pred uporabo aktivirati z zasukom ali pa pritiskom na ročico, koraki vdihovanja pa s enaki kot pri pršilnikih. Po inhalaciji glukokortikoida je obvezno izplahniti usta (Šuškič, 2012).

Poznamo več različnih tipov vdihovalnikov brez potisnega plina, kot so:

- diskus,
- turbuhaler,
- handinhaler (pacient pred aplikacijo v inhalator vstavi kapsulo in jo predre),
- twisthaler,
- novolizer,

- onbrez Breezhaler,
- DPI (dry-powder inhalators),
- spiritalna Respirant (Počvavšek, et al., 2012).

2.4 SPOZNANJE DRUGIH RAZISKAV O POUČENOSTI PACIENTOV O PRAVILNI TEHNIKI JEMANJA ZDRAVIL

Astma je kronična bolezen dihal, ki prizadene okoli 300 milijonov ljudi po vsem svetu (1–18 % prebivalstva na državo), kar lahko predstavlja veliko klinično in gospodarsko breme (Gagné, et al., 2017). V Sloveniji ocenjujejo, da za astmo boleha približno 16 % prebivalcev (Škrbat, 2017). Za preprečevanje poslabšanj bolezni morajo pacienti poznati svoja zdravila ter znati pravilno uporabljati inhalatorje, zmanjševati izpostavljenost alergenom in tobačnem dimu v okolju (prenehanje kajenja), uporabljati pisno-akcijski načrt in se znati spopadati z boleznijo v primeru poslabšanj (Gagné, et al., 2017).

Izobraževanje pacientov velja za pomemben del zdravljenja pacientov z različnimi kroničnimi obolenji. Program za poučevanje pacienta z astmo mora obsegati sledeče tematike: prepoznavanje in preprečevanje dejavnikov tveganja, osnovni podatki o bolezni, uporaba inhalacijske terapije, prepoznavanje in zdravljenje poslabšanj ter ukrepanje v primeru le-teh (Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease, 2006 cited in Regvat, et al., 2007).

V raziskavi, ki jo navaja Gagné, et al. (2017), se je z zdravstveno vzgojo znanje skupine pacientov z astmo znatno povečalo. Pacienti (n = 51) so se udeležili skupinskega in individualnega izobraževanja. Delež pacientov, ki so znali pravilno vzeti zdravilo, se je povečalo, prav tako pa se je izboljšal rezultat znanja o ukrepanju v primeru poslabšanja bolezni. Gagné s kolegi (2017) dokazuje, da se je znanje pacientov, ki so se udeležili skupinskega in individualnega svetovanja, dodatno povečalo (za 17 %), kot pa se je pacientom, ki so se udeležili le skupinskega izobraževanja (znanje se je povečalo le za 8 %).

Raziskava, ki jo je izvedel Regvat s kolegi iz Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinike Golnik) (2007), je raziskovala paciente s kroničnimi pljučnimi boleznimi (n = 30). Pokazala je, da le 61 % pacientov z astmo ali KOPB-jem pozna svojo bolezen. 71 % pacientov se je strinjalo, da poznajo svoja zdravila, medtem ko 11 % pacientov le-teh ne pozna. Predpisana zdravila zna pravilno vzeti 71 % vključenih v raziskavo. Dispnejo kot simptom poslabšanja bolezni prepozna 81 % pacientov in enak odstotek le-teh v tem primeru vzame več bronhodilatatorja. Trije od štirih izprašanih pacientov z astmo ve, da redno jemanje zdravil izboljšuje stanje bolezni (Regvat, et al., 2007).

V raziskavi, v kateri O'Connor (2015) in drugi spremljajo paciente z astmo (n = 425) v različnih klinikah po Združenih državah Amerike (ZDA), so se osredotočili na pravilno jemanje zdravil s pomočjo vdihovalnika na potisni plin ali brez potisnega plina. Več kot tretjina (38 %) so poznali svoja zdravila in njihovo namembnost, le nekaj več kot 45 % pa jih je znalo pravilo uporabiti. Največje pomankanje znanja pacientov z astmo je bilo prav s področja razumevanja delovanja zdravil in uporabe vdihovalnikov.

Boulet (2015) je v svoji enoletni raziskavi skupaj s kolegi eno leto spremljal 124 pacientov z astmo pred in po udeležbi zdravstvene vzgoje. Po izobraževanju se je znatno povečalo znanje o bolezni in zdravilih. Število urgentnih obiskov zdravnikov se je zmanjšalo s 137 primerov na 33, potrebe po dodatnem zdravljenju s kortikostereoidi pa so se je zmanjšale s 26 na 8 primerov. Vidne so bile izboljšave v pravilni tehniki jemanja zdravil in upoštevanju akcijskega plana, ki je bil načrtovan skupaj s pomočjo zdravstvenih svetovalcev.

Kumari, et al. (2013) razlagajo, da izobraževanje astmatikov (n = 1472) v bolnišnicah po ZDA obsega pet večjih komponent: izdelava in spremljanje načrta samooskrbe, merjenje PEF-ska, prepoznavanje zgodnjih znakov in simptomov poslabšanja bolezni, ukrepanja v primeru poslabšanj in spremembe okolja, ki jih mora sprejeti pacient z astmo. Raziskava, ki jo navaja Kumari s kolegi (2013), dokazuje, da se je več kot 57 % izprašanim pacientom splošno zdravje zaradi zdravstvene vzgoje povečalo. Več kot 64 % pacientov pa je menilo, da se je njihovo psihična preobremenjenost z boleznijo zaradi večjega poznavanja

le-te zmanjšala. Kot v mnogih drugih raziskovalnih delih je tudi to dokazalo, da pacienti niso bili deležni izobraževanja v celoti, saj skoraj 55 % obolelih ni prejelo znanja iz vseh petih zgoraj naštetih komponent, ki so ključnega pomena za poučenost pacienta o svoji bolezni. Ta raziskava je dokazala tudi, da so za nova znanja manj dovzetnejši starejši, moški, manj izobraženi, upokojeni in tisti z nizkimi dohodki (Kumari, et al. 2013).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela ja ugotoviti, kako poučeni o astmi in jemanju zdravil za zdravljenje astme so pacienti z astmo po odpustu s Klinike Golnik.

Cilji diplomske naloge:

Ugotoviti:

- poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme,
- poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo,
- stopnjo samostojnosti pacientov pri jemanju zdravil za astmo,
- vključenost pacientov v formalno obliko poučevanja in svetovanja pred odpustom (astma šola),
- vključenost pacientov v individualno obliko poučevanja pred odpustom (individualno učenje na bolniškem oddelku),
- vpliv spola, stopnje izobrazbe in predhodne hospitalizacije na obvladovanje bolezni (poznavanje zdravil, stranskih učinkov, tehnike jemanja).

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. V kakšnem obsegu so poučeni pacienti o znakih in simptomih poslabšanja astme?
2. V kakšnem obsegu so poučeni pacienti o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo?
3. V kolikšni meri se pacienti ocenjujejo za samostojne pri jemanju zdravil?
4. V kolikšni meri so bili pacienti vključeni v formalno obliko zdravstvene vzgoje pred odpustom (astma šola)?
5. Koliko pacientov je bilo vključenih v individualno obliko zdravstvene vzgoje?
6. Kako vpliva spol, stopnja izobrazbe in predhodne hospitalizacije na obvladovanje bolezni (poznavanje zdravil, stranskih učinkov, tehnike jemanja)?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi diplomske naloge smo uporabili neeksperimentalno deskriptivno metodologijo. Dosedanja spoznanja smo zbrali s pomočjo strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v knjižnicah po Sloveniji in na internetu. Literaturo smo zbirali od maja 2016 do maja 2017. Osredotočili smo se na literaturo, staro 10 let, razen vira Hosta, 2003, ki je starejši od 10 let in navaja zgodovinske vire, ter Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease, 2006. V empiričnem delu so zbrani in analizirani podatki, ki smo jih pridobili s pomočjo izpolnjenih vprašalnikov pacientov Klinike Golnik. Literaturo, ki jo smo jo analizirali in pregledali za izdelavo teoretičnega dela, smo pridobili s pomočjo podatkovnih baz Cinahl, Research Gate in PubMed. Vire in literaturo smo poiskali tudi s pomočjo arhiva člankov Obzornika zdravstvene nege, digitalne knjižnice DKUM in spletne biblioteke COBBIS. Pridobljene vire smo po pregledu in sistematizaciji predstavili s pomočjo komparacije, deskripcije in kompilacije. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku, kot so astma, odpust pacienta, zdravstvena vzgoja pacienta z astma, astmatik in zdravila in poučenost o zdravilih, za iskanje tujih virov pa smo uporabili ključne besede patient discharge, asthma and medications, discharge planning in asthma education.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z metodo zbiranja in obdelave podatkov, ki jih so bili pridobljeni s strukturiranim pisnim vprašalnikom za paciente. Večina vprašanj v vprašalniku je bilo zaprtega tipa, ti pa so bili razdeljeni v vsebinske sklope. Prvi sklop (6 vprašanj) so bila demografska vprašanja in so se nanašala na neodvisne spremenljivke (spol, starost, izobrazba, število predhodnih hospitalizacij ...), v drugem sklopu pa smo obravnavali odvisne spremenljivke, saj smo paciente s pomočjo Likertove lestvice (ocena stališč 1–5, kar pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam) in 25 vprašanj spraševali o njihovem mnenju in stališčih glede ustrezne poučenosti o jemanju zdravil za astmo doma. Vprašalnik je bil

