



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE  
SESTRE PRI EDUKACIJI PACIENTA Z  
ASTMO**

**THE ROLE OF RNS IN EDUCATING  
ASTHMA PATIENTS**

Mentorica: Marta Smodiš, pred.

Kandidatka: Dolores Kragelj

Jesenice, september, 2017

## **ZAHVALA**

Najlepše se zahvaljujem mentorici Marti Smodiš, pred., za koristna navodila, strokovnost ter spremljanje in vodenje pri pripravi diplomske naloge.

Zahvalila bi se doc. dr. Ireni Grmek Košnik in Katji Vrankar, pred., za recenzijo diplomske naloge.

Zahvala gre tudi Dragu Žerjavu za pomoč pri obdelavi podatkov.

Hvala vsem diplomiranim medicinskim sestram gorenjske, posavske in osrednjeslovenske regije, ki so prostovoljno sodelovale v raziskavi, in njihovim vodjem, ki so odobrili sodelovanje v njej.

Posebna zahvala gre moji družini, ki so me spodbujali in skupaj z menoj strmeli k cilju zastavljene poti.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Zdravstvena vzgoja pacienta z astmo je bistveni del vsakih priporočil za obravnavo astme. Z učenjem želimo doseči, da pacient poveča znanje o astmi in ga spodbuditi k spremembi miselnega pristopa k bolezni.

**Cilji:** Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti vlogo diplomirane medicinske sestre pri vodenju in izobraževanju pacienta z astmo.

**Metoda:** Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna raziskovalna metoda in je potekala od 27.9.2016 do 4.11.2016. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnike smo razdelili diplomiranim medicinskim sestram v Zdravstvenem domu Brežice, Zdravstvenem domu Jesenice, Zdravstvenem domu Kranj, Zdravstvenem domu Krško, Zdravstvenem domu Ljubljana – center in Zdravstvenem domu Škofja Loka. Razdeljenih je bilo 60 vprašalnikov. Podatke smo kvantitativno obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Rezultati:** Anketiranci v veliki meri edukacijo izvajajo individualno. V povprečju se anketirani v največji meri strinjajo s trditvijo, da pri edukaciji pacienta uporabljajo metodo pogovora in vodene pogovore z diskusijo (PV = 3,64; SO = 0,99). Sledi strinjanje s trditvijo, da pri edukaciji uporabljajo metodo navajanja prepričanja, spodbujanja in preprečevanja (PV = 3,56; SO = 1,13). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da najpogosteje izvajajo skupinsko edukacijo (PV = 1,76; SO = 1,08).

**Razprava:** Na podlagi raziskave smo ugotovili, da je vloga diplomirane medicinske sestre velika in pomembna, saj zahteva veliko znanja in izkušenj glede same bolezni in zdravstveno vzgojnega dela s pacienti.

**Ključne besede:** astma, bronhodilatatorji, edukacija, šola astme, pacient, samooskrba astme

## SUMMARY

**Background:** Health education of asthma patient is an essential part of any asthma treatment recommendations. By teaching we want to increase the patients knowledge about asthma and simultaneously encourage them to change the mental approach to the disease.

**Aims:** The aim of the thesis was to determine the role of nurses in guiding and educating asthma patients.

**Methods:** A non - experimental quantitative research methods was used and took place from 27/09/2016 to 04/11/2016. The data were obtained using a structured questionnaire. The questionnaire was distributed among nurses of health institutions in Slovenia, namely Health Centre Brežice Health Centre Jesenice, Kranj Health Centre Health Centre Plant, Health Centre Ljubljana - Centre and Health Centre Škofja Loka. 60 questionnaires were distributed. The data were quantitatively analysed using Microsoft Excel. We considered differences, whit the level of statistical significance at 0.05 or below as statistically significant data.

**Results:** Respondents largely carry out individual education. On average, the respondents largely agree with the statement that when educating patients they are using the method of conversation and guided conversations and discussions (PV = 3.64; SO = 0.99). There is also agreement with the statement that they use the methods of convincing, encouragement and prevention (PV = 3.56; SO = 1.13). The statement they agree with the last is that group education is the most frequently used (PV = 1.76; SO = 1.08).

**Discussion:** Based on our research, we found that the role of nurses is significant and important, because it requires much knowledge and experience on the disease itself and health education work with patients.

**Keywords:** asthma, asthma education, bronchodilators, education, school asthma, asthma self-care

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1 OPREDELITEV ASTME IN ASTMATIČNEGA NAPADA .....	3
2.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI PACIENTU Z ASTMO .....	4
2.2.1 Zdravstveno vzgojno delo pri otrocih in njihovih starših .....	7
2.3 PRIDOBIVANJE ZNANJA ZA MEDICINSKE SESTRE.....	9
2.4 METODE IZOBRAŽEVANJA PACIENTA Z ASTMO.....	10
2.5 ŠOLA ASTME .....	11
2.6 UREJENOST ASTME .....	13
2.6.1 Kriteriji urejenosti astme.....	14
2.6.2 Ocena urejenosti astme.....	14
2.6.3 Načela obravnave pacienta z astmo .....	16
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>17</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	17
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	18
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	18
3.3.3 Opis vzorca.....	19
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	19
3.4 REZULTATI .....	20
3.5 RAZPRAVA .....	33
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>40</b>

**5 LITERATURA ..... 41**

**6 PRILOGE**

6.1 INSTRUMENT

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Kriteriji urejenosti astme .....	14
Tabela 2: Opis vzorca .....	21
Tabela 3: Pridobljeno znanje diplomiranih medicinskih sester v času študija .....	23
Tabela 4: Metode izobraževanja pacientov .....	30
Tabela 5: Časovna razporeditev pregledov pacientov z astmo.....	31
Tabela 6: Pomembnost trditev glede obravnave pacienta z astmo .....	32
Tabela 7: Strinjanje s trditvami o astmi.....	32
Tabela 8: Pearsonov koeficient korelacije statistično značilnih razlik v mnenjih diplomiranih medicinskih sester do metod izobraževanja in sicer glede na starost, delovno dobo in delovno mesto.....	33

## KAZALO SLIK

Slika 1: Število prvič obravnavanih pacientov z astmo v zadnjem mesecu .....	22
Slika 2: Vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo.....	24
Slika 3: Svetovanje diplomirane medicinske sestre, pacientu z astmo.....	25
Slika 4: Učenje diplomirane medicinske sestre, pacienta z astmo .....	26
Slika 5: Najpogostejše izvajanje edukacije pri pacientu z astmo .....	27
Slika 6: Cilj zdravljenja astme.....	28
Slika 7: Kdaj je cilj zdravljenja astme dosežen .....	29
Slika 8: Mnenje diplomiranih medicinskih sester o poučevanju na ustrezen in razumljiv način .....	30



## **SEZNAM KRAJŠAV**

ACT	Asthma control test
GINA	Global Initiative for Asthma
PEF	Peak expiratory flow
WHO	World Health Organization
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen

## 1 UVOD

V številnih državah astma kot bolezen postaja problem, zaradi svoje pogostosti (Putar & Cerjak, 2008). Košnik (2008) navaja, da je astma kronična bolezen, ki jo ima vsaj 5% populacije. V splošni ambulanti z 2.000 opredeljenimi pacienti naj bi jih približno 100 imelo astmo. Astma se največkrat začne že v otroški dobi. Tri četrtine pacientov ima blago (relativno lahko vodljivo) obliko astme in te paciente večinoma vodijo zdravniki splošne in družinske medicine. Cilj vodenja astme je, da pacienti z astmo živijo normalno življenje, brez omejitev v šoli, pri delu, vsakodnevnih in športnih aktivnostih. Košnik (2011) navaja, da je cilj zdravljenja astme, da pacient nima simptomov bolezni, da ga bolezen ne ovira pri vsakodnevnih aktivnostih, da ne potrebuje olajševalcev, da ima pacient normalno pljučno funkcijo in da nima poslabšanj bolezni. Če pacient izpolnjuje vse kriterije, je astma urejena.

Šuškovič (2003 cited in Jurinec, 2015, p. 4) navaja v raziskavi, ugotovitve stanja otrok in odraslih z astmo v Sloveniji. Ugotovil je, da je pogostost simptomov in telesna zmogljivost pacientov v Sloveniji primerljiva z rezultati drugih držav zahodne Evrope in Združenih držav Amerike, kljub višjemu odstotku predpisanih inhalacijskih glukokortikoidov v Sloveniji, ki znaša 85%. Neuspeh terapije naj bi bil posledica slabega sodelovanja pacientov pri zdravljenju astme z zdravili ter ne znanju pacientov o svoji bolezni. Kotnik Pirš & Krivec (2015 cited in Oštir, 2016, p. 38) navajata, da je astma pogostejša med otroci. Navajata, da naj bi imelo v razvitih državah okoli 10% otrok, prevalenca astme pa se je v osemdesetih in devetdesetih povečala za 42%, v starostni skupini od 5 in 34 let pa se je prevalenca povečala za 52%. Po letu 2000 je porast manjši in znaša 8%.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2002 je v Sloveniji okoli 15% otrok, ki imajo astmo (WHO, 2006 cited in Otorepec et al., 2013). Če podatke primerjamo z evropskimi državami je bilo največ otrok z astmo v Veliki Britaniji (več kot 20%), v starosti 6-7 leta in več kot 25%, v starosti 13-14 let. Razlike med državami se lahko kažejo zaradi različnega načina življenja, socio-ekonomskih razlik, prehranskih navad in okoljskih ali podnebnih dejavnikov (ENHIS, 2007 cited in Otorepec et al.,

2013). Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS, 2013 cited in Otorepec et al., 2013) je največ sprejemov otrok zaradi astme v Ljubljani in Mariboru.

Bruzzese et al. (2009) navaja, da je bilo v Združenih državah Amerike leta 2006 9% otrok, ki imajo diagnosticirano astmo, od tega jih je 14% mlajših od 18 let. Navaja tudi, da obolevnost ni enakomerno porazdeljena med populacijo. Otroci z nizkim socialno-ekonomskim statusom, ki živijo v urbanih območjih, imajo višjo obolevnost, imajo slabši dostop do optimalne oskrbe in postavitve diagnoze. Raziskava v javni šoli v Chicagu naj bi pokazala, da na odstotek otrok z diagnosticirano astmo in z znaki možne astme vplivajo rasne in etične razlike (26,8%). Družbeno – socialni in zdravstveni problem predstavlja kajenje (Jarvis et al., 2012 cited in Žugelj Pavlovčič, 2016, p. 8). Žugelj Pavlovčič (2016) navaja, da kajenje škodljivo vpliva na kadilce ter na njihovo okolico. Poleg dokazanega vpliva na skrajšanje življenjske dobe in poslabšanje zdravja kadilcev zaradi bolezni, poveča se prevalenca KOPB, rakavih obolenj in kardiovaskularnih obolenj, ima kajenje posreden vpliv na nekadilce. Kot navaja Mackenbach et al. (2008 cited in Koprivnikar, 2012, p. 73) je kajenje v številnih državah najverjetneje najpomembnejši dejavnik socialno – ekonomskih neenakosti v prezgodnji umrljivosti in obolevnosti. Kunst et al. (2004 cited in Koprivnikar, 2012, p. 73) navaja, da je eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za višje stopnje umrljivosti med skupinami z nižjim socialno – ekonomskim položajem. V svetu obstaja ogromen delež pasivne izpostavljenosti otrok tobačnemu dimu. Na Poljskem so objavili študijo, ki je pokazala, da je vsak dan izpostavljen tobačnemu dimu tako doma kot na javnih mestih, 4 milijone poljskih otrok. Substance tobaka dražijo dihalne poti. Vsebujejo snovi, ki skrčijo dihalne poti in povzročajo kašelj ter snovi, ki onemogoča samoočiščevalne mehanizme dihalnih poti, kar vodi k pogostejšim okužbam (Stankiewicz - Choroszuca, et al., 2011).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 OPREDELITEV ASTME IN ASTMATIČNEGA NAPADA

Košnik (2001 cited in Slatinšek, 2012, p. 1) navaja, da je astma kronična pljučna bolezen, pri kateri je značilno trajno vnetje dihalnih poti. Posledica vnetja pri astmi so stiskanje v prsih, dušenje, kašelj in piskanje. Navaja, da lahko pacienti z astmo z rednim jemanjem zdravil precej zmanjšajo njene simptome, njeno napredovanje ter pogostost poslabšanj, ne moremo pa astme pozdraviti. Dedna nagnjenost je za nastanek astme pomembna. Astma se pojavi pri osebah, ki imajo ustrezno dedno nagnjenostjo, največkrat pa jo povzroči alergija. Pogosto pa vzroka za sprožitev astme sploh ne ugotovimo. Poslabšanje astme je največkrat vzrok sprožilnih dejavnikov, kot so alergeni (hišna pršica, pelodi, plesni, živali, alergeni v delovnem okolju) in okužbe spodnjih in zgornjih dihal in opustitev jemanja zdravil. Če je glavni dejavnik astmatičnega vnetja alergija, moramo preprečiti stik z alergenom ali ga čim bolj zmanjšati ter zmanjšati vnetje z zdravili.

Astma je kronična bolezen za katero so značilni ponavljajoči se napadi težkega dihanja in sopenja, kateri se razlikujejo od pogostosti in resnosti različno od vsakega posameznika. Simptomi se lahko pojavijo večkrat v dnevu ali tednu, prav tako pa se lahko poslabšajo med telesno aktivnostjo ali ponoči (WHO, n.d.). Maček (2007 cited in Diklić, 2013, pp. 9-10) navaja, klasifikacijo astme po teži simptomov: intermitentna astma, blaga persistentna astma, zmerna persistentna astma, huda persistentna astma.

Fležar & Gabrijelčič (2000 cited in Čeh Selak, 2011, p. 1) navaja, da je astma bolezen, ki prizadene v anatomskem pogledu samo dihalne poti. Prizadene prevodno cono pljuč, ta je odgovorna za pretok zraka iz okolja do alveolov. Bolezen ne prizadene respiratorno cono. Funkcijske motnje respiratornega dela pljuč kot so: alveoli, alveokapilarne membrane in pljučno žilje pa so prisotne posledično zaradi motenj v mehaniki dihanja, ki so povzročene z boleznijo dihalne poti. Aktivnost boleznij ni ves čas enaka, zato ločimo astmo v stabilni fazi in poslabšanje astme različnih intenzitet. Astmo prištevamo

k obstruktivni boleznih dihal. Bolezen se pogosto pojavi že v zgodnjem otroštvu in pri večini traja celo življenje (Košnik, 2004 cited in Čeh Selak, 2011, p. 1).

Med astmatičnim napadom se gladke mišice v bronhijih skrčijo, sluznica pa zaradi vnetja oteče in izloča sluz v dihala. Splet teh dogajanj zoži dihalne poti. Zaradi tega se mora pacient pri vdihovanju in izdihovanju bolj naprezati« Pri astmatičnem napadu pacientu primanjkuje zraka oz. kisika, vendar težava ni pri vdihu, ampak pri izdihu. Zaradi zgoraj opisanih sprememb pacient z astmo ne more iztisniti zraka iz pljuč. Zrak, ki vsebuje preveč ogljikovega dioksida, ostaja ujet v pljučih. V arterijski krvi zasledimo pomanjkanje kisika – hipoksemijo. Pri blažjih napadih je tlak ogljikovega dioksida normalen, medtem ko je pri težjih napadih v arterijski krvi preveč ogljikovega dioksida. Slednje imenujemo hiperkapnija, ki je bolj nevarna kot hipoksemija, ker se pri tem organizem zastruplja (Hosta, 2003 cited in Diklić, 2013, p. 4).

Kadivec (2000 cited in Slatinšek, 2012, p. 1) navaja, da telesna aktivnost (tek, plavanje) lahko sproži astmatični napad. Tudi razni alergeni lahko sprožijo napad dušenja, najbolj pogosti alergen je pršica, ki se najpogosteje zadržuje v okolju, kjer živimo v zavesah, žimnicah, preprogah, oblekah, igračah iz blaga ter talnih oblogah iz tekstila. V takem primeru je za pacienta z astmo dobro, če si okolje v katerem živi uredi brez tapisonov ter preprog, s parketom, zavesa naj se perejo pogosto in naj bodo lahke, odsvetujemo, da zimsko garderobo hrani v spalnici in obolelemu svetujemo, da spi na antialergijskem ležišču. Nastanek astme včasih sproži tudi virusna okužba dihal, ki pri alergičnih ljudeh poveča preobčutljivost za antigen okolja (Morgan, 2013 cited in Gombač, 2015, p. 1).