sestavljen po zgledu različnih tujih avtorjev (Kerzman, et al., 2005, Escarrabill, 2009, Akici, et al., 2004 in Godman, 2012) in na podlagi pregledane literature in check list oz. kontrolnih list, ki jih uporabljajo doma in v tujini (Regvat, et al., 2007, Escarrabill, 2009). Kontrolna lista je opazovalni formular, ki se ga uporablja za ugotavljanje navzočnosti ali odsotnosti različnih oblik vedenja (ravnanj, dejanj) pri osebah (pacienti, medicinska sestra ...). Sestavljena je iz seznama postavk, opazovalec pa označi pojavljanje določenega vedenja. Kontrolno listo se pogosto uporablja pri strukturiranem opazovanju (Termania, 2008). Zanesljivost vprašalnika nam je pokazal Crombach alfa koeficient, katerega vrednost znaša 0,841. Vrednosti Crombach alfa koeficienta se gibljejo od 0 do 1, rezultat naš pa je presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca, saj višje vrednosti pomenijo boljše zanesljivost (Cencič, et al., 2009).

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec, ki je zajemal 40 pacientov z astmo, ki so bili hospitalizirani v Kliniki Golnik v mesecu marcu in aprilu 2017.

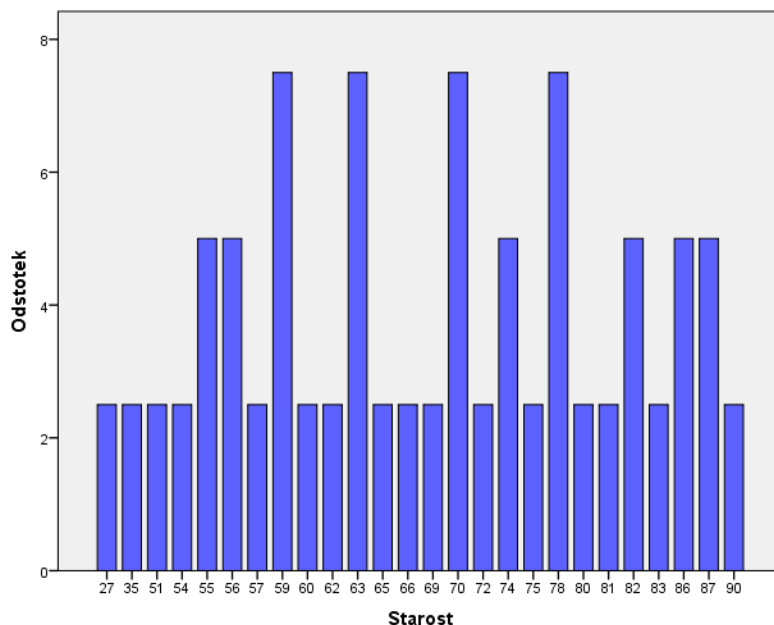
Tabela 1 prikazuje sociodemografske podatke anketiranih. Anketiranih je bilo 27 žensk (67,5 %) in 13 moških (32,5 %). 55 % anketiranih ima poklicno ali srednješolsko izobrazbo (n = 22), 40 % osnovnošolsko izobrazbo (n = 16), 2,5 % anketiranih pa ima višješolsko, visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo in specializacijo, magisterij ali doktorat (n = 2).

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

		n	%
Spol	Ženski	27	67,5
	Moški	13	32,5
	Skupaj	40	100,0
Izobrazba	Osnovnošolska izobrazba	16	40,0
	Poklicna ali srednješolska izobrazba	22	55,0
	Višješolska, visokošolska ali univerzitetna izobrazba	1	2,5
	Specializacija, magisterij, doktorat	1	2,5
	Skupaj	40	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Slika 1 prikazuje starost anketiranih. Povprečna starost anketiranih je 67,9 let s standardnim odklonom 14 let, kar nakazuje na velik razpon med starostjo anketiranih (min = 27 let; max = 90 let).



Slika 3: Starost anketiranih

Tabela 2 prikazuje število hospitalizacij v zadnjih dveh letih. Največ pacientov (60 %) je bilo prvič hospitaliziranih, tretjina (30 %) jih je bilo hospitaliziranih 1–2-krat, ostali so bili hospitalizirani večkrat. Povprečna ležalna doba anketiranih je 9,5 dni (SO = 3,836).

Tabela 2: Število hospitalizacij v zadnjih dveh letih

	n	%
Prva hospitalizacija	24	60,0
1–2 hospitalizaciji	12	30,0
3–5 hospitalizacij	3	7,5
Več kot 5 hospitalizacij	1	2,5
Skupaj	40	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

Tabela 3 prikazuje zdravila, ki jih uporabljajo anketirani. 97,5 % anketiranih je predzadnjo hospitalizacijo uživalo zdravila olajševalce, 92,5 % pa zdravila preprečevalce.

Tabela 3: Zdravila pacientov

	n	%
Zdravila pred zadnjo hospitalizacijo – olajševalci	39	97,5
Zdravila pred zadnjo hospitalizacijo – preprečevalci	37	92,5

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Informacije in podatke za izdelavo raziskovalne naloge smo pridobili s pomočjo tehnike anketiranja. Anketiranje pacientov je potekalo v Kliniki Golnik po pridobitvi soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (0120-454/2016-2, KME 45/09/16), soglasja Kolegija Službe zdravstvene nege in oskrbe ter Etične komisije raziskovalnega sveta Klinike Golnik. Anketiranje je potekalo od 1. 3. 2017 do 7. 4. 2017. Sodelovanje pacientov pri vprašalniku je bilo anonimno in prostovoljno. Vprašalnike smo razdelili na dan odpusta iz bolnišnice. Po končanem pridobivanju podatkov smo za obdelavo informacij uporabili različne statistične metode. Izračunali smo frekvence, odstotke, povprečne vrednosti in standardne odklone. Uporabili smo T-test, Hi-kvadrat in analizo variance ANOVA. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Chrombachovim koeficientom alfa, katerega vrednost znaša 0,841. Statistično pomembnost je določila vrednost $p < 0,05$. Analizo podatkov smo izvedli v programu SPSS, verzija 22.0.

3.4 REZULTATI

Raziskovalno vprašanje 1: V kakšnem obsegu so pacienti poučeni o znakih in simptomih poslabšanja astme?

Tabela 4 prikazuje poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme. V povprečju se anketirani strinjajo, da so jih zdravniki poučili o simptomih in znakih njihove bolezni (astma) (PV = 3,58, SO = 1,551), da so jih medicinske sestre poučile o simptomih in znakih njihove bolezni (astma) (PV = 3,43, SO = 1,631) in da so jih zdravniki poučili o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni (PV = 3,55, SO = 1,694). Pacienti so pri trditvi, da so jih medicinske sestre poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni (PV = 3,28, SO = 1,783) precej neopredeljeni.

Tabela 4: Poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme

	n	PV	SO	MIN	MAX
Zdravniki so me poučili o simptomih in znakih moje bolezni (astma).	40	3,58	1,551	1	5
Medicinske sestre so me poučile o simptomih in znakih moje bolezni (astma).	40	3,43	1,631	1	5
Zdravniki so me poučili o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.	40	3,55	1,694	1	5
Medicinske sestre so me poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.	40	3,28	1,783	1	5

Legenda: PV = povprečna vrednost; n = število odgovorov; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Želeli smo ugotoviti, ali prihaja do statistično pomembnih razlik pri poučenosti pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme glede na spol. Tabela 5 prikazuje, da glede na spol med pacienti ne prihaja do statistično pomembnih razlik ($p > 0,05$).