## **2.2 ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI PACIENTU Z ASTMO**

Danes je mogoče v številnih slovarjih razbrati naslednje pomene 'Education': »proces pridobivanja znanja in razumevanja, znanje in razumevanje pridobljeno preko študija in treninga, proces proučevanja in učenja, teorija poučevanja in učenja« (Lesar & Peček, 2008). Izraz edukacija najpogosteje uporabljajo zdravstveni delavci, pogosto ga uporabljajo tudi strokovnjaki na drugih področjih, kjer je razlaga izraza zelo različna,

nekaterim pomeni izobraževanje in zdravstveno vzgojo, ali samo izobraževanje ali samo zdravstveno vzgojo (Kvas, 2011).

Hoyer (2005 cited in Benedičič Katona, 2011, p. 14) navaja, da je zdravstvena vzgoja široko prosvetljevanje za samostojnost v skrbi za zdravje in sodelovanje pri zdravljenju kadar je to potrebno in zajema ljudi v vseh starostnih obdobjih. Zdravstvena vzgoja pacientom pomaga razumeti predstavljene informacije, pomaga jim razjasniti svoja stališča in oblikovati nova, pacientom pomaga spoznati nove vrednote ter jih spoštovati, hkrati pa so pozorni na svoje obnašanje glede zdravja.

V pogovoru z medicinsko sestro in zdravnikom se pacient nauči, kaj je astma, kaj jo poslabša ali povzroči, kako prepreči poslabšanje astme, kako jo ublaži ter pozdravi. Vsak pacient z astmo mora poznati potek in način zdravljenja svoje bolezni. Naučiti se mora kakšna je razlika med olajševalnimi in preprečevalnimi zdravili ter se hkrati zavedati, da zdravila potrebuje tudi takrat ko nima težav (preprečevalna zdravila). Naučiti se mora pravilne tehnike jemanja predpisanih količin inhalacijskega zdravila. Medicinska sestra pacientu tehniko pokaže in kasneje pogosto preveri pravilnost uporabe. Medicinska sestra glede na pacientove sposobnosti in zmožnosti odloča, katera pomagala bo pacient uporabil pri inhalaciji (Šuškovič, 2004 cited in Brda, 2012, p. 18).

Pacienta in svojce poučimo o prepoznavanju poslabšanja astme na podlagi merjenja pljučne funkcije s PEF metrom, ki meri, kako hitro se zrak lahko izmenjuje med pljuči in okolico. Medicinska sestra pacienta nauči pravilnega merjenja pljučne funkcije, občasnega preverjanja pravilnosti uporabe in čiščenja Peak Flow Metra (PEF). Pacientu vedno pokažemo meritev tudi s praktičnim prikazom (Košnik, 2004 cited in Čeh Selak, 2011, p. 11).

Zdravstvena vzgoja pacienta z astmo se začne pri diagnosticiranju in postavitvi dokončne diagnoze in je bistveni sestavni del obravnave astme (Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, 2011 cited in Grušovnik, 2016, p.13). Pacient potrebuje vse potrebne informacije o svoji bolezni, da bo znal obvladovati simptome, ukrepati in se izogibati aktivnostim ter alergenom, ki bi lahko poslabšali njegovo

bolezen (Nacional Asthma Clinical Care Programmme, 2013 cited in Grušovnik, 2016, p. 13).

Medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno vzgojo pacienta z astmo, posreduje navodila v ustni in pisni obliki. Na področju poučevanja pacienta z astmo ima medicinska sestra veliko in pomembno vlogo. Zato je pomembno kontinuirano izobraževanje pacientov z astmo in preverjanje njihovega znanja ter učinkov pouka. Cilj zdravstvene nege je namreč poučen pacient, ki svojo bolezen in zdravljenje razume ter ima pozitiven odnos do svoje bolezni. Pacient, ki bo spoznal in sprejel svojo bolezen, jo bo obvladoval in znal z njo živeti. Zdravstveno vzgoja pacienta z astmo je zato potrebno neprekinjeno izvajati (Česen, 2006 cited in Rančan, 2012, p. 54).

Najpomembnejše pri vlogi diplomirane medicinske sestre, ki opravlja svoje delo je, da morajo pacienti dobiti zaupanje v njeno strokovnost. Zato so na strokovni ravni pomembni argumenti in njihova razlaga. Pri pristopu izbiramo pozitivne besede (Dermol Hvala, 2001 cited in Vrtačnik, 2012, p. 18). Namen zdravstvene vzgoje je, da pacient pridobi veščine za uspešno samozdravljenje in prevzame del odgovornosti za svoje zdravje. Farmacevti ugotavljajo da imajo splošni zdravniki, čeprav ob kompleksnosti in ovirami kot so čas in nereden kontakt s pacientom največjo vlogo pri vodenju astme. Medicinska sestra, učitelji o astmi in psihoterapevti so bili prepoznani kot, da imajo potencialno vlogo pri vodenju astme. Farmacevti so opozorili tudi na pomenu samo-vodenja pacienta z učenjem resnosti bolezni in priporočenem stalnem nadzoru nad boleznijo. Farmacevti mislijo, da bi morali pacienti biti bolj aktivni pri iskanju profesionalnih intervencij med ne akutnimi dobami in vodenja astme (Cvetovski et al., 2009).

Kadivec (2000 cited in Ibrakić, 2013, p. 20) navaja, da je dejavnosti, ki so namenjene izboljšanju zdravja več. Da je za pacienta, ki ima astmo pomembna zdravstvena vzgoja, ki ni samo posredovanje podatkov o zdravju, ampak temelji tudi na aktivnem učnem procesu ob lastnih izkušnjah. Za pacienta z astmo je pomembno, da ga osveščamo, spodbujamo in mu dajemo oporo. Pomagamo mu, da bolezen sprejme in se nauči živeti z njo, hkrati pa se izvajajo ukrepi za zmanjšanje poslabšanja bolezni in za izboljšanje

pacientove prilagodljivosti na zanj zadovoljiva stanja. Putar in Cerjak (2008) sta v svoji raziskavi želeli ugotoviti, kakšne so izkušnje pacientov z obstruktivnimi obolenji, raziskavo sta izvajali v bolnišnici Topolšica in zdravstvenemu domu Velenje, kjer je sodelovalo 60 pacientov. Z anketnim vprašalnikom sta prišli do sklepa, da izkušnje pacientov nakazujejo na dobro in kakovostno zdravstveno vzgojno obravnavo. Več kot polovica anketirancev se strinja, da dobijo v bolnišnici Topolšica in v pulmološki ambulanti zdravstvenega doma Velenje dovolj navodil, informacij, da je pristop zdravstvenega osebja zelo dober. Med rezultati ankete sta prikazali močno vlogo medicinske sestre, saj v 75% odgovori kažejo, da je način uporabe in pravilno tehniko inhalacijskega zdravila demonstrirala medicinska sestra. Avtorici sta navedli, da je pripravljenost anketirancev za vključitev v zdravstveno vzgojo in šolo astme za paciente z obstruktivnimi obolenji v 62%. 5% pacientov je odgovorilo, da ni dobilo dovolj informacij o svoji bolezni, 2% pacientov ocenjuje, da je bil pristop zdravstvenega osebja slab.

### 2.2.1 Zdravstveno vzgojno delo pri otrocih in njihovih starših

Martinez (2009 cited in Skerbinjek Kavalar, 2013, p. 4) navaja, da je astma pri otroku posebna entiteta bolezni, ki je zelo heterogena. Je bolezen, ki za otroka in starše predstavlja velik problem zaradi nenadnih, življenja ogrožujočih epizod zapore dihalnih poti in omejene telesne zmogljivosti zaradi slabše pljučne funkcije. Navaja, da mora pediater ob zdravljenju upoštevati družinsko obremenitev glede atopije in astme, klinično sliko otroka, bivalno okolje in aktivnosti otroka. S starši pa mora vzpostaviti pravilen odnos in zaupanje v zdravljenje, saj pravočasno odkrita in pravilno vodena astma preprečuje preoblikovanje dihalnih poti, ki je posledica kroničnega vnetja ter pomeni stabilizacijo in preprečevanje zapletov v odrasli dobi.

V primeru otrok to odgovornost prevzamejo starši (McCarty & Rogers, 2012 cited in Žebaljec, 2014, p. 18). Poskrbimo za pridobitev ali izboljšanje znanja staršev o astmi, sprožilcih, ukrepih itd.. Pri starših, kjer je bil uporabljen individualen in skupinski pristop vzgoje, je bil opažen največji napredek (Peterson-Sweeney et al., 2007 cited in Žebaljec, 2014, p. 19). Ugotavljajo, da so največ znanja odnesli starši, ki so bili poučeni



v skupinskem pristopu zdravstvene vzgoje, kjer so si med seboj izmenjali izkušnje (McCarty & Rogers 2012 cited in Žebaljec, 2014, p. 19). Skinder Savić (2009 cited in Dorđević, 2015, p. 11) navaja, da medicinska sestra nudi staršem čustveno podporo in jih usposablja za zdravstveno nego njihovega otroka v domačem okolju. Nauči jih opazovati otroka, tako da bodo znali prepoznati znake bolezni. Navaja, da je pomembno, da starši svojega otroka sprejmejo takšnega, kot je, z vsemi njegovimi potrebami. Zavedati se morajo svoje vloge, pridobiti zaupanje in samozavest. V proces zdravstvene nege pa se morajo starši vključiti že na začetku zdravstvene obravnave. Zorec (2006) navaja, da je pomembno v zdravstveni vzgoji, da pri vodenju astme aktivno sodelujejo tako starši kot otroci. Medicinska sestra staršem svetuje, naj se otroci izogibajo sprožilnim alergenom in škodljivim vplivom okolja. Starše nauči tudi prepoznati zgodnje znake poslabšanja astme. Nauči jih opazovanja otrokovega dihanja, preštejejo število vdihov v minuti, ko otrok spi ali miruje ter da opazujejo ali otrok pri dihanju uporablja pomožne dihalne mišice. Svetuje jim, naj si otroci izmerijo količino izdihanega zraka z merilnikom pretoka zraka (PEF meter). Podučijo jih o aplikaciji zdravil, najprej o preprečevalnih zdravilih, nato pa šele o protivnetnih zdravilih. Medicinska sestra svetuje tudi, da naj otroci čim več prostega časa preživijo na zraku, v planinah ali ob morju ter da obiščejo šolo za astmatike.

Otrok, ki ima astmo je lahko zdrav otrok, vendar samo takrat, ko je astma dobro vodena. Najpomembnejši cilj zdravljenja je popoln nadzor nad astmo. To dosežemo tako, da otroke in njihove starše dobro podučimo o naravi astme, delovanju zdravil in ukrepanju ob poslabšanju te bolezni (Zupan & Oštir, 2015). Zupan & Oštir (2015) navajata, da raziskave po vsem svetu kažejo, da v vsakdanjem življenju le malo pacientov doseže tako dobro stanje urejenosti astme, kakršno je možno doseči v kliničnih raziskavah. Medicinska sestra izvaja zdravstveno vzgojno delo pri otroku in družini na tistih področjih, za katera bodo lahko skrbeli sami. Medicinska sestra glede na potrebe otroka in družine izdelava učni načrt, ki bo omogočil čimprejšnjo vrnitev v domače okolje. Pri vsakemu posamezniku pa moramo vzpodbuditi notranjo motivacijo, ki zajema potrebo in interes po učenju, tako, da se zaveda kaj pomeni znanje za njegovo zdravje. Guevara (2003 cited in Zupan & Oštir, 2015) je v svoji literaturi uporabila meta analizo z naslovom Vpliv edukacijskih intervencij na samozdravljenje astme pri otrocih in

mladostnikih iz leta 2003, kjer s sodelavci ugotavlja, da je edukacija otrok in staršev zelo povezana z izboljšano pljučno funkcijo in samoučinkovitostjo pacientov in njihovih družin. Ugotavlja tudi zmanjšano odsotnost v šoli ter manjše število obiskov v dežurni službi in zmanjšano število dni povezanih z omejitvami v aktivnosti.

### **2.3 PRIDOBIVANJE ZNANJA ZA MEDICINSKE SESTRE**

Dobrašinović (n.d., p. 1) navaja, da je učenje zaposlenih celoten proces, v katerem razvijajo možnosti, izboljšujejo tehnike in poklicne kvalifikacije ter bogatijo svoje znanje. Pravo učenje poklica pa se začne s prvim dnem, ko se zaposlimo. Lubi & Vražič (2010 cited in Benedičič Katona, 2011, p. 14) navaja, da je zdravstvena vzgoja lahko formalna ali neformalna. Formalna zdravstvena vzgoja je tista, ki je naprej načrtovana s strani strokovnjakov z namenom, da ti vplivajo na vedenjski vzorec posameznika, družine ali skupnosti in se izvaja organizirano v obliki šolskega dela ali izobraževanja za odrasle. Za neformalno zdravstveno vzgojo pa velja, da je nenačrtovana, velikokrat naključen proces, kjer je vključeno posredovanje znanj in izkušenj znotraj družine oziroma lokalne skupnosti in lahko poteka preko javnih občil, različnih brošur, plakatov, letakov, kontaktnih radijskih in televizijskih občil, iz zdravstvene literature in vzgojnih predavanj zdravstvenih delavcev. S formalnim izobraževanjem medicinska sestra pridobi formalno izobrazbo – eksplicitno znanje. Z delom ob pacientu pa medicinska sestra v kliničnem okolju in od izkušenih sodelavcev pridobi tacitno - molčeče znanje. To je znanje, ki ji pomaga reševati pogoste negovalne probleme v klinični praksi (Bohinc & Gradišar, 2003 cited in Maze 2009, p. 431). Svoje znanje mora nenehno nadgrajevati in se izpopolnjevati. Novo znanje vodi v inovacije in izboljšave pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege, organizaciji, raziskovanju in razvoju stroke. Tako dosežemo večjo kakovost in varnost tako za paciente kot za medicinsko sestro (Maze, 2009 cited in Špan, 2013, p. 10). Nova znanja medicinska sestra pridobi tudi na neformalen način v okviru sekcij Zbornice zdravstvene nege Slovenije. V informativnem biltenu Utrip so objavljeni programi različnih izobraževanj, ki se jih lahko udeleži pasivno ali aktivno, to pa šteje za napredovanje (Zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, n.d. cited in Fekonja, 2009, p. 14). Med neformalno izobraževanje štejemo tudi uvajanje in privajanje na delo in vsa

izpopolnjevanja formalne izobrazbe ali drugače pridobljenega znanja (Černetič, 2006 cited in Urbas, 2008, p. 14).

## 2.4 METODE IZOBRAŽEVANJA PACIENTA Z ASTMO

Vsaka medicinska sestra, ki vodi zdravstveno edukacijo, mora s pacientom, najprej vzpostaviti dobro komunikacijo, na takšen način, pridobi pacientovo zaupanje, njegovo sodelovanje ter pozornost (Česen, 2006 cited in Rančan, 2012, p. 53). Metode dela so najuspešnejše poti v zdravstveni vzgoji, s katerimi dosegamo zastavljene cilje: pridobivanje znanja, navade, spretnosti, vrednote, stališča in spremenjene vzorce obnašanja (Kadivec, 2000 cited in Brda, 2012, p. 20). Poznamo dve metodi dela in sicer prva metoda je metoda demonstriranja, ki je pri zdravstveno vzgojnem delu zelo pomembna, saj je veliko vsebin, ki jih z verbalnimi metodami ne moremo razumljivo in nadzorno predstaviti. Pri njej si medicinska sestra pomaga z zloženkami in pripomočki in tako pokaže delovanje razpršilnikov, diskusov in nastavkov. Druga metoda pa je individualna oblika dela, ki sestoji iz komunikacije s posameznikom. V zdravstveni vzgoji je pomembna pri obravnavanju in reševanju problemov posameznika, pri dajanju navodil in preverjanju razumevanja navodil ter za ocenjevanje rezultatov učenja. Ta oblika poteka tudi kot delo posameznika v skupini (Hoyer, 2005 cited in Brda, 2012, pp. 20-21). Boulet et al. (2015) so v raziskavi na primarnem nivoju ugotavljali zmanjševanje uporabe antibiotikov in problemov z astmo pri dobro educiranih pacientih. Raziskava je pokazala, da lahko edukacija izboljša rezultate astmatičnih pacientov in zmanjša nenačrtovane obiske in nepravilno uporabo zdravil, kot so antibiotiki. Plaza et al. (2015) so v enoletni raziskavi pri 230 pacientih ugotavljali vpliv ponavljajoče edukacije na tri mesece, kjer so skupaj s pacienti pripravili načrt samozdravljenja. Ugotovili so učinkovito izboljšanje astme in nadzor nad simptomi astme, kar je izboljšalo možnosti tveganja in kakovost življenja. V Ameriki so v projektni skupini s predstavniki sveta za alergijo, astmo in imunologijo, Joint Council of Allergy, Asthma, and Immunology, American College of Allergy, Asthma, and Immunology, American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology, American Lung Association; American Thoracic Society, National Asthma Educator Certification Board, American College of Chest Physicians; and Association of Asthma

Educatorspedagoge napisali standardiziran učni načrt, kot smernico za izobraževanje v ustanovah, ki je določal minimalne standarde za edukacijo in poučevanje pacientov ali skrbnikov (Gardner, et al., 2015). Na Univerzitetni Kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik poteka kontinuirano izobraževanje o astmi, večkrat letno, s pogovorom ter možnostjo izmenjave izkušenj z drugimi pacienti z astmo (Šuškovič, n.d.).

## 2.5 ŠOLA ASTME

Šola za zdravljenje astme je oblika zdravstvenega vzgojnega dela, ki omogoča sistematično podajanje znanja o bolezni, njenem poteku zdravljenja in dolgoročnem vodenju. V tem procesu zdravljenja sodelujejo vsi člani zdravstvenega tima in sicer zdravnik, diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik, fizioterapevt. Ključnega pomena za uspešen izobraževalni program je partnerstvo med pacientom (njihovimi svojci) in zdravstvenimi delavci (Zupan & Oštir, 2015).

Edini način, ki omogoča uspešen nadzor bolezni je, da se pacient z astmo, ki je kroničen pacient nauči samozdravljenja. Z učenjem pacientu povečamo znanje o bolezni ter ga s tem spodbujamo k spremembi miselnega pristopa bolezni. Če pacienta aktivno vključimo v proces zdravljenja, se izboljša tudi izid samega zdravljenja (Kadivec & Košnik, 2006 cited in Žebaljec, 2014, p. 15).

Partnerstvo mora biti podprto z visoko stopnjo soglasja o ciljih zdravljenja in vključevati spremljanje doseganja le teh. Uporabljamo različne metode in oblike dela, kot so: metoda ustnega razlaganja, metoda razgovora (individualno ali v manjši skupini), metoda kazanja in demonstracije in metoda praktičnih del. Najbolj priporočljiva je individualna oblika dela, ki je zelo pomembna pri reševanju specifičnih problemov pacienta in omogoča lažje preverjanje znanja in sprotno dogovarjanje o nadaljnjem sodelovanju. Druga oblika je skupinsko delo, kjer lahko pacienti svoje izkušnje delijo med seboj (Zupan & Oštir, 2015).

Pacienti, ki obiščejo astma šolo, imajo različna predznanja o astmi ter različna pričakovanja glede programa. Cilji, ki se želijo doseči v astma šoli skupaj s pacienti, so

individualni, prilagojeni vsakemu pacientu posebej. Pomembno je, da pacient aktivno sodeluje pri doseganju dolgoročnega cilja – obvladovanje bolezni. V astma šoli se želijo doseči kratkoročni cilji, ki predstavljajo osnovo pri vodenju pacienta z astmo (Počvavšek, 2007 cited in Slatinšek, 2012, p. 50). Uspešnost zdravljenja astme je odvisna od obveščenosti pacienta o naravi bolezni in načinu njenega zdravljenja. Zato je sodelovanje med zdravnikom, medicinsko sestro in pacientom ključnega pomena. Glavni cilj usposabljanja v šoli astme je, da pacient pridobi sposobnost samokontrole in samozdravljenja po individualnem terapevtskem programu, ki ga nadzorujeta zdravnik in medicinska sestra ter tako pacientu omogoči kakovostno življenje s to boleznijo (Žabkar, 2010). Žabkar (2010) navaja, da se zaradi boljšega sodelovanja vse bolj razvija organizirano učenje pacientov z astmo, za katerega ocenjujejo, da je ključ do uspešne preventive in zdravljenja astme tako v ekonomsko razvitem svetu kakor v deželah, ki so v razvoju. Izobraževalne programe vodijo usposobljene medicinske sestre, ki imajo specifična znanja, čas in komunikacijske sposobnosti. S prvim stikom medicinska sestra pridobiva podatke za obravnavo pacienta s pomočjo intervjuja, z opazovanjem, merjenjem in analizo dokumentacije (McCarty & Rogers, 2012).

Pacienti, ki imajo psihosomatske težave so težje vodljivi od pacientov z astmo, ki takšnih težav nimajo (Eisner et al., 2005 cited in Šuškovič et al., n.d., p. 1). Bolezni ne moremo uspešno zdraviti, če pacienta ne poučimo o sami bolezni. Pouk poteka stalno. Mnogo pacientov ne zna uporabljati zdravil. Če pacient ne kaže zavzetosti za zdravljenje so ukrepi predlaganega algoritma obravnave astme neuspešni (Allen et al., 2003 cited in Šuškovič et al., n.d., p. 2). Potrebno je obvladovati tudi komorbidnost (pacienti s srčno boleznijo, ki so bolj občutljivi na stranske učinke), ki so pogoste pri starejših pacientih z astmo (Townsend et al., 1995 cited in Šuškovič, et al., n.d., p. 2). Lek (2012 cited in Kozar, 2012, p. 11) navaja, da mora vsak pacient poznati sprožilce bolezni in se jim v čim večji meri izogibati. Navaja, da si mora redno meriti in zapisovati največji pretok zraka v pljučih (PEF meter), saj lahko tako hitro prepozna bližajoče se poslabšanje astme in ustrezno ukrepa, dobro mora obvladati pravilno tehniko jemanja inhalacijskih zdravil, ker se astma lahko poslabša nenadoma, mora imeti vsak bolnik načrt samozdravljenja poslabšanja astme, v katerem so natančno določeni vsi ukrepi, ki jih mora izvesti sam, še preden poišče zdravniško pomoč.

## 2.6 UREJENOST ASTME

Medicinske sestre morajo paciente (njihove svojce) naučiti dnevnika vodenja astme, ki jim bo služil za boljše spremljanje zdravstvenega stanja. Vodenje dnevnika je zelo pomembno tudi za zdravnika, ki vodi zdravljenje. Z zapisanimi padci in vzponi meritev PEF ter opisanimi simptomi poslabšanj in porabo zdravil, bo zdravnik lažje ocenil potek in trenutno stanje astme (Oštir, 2015). Morgan (n.d. cited in Jurinec, 2015, p. 4) navaja, da se danes pri načrtovanju terapevtskih ukrepov naslanjamo na urejenost astme. Zdravljenje astme glede na težo bolezni (intermitentna, blaga persistentna, zmerna persistentna, težja persistentna) je zastarelo.

GINA (2003 cited in Černe, 2007, p. 19) navaja, da je s pravilnim zdravljenjem mogoče doseči urejenost astme ter, da z nobenim znanim zdravilom astme ne pozdravimo dokončno, ampak je ponavadi potrebo dolgoletno ali doživljenjsko zdravljenje. Pacientom je potrebno to neprijetno dejstvo povedati. Začetna zdravila predpiše zdravnik po oceni teže novo odkrite astme. Čim bolj je negotov, hitreje mora pacienta povabiti na prvi kontrolni pregled. Vse kasnejše farmakološke in nefarmakološke ukrepe se prilagaja stopnji urejenosti astme, s katero ocenimo njeno stanje (Šuškovič, 2006 cited in Černe, 2007, p. 19).

Šuškovič (2008) v raziskavi navaja, da ima veliko pacientov slabo urejeno astmo kljub predpisani terapiji. V svoji raziskavi je preučeval v kolikšni meri se da urejenost astme še dodatno izboljšati. V raziskavo je vključil 425 pacientov z neurejeno astmo, katerim so zdravniki po lastni presoji spremenili predpisan olajševalec, inhalacijski glukokortikoid brez ali z dolgodelujočim simpatikomimetikom dodatno predpisani montelukast 10mg/dan. Raziskava je pokazala, da se je pacientom po 6 tednih izboljšala pljučna funkcija, zmanjšala pogostost dnevnih in nočnih simptomov ter popravila telesna zmogljivost. Pacientom se je izboljšala kakovost življenja. Avtor meni, da je potrebno redno razkrivanje stopnje urejenosti astme ter da montelukast (uporabljamo za preprečevanje in zdravljenje kronične bronhialne astme pri bolnikih, starejših od 15 let) pomembno izboljša parametre urejenosti astme ne glede na predhodno terapijo, tudi pri pacientih, ki imajo neurejeno astmo.

## 2.6.1 Kriteriji urejenosti astme

Če je astma pravilno zdravljena, vodena in kontrolirana prepreči preoblikovanje dihalnih poti, preprečuje simptome bolezni in zagotavlja dobro kontrolo bolezni v daljšem časovnem obdobju. Terimini »nadzorovana ali urejena (kontrolirana)«, »delno urejena« in »urejena« označujejo klinični značaj astme (Thomas et al., 2009 cited in Skerbinjek Kavalarič, 2013, p. 10).

**Tabela 1: Kriteriji urejenosti astme**

<b>Stopnja urejenosti</b>	<b>urejena</b>	<b>delno urejena</b>	<b>neurejena</b>
Dnevni simptomi	brez (2-krat ali manj na teden)	več kot 2-krat na teden	trije dejavniki ali več dejavnikov delno urejene astme v katerem koli tednu
<b>Stopnja urejenosti</b>	<b>urejena</b>	<b>delno urejena</b>	<b>neurejena</b>
Omejeno dnevno udejstvovanje	brez (2-krat ali manj na teden)	prisotno	trije dejavniki ali več dejavnikov delno urejene astme v katerem koli tednu
Nočni simptomi	brez	prisotni	trije dejavniki ali več dejavnikov delno urejene astme v katerem koli tednu
Potreba po olajševalcu	brez (2-krat ali manj na teden)	več kot 2-krat na teden	trije dejavniki ali več dejavnikov delno urejene astme v katerem koli tednu
Pljučna funkcija (PEF ali FEV <sub>1</sub> )	normalna	< 80% predvidene	trije dejavniki ali več dejavnikov delno urejene astme v katerem koli tednu

Vir: Kržišnik, 2013

## 2.6.2 Ocena urejenosti astme

Dosedanje smernice GINA priporočajo pri pacientih, ki so na terapiji opredelitev teže astme, glede na odmerek protivnetnih zdravil, ki so potrebni za stabilizacijo astme. Če pacient za nadzor nad astmo potrebuje odmerek zdravil, ki so priporočeni za blago astmo, potem ima pacient blago astmo. Če ima pacient ob zdravljenju, ki jih prejema za blago persistentno astmo še vedno simptome, ga umestijo v zmerno persistentno astmo. Če pacient za nadzor nad astmo potrebuje odmerke zdravil, ki so priporočeni za zmerno astmo, potem ima zmerno astmo. Za ocenitev urejenosti astme, je pomembna ocena

aktivnosti astmatskega vnetja. Vodenje astme, ki temelji na spremljanju vnetja, je uspešnejše, kot vodenja zdravljenja astme le po simptomih, ki le indirektno ponazarjajo aktivnosti vnetja. Na neurejenost astme pa vplivajo tudi mnogi nefarmakološki dejavniki (Šuškovič et al., 2006 cited in Lackovič, 2013, p. 18). Šuškovič (2005 cited in Kovačič, 2008, p. 17) navaja, da lahko astmo določimo z merjenjem simptomov, pljučne funkcije, z opazovanjem in kliničnim pregledom. Glede na pogostost pojavljanja simptomov je določena teža oziroma vrsta astme in s tem je povezana količina in pogostost uporabe bronhodilatatorja.

Fulwood et al. (2007 cited in Vrtačnik, 2015, p. 9) navaja, da je prvi ukrep pri nastali ali astmi, ki je v stanju poslabšanja anamneza bolezni in ocena pljučne funkcije. Enostaven način za pacienta tako v samovodenju doma kot v ambulanti je kontrolni Asthma Control Test ACT. ACT je eno od orodij za spremljanje urejenosti stabilne astme in preprosta metoda za oceno astme. Rezultat testa pove, ali ima pacient svojo bolezen pod nadzorom ali ne, če jo ima, zdravljenje nadaljuje po navodilih (Kadivec, 2011 cited in Vrtačnik, 2015, p. 9). Vprašalnik vsebuje le pet vprašanj (koliko težav je imel pacient zaradi bolezni v preteklih štirih tednih). Pacient vprašalnik izpolni enkrat mesečno (Chung et al., 2013 cited in Škrgat, 2016, p. 19).

### **Vprašalnik za urejenost astme:**

Toni et al. (2012 cited in Jurinec, 2015, p. 5) navaja, da je test v obliki kratkega vprašalnika, ki ima starostno omejitev in sicer nad 12 let. Vprašanja v testu so številčno točkovana in tako omogočajo ocenjevanje nadzora nad astmo. Vprašalnik sestavlja 5 postavk s 5 - stopenjsko lestvico. Pacienti se v odgovoru opredelijo s številko od 1 do 5, zato seštevek točk zavzema vrednosti od 5 do 25. Popolnoma urejena astma je kadar je vrednost točk 25. Kadar je nadzor nad astmo dober, ne pa popoln, ima pacient od 20 do 24 točk. Rezultat, ki je manjši od 20 točk pa pomeni, da pacient v zadnjih štirih tednih ni imel nadzora nad astmo. Vprašalnik za urejenost astme je sestavljen iz naslednjih vprašanj:

- Kako pogosto so vas v zadnjih 4 tednih dnevni simptomi ovirali pri dnevni opravih? Kako pogosto ste v zadnjih 4 tednih imeli pomanjkanje sape?



- Kako pogosto so vas v zadnjih 4 tednih ponoči zbudili simptomi astme?
- Kako pogosto ste v zadnjih 4 tednih uporabili olajševalce?
- Kako bi ocenili vašo urejenost astme v zadnjih 4 tednih? (ACT, n.d., cited in Prisljan, 2014, p. 5).

### 2.6.3 Načela obravnave pacienta z astmo

Pod načela obravnave pacienta z astmo štejemo pregled (anamneza, telesni pregled, krvne preiskave, spirometrija, PEF - merjenje največjega pretoka zraka pri izdihu na vso moč). Medicinska sestra vedno preveri praktično znanje uporabe pacientovih vdihovalnikov (pacient pokaže kako uporablja vdihovalnik), oceni zavzetost za zdravljenje, oceni urejenost astme v enomesečnem obdobju (ACT) (Poplas Susič, et al., 2011).

Global Initiative for Asthma (GINA 2003 cited in Černe, 2007, p. 12-13) navaja, da so vodilne smernice pri astmi, ki so v veljavi, prilagojene in primerne za lokalno uporabo in strokovno zdravstveno oskrbo na primarni in sekundarni ravni. Smernice so v nacionalnem ali internacionalnem obsegu. Kažejo nam učinkovito pot do zmanjšanja pogostosti in teže astme. Navaja, da naj bi smernice najbolj učinkovito predstavljale zdravstveno oskrbo. Enostavno branje le-teh pogosto ne spremeni odnosa za skrb. Informacije sicer pacient pridobi, ampak so le redko dovolj, da naredi spremembe in spremeni dosedanje vedenje. Smernice so pogosto dolgočasne in vsebujejo mnogovrstna sporočila, opisujejo različne razmere in različne teže bolezni.

Šest – stopenjski plan vodenja in nadzora astme opisuje, da je ravnanje pri astmi sestavljeno s šest medsebojnih povezanih delov, ki jih sestavlja: izobraziti pacienta, da sprejme astmo kot del sebe, ocenitev stanja astme s pomočjo izvidov in pripovedovanja pacienta in še bolj pomembno z merjenjem pljučne funkcije oziroma delovanja pljuč, izogibanje izpostavljenosti tvegajočim faktorjem, individualni medicinski dolgoročni plani za otroke in odrasle, priprava individualnih planov za ravnanje ob poslabšanju ter skrb za redno kontrolo pacientov po zdravljenju (GINA, 2003 cited in Černe, 2007, p. 13).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Z empirično raziskavo, ki je bila izvedena med diplomiranimi medicinskimi sestrami zdravstvenih ustanov v Sloveniji, bomo predstavili in analizirali vlogo diplomirane medicinske sestre pri izobraževanju pacienta z astmo.