Tabela 5: Poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme glede na spol

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Zdravniki so me poučili o simptomih in znakih moje bolezni (astma).	ženski	27	3,48	1,626	1,326	0,257
	moški	13	3,77	1,423		
Medicinske sestre so me poučile o simptomih in znakih moje bolezni (astma).	ženski	27	3,33	1,664	0,131	0,720
	moški	13	3,62	1,609		
Zdravniki so me poučili o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.	ženski	27	3,33	1,754	1,950	0,171
	moški	13	4,00	1,528		
Medicinske sestre so me poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.	ženski	27	3,19	1,777	0,059	0,809
	moški	13	3,46	1,854		

Legenda: PV = povprečna vrednost, n = število odgovorov, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Raziskovalno vprašanje 2: V kakšnem obsegu so poučeni pacienti o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo?

Tabela 6 prikazuje poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo. V povprečju se pacienti popolnoma strinjajo, da so jih medicinske sestre na oddelku poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo (PV = 4,83, SO = 0,712), da so

poučeni o časovnem urniku jemanja zdravil (PV = 4,78, SO = 0,733) in da jim je zdravstveno osebje demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo (PV = 4,63, SO = 1,102). Strinjajo se, da so poučeni o tem, koliko časa naj počakajo med enim in drugim odmerkom zdravila (PV = 4,08, SO = 1,607). Ne strinjajo se s trditvijo, da so prejeli pisna navodila oziroma brošure o tehniki jemanja zdravil.

Tabela 6: Poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo

	n	PV	SO	MIN	MAX
Medicinske sestre na oddelku so me poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo.	40	4,83	0,712	1	5
Poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila.	40	4,08	1,607	1	5
Poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer...).	40	4,78	0,733	1	5
Zdravstveno osebje mi je demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo.	40	4,63	1,102	1	5
Prejel sem pisna navodila oziroma brošure o tehniki jemanja zdravil.	40	2,35	1,880	1	5

Legenda: PV = povprečna vrednost, n = število odgovorov, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 7 prikazuje povezanost med poučenostjo pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo in izobrazbo pacientov. Hi kvadrat test pokaže značilno statistično povezanost med spremenljivkama (poučenost o pravilni tehniki jemanja zdravil in izobrazba) ($p = 0,044$ in je $<$ od 0,05), zato lahko trdimo, da obstaja povezanost med spremenljivkama in izobrazba vpliva na poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo.

Tabela 7: Poučenost pacientov o pravilni tehniki jemanja zdravil za astmo v povezavi z izobrazbo

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	p
Poučenost o pravilni tehniki jemanja zdravil	Hi kvadrat test (a)	19,531	16	0,044
Izobrazba				

Legenda: p = statistična značilnost

Raziskovalno vprašanje 3: V kolikšni meri se pacienti ocenjujejo za samostojne pri jemanju zdravil?

Tabela 8 prikazuje samooceno pacientov pri samostojnosti jemanja zdravil. Anketirani se popolnoma strinjajo, da so bili pred odpustom brez skrbi, ker poznajo zdravila za astmo, ki jih bodo jemali doma, in pravilno vzamejo zdravilo.

Tabela 8: Samoocena pacientov o samostojnosti pri jemanju zdravil

	n	PV	SO	MIN	MAX
Pred odpustom sem bil brez skrbi, ker poznam zdravila za astmo, ki jih bom jemal doma in pravilno vzamem zdravilo.	40	4,55	0,876	1	5

Legenda: PV = povprečna vrednost, n = število odgovorov, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 9 prikazuje povezanost med demonstracijo pravilnega načina jemanja predpisanih zdravil za astmo s strani zdravstvenega osebja in brezskrbnostjo pri odpustu pacientov. Prihaja do statistično pozitivne močne povezave ($r = 0,325$, $p = 0,040$), kar pomeni, da so pacienti, ki jim je zdravstveno osebje demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo, bili pred odpustom brez skrbi, ker so spoznali zdravila za astmo, in jih bodo doma pravilno jemali.

Tabela 9: Povezanost med demonstracijo pravilnega načina jemanja predpisanih zdravil za astmo s strani zdravstvenega osebja in brezskrbnostjo pri odpustu pacientov

		Pred odpustom sem bil brez skrbi, ker poznam zdravila za astmo, ki jih bom jemal doma in pravilno vzamem zdravilo.
Zdravstveno osebje mi je demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo.	Pearson korelacija	0,325*
	Dvostranski test	0,040
	n	40

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca.

Raziskovalno vprašanje 4: V kolikšni meri so bili pacienti vključeni v formalno obliko zdravstvene vzgojo pred odpustom (astma šola)?

Tabela 10 prikazuje vključenost pacientov v formalno obliko zdravstvene vzgojo pred odpustom (astma šola). Anketirani se v povprečju strinjajo, da jim je bila v času hospitalizacije predstavljena možnost udeležbe na šoli astme (PV = 3,75, SO = 1,676). Anketirani se v povprečju ne strinjajo, da so bili v proces poučevanja o prejemanju terapije vključeni tudi njihovi svojci in najbližji (PV = 1,83, SO = 1,583). Prav tako se ne strinjajo s trditvijo, da so se v času hospitalizacije udeležili šole astme (PV = 2,38, SO = 1,877).

Tabela 10: Vključenost pacientov v formalno obliko zdravstvene vzgojo pred odpustom (astma šola)

	n	PV	SO	MIN	MAX
V proces poučevanja o prejemanju terapije so bili vključeni tudi moji svojci in najbližji.	40	1,83	1,583	1	5
V času hospitalizacije mi je bila predstavljena možnost udeležbe na šoli astme.	40	3,75	1,676	1	5
V času hospitalizacije sem se udeležil šole astme.	40	2,38	1,877	1	5

Legenda: PV = povprečna vrednost, n = število odgovorov, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 11 prikazuje povezanost med številom hospitalizacij in udeležbe šole astme v času hospitalizacije. Do statistično pomembne povezanosti ne prihaja ($p > 0,05$), torej ne moremo trditi, da so se pacienti, ki so bili večkrat hospitalizirani, udeležili šole astme večkrat kot pacienti, ki so bili manjkrat hospitalizirani.

Tabela 11: Povezanost med številom hospitalizacij in udeležbe šole astme v času hospitalizacije

		V času hospitalizacije sem se udeležil šole astme.
Število predhodnih hospitalizacij v zadnjih dveh letih	Pearson korelacija	0,111
	Dvostranski test	0,493
	n	40

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca.

Raziskovalno vprašanje 5: Koliko pacientov je bilo vključenih v individualno obliko zdravstvene vzgoje?

Tabela 12 prikazuje vključenost pacientov v individualno obliko zdravstvene vzgoje. Anketirani se popolnoma strinjajo, da so medicinske sestre na oddelku pred odpustom odgovorile na vsa njihova vprašanja o uporabi zdravil za astmo (PV = 4,80, SO = 0,564), da so zdravniki na oddelku pred odpustom odgovorili na vsa njihova vprašanja o terapiji za astmo (PV = 4,80, SO = 0,564), da so obveščeni o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bodo jemali doma (PV = 4,53, SO = 0,987), da so jih medicinske sestre na oddelku poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo (PV = 4,83, SO = 0,712), da so prejeli ustna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo (PV = 4,88, SO = 0,648), da so poučeni o časovnem urniku jemanja zdravil (PV = 4,78, SO = 0,733), da jim je zdravstveno osebje demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo (PV = 4,63, SO = 1,102) in da jim je zdravstveno osebje pred odpustom iz bolnišnice preverilo njihove znanje o jemanju zdravil za astmo (PV = 4,60, SO = 1,128). Anketirani se strinjajo, da so jih zdravniki poučili o simptomih in znakih njihove bolezni (astma) (PV = 3,58, SO = 1,551), da so jih medicinske sestre poučile o simptomih in znakih njihove bolezni (PV = 3,43, SO = 1,631), da so jih zdravniki poučili o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni (PV = 3,55, SO = 1,694), da so obveščeni o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki so jih jemali že pred hospitalizacijo (PV = 4,35, SO = 1,252), da so prejeli pisna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo (PV = 4,15, SO = 1,167) in da so poučeni o tem, koliko časa počakajo med enim in drugim odmerkom zdravila (PV = 4,08, SO = 1,607). Anketirani se strinjajo niti ne strinjajo s trditvijo, da so jih medicinske sestre poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni (PV = 3,28, SO = 1,783) in da so poučeni o stranskih učinkih zdravil, ki jim jih je predpisal zdravnik (PV = 2,38, SO = 1,807).