Namen diplomskega dela je ugotoviti vlogo diplomirane medicinske sestre pri vodenju pacienta z astmo.

Cilj diplomskega dela je ugotoviti:

- vlogo diplomirane medicinske sestre pri izobraževanju pacienta z astmo.
- odnos diplomirane medicinske sestre do dela s pacienti z astmo.
- odnos diplomirane medicinske sestre do pridobljenega znanja pri pacientu z astmo.
- statistično značilne razlike v mnenjih diplomiranih medicinskih sester do metod izobraževanja in sicer glede na starost, delovno dobo in delovno mesto.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje literature, ter na podlagi zastavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo?
- Kakšen je odnos diplomirane medicinske sestre do dela s pacienti z astmo?
- Kakšen je odnos diplomirane medicinske sestre do pridobljenega znanja pri pacientu z astmo?
- Kakšne so statistične razlike v mnenjih diplomiranih medicinskih sester do metod izobraževanja glede na starost, delovno dobo in delovno mesto?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke smo zbirali s strukturiranim vprašalnikom. V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo na podlagi pregledane literature, v empiričnem delu pa vprašalnik. Pregledali smo literaturo, ki ni starejša od 10 let. Literaturo smo pridobili s pomočjo podatkovnih baz: Cinahl, PubMed, Medline, SpringerLink, spletni brskalnik Google, virtualno knjižnico Slovenije – COBISS (kooperativni online bibliografski sistem in servisi), strokovne in splošne knjižnice v Sloveniji. Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju literature pa so naslednje: astma, zdravstvena vzgoja pri astmi, vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji, vloga diplomirane medicinske sestre pri astmi, edukacija pacienta z astmo, edukacija astme, bronhodilatatorji, edukacija, šola astme, samooskrba astme. V angleškem jeziku: asthma, asthma education, self-sufficiency of the asthma of home, asthma school, asthma control test. Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatki za raziskovalni del diplomskega dela so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki smo ga povzeli iz obstoječih virov (Zupan & Oštir, 2015) v diplomskem delu. Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov vprašanj. Prvi sklop je zajemal demografske podatke (spol, starost, delovno dobo, izobrazbo, zaposlitev in delovno mesto). V drugem sklopu smo pripravili vprašanja povezana z vsebino diplomskega naslova Vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo, ki smo jih pripravili na podlagi literature o astmi (Zupan & Oštir, 2015). Vprašanja so bila zaprtega in odprtega tipa. Za oceno trditev smo uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni, da se anketiranci s trditvijo: 1 – se popolnoma ne strinjajo, 2 – se ne strinjajo, 3 – niti se ne strinjajo, niti se strinjajo, 4 – se strinjajo, 5 – se popolnoma strinjajo ter 1 – sploh se mi ne zdi pomembno, 2 – se mi ne zdi pomembno, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se mi zdi pomembno, 5 – zelo se mi zdi pomembno).

Zanesljivost vprašalnika smo izračunali na podlagi Cronbachovega koeficienta  $\alpha$  (alfa). Ta koeficient lahko zavzame vrednost v intervalu od 0 do 1, še dopustna meja zanesljivosti pa je 0,7 (Cencič, 2009). Vrednost koeficienta  $\alpha < 0,5$  je nespremenljiva,  $0,5 < \alpha < 0,6$  je slaba,  $0,6 < \alpha < 0,7$  je spremenljiva,  $0,7 < \alpha < 0,9$  je dobra,  $\alpha < 0,9$  pa je odlična (Ojsteršek & Škrjanec, 2012). Če je ta večja od 0,8, pomeni, da gre za visoko zanesljivost vprašalnika, če je med 0,6 in 0,8, gre za srednjo zanesljivost. Če le-ta znaša pod 0,6, je zanesljivost nizka (Šifrer & Bren, 2011). Rezultat testa je pokazal, da vrednost Cronbachovega koeficienta  $\alpha$  v prvem sklopu vprašalnika znaša 0,617 in v drugem sklopu 0,787, kar pomeni, da je zanesljivost vprašalnika srednje zanesljiva.

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni, namenski vzorec. Točne podatke o številu zaposlenih smo pridobili po pridobitvi soglasij. V raziskavo smo vključili 60 diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov, višjih medicinskih sester/višjih zdravstvenikov, magistric zdravstvene nege/magistrov zdravstvene nege, profesorice zdravstvene vzgoje v zdravstvenih domovih (Zdravstveni dom Brežice 6 (13,3%), Zdravstveni dom Jesenice 11 (11,1%), Zdravstveni dom Kranj 23 (35,6%), Zdravstveni dom Krško 6 (13,3%), Zdravstveni dom Ljubljana – center 9 (15,6%) in Zdravstveni dom Škofja Loka 5 (11,1%)). Razdelili smo 60 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 45, kar predstavlja 75% realizacijo vzorca. Vsi vprašalniki so bili pravilno izpolnjeni in zajeti v statistično obdelavo. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost, na vprašalnike so odgovarjali fizično in prostovoljno.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje smo izvedli po pridobitvi soglasij vodstva vseh zdravstvenih domov. Raziskava je potekala od 27.9.2016 do 4.11.2016. Vprašalnike smo po predhodnem dogovoru z vodji posameznih zdravstvenih domov poslali po pošti. Vodje so vprašalnike razdelili po navodilih in sicer diplomiranim medicinskim sestram/diplomiranim zdravstvenikom, višjim medicinskim sestram/višjim zdravstvenim tehnikom, magistricam zdravstvene nege/magistrom zdravstvene nege,

profesorice zdravstvene vzgoje, v referenčno dejavnost, šolsko otroško dejavnost, pulmološko dejavnost ter splošno dejavnost. Pri sodelovanju v raziskavi smo anketirancem zagotovili anonimnost in prostovoljnost. Po izpolnitvi ankete so anketiranci le-te oddali v za to pripravljeno kuverto. Izpolnjene vprašalnike so nam vrnilo po pošti.

V empiričnem delu smo podatke diplomskega, ki smo jih pridobili, obdelali s programom Microsoft Office Excel 2007, rezultate pa predstavili v obliki tabel, slik in opisne statistike. Za predstavitev rezultatov smo uporabili: frekvence in pripadajoče odstotke, povprečne vrednosti (%), aritmetično sredino (PV), standardne odklone (SO), minimum (Min) in maksimum (Max). Naredili smo tudi korelacijo pri trditvah glede na starost, delovno dobo in delovno mesto. Upoštevali smo stopnjo statistične pomembnosti, ki je na ravni 0,05 in manj.

### **3.4 REZULTATI**

Glede na zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja smo v nadaljevanju predstavili rezultate raziskave.

Iz tabele 2 je razvidno, da je v raziskavo bilo vključenih 45 anketiranih ( $n = 45$ ), od tega 43 (95,6%) žensk in 2 (4,4%) moška. Povprečna starost anketiranih je 41 let, standardni odklon pa 9,9 let. Povprečna delovna doba anketiranih je 18,4 let. Po izobrazbi so 4 (8,9%) zaposleni višja medicinska sestra/višji zdravstvenik, 2 (4,4%) zaposlena sta magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, več kot polovica zaposlenih 39 (86,7%) pa ima izobrazbo diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika ter 0 (0%) profesorice zdravstvene vzgoje. V Zdravstvenem domu Brežice smo razdelili 6 vprašalnikov in dobili vrnjenih 6 vprašalnikov, kar predstavlja 13,3% v Zdravstvenem domu Jesenice smo razdelili 11 vprašalnikov in dobili vrnjenih 5 vprašalnikov, kar predstavlja 11,1%, v Zdravstvenem domu Kranj smo razdelili 23 vprašalnikov in dobili vrnjenih 16 vprašalnikov, kar predstavlja 35,6%, v Zdravstvenem domu Krško smo jih razdelili 6 in dobili vrnjenih 6, kar predstavlja 13,3%, v Zdravstvenem domu Ljubljana – center smo razdelili 9 vprašalnikov in dobili vrnjenih 7 vprašalnikov, kar predstavlja

15,6% ter v Zdravstvenem domu Škofja Loka smo razdelili 5 vprašalnikov in dobili vrnjenih 5 vprašalnikov, kar predstavlja 11,1%, od tega jih svoj poklic opravlja 17 (37,8%) v referenčni dejavnosti, 22 (48,9%) v šolsko otroški dejavnosti, 1 (2,2%) v pulmološki dejavnosti, 2 (4,4%) v splošni dejavnosti ter 3 (6,7%) je takšnih, ki svojega področja niso želeli opredeliti.

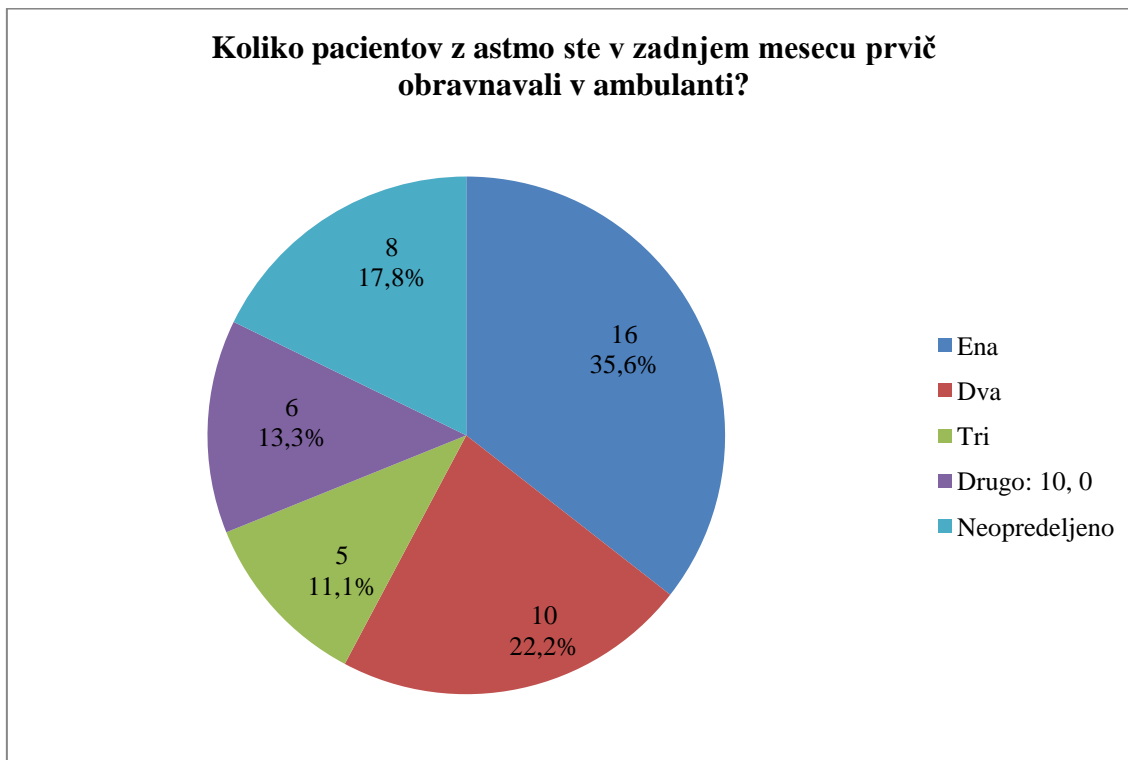
**Tabela 2: Opis vzorca**

<b>Spol</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ženski	43	95,6
Moški	2	4,4
<b>Povprečna starost</b>	41 let z odklonom 9,9 let	
<b>Delovna doba</b>	18,4 let	
<b>Izobrazba</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik	4	8,9
Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	39	86,7
Profesorica zdravstvene vzgoje	0	0,0
Magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege	2	4,4
Skupaj	45	100,0
<b>Ustanova</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Zdravstveni dom (ZD) Ljubljana	7 (9)	15,6
ZD Škofja Loka	5 (5)	11,1
ZD Krško	6 (6)	13,3
ZD Brežice	6 (6)	13,3
ZD Jesenice	5 (11)	11,1
ZD Kranj	16 (23)	35,6
Skupaj	45 (60)	100,0
<b>Delovno mesto</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Referenčna dejavnost	17	37,8
Šolsko otroška dejavnost	22	48,9
Pulmološka dejavnost	1	2,2
Splošna dejavnost	2	4,4
Neopredeljeno	3	6,7
Skupaj	45	100,0

Legenda: n = število anketirancev, % = odstotni delež; (x) = število razdeljenih vprašalnikov.

Na sliki 1 je predstavljen odstotek pacientov z astmo, ki so bili v zadnjem mesecu prvič obravnavani v ambulanti. Največ anketirancev 35,6% (16) je odgovorilo, da so v zadnjem mesecu prvič obravnavali v ambulanti enega pacienta, 22,2% (10) dva pacienta v zadnjem mesecu, 11,1% (5) tri paciente v zadnjem mesecu. Pod drugo (anketiranci so s številko napisali, koliko pacientov so obravnavali v zadnjem mesecu) je 13,3% (6)

anketirancev odgovorilo, da so v zadnjem mesecu prvič obravnavali v ambulanti 10 pacientov ali 0 pacientov, 17,8% (8) anketirancev pa je bilo neopredeljenih.



**Slika 1: Število prvič obravnavanih pacientov z astmo v zadnjem mesecu**

Tabela 3 prikazuje znanje diplomiranih medicinskih sester, ki so ga pridobile v času študija. Anketiranci so ocenjevali na lestvici od 1 do 5 (1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam). Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo, da je pri izobraževanju otroka z astmo vključevanje svojcev zelo pomembno (PV = 4,49; SO = 1,02) ter vključevanje svojcev pri izobraževanju starostnika z astmo (PV = 4,36; SO = 0,82). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da najpogosteje izvajajo skupinsko edukacijo (PV = 1,76; SO = 1,08). Manj se strinjajo s trditvijo, da edukacijo pri pacientu z astmo izvajajo na pol leta (PV = 2,22; SO = 0,94) in pri trditvi, da paciente educirajo samo po naročilu zdravnika (PV = 2,44; SO = 1,04).

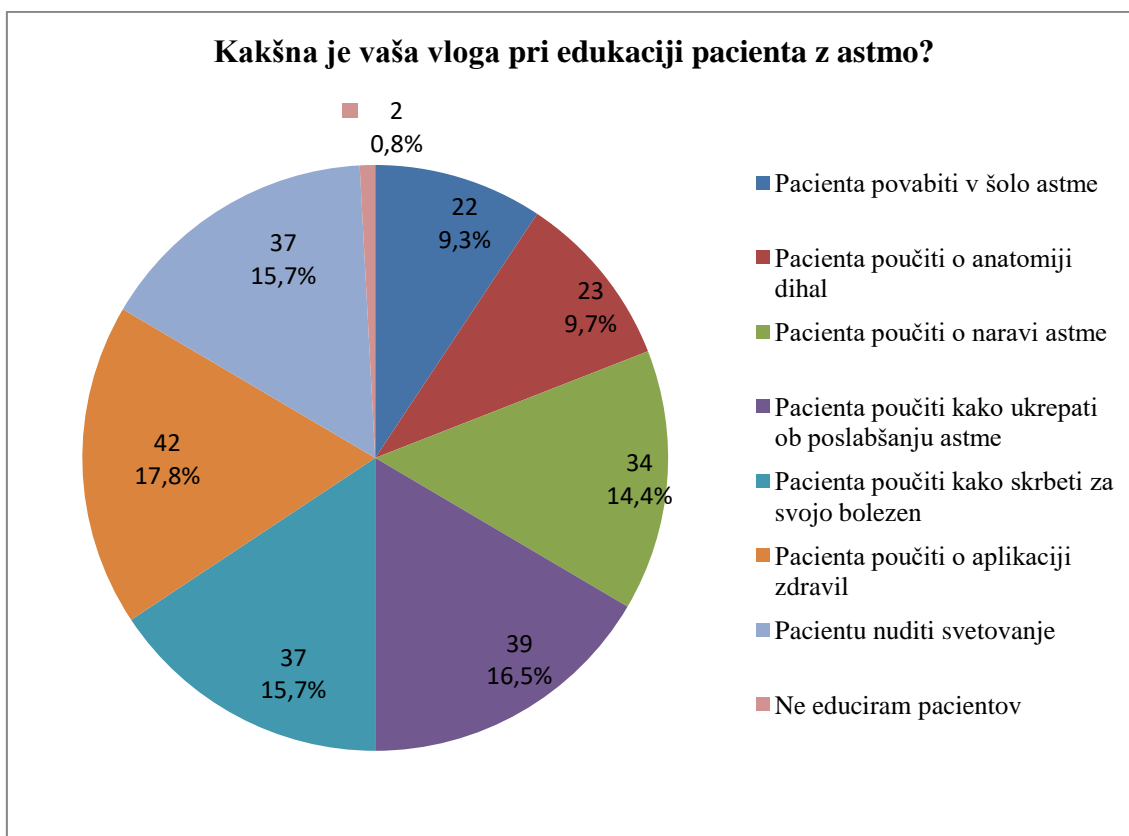
**Tabela 3: Pridobljeno znanje diplomiranih medicinskih sester v času študija**

Trditev	Min	Max	PV	SO	n
S formalnim izobraževanjem sem pridobila dovolj znanja o astmi.	1	5	3,11	0,92	45
Moje znanje o astmi je odlično.	1	5	3,49	0,72	45
Imam dovolj izkušenj za delo s pacienti z astmo.	1	5	3,58	0,75	45
Potrebujem še dodatna znanja in izkušenj, da bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov z astmo.	1	5	4,02	0,88	45
Kontinuirano se izobražujem, ker potrebujem dodatna znanja.	1	5	3,89	0,74	45
V delovni organizaciji imamo izobraževanja na to temo.	1	5	3,04	1,23	45
Ocenjujem, da imam dovolj znanja za poučevanje pacientov o astmi.	1	5	3,36	0,76	45
Študij mi je nudil dovolj znanja za edukacijo pacientov, ki imajo astmo.	1	5	2,69	1,01	45
Poučujem odrasle paciente, ki imajo astmo.	1	5	2,58	1,53	45
Poučujem otroke, ki imajo astmo.	1	5	2,60	1,57	45
Pri edukaciji otroka z astmo je vključevanje svojcev zelo pomembno.	1	5	4,49	1,02	45
Pri edukaciji starostnika z astmo je vključevanje svojcev zelo pomembno.	1	5	4,36	0,82	45
Najpogosteje izvajam individualno edukacijo pri pacientu z astmo.	1	5	3,49	1,39	45
Najpogosteje izvajam skupinsko edukacijo.	1	5	1,76	1,08	45
Edukacijo pri pacientu z astmo izvajam ob vsakem obisku.	1	5	3,33	1,14	45
Edukacijo pri pacientu z astmo izvajam na pol leta.	1	5	2,22	0,94	45
Edukacijo pri pacientu z astmo izvajam, ko nastopijo težave.	1	5	3,09	1,24	45
Paciente poučujem na ustrezen in razumljiv način.	1	5	4,04	0,97	45
Paciente educiram samo po naročilu zdravnika.	1	5	2,44	1,04	45

Legenda: Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = aritmetična sredina; SO = standardni odklon; n = velikost vzorca; lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

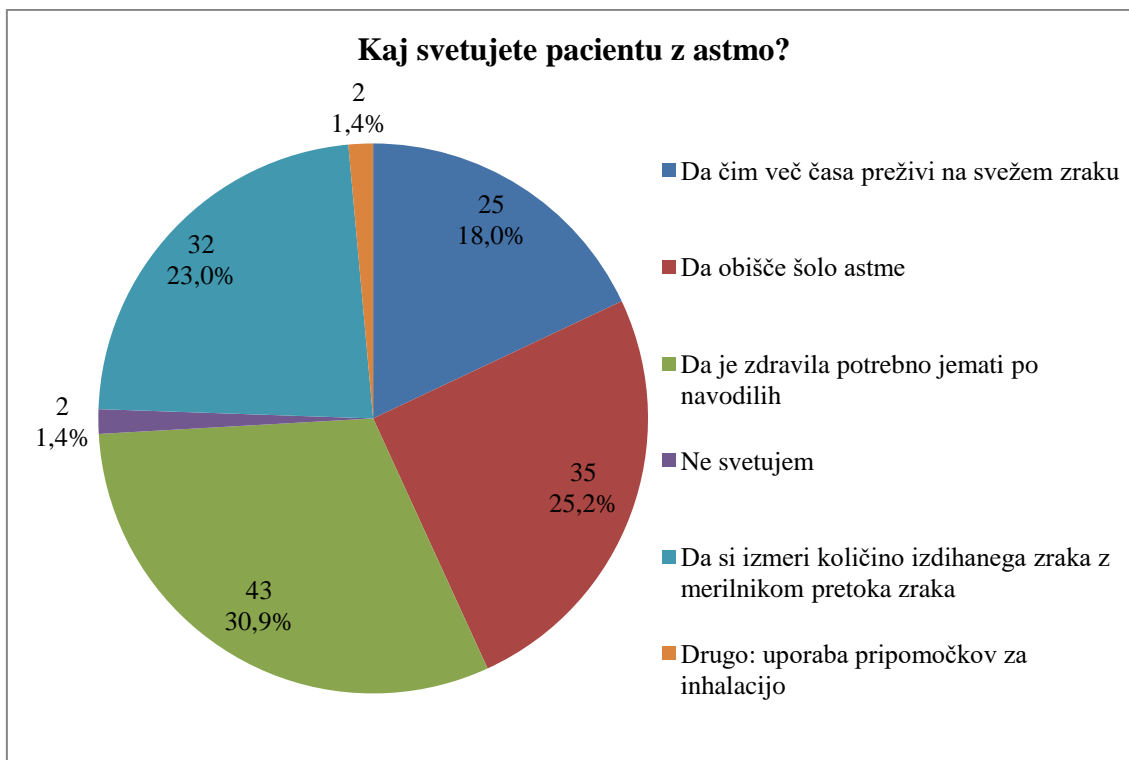
Slika 2 prikazuje odstotek odgovorov anketiranih, kakšna je vaša vloga pri edukaciji pacienta z astmo. 9,3% (22) anketiranih je odgovorilo, da je njihova vloga pacienta povabiti v šolo astme, 9,7% (23) anketiranih se strinja s trditvijo da, je njihova vloga pacienta poučiti o anatomiji dihal, 14,4% (34), anketiranih je odgovorilo, da je njihova vloga pacienta poučiti o naravi astme, 16,5% (39) anketiranih se strinja s trditvijo, da je njihova vloga pacienta poučiti kako ukrepati ob poslabšanju, 15,7% (37) anketiranih se strinja, da je njihova vloga poučiti pacienta kako skrbeti za svojo bolezen ter, da je njihova vloga svetovanje pacientu. 17,8% (42) anketiranih je odgovorilo, da je njihova vloga pacienta poučiti o aplikaciji zdravil. 0,8% (2) anketiranih pa je odgovorilo, da pacientov ne izobražujejo.





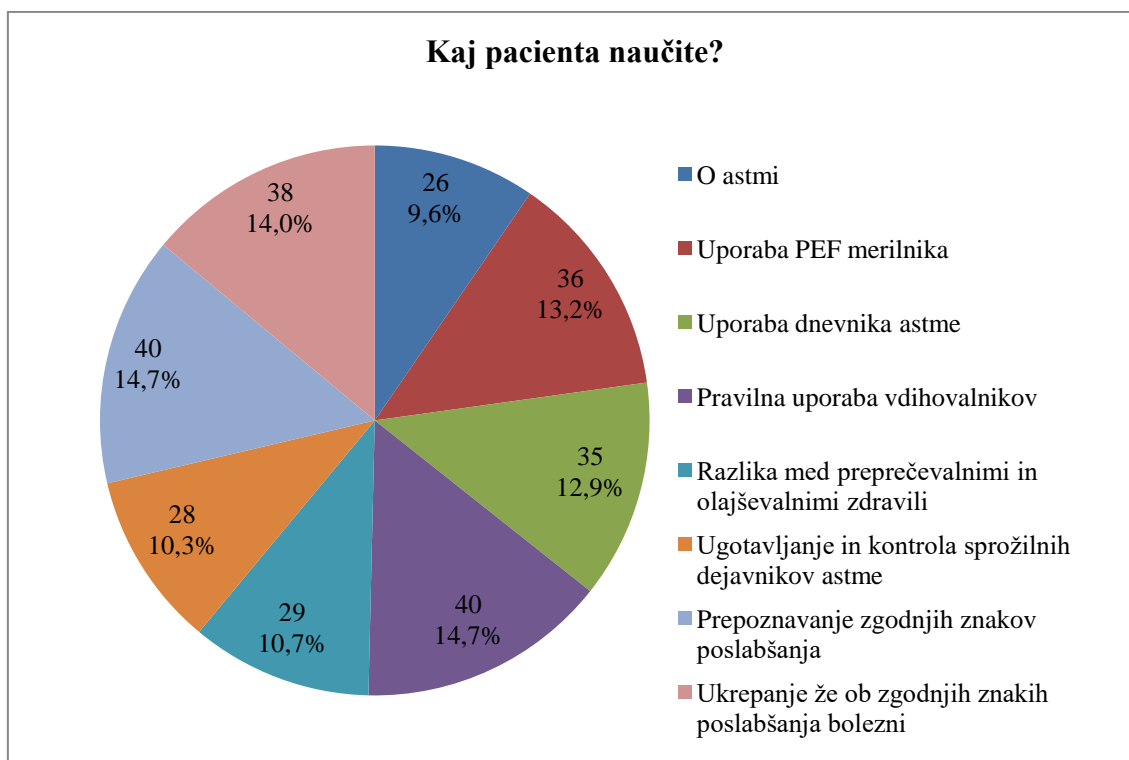
**Slika 2: Vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo**

Slika 3 prikazuje odstotek anketiranih o vsebini nasvetov pri pacientu z astmo. 18% (25) anketiranih je odgovorilo, da pacientom svetujejo, naj čim več časa preživijo na svežem zraku, 25,2% (35) anketiranih je odgovorilo, da svetujejo naj obiščejo šolo astme, 30,9% (43) anketiranih je odgovorilo, da svetujejo, da je zdravila potrebno jemati po navodilih, 1,4% (2) anketiranih je odgovorilo, da pacientu ne svetujejo. 23% (32) anketiranih je odgovorilo, da svetujejo, da si naj izmerijo količino izdihanega zraka z merilnikom pretoka zraka peak expiratory flow. 1,4% (2) anketiranih pa pravi, da svetujejo uporabo pripomočkov za inhalacijo.



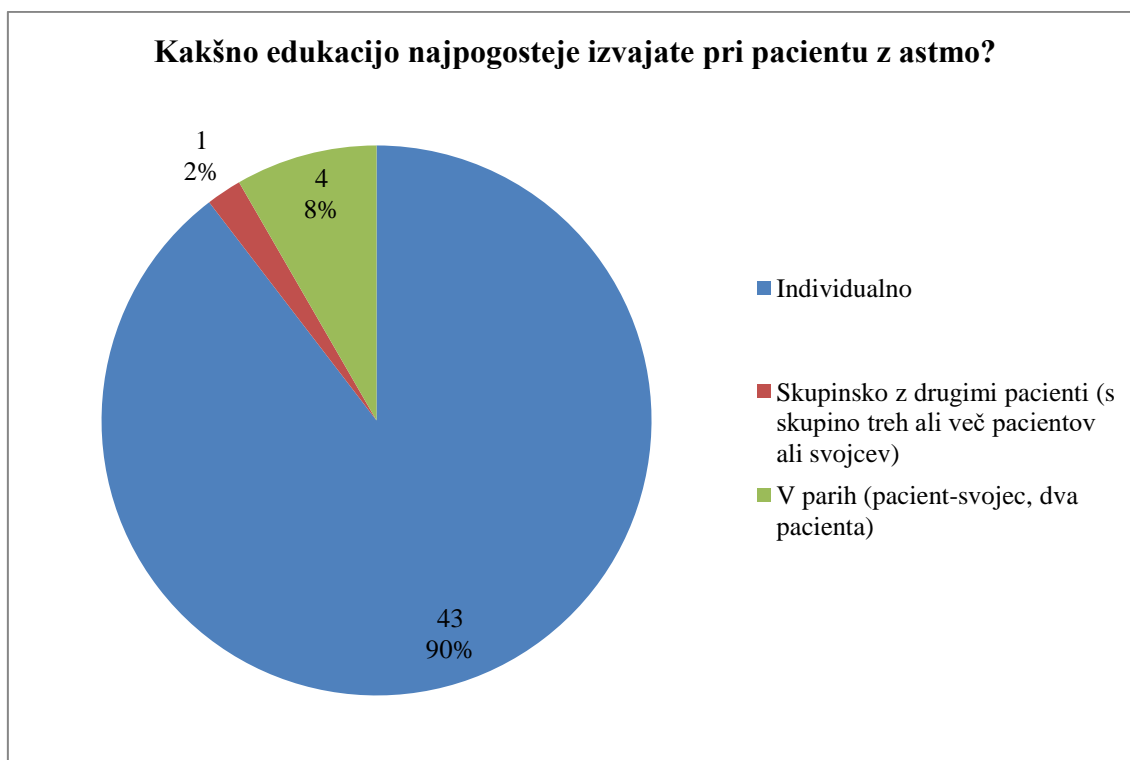
**Slika 3: Svetovanje diplomirane medicinske sestre, pacientu z astmo**

Slika 4 prikazuje odstotek odgovorov anketiranih na vprašanje, kaj naučite pacienta. 9,6% (26) anketiranih je odgovorilo, da na splošno o astmi, 13,2% (36) anketiranih je odgovorilo, da uporabo PEF merilnika, 12,9% (35) anketiranih je odgovorilo, da paciente naučijo kako uporabljati dnevnik astme, 14,7% (40) anketiranih je odgovorilo, da jih naučijo pravilno uporabo vdihovalnikov (inhalatorjev), enako število anketiranih je odgovorilo, da naučijo paciente prepoznati zgodnje znake poslabšanja, v 10,7% (29) pacienta naučijo razlikovati med preprečevalnimi in olajševalnimi zdravili, v 10,3% (28) naučijo paciente, da znajo ugotoviti in kontrolirati sprožilne dejavnike astme ter v 14% (38) naučijo paciente ukrepati že ob zgodnjih znakih poslabšanja bolezni.



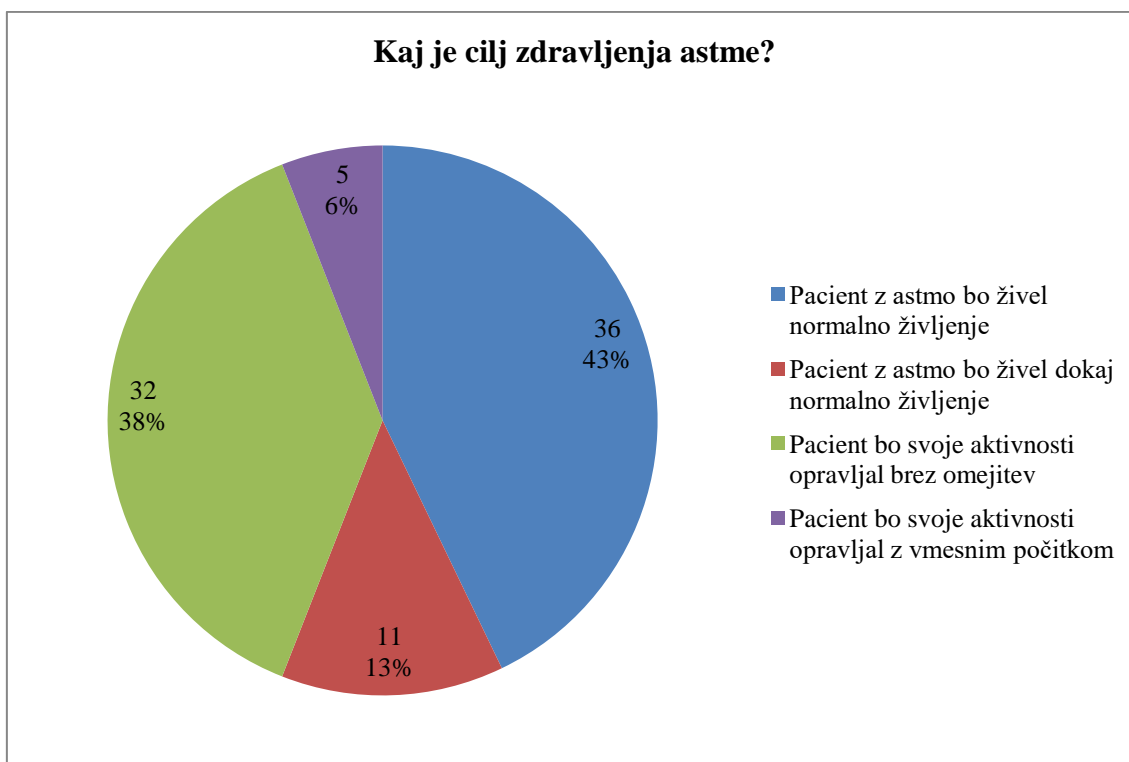
**Slika 4: Učenje diplomirane medicinske sestre, pacienta z astmo**

Slika 5 prikazuje odstotek odgovorov anketiranih o najpogostejših načinih edukacije, ki jo uporabljajo pri pacientu z astmo. Največ, 90% (43) anketiranih je odgovorilo, da edukacijo izvajajo individualno, v 8% (4) edukacijo izvajajo v parih (pacient – svojec, dva pacienta) ter v 2% (1) edukacijo izvajajo skupinsko z drugimi pacienti (s skupino treh ali več pacientov - svojcev).