Tabela 12: Vključenost pacientov v individualno obliko zdravstvene vzgoje

	n	PV	SO	MIN	MAX
Medicinske sestre na oddelku so pred odpustom odgovorile na vsa moja vprašanja o uporabi zdravil za astmo.	40	4,80	0,564	3	5
Zdravniki na oddelku so pred odpustom odgovorili na vsa moja vprašanja o terapiji za astmo (imena zdravil, režim jemanja ...).	40	4,80	0,564	3	5
Zdravniki so me poučili o simptomih in znakih moje bolezni (astma).	40	3,58	1,551	1	5
Medicinske sestre so me poučile o simptomih in znakih moje bolezni (astma).	40	3,43	1,631	1	5
Zdravniki so me poučili o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.	40	3,55	1,694	1	5
Medicinske sestre so me poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.	40	3,28	1,783	1	5
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bom jemal doma.	40	4,53	0,987	1	5
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki sem jih jemal že pred hospitalizacijo.	40	4,35	1,252	1	5
Medicinske sestre na oddelku so me poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo.	40	4,83	0,712	1	5
Poučen sem o stranskih učinkih zdravil, ki mi jih je predpisal zdravnik.	40	2,38	1,807	1	5
Prejel sem pisna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo.	40	4,15	1,167	1	5
Prejel sem ustna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo.	40	4,88	0,648	1	5
Poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila.	40	4,08	1,607	1	5
Poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer...).	40	4,78	0,733	1	5
Zdravstveno osebje mi je demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo.	40	4,63	1,102	1	5
Zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo moje znanje o jemanju zdravil za astmo.	40	4,60	1,128	1	5

Legenda: PV = povprečna vrednost, n = število odgovorov, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Raziskovalno vprašanje 6: Kako vpliva spol, stopnja izobrazbe in predhodne hospitalizacije na obvladovanje bolezni (poznavanje zdravil, stranskih učinkov, tehnike jemanja)?

Tabela 13 prikazuje obvladovanje bolezni glede na spol. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri naslednjih trditvah: obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki sem jih jemal že pred hospitalizacijo ($t = 9,568$, $p = 0,004$), poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer ...) ($t = 23,661$, $p = 0,001$), poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila ($t = 8,177$, $p =$

0,007), in zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo moje znanje o jemanju zdravil za astmo ($t = 14,573$, $p = 0,001$). Pri omenjenih trditvah prihaja do statistično pomembnih razlik glede na spol ($p < 0,05$), saj so rezultati pokazali, da ženske menijo, da bolj obvladajo svojo bolezen (astma).

Tabela 13: Obvladovanje bolezni glede na spol

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bom jemal doma.	ženski	27	4,48	1,122	1,017	0,320
	moški	13	4,62	0,650		
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki sem jih jemal že pred hospitalizacijo.	ženski	27	4,15	1,460	9,568	0,004
	moški	13	4,77	0,439		
Poučen sem o stranskih učinkih zdravil, ki mi jih je predpisal zdravnik.	ženski	27	2,41	1,886	1,300	0,261
	moški	13	2,31	1,702		
Poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila.	ženski	27	3,74	1,789	23,661	0,001
	moški	13	4,77	,832		
Poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer ...).	ženski	27	4,67	,877	8,177	0,007
	moški	13	5,00	0,000		
Zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo moje znanje o jemanju zdravil za astmo.	ženski	27	4,41	1,338	14,573	0,001
	moški	13	5,00	0,000		
Ni me strah samostojne in pravilne uporabe predpisanih zdravil doma.	ženski	27	4,63	0,926	0,018	0,893
	moški	13	4,69	1,109		
Pred odpustom sem bil brez skrbi, ker poznam zdravila za astmo, ki jih bom jemal doma, in pravilno vzamem zdravilo.	ženski	27	4,56	0,751	0,187	0,668
	moški	13	4,54	1,127		

Legenda: PV = povprečna vrednost, n = število odgovorov, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 14 prikazuje rezultate enosmerne ANOVE, s katerimi smo želeli ugotoviti statistično pomembne razlike med obvladovanjem bolezni in stopnjo izobrazbe. Do statistično pomembnih razlik ne prihaja, zato lahko trdimo, da izobrazba ne vpliva na obvladovanje bolezni.

Tabela 14: Obvladovanje bolezni glede na stopnjo izobrazbe

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bom jemal doma.	Med skupinami	3,674	3	1,225	1,285	0,294
	Znotraj skupin	34,301	36	0,953		
	Skupaj	37,975	39			
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki sem jih jemal že pred hospitalizacijo.	Med skupinami	5,072	3	1,691	1,086	0,367
	Znotraj skupin	56,028	36	1,556		
	Skupaj	61,100	39			
Poučen sem o stranskih učinkih zdravil, ki mi jih je predpisal zdravnik.	Med skupinami	7,261	3	2,420	0,725	0,543
	Znotraj skupin	120,114	36	3,336		
	Skupaj	127,375	39			
Poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila.	Med skupinami	2,019	3	0,673	0,245	0,864
	Znotraj skupin	98,756	36	2,743		
	Skupaj	100,775	39			
Poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer...).	Med skupinami	,452	3	0,151	0,264	0,851
	Znotraj skupin	20,523	36	0,570		
	Skupaj	20,975	39			
Zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo moje znanje o jemanju zdravil za astmo.	Med skupinami	0,509	3	0,170	0,124	0,945
	Znotraj skupin	49,091	36	1,364		
	Skupaj	49,600	39			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost, med skupinami = razlike med pacienti z osnovnošolsko izobrazbo, poklicno ali srednješolsko izobrazbo, višješolsko, visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo in specializacijo, magisterijem, doktoratom, znotraj skupin = obvladovanje bolezni znotraj vsake skupine (osnovnošolska izobrazba, poklicna ali srednješolska izobrazba, višješolska, visokošolska ali univerzitetna izobrazba ter specializacija, magisterij, doktorat).

Tabela 15 prikazuje povezanost med obvladovanjem bolezni in številom predhodnih hospitalizacij. Do statistično pomembne povezave prihaja med številom predhodnih hospitalizacij in obveščenosti pacientov o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki so jih jemali že pred hospitalizacijo. Povezava je pozitivna in močna ($r = 0,699$, $p = 0,001$), zato trdimo, da so pacienti, ki so bili večkrat hospitalizirani, bolj obveščeni. Druga pomembna statistična povezava je med številom predhodnih hospitalizacij in samozavestjo pri samostojni in pravilni uporabi predpisanih zdravil doma. Povezava je zopet močna in pozitivna ($r = 0,409$, $p = 0,009$), zato trdimo, da je paciente, ki so bili večkrat hospitalizirani, manj strah pri samostojni in pravilni uporabi predpisanih zdravil doma.

Tabela 15: Povezanost med obvladovanjem bolezni in številom predhodnih hospitalizacij

		Predhodne hospitalizacije
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bom jemal doma.	Pearson korelacija	0,035
	Dvostranski test	0,828
	n	40
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki sem jih jemal že pred hospitalizacijo.	Pearson korelacija	0,699**
	Dvostranski test	0,001
	n	40
Poučen sem o stranskih učinkih zdravil, ki mi jih je predpisal zdravnik.	Pearson korelacija	0,074
	Dvostranski test	0,651
	n	40
Poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila.	Pearson korelacija	0,266
	Dvostranski test	0,098
	n	40
Poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer ...).	Pearson korelacija	-0,010
	Dvostranski test	0,952
	n	40
Zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo moje znanje o jemanju zdravil za astmo.	Pearson korelacija	0,194
	Dvostranski test	0,231
	n	40
Ni me strah samostojne in pravilne uporabe predpisanih zdravil doma.	Pearson korelacija	0,409**
	Dvostranski test	0,009
	n	40
Pred odpustom sem bil brez skrbi, ker poznam zdravila za astmo, ki jih bom jemal doma, in pravilno vzamem zdravilo.	Pearson korelacija	0,221
	Dvostranski test	0,170
	n	40

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca.