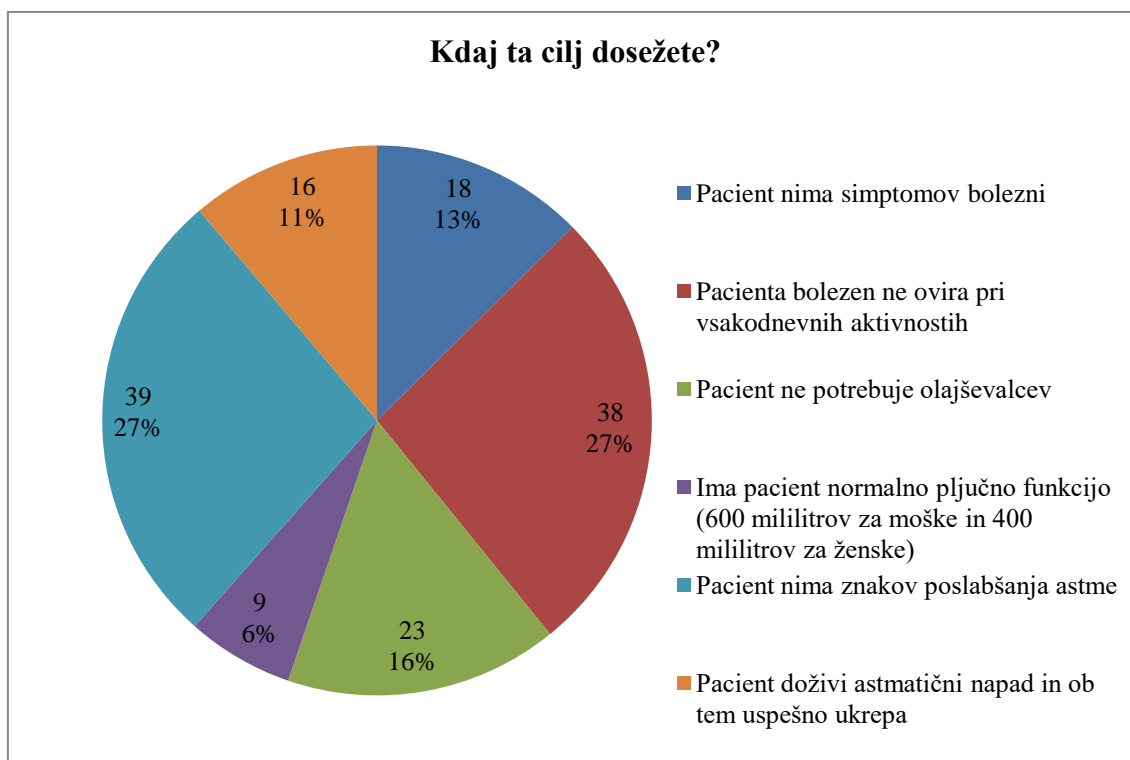
**Slika 5: Najpogostejše izvajanje edukacije pri pacientu z astmo**

Slika 6 prikazuje odstotek odgovorov anketiranih na vprašanje, kaj je cilj zdravljenja astme. 43% (36) jih je odgovorilo, da je cilj zdravljenja astme, da bo pacient z astmo živel normalno življenje, 13% (11) anketiranih je odgovorilo, da bo pacient z astmo živel dokaj normalno življenje, 38% (32) jih je odgovorilo, da bo pacient z astmo svoje aktivnosti opravljal brez omejitev ter 6% (5), da bo pacient z astmo svoje aktivnosti opravljal z vmesnim počitkom.



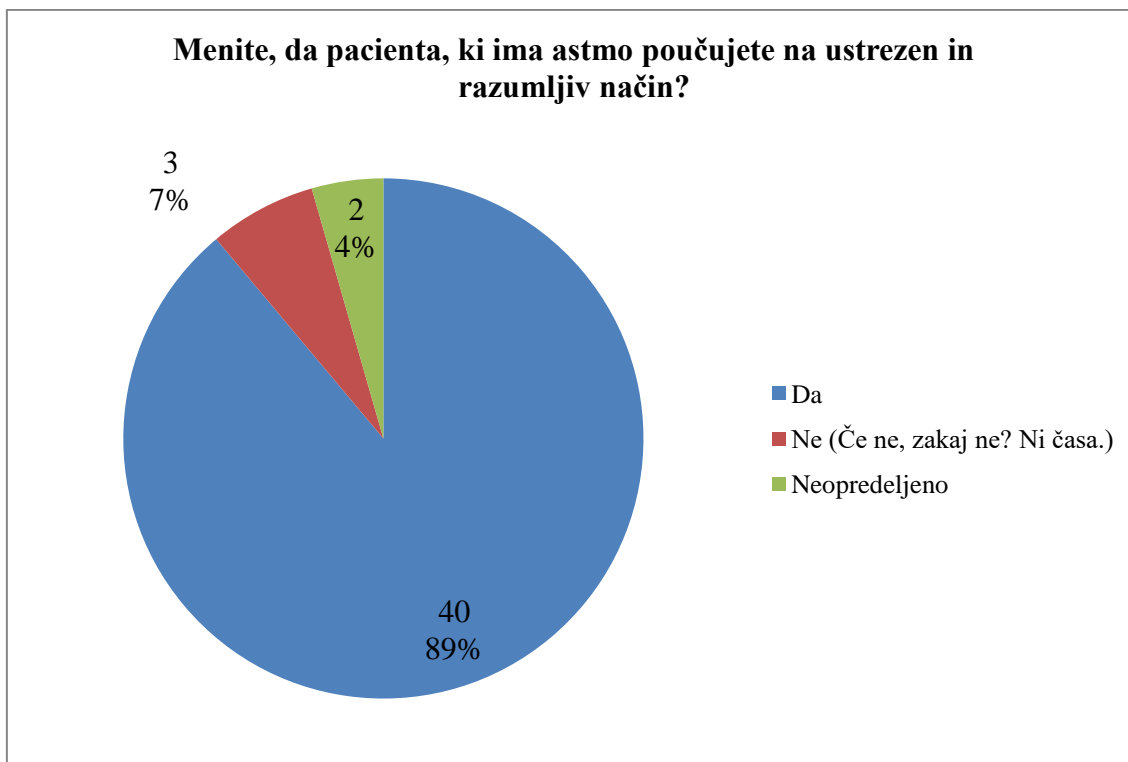
**Slika 6: Cilj zdravljenja astme**

Slika 7 prikazuje odstotek odgovorov anketiranih na vprašanje, kdaj cilj zdravljenja astme dosežete. 13% (18) anketiranih je odgovorilo, da je cilj dosežen, kadar pacient nima simptomov bolezni, 27% (38), anketiranih meni, da kadar pacienta bolezen ne ovira pri vsakodnevni aktivnosti, ter kadar pacient nima znakov poslabšanja, 16% (23) meni, da kadar pacient ne potrebuje olajševalcev, 6% (9) anketiranih meni, da je cilj dosežen, kadar ima pacient normalno pljučno funkcijo (600 mililitrov za moške in 400 mililitrov za žensko). 11% (16), da kadar pacient doživi astmatični napad in ob tem uspešno ukrepa.



**Slika 7: Kdaj je cilj zdravljenja astme dosežen**

Slika 8 prikazuje odgovore glede mnenja anketiranih o ustreznem in razumljivem načinu poučevanja pacienta. 89% (40) anketiranih je odgovorilo, da poučujejo paciente z astmo na ustrezen in razumljiv način. 7% (3) anketiranih je odgovorilo, da ne poučujejo pacienta na ustrezen in razumljiv način, ker jim pri delu zmanjkuje časa. 4% (2) anketiranih pa na to vprašanje ni odgovorilo.



**Slika 8: Mnenje diplomiranih medicinskih sester o poučevanju na ustrezen in razumljiv način**

Tabela 4 nam prikazuje metode izobraževanja pacienta. V povprečju se anketirani v največji meri strinjajo s trditvijo, da pri edukaciji pacienta uporabljajo metodo pogovora in vodene pogovore z diskusijo (PV = 3,64, SO = 0,99). Sledi strinjanje s trditvijo, da pri edukaciji uporabljajo metodo prepričanja, navajanja, spodbujanja in preprečevanja (PV = 3,56; SO = 1,13). Manj se strinjajo s trditvijo, da pri edukaciji uporabljajo metodo predavanja (PV = 2,67; SO = 1,15) ter, da učno metodo izberejo, ko ugotovijo predznanje pacienta (PV = 3,44; SO = 1,22). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da pri edukaciji pacienta uporabljajo študijo primera (PV = 2,51; SO = 1,07).

**Tabela 4: Metode izobraževanja pacientov**

Trditev	Min	Max	PV	SO	n
Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo predavanja.	1	5	2,67	1,15	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo pogovora, vodene pogovore z diskusijo.	1	5	3,64	0,99	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam ilustrativno demonstracijsko metodo.	1	5	3,49	1,09	45
Pri izobraževanju pacienta uporabljam metodo prepričanja, navajanja, spodbujanja in preprečevanja.	1	5	3,56	1,13	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam študijo primera	1	5	2,51	1,07	45

Trditev	Min	Max	PV	SO	n
Učno metodo izberem, ko ugotovim predznanje pacienta.	1	5	3,44	1,22	45

Legenda: Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = aritmetična sredina; SO = standardni odklon; n = velikost vzorca; lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

Tabela 5 prikazuje časovno razporeditev pregledov pacientov z astmo. Iz nje lahko razberemo, da se anketirani v večji meri (PV = 3,91; SO = 1,05) strinjajo s trditvijo, da pacienti pridejo na pregled ob poslabšanju bolezni, če imajo težave (PV = 3,69; SO = 1,15) in ko potrebujejo zdravila (PV = 3,31; SO = 1,17). Anketirani se v manjši meri strinjajo s trditvijo, da pacienti z astmo pridejo na pregled na 4 do 6 tednov, ker je tako priporočljivo in ker tako navaja literatura (PV = 2,31; SO = 1,07).

**Tabela 5: Časovna razporeditev pregledov pacientov z astmo**

Trditev	Min	Max	PV	SO	n
Pacienti z astmo pridejo na pregled enkrat tedensko, če potrebujejo več podpore ob bolezni, več navodil.	1	5	2,49	1,24	45
Pacienti z astmo pridejo na pregled na 4 do 6 tednov, ker je tako priporočljivo ter tako navaja literatura.	1	5	2,31	1,07	45
Pacienti z astmo pridejo na pregled na pol leta, če vodenje astme poteka brez zapletov.	1	5	2,89	1,20	45
Pacienti z astmo pridejo na pregled, če imajo težave.	1	5	3,69	1,15	45
Pacienti z astmo pridejo na pregled ob poslabšanju bolezni.	1	5	3,91	1,05	45
Pacienti z astmo pridejo na pregled, ko potrebujejo zdravila.	1	5	3,31	1,17	45

Legenda: Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = aritmetična sredina; SO = standardni odklon; n = velikost vzorca; lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

Tabela 6 nam prikazuje rezultate trditev glede pomembnosti obravnave pacienta z astmo. Anketirani so ocenjevali na lestvici od 1 do 5 (1 – sploh se mi ne zdi pomembna, 2 – se mi ne zdi pomembna, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se mi zdi pomembna, 5 – zelo se mi zdi pomembna). Anketiranim se zdi najbolj pomembna trditev, da je pri obravnavi pacienta z astmo za zdravljenje bolezni pomembna pravilna uporaba pršilnikov pomembna za zdravljenje bolezni (PV = 4,73; SO = 0,61), sledi trditev, da aktivno sodelovanje pacientov pri edukaciji, bolj uspešno preprečuje simptome poslabšanja astme (PV = 4,64; SO = 0,48). Najmanj pomembna trditev je bila, da pacienti dobijo informacije in pisno gradivo, ki ga preberejo (PV = 4,07; SO = 0,88) ter pri obravnavi pacienta z astmo in je vzpostavitev dobre komunikacije, ki je ključnega pomena (PV = 4,40; SO = 0,80).



**Tabela 6: Pomembnost trditev glede obravnave pacienta z astmo**

Trditev	Min	Max	PV	SO	n
Pri obravnavi pacienta z astmo je vzpostavitev dobre komunikacije ključnega pomena.	1	5	4,40	0,80	45
Pri obravnavi pacienta z astmo je pravilna uporaba pršilnikov pomembna za zdravljenje bolezni.	1	5	4,73	0,61	45
Če pacienti aktivno sodelujejo pri edukaciji, bolj uspešno preprečujejo simptome poslabšanja astme.	1	5	4,64	0,48	45
Pacienti dobijo informacije in pisno gradiva, ki ga preberejo.	1	5	4,07	0,88	45
Pacienti z astmo potrebujejo informiranje in edukacijo.	1	5	4,53	0,62	45

Legenda: Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = aritmetična sredina; SO = standardni odklon; n = velikost vzorca; lestvica: 1 – sploh se mi ne zdi pomembna, 2 – se mi ne zdi pomembna, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se mi zdi pomembna, 5 – zelo se mi zdi pomembna.

Tabela 7 nam prikazuje strinjanje s trditvami o astmi. Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo, da je dnevnik astmatika pomemben za spremljanje bolezni (PV = 4,33; SO = 0,70), da je paciente z astmo potrebno kontinuirano izobraževati (PV = 4,22; SO = 0,73), da paciente z astmo kontinuirano spremljamo (PV = 4,11; SO = 0,87). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da so izkušnje o astmi temelj obravnave pacienta (PV = 3,91; SO = 0,81).

**Tabela 7: Strinjanje s trditvami o astmi**

Trditev	Min	Max	PV	SO	n
Izkušnje o astmi so temelj obravnave pacientov z astmo.	1	5	3,91	0,81	45
Paciente z astmo je potrebno kontinuirano izobraževati.	1	5	4,22	0,73	45
Paciente z astmo kontinuirano spremljamo (izboljšanje zdravstvenega stanja in poslabšanje).	1	5	4,11	0,87	45
Dnevnik astmatika je pomemben za spremljanje bolezni.	1	5	4,33	0,70	45

Legenda: Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = aritmetična sredina; SO = standardni odklon; n = velikost vzorca; lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

V tabeli 8 je predstavljen Pearsonov koeficient korelacije statistično značilnih razlik v mnenjih anketiranih do metod izobraževanja in sicer glede na starost, delovno dobo in delovno mesto. Ugotovili smo, da obstaja statistično neznatna negativna povezanost med uporabo metode predavanja pri edukaciji pacienta z astmo in delovnim mestom anketiranih ( $r = -0,02$ ;  $p = 0,908$ ). Med metodo prepričevanja, navajanja, spodbujanja, preprečevanja in starostjo anketiranih ni statistično značilne povezanosti ( $r = 0,00$ ;  $p = 0,992$ ), med enako metodo in delovno dobo pa obstaja statistična neznatna povezanost ( $r = 0,02$ ;  $p = 0,902$ ). Obstaja statistično značilna neznatna povezava pri trditvi, da pri edukaciji pacienta uporabljajo metodo pogovora, vodene pogovore z diskusijo med delovno dobo ( $r = 0,09$ ;  $p = 0,545$ ) ter med starostjo anketiranih ( $r = 0,07$ ;  $p = 0,669$ ) in

statistično značilna neznatna povezava pri trditvi, da učno metodo izberejo, ko ugotovijo predznanje pacienta ( $r = 0,07$ ;  $p = 0,651$ ) ter z delovno dobo ( $r = 0,04$ ;  $p = 0,818$ ). Obstaja statistična neznatna povezava med metodo uporabe študije primera in delovnim mestom ( $r = 0,10$ ;  $p = 0,493$ ).

**Tabela 8: Pearsonov koeficient korelacije statistično značilnih razlik v mnenjih diplomiranih medicinskih sester do metod izobraževanja in sicer glede na starost, delovno dobo in delovno mesto**

Trditev		Starost	Delovna doba	Delovno mesto
Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo predavanja.	r	<b>-0,26</b>	<b>-0,41</b>	<b>-0,02</b>
	p	0,079	0,005	0,908
	n	45	45	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo pogovora, vodene pogovore z diskusijo.	r	<b>0,07</b>	<b>0,09</b>	<b>-0,21</b>
	p	0,669	0,545	0,170
	n	45	45	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam ilustrativno demonstracijsko metodo.	r	<b>-0,17</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,10</b>
	p	0,268	0,405	0,513
	n	45	45	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo prepričevanja, navajanja, spodbujanja in preprečevanja.	r	<b>0,00</b>	<b>0,02</b>	<b>0,09</b>
	p	0,992	0,902	0,567
	n	45	45	45
Pri edukaciji pacienta uporabljam študijo primera.	r	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>	<b>0,10</b>
	p	0,795	0,818	0,493
	n	45	45	45
Učno metodo izberem, ko ugotovim predznanje pacienta.	r	<b>0,07</b>	<b>0,04</b>	<b>0,09</b>
	p	0,651	0,773	0,561
	n	45	45	45

Legenda: r = korelacija; n = velikost vzorca; p = statistična značilnost pri  $\alpha < 0,05$ .

### 3.5 RAZPRAVA

Z diplomskim delom smo želeli ugotoviti vlogo diplomirane medicinske sestre pri vodenju pacienta z astmo.

V naši raziskavi se anketiranci v večini strinjajo, da je njihova vloga pri edukaciji pacienta z astmo, pacienta poučiti o aplikaciji zdravil. V večini pa se strinjajo tudi s trditvami, da je njihova vloga tudi pacienta poučiti kako, ukrepati ob poslabšanju, kako mora skrbeti za svojo bolezen ter da pacientu svetujejo. V naši raziskavi pa so anketiranci po pomembnosti vsebine različno educirali paciente, nekaterim je bilo bolj

pomembno, da paciente najprej poučijo o jemanju zdravil, nekaterim, da paciente poučijo, kako ukrepati ob poslabšanju, drugim pa je bilo bolj pomembno paciente poučiti, kako morajo skrbeti za svojo bolezen ter da pacientom nudijo svetovanje ob morebitnih nejasnostih o bolezni. Znanje pacientu omogoča dobro vodenje astme. Šuškovič (2004, cited in Pšeničnik, 2010, p. 36) navaja, da medicinka sestra kot vzgojiteljica pacienta z astmo nauči osnovne značilnosti astme, o sprožilcih in poslabševalcih astme, delovanju zdravil, pravilno uporabo zdravil, pravilno tehniko vdihovanja zdravil, poznavanje zgodnjih in poznih znakov poslabšanja, pravilno uporabo merilnika največjega pretoka, o pravilnem čiščenju in vzdrževanju podaljškov in merilnika PEF, o samozdravljenju in pravilnem vodenju dnevnika astme. Cvetovski et al. (2009) navaja, da imajo medicinske sestre, učitelji o astmi in psihoterapevti potenciali vlogo pri vodenju astme. Rezultati so pokazali, da se anketiranci zavedajo, kaj je njihova vloga pri edukaciji pacienta z astmo in kako je pomembna. Na vprašanje, kaj svetuje pacientu z astmo, so se anketiranci strinjali, da je za pacienta z astmo pomembno, da zdravila jemljejo po navodilih, da pacient obišče šolo astme, manj anketiranih se je strinjalo s trditvijo, da si mora pacient izmeriti količino izdihanega zraka, da naj pacient čim več časa preživi na svežem zraku. Košnik (2004 cited in Čeh Selak, 2011, p. 11) navaja, da je pomembno, da medicinska sestra pacienta nauči pravilnega merjenja in občasnega preverjanja pravilnosti uporabe ter čiščenja merilnika. Pacientu vedno pokažemo meritev tudi s praktičnim prikazom. Pacienta in svojce poučimo o prepoznavanju poslabšanja astme na podlagi merjenja pljučne funkcije s PEF metrom, ki meri, maksimalen pretok izdihanega zraka. Šuškovič (2004 cited in Brda, 2012, p. 18) navaja, da se v pogovoru z medicinsko sestro in zdravnikom pacient nauči, kaj je astma, kaj jo poslabša ali povzroči, kako prepreči poslabšanje astme, kako jo ublaži ter pozdravi. Vsak pacient z astmo mora poznati potek in način zdravljenja svoje bolezni. Naučiti se mora kakšna je razlika med olajševalnimi in preprečevalnimi zdravili ter se hkrati zavedati, da zdravila potrebuje tudi takrat ko nima težav (preprečevalna zdravila). Naučiti se mora pravilne tehnike jemanja predpisanih količin inhalacijskega zdravila. Medicinska sestra pacientu tehniko pokaže in kasneje pogosto preveri pravilnost uporabe. Medicinska sestra glede na pacientove sposobnosti in zmožnosti odloča, katera pomagala bo pacient uporabil pri inhalaciji. V raziskavi smo ugotovili, da je odnos diplomiranih medicinskih sester do dela s pacienti z astmo zelo dober, saj se

diplomirane medicinske sestre zavzamejo za pacienta in ga naučijo obvladovati svojo bolezen. V času obravnave pokažejo tehnike samozdravljenja, uporabo PEF metra, vodenje dnevnika astme, svetujejo, kako se izogibati sprožilcem astme in svetujejo obisk šole astme za nadgradnjo svojega znanja in obvladovanja bolezni. Medicinske sestre obravnavajo pacienta celostno in ga nekako peljejo čez celoten proces, da bo znal poskrbeti za svoje zdravje kakovostno in s čim manj zapleti. Naša raziskava je pokazala, da medicinske sestre posvečajo premalo pozornosti meritvam s PEF merilnikom, ki so zelo pomembne za dobro obravnavo in spremljanje bolezni, zato bi predlagali, da se medicinske sestre bolj izobrazijo na tem področju.

Skoraj vsi anketiranci v naši raziskavi se strinjajo s trditvijo, da pacienta, ki ima astmo poučujejo na ustrezen in razumljiv način. Če jo primerjamo z raziskavo avtoric Putar & Cerjak, ki sta leta 2008 izvedli raziskavo v bolnišnici Topolšica in Zdravstvenem domu Velenje, ugotovimo, da so trditve medicinskih sester v naši raziskavi in mnenja pacientov v raziskavi avtoric Putar & Cerjak iz leta 2008, enaka. Kajti oboji rezultati kažejo na dobro in razumljivo edukacijo. Tako rezultati medicinskih sester, ki menijo, da poučujejo na ustrezen in razumljiv način, kot rezultati pacientov, ki menijo, da dobijo dovolj navodil in informacij o svoji bolezni iz strani medicinskih sester, ki jih poučujejo. Manjše število anketirancev pa se strinja, da paciente z astmo ne poučujejo na ustrezen in razumljiv način. Problematika se kaže v pomanjkanju časa za poučevanje na delovnem mestu, ki bi si ga morali vzeti za pacienta, da bi bil ta zadovoljen in da bi bila skrb za pacientovo zdravje boljša. Putar & Cerjak (2008) sta v svoji raziskavi želeli ugotoviti, kakšne so izkušnje pacientov z obstruktivnimi obolenji. Raziskavo sta izvajali v bolnišnici Topolšica in zdravstvenemu domu Velenje, kjer je v raziskavi sodelovalo 60 pacientov. Z anketnim vprašalnikom sta prišli do sklepa, da izkušnje pacientov nakazujejo na dobro in kakovostno zdravstveno vzgojno obravnavo. Več kot polovica anketirancev se je strinjala, da dobijo v bolnišnici Topolšica in v pljučni ambulanti Zdravstvenega doma Velenje dovolj navodil in informacij, da je pristop zdravstvenega osebja zelo dober. Rezultati ankete so prikazali močno vlogo medicinske sestre, saj v 75% odgovori kažejo, da je način uporabe in pravilno tehniko inhalacijskega zdravila demonstrirala medicinska sestra. Avtorici sta navedli, da pozitivna stran ankete kaže na pripravljenost anketiranih pacientov po vključitvi v šole za paciente z obstruktivnimi

obolenji v 62%. Ta rezultat je pokazal, da je še veliko pacientov, ki niso bili povabljeni v šole. 5% pacientov je odgovorilo, da ni dobilo dovolj informacij o poteku šole o astmi, 2% pacientov ocenjuje, da je bil pristop zdravstvenega osebja slab. Pšeničnik (2010) je v diplomski nalogi z naslovom Zdravstveno vzgojno delo pri pacientu z astmo izvedla raziskavo, v kateri je ugotavljala poučenost pacientov o svoji bolezni. Rezultati so pokazali, da je več kot polovica anketirancev ocenilo, da dovolj dobro poznajo svojo bolezen, malo manj kot polovica anketirancev pa je ocenilo, da še niso dovolj poučeni o svoji bolezni. V diplomski nalogi je ugotavljala tudi od koga so pacienti dobili največ informacij. Rezultati so pokazali, da so najmanj informacij pridobili od medicinske sestre, največ pa od zdravnika. Naša raziskava je pokazala ravno nasprotno, da med anketiranci opravljajo zdravstveno vzgojno delo v največjem deležu diplomirane medicinske sestre. Ugotovili smo, da v naši raziskavi več kot polovica medicinskih sester meni, da je njihov odnos do pridobljenega znanja pri pacientu z astmo dober in da pacienta poučijo na razumljiv in učinkovit način. V raziskavi drugih avtorjev (Putar & Cerjak, 2008) pa pacienti v malo manjšem številu povedo, da so dovolj dobro poučeni, iz česar lahko sklepamo, da medicinske sestre res poučujejo na razumljiv in ustrezen način kljub omejenemu času, ki ga posvetijo vsakemu pacientu. Menimo, da bi tu bile potrebne izboljšave, da bi lahko več časa namenili pacientu in bi zaposlili več diplomiranih medicinskih sester, kjer se kaže potreba po zdravstveno vzgojnem delu, jih tako razbremenili in povečali kakovost ter učinkovitost poučevanja.

Anketiranci v naši raziskavi so se v največji meri strinjali s trditvijo, da je pri obravnavi pacienta z astmo pravilna uporaba pršilnikov pomembna. Manjše število anketirancev pa se strinja s trditvijo, da tisti pacienti, ki aktivno sodelujejo pri edukaciji, bolj uspešno preprečujejo simptome poslabšanja bolezni. Anketiranci so se v največji meri strinjali, da je pri edukaciji pacienta z astmo najbolj uporabljena metoda pogovora in voden pogovor z diskusijo. Hoyer (2005 cited in Brda, 2012, pp. 20-21) navaja, da poznamo dve metodi dela in sicer metodo demonstriranja, ki je pri zdravstveno vzgojnem delu zelo pomembna, saj je veliko vsebin, ki jih z verbalnimi metodami ne moremo razumljivo in nadzorno predstaviti, pri njej si medicinska sestra pomaga z zloženkami in pripomočki in tako pokaže delovanje razpršilnikov, diskusov in nastavkov. Ter individualno obliko dela, ki sestoji iz komunikacije s posameznikom, ki je v zdravstveni

vzgoji pomembna pri obravnavanju in reševanju problemov posameznika, pri dajanju navodil in preverjanju razumevanja navodil in za ocenjevanje rezultatov učenja. Ta oblika poteka tudi kot delo posameznika v skupini. (Hoyer, 2005 cited in Pšeničnik, 2010, p. 31) navaja, da so pri delu s pacientom z astmo najbolj pomembne metode navajanja, prepričevanja in spodbujanj. Najpomembnejša oblika zdravstveno vzgojnega dela pa je individualna oblika, ki se jo izvaja ob vsakem stiku s pacientom. Individualna oblika zajema individualne pogovor, preverjanje znanja, dajanje navodil in razumevanje dodatnih navodil (Pšeničnik, 2010). Zurc (2013, pp. 68-69) navaja delitev učnih metod pri izobraževanju na učne in vzgojne metode. Učne metode so metoda predavanja, metoda pogovora, pogovori, ki so vodeni, diskusija, intervju, delo z besedilom, ilustrativno demonstracijska metoda, metoda laboratorijskih in praktičnih del ter metoda izkustvenega učenja. Kvas (2009) pa meni, da učno metodo dela izberemo, ko ugotovimo predznanje pacienta. Iz raziskave smo ugotovili, da se metode izobraževanja pacientov razlikujejo glede na starost, delovno dobo in delovno mesto, ugotovili smo tudi, da je mnenje diplomiranih medicinskih sester kar različno, saj vsaka diplomirana medicinska sestra uporablja metodo izobraževanja pacientov po svoji presoji, po principu katera ji bolj ustreza. Na izbiro metode vplivajo tudi izkušnje diplomiranih medicinskih sester, ki jih pridobijo z delovno dobo, predznanje pacienta in delovno mesto diplomiranih medicinskih sester. Vse skupaj pa je celota in pomembno za dobro obravnavo pacienta ter kakovostno obvladovanje bolezni.

V naši raziskavi smo naredili korelacije med mnenjem anketiranih do metod izobraževanja glede na starost, delovno dobo in delovno mesto. Ugotovili smo, da obstaja neznatna statistično negativna povezava med predavanjem, kot uporabljeno metodo pri izobraževanju in delovnim mestom anketiranih. Med trditvijo, pri edukaciji uporabljamo metodo pogovora, vodene pogovore z diskusijo je bila neznatna statistična povezava s starostjo in delovno dobo. Pri trditvi, da pri edukaciji pacienta uporabljajo metodo prepričevanja, navajanja, spodbujanja, preprečevanja in delovno dobo anketiranih je bila neznatna statistično značilna povezava kot tudi trditvi, da učno metodo izberejo, ko ugotovijo predznanje pacienta ter delovno dobo, med metodo uporabe študije primera in delovnim mestom ter trditvijo o izbiri učne metode, ko ugotovijo predznanje pacienta in delovno dobo. Ker smo ugotovili, da vsaka

diplomirana medicinska sestra uporablja drugačno metodo izobraževanja pri pacientu z astmo, menimo, da bi bile potrebne izboljšave na tem področju, kjer bi bilo potrebno uvesti več izobraževanja za diplomirane medicinske sestre, da bi se med seboj bolj približale enaki metodi in tako prispevale k izboljšanju izobraževanja ter zdravju pacienta z astmo.