V nadaljevanju so prikazani ostali statistični rezultati.

Pacienti se v povprečju strinjajo, da so jih v času jemanja zdravil za astmo medicinske sestre na oddelku poučevale o pravilnem jemanju ob vsaki priložnosti jemanja zdravil za astmo (PV = 4,25, SO = 1,316). Delno se strinjajo s trditvijo, da so jim pred odpustom povedali, da jih bo obiskala patronažna medicinska sestra (PV = 2,50, SO = 1,961). Ne strinjajo se, da so jih v času jemanja zdravil za astmo medicinske sestre na oddelku poučevale o pravilnem jemanju samo, če so pacienti povedali, da ne znajo jemati zdravil za astmo (PV = 1,85, SO = 1,075).

Tabela 16: Trditve povezane o poučevanju in odpustu hospitaliziranega pacienta

	n	PV	SO	MIN	MAX
V času jemanja zdravil za astmo so me medicinske sestre na oddelku poučevale o pravilnem jemanju ob vsaki priložnosti jemanja zdravil za astmo.	40	4,25	1,316	1	5
V času jemanja zdravil za astmo so me medicinske sestre na oddelku poučevale o pravilnem jemanju samo, če sem povedal, da ne znam jemati zdravil za astmo.	40	1,85	1,075	1	5
Pred odpustom so mi povedali, da me bo obiskala patronažna medicinska sestra.	40	2,50	1,961	1	5

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = minimalna vrednost odgovora, MAX = maksimalna vrednost odgovora, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

3.5 RAZPRAVA

Za paciente z astmo je izrednega pomena, da so pacienti poučeni o svoji bolezni, še posebej, če so bili zaradi bolezni hospitalizirani. Naloga medicinskih sester in zdravnikov je, da hospitaliziranemu pacientu čim bolj predstavijo bolezen in postopke, ki so pomembni pri zdravljenju te bolezni (Gagné, et al., 2017).

V raziskavi smo ugotovili, da so anketirani poučeni o znakih in simptomih poslabšanja astme, da so jih o simptomih in znakih poučili tako zdravniki kot tudi medicinske sestre, v primeru poslabšanja bolezni pa so jih bolj poučili zdravniki kot medicinske sestre. Merchant in drugi (2016) so v svoji raziskavi navedli, da v povprečju zdravniki bolj nazorno pacientom predstavijo znake in simptome astme kot medicinske sestre in da pacienti tudi bolj upoštevajo navodila, ki jim jih dajo zdravniki. Ugotovili smo, da glede na spol med pacienti ne prihaja do statistično pomembnih razlik o poučenosti pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme. Magnoni s kolegi (2017) je v svoji raziskavi v Italiji in Španiji ugotovil statistično pomembne razlike glede na starost in poučenost pacientov o znakih in simptomih poslabšanja astme, kjer so bili mlajši pacienti bolj poučeni od starejših.

V raziskavi smo ugotovili, da so medicinske sestre na oddelku paciente poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo in da so pacienti poučeni o časovnem urniku jemanja zdravil. Zdravstveno osebje je pacientom demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil in jih poučilo o tem, koliko časa morajo počakati med enim in drugim odmerkom zdravil. V povprečju pacienti niso prejeli pisnih navodil oz. brošure o tehniki

jemanja zdravil. V raziskavi, izvedeni v Kanadi, je pisni načrt o astmi in samokontroli astme prejelo le 11 % hospitaliziranih, od tega se je le polovica pacientov držalo načrta obvladovanja astme (Ehteshami-Afshar & FitzGerald, 2017). Ugotovili smo statistično pomembno povezanost med izobrazbo in pravilno tehniko jemanja zdravil pri pacientih. Tudi Naik-Panvelkar je s kolegi (2014) v raziskavi potrdil, da pacienti s kroničnimi boleznimi, ki imajo višjo splošno izobrazbo, se bolj zavedajo svoje bolezni in jo bolje obvladujejo in poznajo tehnike jemanja zdravil.

Pacienti v raziskavi ocenjujejo, da so pri jemanju zdravil samostojni. Pred odpustom iz bolnišnice so bili brez skrbi, ker so poznali zdravila za astmo, ki naj bi jih jemali doma, in naj bi jih znali pravilno vzeti. Dokazali smo statistično pomembno povezavo med demonstracijo pravilnega načina jemanja predpisanih zdravil za astmo s strani zdravstvenega osebja in brezskrbnostjo pri odpustu pacientov, kjer so bili pacienti, ki jim je zdravstveno osebje demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo pred odpustom brez skrbi, ker so poznali zdravila za astmo, in jih bodo doma pravilno jemali. Ahmed in ostali (2014) so v raziskavi potrdili, da je slabo poznavanje uporabe zdravil za astmo eden od glavnih razlogov za slabo samovodenje astme. V raziskavi, ki jo je izvedel Jahedi s kolegi (2017), so ugotovili, da večina pacientov, obolelih za astmo (v povprečju starih 43,1 let), nepravilno uporablja inhalator kljub prepričanosti, da imajo znanje in samozavest pri tehniki uporabe. Večina pacientov ni bilo vključeno v odločitev, kateri inhalator bodo uporabljali. Braido in drugi (2015) so ugotovili nizko stopnjo adherence (adherenca – razumevanje in upoštevanje bolezni, prepoznavanje dejavnikov tveganja, samovodenje bolezni) pacientov v Italiji po hospitalizaciji v bolnišnici. Le 50 % pacientov naj bi po odpustu znalo kontrolirati bolezen. Neznanje o bolezni povzroča v povprečju slabše zdravstveno stanje pacientov in stroške zdravstvu. Slabo znanje pacientov pripisujejo slabemu odnosu med zdravnikom in pacientom, ustanovi in zdravstveni oskrbi.

Z raziskavo smo ugotovili, da so se v času hospitalizacije anketirani imeli možnost udeležiti šole astme, vendar se je v povprečju večina ni udeležila. V proces poučevanja o prejemanju terapije niso bili vključeni pacienti svojci in najbližji. V predhodnih raziskavah je bilo dokazano, da na pacientovo stopnjo adherence vpliva splošno znanje pacientov o astmi (Ahmed, 2014). V predhodnih raziskavah je navedeno, da je izobraževalni program o astmi (šola astme) zelo učinkovit. Sheares in drugi (2014)

navajajo, da se pacient mora nujno udeležiti šole astme in prejeti pisna navodila o obvladovanju bolezni, da lahko bolezen po odpustu iz bolnišnice uspešno samoobvladuje.

Anketirani so pred odpustom iz bolnišnice bili vključeni v individualno obliko zdravstvene vzgoje, torej so jim zdravniki in medicinske sestre pred odpustom odgovorili na vsa njihova vprašanja o uporabi zdravil za astmo, so bili obveščeni o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bodo jemali doma, medicinske sestre na oddelku so jih poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo, so prejeli ustna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo, so bili poučeni o časovnem urniku jemanja zdravil, zdravstveno osebje jim je demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo in zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo njihove znanje o jemanju zdravil za astmo. Zdravniki so paciente poučili o simptomih in znakih njihove bolezni in o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni. Anketirani niso popolnoma prepričani, da so jih medicinske sestre poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni in ali so poučeni o stranskih učinkih zdravil, ki jim jih je predpisal zdravnik.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako spol, stopnja izobrazbe in predhodne hospitalizacije vplivajo na obvladovanje bolezni. Glede na spol smo ugotovili statistično pomembne razlike, in sicer so ženske bolj obveščene o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki so jih jemale že pred hospitalizacijo, kot moški. Ženske so bolj poučene o tem, koliko časa se počaka med enim in drugim odmerkom zdravila, ter o tem, koliko časa naj se počaka med enim in drugim odmerkom zdravila. Ženske menijo, da je zdravstveno osebje pred odpustom iz bolnišnice preverilo njihovo znanje o jemanju zdravil za astmo, medtem ko moški niso enakega mnenja.

Dokazali smo statistično pomembno povezanost med obvladovanjem bolezni in številom predhodnih hospitalizacij. Do statistično pomembne povezave prihaja med številom predhodnih hospitalizacij in obveščenosti pacientov o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki so jih jemali že pred hospitalizacijo, zato trdimo, da so pacienti, ki so bili večkrat hospitalizirani, bolj obveščeni.

Z raziskavo smo ugotovili, da je paciente, ki so bili večkrat hospitalizirani, strah pri samostojni in pravilni uporabi predpisanih zdravil doma. Povezanost med starostjo in obvladovanjem bolezni so ugotovili tudi Dunn in sodelavci (2015), saj so navedli, da

starejši pacienti z številnimi predhodnimi hospitalizacijami še vedno slabše obvladujejo bolezen kot mlajši. To sta ugotovila tudi Olszanecka-Glinianowicz in Almgren-Rachtan (2014), ki sta v raziskavi navedla, da mlajši pacienti (18-30 let) bolje obvladujejo astmatična obolenja kot pacienti, starejši od 60 let.

Na podlagi raziskave smo prišli do zaključka, da so pacienti pri odpustu s Klinike Golnik v povprečju podučeni o bolezni, vendar ne dovolj, zato je ne obvladujejo v tolikšni meri, kot bi jo lahko. Vsak hospitaliziran pacient bi se moral v času hospitalizacije udeležiti šole astme in ob odpustu prejeti individualni načrt samoobvladovanja bolezni. Medicinske sestre bi lahko pred odpustom pacientov na hitro preverile njihovo znanje o astmi in tehniki jemanja zdravil ter jih ob ugotovitvi, da pacienti nimajo dovolj znanja o bolezni, napotile na dodatno individualno izobraževanje. Kratkoročno bi to predstavljal za zdravstvene uslužbenke izziv, ker jih je v zdravstvu zaposlenih manj, kot je pacientov obolelih z astmo, vendar bi z dobro organizacijo in izvedbo vnaprej načrtovanih izobraževanj dolgoročno lahko zelo zmanjšali odstotek hospitaliziranih pacientov ter izboljšali tehnike jemanja zdravil pri pacientih in samoobvladovanja bolezni. V več zgoraj omenjenih raziskavah prihaja do statistično pomembnih razlik med starostjo pacientov in obvladovanjem bolezni. Čeprav v raziskavi nismo dokazali statistično pomembne razlike, bi se medicinske sestre pri odpustu lahko še bolj posvetile starejšim pacientom in v individualno izobraževanje vključile tudi svojce in najbližje, saj starejši večkrat ne razumejo navodil oz. jih lahko razumejo in sčasoma pozabijo. Tudi otrokom in njihovim staršem bi morala biti navodila o obvladovanju bolezni po odpustu iz bolnišnice predana v pisni obliki na individualnem izobraževanju o bolezni. Vsi pacienti bi morali prejeti tudi navodila v primeru poslabšanja bolezni in biti seznanjeni z vsemi stranskimi učinki zdravil, ki so jih dobili predpisane za zdravljenje bolezni.

3.5.1 Omejitve raziskave

Omejitve raziskave je majhen nereprezentativen vzorec, ki je bil zajet le na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Za nadaljnjo natančnejšo obdelavo bi bila priporočljiva vseslovenska raziskava, v katero bi bile zajete vse bolnišnice po Sloveniji. Vzorec bi moral biti večji in primerno vzorčen. Na podlagi dobljenih podatkov bi lahko naredili natančno primerjavo s svetovnimi podatki. Omejitev raziskave pa predstavlja tudi

pomanjkanje statističnih podatkov o pacientih z astmo, na podlagi katerih bi lahko primerjali dobljene rezultate naše raziskave. Nalogo bi lahko razširili in pridobljene podatke uporabili v prihodnjih študijah ali pa celo v magistrskih nalogah.

4 ZAKLJUČEK

Zdravstveni delavci imajo pri obravnavi pacientov zelo pomembno nalogo ne samo da jih zdravijo, temveč da s pacienti komunicirajo in jim na podlagi dobrega medosebnega odnosa predajajo informacije, na podlagi katerih pacienti znajo sami obvladovati bolezen po odpustu iz bolnišnice.

Glavni namen diplomskega dela je bil ugotoviti, kako poučeni o samostojnem jemanju zdravil so pacienti z astmo po odpustu s Klinike Golnik. Ugotovili smo, da pacienti sicer so poučeni, vendar ne v tolikšni meri, da bi bolezen lahko po odpustu iz bolnišnice uspešno popolnoma sami obvladali. Paciente bi morali pripraviti na odpust z individualnimi izobraževanji o bolezni in s pisnimi navodili.

Nikjer ni javno dostopnih podatkov za slovenski prostor, kolikšnemu številu bolnikov z astmo se letno izvede izobraževanje na temo obvladovanja astme in koliko je pacientov, ki bi se izobraževanj udeležilo. Izobraževanja potekajo v bolnišnicah v okviru referenčnih ambulant, Društvu pljučnih bolnikov Slovenije in drugod. Zanimivo bi bilo primerjati podatke, koliko pacientov je pred odpustom obiskalo izobraževanje in kolikokrat so bili potem še hospitalizirani oz. kako se je odvijalo njihovo bolezensko stanje. Na podlagi dobljenih podatkov bi se sistem poučevanja v šolah astme verjetno lahko izboljšal. Seveda pa bi bila individualna izobraževanja pacientov še vedno nujna. Ne smemo pozabiti tudi na stalno izobraževanje zdravstvenega osebja o bolezni in novosti, ki jih predstavijo v tujini.

Dobljeni podatki raziskave bi se lahko uporabili za nadaljnje raziskave. Z vključenim večjim reprezentativnim vzorcem, bi lahko dobili konkretne podatke, na podlagi katerih bi paciente učinkoviteje pripravili na odpust iz bolnišnice, zmanjšali ponovne hospitalizacije, optimizirali porabo zdravil in dolgoročno zmanjšali strošek zdravstva. Seveda bi bile najprej potrebne investicije v izobraževalne programe, preden bi se omenjeni pozitivni učinki začeli poznati.

Raziskava, ki smo jo izvedli, in že predhodne študije opozarjajo na mnoge izzive tekom izobraževanja pacientov z astmo. Izobraževanje mora biti celovito, vsebovati veliko pomembnih informacij, ki pa morajo biti razumljivo predstavljene pacientu, saj to

pripomore k boljšemu razumevanju in upoštevanju napotkov. S starostjo znanje in razumevanje podatkov lahko upadeta, zato je pomembno, da znanje obnovljamo in ga sproti krepimo.

Življenje s kronično boleznijo je težko, prav tako zdravljenje in samoobvladovanje bolezni. To lahko primerjamo z dolgo in težko prehojeno potjo, po kateri pacient z roko v roki hodi z boleznijo. Na tej poti pacientu stoji ob strani zdravstveno osebje, ki pacientu pomaga doseči glaven cilj – pacientovo dobro počutje.

5 LITERATURA

Ahmed, S., Tamblyn, R. & Einslade, N., 2014. Using decision support for population tracking of adherence to recommended asthma guidelines. *BMJ Open*, 4(1), pp. 1–9.

Akici, A., Kalaça, S., Uğurlu, M. U., Toklu, H. Z, Iskender, E., Oktay, S., 2004. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 13(1), pp. 871–76.

Alergija., n.d. *Alergija*. [online] Available at: <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnisnice/opis-bolezni-in-preiskav/alerigija.php> [Accessed 8 May 2016].

Bajrović, N., Camlek, T., Drnovšek Kaljanac, M., Fležar, M., Kajba, S., Košnik, M., Morgan, T., Osolnik, K., Perdija, Ž., Škrgat Kristan, S., Šuškovič, S., Zidarn, M., Živčec Kalan, G., 2007. Stališče Bolnišnice Golnik – KOPA, Združenja pnevmologov Slovenije in katedre za družinsko medicino do obravnave odraslega bolnika z astmo. *Zdravstveni vestnik*, 76(6), pp. 369–79.

Benedik, B., 2007. Vitalogram in merjenje PEF-a. In: S. Kadivec, ed. *Šola za obstruktivne pljučne bolezni: program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 2007: zbornik predavanj. Golnik, marec, 2007*. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 89–92.

Borinc Beden, A. Zdravljenje akutnega poslabšanja astme. In: M. Oštir, ed. *Astma pri otroku*. Ljubljana, 2007. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 112–20.

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

Boulet, L. P., Boulay, M., Gauthier, G., Battisti., L., Chabot, V., Beauchesne, M. F., Villeneuve, D. & Côté, P., 2015. Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes. *Respiratory Medicine*, 109(8), pp. 991–1000.

Braido, F., Baiardini, I., Mlasi, F., Pawankar, R. & Canonica, G. W., 2015. Adherence to asthma treatments: we know, we intend, we advocate. *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*, 15(1), pp. 49-55.

Cencič, M., Čargan, B. & Ivanuš - Grmek, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 49.

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

Česen, K. Zdravstvena vzgoja bolnika z astmo. In: S. Kadivec, ed. *Šola za obstruktivne pljučne bolezni: program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 2007: zbornik predavanj*. Golnik, marec, 2007. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 31–34.

Dunn, R. M., Lehman, E., Chinchilli, V.M., Martin, R. J., Boushey, H. A., Israel, E., Kraft, M. & Lazarus, S. C., 2015. Impact of Age and Sex on Response to Asthma Therapy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 192(5), pp. 45–52.

Ehteshami-Afshar, S. & FitzGerald, M. J., 2017. Asthma patient education, the overlooked aspect of disease management. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 1(1), pp. 43–45.

Escarrabill, J., 2009. Discharge planning and home care for endstage COPD patients. *European respiratory journal*, 34(1), pp. 507–12.

Gagné, E. M., 2017. *Impact of Adding a Decision Aid to Patient Education in Adults with Asthma: A Randomized Clinical Trial*. [online] Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170055#abstract0> [Accessed 1 May 2017].

Galič, A., 2007. Zdravstvena nega otroka z akutnim poslabšanjem astme. In: M. Oštir & V. Maček, eds. *Astma pri otroku*. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba pljučne bolezni, pp. 68–85.

Glavnik, V., 2007. Specifična imunoterapija. In: V. Maček, ed. *Astma pri otroku*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 142–26.

Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease, 2006. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. [online] Available at: www.goldcopd.org [Accessed 11 July 2016].

Godman, H., 2012. *Medication errors a big problem after hospital discharge*. [online] Available at: <http://www.health.harvard.edu/blog/medication-errors-a-big-problem-after-hospital-discharge-201207095012> [Accessed 17 June 2016].

Hosta, M., 2003. *Astma in šport: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Ibrakić, N., 2013. *Pravilna uporaba pršilnikov in PEF metra pri pacientih z astmo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Jahedi, L., Downie, S.R., Saini, B., Chan, H. & Bosnic-Anticevich, S. Inhaler Technique in Asthma: How Does It Relate to Patients' Preferences and Attitudes Toward Their Inhalers? *Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery*, 30(1), pp. 42–52.

Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. & Farkaš – Lainščak, J., 2015a. Zadovoljstvo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z obravnavo koordinatorja odpusta. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3), pp. 195–204.

Kadivec, S. & Bratkovič, M., 2015b. Uporaba teorije D. Orem v zdravstveni oskrbi bolnika s kronično pljučno boleznijo. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlović, eds. *Teorije in modeli zdravstvene nege: Kako jih uporabiti na*

kliničnih problemih? 9. šola za klinične mentorje: zbornik predavanj. Jesenice, 17. september, 2015. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 93–9.

Karadžić Šmitran, D. & Mulalić, S., 2012. Od koordinatorja primera do koordinatorja odpusta v Splošni bolnišnici Jesenice. In: M. Bahun, Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov. 5. dnevi Angele Boškin: zbornik prispevkov. Kranjska Gora, september, 2012.* Jesenice: Splošna bolnišnica in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 32–5.

Kenny, T., 2013. *Spirometry*. [pdf]. Patient. Available at:
<http://patient.info/pdf/4756.pdf> [Accessed 10 August 2016].

Kerzman H., Baron Epel, O. & Toren, O., 2005. What do discharged patients know about their medication? *Patient education and counseling*, 56(2005), pp. 276–282.

Košnik, M., 2010. *Ali imate astmo?* [online] Available at:
<http://www.dpbs.si/Sre%C4%8Danje%20z%20bolezni/O%20alergijskih%20bolezni/Ali%20imate%20astmo.htm> [Accessed 1 May 2017].

Kumari, P., Muzzmdar, J. M. & Wu, W. K., 2013. Impact of asthma education on health related quality of life (HRQOL) measures. *Value in Health*, 16(3), pp. 196–7.

Kvas, A., 2009. *Andragoško-didaktični pristopi pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem*. [pdf] Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta-Katedra za zdravstveno vzgojo. Available at:
http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/233C.pdf [Accessed 21 September 2016].

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja- moč medicinskih sester*.

Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33–25.

Lavtižar, J. & Kramar Z., 2012. Koordinator zdravstvene obravnave pacienta. In: M. Bahun, Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti; povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov. 5. dnevi Angele Boškin: zbornik prispevkov. Kranjska Gora, september, 2012.* Jesenice: Splošna bolnišnica in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 24–8.

Maček, V., 2007. Preventivna zdravila. In: V. Maček, ed. *Astma pri otroku.* Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 92–7.

Magnoni, M.S., Latorre M., Bettoncelli, G., Sanchez-Herrero, M.G., Lopez, A., Calvo, E., Rizzi, A., Caminati, M., Senna, G. & Paggaiaro, P., 2017. Asthma control in primary care: the results of an observational cross-sectional study in Italy and Spain. *World Allergy Organization Journal*, 10(1), pp. 1-7.

McCarty, K., & Rogers, J., 2012. Inpatient asthma education program. *Pediatric nursing*, 5(38), pp. 257–63.

Merchant, R., Inamdar, R., Henderson, K., Barrett, M. & Van Sickle, D. 2016. Patient Reported Value and Usability of a Digital Health Intervention for Asthma. *Iproc*, 2(1) pp. 36.

Mušič, E., 2006. *Živimo z alergijo.* Ljubljana: Mladinska knjiga.

Naik-Panvelkar, P., Sini, B., LeMay, K. S., Emmerton, L.M., Stewart, K., Burton, D. L., Bosnich-Anticevich, S., Krass, I., Smith, L. D. & Armour, C.L., 2014. A pharmacy asthma service achieves a change in patient responses from increased awareness to taking responsibility for their asthma. *International Journal of Pharmacy Practice*, 23(3), pp. 182–191.

Neubauer, N., 2009. *Obvladajmo alergije in astmo: [akcijski vodnik za lajšanje težav po načrtu Dihajmo lažje]*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

O'Connor, R., Wolf, M. S., Martynenko, M., Vicencio, D. P., Wisnivesky, J. P., & Federman, A. D., 2015. Health literacy, cognitive function, proper use, and adherence to inhaled asthma controller medications among older adults with asthma. *Chest*. 2015, 147(5), pp. 1307–15.

Olszanecka-Glinianowicz, M. & Almgren-Rachtan, A., 2014. The adherence and illness perception of patients diagnosed with asthma or chronic obstructive pulmonary disease treated with polytherapy using new generation Cyclohaler. *Postepy Dermatologii I Alergologii Journal*, 31(4), pp. 235–246.

Oštir, M., 2007. Šola za zdravljenje astme In: M. Oštir & V. Maček, eds. *Astma pri otroku*. Ljubljana, 2007. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, pp. 98–102.

Pajnikihar, M., 2008. Teorija D. Orem v zdravstveni negi otroka. In: A. Gregorič, ed. *Bolečine v trebuhu pri otrocih/ Sinkopa pri otrocih/ Ustno zdravje otrok in mladostnikov*. Maribor: Univerzitetni klinični center, pp. 193–6.

Petrovčič, M., 2015. *Varovanja zdravja in okolja. Vzgoja za zdravje. 2. vsebinski sklop* [pdf]. Available at:
<http://www.odraslih.com/uporabnik/file/2%20VZO%20vzgoja%20za%20zdravje.pdf>
[Accessed 6 May 2017]

Počvavšek, I., 2007. Astma šola v bolnišnici Golnik. In: S. Kadivec, ed. *Šola za obstruktivne pljučne bolezni: program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 2007: zbornik predavanj. Golnik, marec, 2007*. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 27–30.

Počvavšek, I. & Bratkovič, M., 2012. Pravilna uporaba pršil s potisnim plinom in vdihovalnikov zdravil v obliki prahu. In: L. Prestor & M. Bratkovič, eds. *Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, 2012*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, pp. 65–76.

Poplas Susič, T., Vodopivec Jamšek, V., Košnik, M., Živčec Kalan, G., Šuškovič, S., 2010. Astma - protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *ISIS*, 19(2), pp. 52–6.

Pšeničnik, M., 2010. *Zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre pri pacientu z astmo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Rančan, P., 2012. *Vpliv astme na kakovost življenja: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Regvat, J., Morgan, T., Benedik, B., Knez, L., Osrajnik, I. & Šuškovič, S., 2012. Kako so bolniki z astmo in KOPB poučeni na dan odpusta o zdravilih. In: M. Košnik ed. *Imunologija, KOPB: zbornik predavanj. Golniški simpozij. Golnik, 2.-6. oktober, 2007*. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 38–40.

Sheares, B.J., Mellins, R.B., Dimango, E., Serebrisky, D., Zhang, Y., Bye, M.R., Dovey, M.E., Nachman, S., Hutchinson, V. & Evans, D., 2014. Do Patients of Subspecialist Physicians Benefit from Written Asthma Action Plans? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(12), pp. 54–68.

Sitzman, K. & Wright Eichelberger, L., 2010. *Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning*. Philadelphia: Jones & Bartlett Learning, pp. 93–100.

Skerbinjek Kavalarič, M., & Krajnc, I., 2008. Astma in primarni imunski odgovor. *Medicinski mesečnik*, 4(3/4): 82–7.

Slatinšek, E., 2012. *Življenje z astmo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Šarc, I., 2015. *ASTMA farmakološko in nefarmakološko zdravljenje* [online] Available at:

https://www.zdlj.si/cpc/images/datoteke/gradiva/radm_sestre/7_Astma_farmak_in_nefarm.pdf [Accessed 6 September 2016].

Škrgat, S., 2017. Svetovni dan astme. *ABC zdravje*. 12(5), pp. 5–6.

Štemberger Kolnik, T., 2011. Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 119–126.

Šter, M., 2000. Fizioterapija pri bolniku z astmo. In: S. Šuškovič, M. Košnik & J. Šorli, eds. *Astma*. Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2000, pp. 149- 60.

Šuškovič, S., 2007. *Dnevnik astme, Priročnik o zdravljenju astme za bolnike*. [pdf] Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik. Available at: <http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/bolniki-in-obiskovalci/uporabne-publikacije/dnevnik-zdravljenja-astme-95.pdf> [Accessed 22 September 2016].

Šuškovič, S., 2008a. *Astma*. [online] Available at: <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnisnice/opis-bolezni-in-preiskav/astma.php> [Accessed 17 June 2016].

Šuškovič, S., 2008b. Obravnava astme v Sloveniji – prospektivna opazovalna raziskava
Managing of asthma in Slovenia – prospective observational study. *Farmacevtski vestnik*, 59(1), pp. 151–4.

Šuškovič, S., 2010. Spremenjena navodila za uporabo vdihovalnikov na potisni plin. *Zdravstveni vestnik*. 79(10), pp. 133.

Šuškovič, M., 2011. *Modul: astma; KOPB; alergijski rinitis [program za medicinske sestre 1]*. [pdf] Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Available at: http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/referencne-ambulante/datoteke/prirocnik_RA_2011a.pdf [Accessed 17 June 2016].

Šuškovič, S., Počvavšek, I. & Fležar, M., 2012. Načini aplikacije inhaliranih zdravil. In: M. Košnik & S. Šuškovič, eds. *Osnove klinične alergologije in astme: pouk bolnika z astmo: učna delavnica*. Kranjska Gora, 26.-28.januar 2012. Golnik: Klinika Golnik, pp. 94–8.

Termania, 2008. *Kontrolna lista*. [online] Available at: <http://www.termania.net/slovarji/terminoloski-slovar-vzgoje-in-izobrazevanja/3474921/kontrolna-lista> [Accessed 20 July 2016].

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravstveni vestnik*. 82(11), pp. 771–7.

Vrankar, K., 2008. Pripravljenost pacienta na odpust. In: S. Kadivec, ed. *4. slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008: zbornik predavanj. Golniški simpozij. Golnik, 14.–15. september, 2008*. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 45–49.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani,

Sem Nika Kokl, študentka Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Priprava pacienta z astmo na odpust, pod mentorstvom Katje Vrankar, mag. zdr. neg., pred. Z raziskavo želim ugotoviti pripravljenost pacientov z astmo na samostojno in samozavestno jemanje zdravil po odpustu iz Klinike Golnik.

Z Vašimi odgovori bi pridobila zelo pomembne podatke za raziskavo, zato Vas vljudno prosim, da si vzamete 10 minut časa in odgovorite na zastavljena vprašanja. Pridobljeni podatki služijo zgolj za namene raziskave.

Vaše sodelovanje pri raziskavi je izključno prostovoljno, anketni vprašalnik pa anonimen. Podatki, ki jih bomo pridobili od vas bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela.

Za sodelovanje se Vam lepo zahvaljujem!

1. **Starost:** _____let

2. **Spol** (*obkrožite ustrežni odgovor*): Ž M

3. **Stopnja izobrazbe** (*obkrožite ustrežni odgovor*):

- Osnovnošolska izobrazba,
- Poklicna ali srednješolska izobrazba,
- Višješolska, visokošolska ali univerzitetna izobrazba,
- Specializacija, magisterij, doktorat.

4. **Ležalna doba ob zadnji hospitalizaciji zaradi astme:** _____dni

5. **Predhodne hospitalizacije zaradi astme v zadnjih dveh letih** (*obkrožite ustrežni odgovor*):

- Prva hospitalizacija,
- 1-2. hospitalizaciji,
- 3-5 hospitalizacij,
- več kot 5 hospitalizacij.

6. **Katera zdravila ste redno jemali pred zadnjo hospitalizacijo?** (*obkrožite pravilni odgovor*):

- za lažje dihanje (olajševalci),
- redno terapijo za astmo vsak dan (preprečevalci).

Vprašalnik vsebuje različne trditve o katerih vas prosimo, da se opredelite glede na stopnjo strinjanja, kar pomeni: 1- popolnoma se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3- sem neopredeljen, 4- se strinjam, 5- se popolnoma strinjam.

TRDITEV	1	2	3	4	5
Medicinske sestre na oddelku so pred odpustom odgovorile na vsa moja vprašanja glede uporabe zdravil za astmo.					
Zdravniki na oddelku so pred odpustom odgovorili na vsa moja vprašanja glede terapije za astmo (imena zdravil, režim jemanja,...).					
Zdravniki so me poučili o simptomih in znakih moje bolezni (astma).					
Medicinske sestre so me poučile o simptomih in znakih moje bolezni (astma).					
Zdravniki so me poučili o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.					
Medicinske sestre so me poučile o ravnanju v primeru poslabšanja bolezni.					
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki jih bom jemal doma.					
Obveščen sem o namenu jemanja predpisanih zdravil za astmo, ki sem jih jemal že pred hospitalizacijo.					
Medicinske sestre na oddelku so me poučile o pravilni tehniki jemanja predpisanih zdravil za astmo.					
Poučen sem o stranskih učinkih zdravil, ki mi jih je predpisal zdravnik.					
Prejel sem pisna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo.					
Prejel sem ustna navodila o pravilnem odmerku predpisanega zdravila za astmo.					

Poučen sem o tem, koliko časa počakam med enim in drugim odmerkom zdravila.					
Poučen sem o časovnem urniku jemanja zdravil (zjutraj, zvečer...).					
Zdravstveno osebje mi je demonstriralo načine jemanja predpisanih zdravil za astmo.					
Zdravstveno osebje je pred odpustom iz bolnišnice preverilo moje znanje o jemanju zdravil za astmo.					
Prejel sem pisna navodila oziroma brošure o tehniki jemanja zdravil.					
V proces poučevanja o prejemanju terapije so bili vključeni tudi moji svojci in najbližji.					
Ni me strah samostojne in pravilne uporabe predpisanih zdravil doma.					
V času hospitalizacije mi je bila predstavljena možnost udeležbe na Šoli astme.					
V času hospitalizacije sem se udeležil šole astme.					
V času jemanja zdravil za astmo, so me medicinske sestre na oddelku poučevale o pravilnem jemanju ob vsaki priložnosti jemanja zdravil za astmo.					
V času jemanja zdravil za astmo, so me medicinske sestre na oddelku poučevale o pravilnem jemanju samo, če sem povedal, da ne znam jemati zdravil za astmo.					
Pred odpustom so mi povedali, da me bo obiskala patronažna medicinska sestra.					
Pred odpustom sem bil brez skrbi, ker poznam zdravila za astmo, ki jih bom jemal doma in pravilno vzamem zdravilo.					

Lepo se Vam zahvaljujem za Vaše sodelovanje.