Največ anketirancev je zapisalo, da so v zadnjem mesecu prvič obravnavali v ambulanti enega pacienta, sledi odgovor z dvema pacientoma. Veliko anketirancev je bilo neopredeljenih, kar smo razumeli kot, da niso želeli odgovoriti ali da niso bili seznanjeni s tem podatkom. Že obstoječe literature nismo zasledili, na podlagi tega smo ugotovili, da je na to temo narejeno premalo študij. Menimo, da bi bilo dobro raziskovati na to temo, saj bi tako mogoče lahko zmanjšali porast tovrstnih pacientov. Skoraj polovica anketirancev je mnenja, da je cilj zdravljenja astme, da bo pacient živel normalno življenje. Sledi mnenje, da bo pacient z astmo svoje aktivnosti opravljal brez omejitev. Naša raziskava je pokazala, da so anketiranci mnenja, da je cilj zdravljenja astme dosežen, ko pacienta bolezen ne ovira pri vsakodnevnih aktivnostih in kadar pacient nima znakov poslabšanja. Z malo manjšim strinjanjem pa so anketiranci mnenja, da je cilj zdravljenja astme dosežen tudi kadar pacient ne potrebuje olajševalnih zdravil. Cilji, ki se želijo doseči v astma šoli skupaj s pacienti, so individualni, prilagojeni vsakemu pacientu posebej. Pomembno je, da pacient aktivno sodeluje pri doseganju dolgoročnega cilja – obvladovanje bolezni. V astma šoli se želijo doseči kratkoročni cilji, ki predstavljajo osnovo pri vodenju pacienta z astmo (Počvavšek, 2007 cited in Slatinšek, 2012, p. 50). Uspešnost zdravljenja astme je odvisna od obveščenosti pacienta o naravi bolezni in načinu njenega zdravljenja. Zato je sodelovanje med zdravnikom, medicinsko sestro in pacientom ključnega pomena. Glavni cilj usposabljanja v šoli astme je, da pacient pridobi sposobnost samokontrole in samozdravljenja po individualnem terapevtskem programu, ki ga nadzorujeta zdravnik in medicinska sestra ter tako pacientu omogoči kakovostno življenje s to boleznijo (Žabkar, 2010). Oštir (2007 cited in Žebaljec, 2014, pp. 15-16) navaja, da je cilj zdravljenja astme dosežen, ko imamo popoln nadzor nad boleznijo (zelo malo (nič) kroničnih simptomov, redka (nič) blaga poslabšanja, nobenih poslabšanj ponoči, nobenih nujnih obiskov pri zdravniku., minimalna potreba (bolje nič) po olajševalcu,

brez omejitev v dejavnosti, vključno s športom, variabilnost PEF manj kot 20%, (skoraj) normalen PEF ter zelo malo (nič) stranskih učinkov zdravil). Ključnega pomena pri uspešnem zdravljenju astme pa je sodelovanje staršev in otrokom kar lahko dosežemo le z dobro poučenostjo o bolezni in delovanju zdravil. Otroke in njihove starše naučimo, kako se prilagajati zdravljenju glede na aktivnost bolezni, namesto, da se za vsako majhno spremembo oglasijo pri zdravniku. Načrt za zdravljenje je prilagojen individualnim otrokovim potrebam, zato ga podamo pisno in ga razložimo. Ukrepanje je potrebno prilagoditi, saj je astma bolezen, ki se spreminja. Starše naučimo, kako preprečiti poslabšanje bolezni, katerega sprožijo sprožilci z večjimi odmerki protivnetnih zdravil. Ko se pojavi poslabšanje morajo vedeti, kako ga ustaviti že na začetku in kje je meja, do katere lahko ukrepajo sami, kdaj pa morajo poiskati zdravniško pomoč (Maček, 2007 cited in Žebaljec, 2014, p. 16). Glede na našo raziskavo in že obstoječe študije lahko trdimo, da se anketiranci dobro zavedajo, kaj je cilj zdravljenja astme in kako se ta cilj doseže.

Omejitve raziskave:

Diplomsko delo se nanaša na vlogo diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo. Diplomsko delo ima omejitve v vzorcu zaradi manjšega števila medicinskih sester, ki izvajajo edukacijo na področju pacientov z astmo. Raziskavo bi lahko razširili in anketirali medicinske sestre na tem področju še v drugih zdravstvenih domovih po Sloveniji.



## 4 ZAKLJUČEK

Namen diplomskega dela je bil izpolnjen, saj smo ugotovili, da je vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo bistvenega pomena, da pacient lahko dobro in kvalitetno obvladuje svojo bolezen ter z njo tudi živi. Da medicinska sestra doseže dobro izobraževanje, se mora skozi svoje delo nenehno izobraževati. Izobraževanja se medicinska sestra nauči že v času študija preko predavanj in kliničnega usposabljanja. Svoje znanje uporablja čez celoten proces. Obravnavo in zdravstveno vzgojo prilagodimo posamezniku. Nekateri si lažje zapomnijo, če jim pokažemo v obliki demonstracije s pripomočki, jim pokažemo slike, promocijski material, drugi, če si preberejo zloženko z kratkimi navodili. Pomembno vlogo pri pacientu z astmo imajo tudi referenčne ambulante, kjer medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojno delo, promocijo zdravega načina življenja ter preverijo znanje in ozaveščenost o obolenju pri pacientu z astmo. Pri tej dejavnosti je pomembno, da novoodkrite paciente in paciente, ki so že vključeni v obravnavo, medicinska sestra vsako leto vsaj enkrat povabi na pregled, s katerim ugotovi v kolikšni meri ima pacient urejeno astmo. Prednost referenčnih ambulant je, da je vsebuje razširjen tim ter svetovanje diplomirane medicinske sestre. Diplomirana medicinska sestra svetuje pacientom o preventivi zdravja, naredi presejalne teste z vprašalnikom za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni, s katerim ugotovi tveganje za novonastalo astmo. Glede na rezultate vprašalnika pa lahko svetuje tudi o dejavnikih tveganja, ki lahko povzročijo to bolezen.

Danes je medicinska sestra tista, ki največ časa preživi s pacientom zato si mora v času izobraževanja pridobiti pacientovo zaupanje in pacienta kakovostno naučiti kako se spopasti in sprijazniti z boleznijo ter mu nuditi podporo in svetovanje. V anketiranih ustanovah se medicinske sestre dobro zavedajo svoje vloge in se čim bolj poskušajo posvetiti pacientom ter jim nuditi kakovostno izobraževanje glede astme. Opazijo se tudi pomanjkljivosti v zdravstvenem sistemu v Sloveniji, kajti medicinskim sestram primanjkuje časa za obravnavo posameznega pacienta in tako je obravnava tudi manj kakovostna.

## 5 LITERATURA

Benedičič Katona, D., 2011. *Vloga poučevanja pri pacientih s srčnim popuščanjem: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Boulet, L.P., Boulay, M.E., 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*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26162708> [Accessed 23 June 2016].

Brda, A., 2012. *Patronažna zdravstvena nega pacienta, ki zboleva za astmo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene nege.

Bruzzese, J.M., Evans, D. & Kattan, M., 2009. *School-based asthma programs*. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 124(2), pp. 195-199.

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

Cvetkovski, B., Armour, C. & Bosnic-Anicevich S, 2009. Asthma management in rural New South Wales: Perceptions of health care professionals and people with asthma. *The Australian journal of rural health*, 17(4), pp. 195-200.

Čeh Selak, N., 2011. *Zdravstvena nega starostnika z bronhialno astmo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za šport.

Černe, M., 2007. *Izobraževanje bolnikov in športnih pedagogov s pomočjo svetovnih smernic obravnave astme ter z vsebinami astma šole: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za zdravstvene vede.

Diklić, D., 2013. *Prilagajanje športne vzgoje učencem z astmo: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Dobrašinović, D., n.d. *Učenje po šolanju*. [online] Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/211D-SLO.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/211D-SLO.pdf) [Accessed 29 June 2016].

Dorđević, S., 2015. *Vloga medicinske sestre pri spremljanju otroka s prirojeno srčno napako: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Fekonja, Z., 2009. *Izobraževanje in usposabljanje vodilnih medicinskih sester: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Gardner, A., Kaplan, B., Brown, W., Krier – Morrow, D., Rappaport, S., Marcus, L., Conboy – Ellis, K., Mullen, A., Rance, K. & Aaronson, D., 2015. *National standards for asthma self-management education*. *Pub Med* 114(3), pp. 178-186. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25744903> [Accessed 22 June 2016].

Gombač, M., 2015. *Ambulantno predpisovanje zdravil za obstruktivne pljučne bolezni v Sloveniji v letu 2008: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Grušovnik, M., 2016. *Zdravstvena vzgoja bolnika z astmo v referenčni ambulanti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

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

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

Jurinec, T., 2015. *Kakovost življenja pri pacientih z astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Koprivnikar, H., 2012. Tobak. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana, 2012. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 73.

Košnik, M., 2008. Astma: kaj lahko naredimo na primarnem nivoju. In: Kern, I., ed. *4th Slovenian Pneumology and Allergology Congress 2008*. Portorož, Slovenia, September 14-16 2008. Golnik: University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik, p. 7.

Košnik, M., 2011. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera picta, Slovensko medicinsko društvo.

Kovačič, D., 2008. *Možnost razvoja kineziterapije za astmatike v Pomurju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Kozar, D., 2012. *Zdravstveno-vzgojno delo v referenčni ambulanti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kržišnik, C., 2013. Bolezni dihal. In: C. Kržišnik, ed. *Pediatrija*. Ljubljana: DZS, p. 357.

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 in zdravstvenih tehnikov, pp. 33-45.

Kvas, A., 2009. Andragoško – didaktični pristopi pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Majcen Dvoršak, S., Kvas, A., Kaučič, B.M. & Železnik, D., eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Ljubljana, 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 6.

Lackovič, B., 2013. *Vodenje evidence o astmi v referenčni ambulanti: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Lesar, I. & Peček, M., 2008. *Ali je izraz »edukacija«*. [online] Available at: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.drustvo-sdp.si%2Fdoc%2FEdukacija-priponka.doc&ei=RvfHVOP6HsL1UJvIggqB&usg=AFQjCNEYYP4lm1nbn8H-FIcEbl1CWixKjoA&sig2=6AxqpHVZCWzxxjrKpF-DMQ&bvm=bv.84349003,d.d24> [Accessed 28 Januar 2015].

Maze, H., 2009. Model usposabljanja medicinskih sester v bolnišnici. In: B. Skela Savič, M.B. Kaučič & B. Filej, eds. *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja*. Ljubljana, 17.–18. September 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 430 – 435.

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

Ojsteršek, M. & Škrjanec, A.L., 2012. *Ocenjevanje zanesljivosti merjenja s koeficientom Cronbach alfa, omega in koeficient iz metode SEM: uporaba Monte Carlo Simulacij: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Oštir, M., 2015. Meritev največjega pretoka zraka v izdihu-PEF. In: M. Oštir, ed. *Astma pri otroku za medicinske sestre*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, p. 46.

Oštir, M., 2016. Preventiva astme in alergijske bolezni pri otrocih. In: L. Prestor, ed. *Astma in kronična obstruktivna bolezen: Zbornik predavanj z recenzijo*. Zreče, 8.-9. april 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, p. 38.

Otorepec, P., Bitenc, K. & Perčič, S., 2013. *Astma in alergijske bolezni pri otrocih*. Ljubljana: Agencija Republike Slovenije za okolje. [online] Available at: [http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind\\_id=514](http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=514) [Accessed 20 June 2017].

Poplas Susič, T., Vodopivec Jamšek, V., Košnik, M., Živčec Kalan, G. & Šuškovič, S., 2011. Astma-protokol vodenja kroničnega bolnika in ukrepanje ob zapletih/poslabšanjih. *ISIS*, 2011, 19(2), pp. 52-56.

Prislan, P., 2014. *Sistematični pregled raziskav vrednotenja sodelovanja bolnikov z astmo ali kopr pri zdravljenju z zdravili: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Putar, B. & Cerjak, M., 2008. Izkušnje z zdravstveno vzgojo bolnikov z astmo in KOPB. In: S. Kadivec, ed. 4. *Slovenski pneumološki in alergološki kongres 2008. Portorož, 14.-15. september 2008*. Golnik: Bolnišnica Golnik-Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 103-105.

Pšeničnik, M., 2010. *Zdravstveno vzgojno 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.

Skerbinjek Kavalarič, M., 2013. *Farmakogenetika in vrednotenje in intermitentnega zdravljenja z antagonisti levkotrienor pri otrocih s persistentno astmo: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.

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

Stankiewicz - Choroszuca, B.L., Wawrzyniak, Z.M., Lipiec, A., Piekarska, B., Kapalczyński, W.J. & Samoliński, B.K., 2011. Consequences of smoke inhalation in the

epidemiology of allergic diseases in Poland project (ECAP). *Ann of Agricult and Environment Med*, 18(2), pp. 429-28.

Šifrer, B. & Bren, M., 2011. *SPSS – multivariantne metode v varstvoslovju*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.

Škr gat, S., 2016. Klinična slika, diagnoza ter zdravljenje in samozdravljenje astme. In: L. Prestor, ed. *Astma in kronična obstruktivna bolezen: Zbornik predavanj z recenzijo. Zreče, 8.-9. april 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, p. 19.

Špan, E., 2013. *Strokovno izobraževanje medicinskih sester v Slovenski vojski: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Šuškovič, S., 2008. Obravnava astme v Sloveniji-perspektivna opazovalna raziskava. *Farmacevtski vestnik*, 59(3), p. 151.

Šuškovič, S., n.d. *Astma*. [online] Available at: <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnisnice/opis-bolezni-in-preiskav/astma.php> [Accessed 22 June 2016].

Šuškovič, S., Košnik, M., Šuškovič, S., Fležar, M., Osolnik, K., Zidarn, M. & Škr gat, S., n.d. Stališča bolnišnice Golnik – KOPA za obravnavo persistentne astme pri odraslem. [online] Available at: [http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/strokovna-javnost/strokovne-publikacije/stalisca\\_KOPA\\_do\\_obravnave\\_trajne\\_astme\\_pri\\_odraslih.pdf](http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/strokovna-javnost/strokovne-publikacije/stalisca_KOPA_do_obravnave_trajne_astme_pri_odraslih.pdf) [Accessed 9 May 2017].

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

Vrtačnik, K., 2012. *Aplikacija teorije Dorothee Orem v procesu zdravstvene oskrbe kroničnega pacienta v referenčni ambulanti: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Vrtačnik, K., 2015. *Vloga diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti družinske medicine pri adherenci in vodenju pacienta z astmo: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Zorec, J., 2006. Bronhialna astma. In: M. Pivec, ed. *Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka*. Maribor: Založba Pivec, pp. 135-136.

Zupan, M. & Oštir, M., 2015. Zdravstveno vzgojno delo pri obravnavi otroka / mladostnika z astmo. In: M. Oštir, ed. *Astma pri otroku za medicinske sestre*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni, pp. 163-166.

Zurc, J., 2013. Didaktični vidiki poučevanja zdravstvene vzgoje. *Pedagoška obzorja*, 28(2), pp. 68-69.

Žabkar, B., 2010. Šola astme v Mladinskem zdravilišču Debeli Rtič. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo. Portorož 12.5.2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic, pp. 83 – 84.

Žebaljec, M., 2014. *Vloga zdravstvene vzgoje pri starših otrok z astmo: diplomsko delo*. Jesenice: Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje zdravstvena nega, Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Žugelj Pavlovčič, A., 2016. *Vpliv komunikacijskih apelov na motivacijo kadilcev za prenehanje kajenja: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

World Health Organization, n.d. *Chronic respiratory diseases*. [online] Available at: <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/> [Accessed 28 Januar 2015].



## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### VPRAŠALNIK O VLOGI DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI EDUKACIJI PACIENTA Z ASTMO

Spoštovani!

Sem Dolores Kragelj, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pred Vami je vprašalnik, ki je del moje diplomske naloge z naslovom »**Vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo**«, ki jo pripravljam pod mentorstvom Marte Smodiš, pred. Z vprašalnikom, ki je pred vami bom pridobila podatke za izdelavo diplomskega dela, zato vas vljudno prosim, da odgovorite na spodaj zastavljena vprašanja. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, vprašalnik je anonimen, podatki pa bodo uporabljeni izključno in samo za namen izdelave diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej zahvaljujem.

**Dolores Kragelj**

#### VPRAŠALNIK O VLOGI DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI EDUKACIJI PACIENTA Z ASTMO

##### 1 SKLOP

###### Demografski podatki:

1. **Spol (ustrezno označite):**
  - a. Ženska
  - b. Moški
2. **Starost (ustrezno napišite):** \_\_\_\_\_ let
3. **Delovna doba (ustrezno napišite):** \_\_\_\_\_ let

4. **Izobrazba** (ustrezno označite):
- a. Višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik
  - b. Diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
  - c. Profesorica zdravstvene vzgoje
  - d. Magistrica zdravstvene nege / magister zdravstvene nege

5. **V kateri ustanovi ste zaposleni?** (ustrezno označite)

- a. ZD Brežice
- b. ZD Kranj
- c. ZD Krško
- d. ZD Jesenice
- e. ZD Ljubljana - center
- f. ZD Škofja Loka

6. **Na katerem delovnem mestu ste zaposleni?** (ustrezno napišite): \_\_\_\_\_

**2 SKLOP:** Vloga diplomirane medicinske sestre pri edukaciji pacienta z astmo.

1. **Koliko pacientov z astmo ste v zadnjem mesecu prvič obravnavali v ambulanti?** (ustrezno označite)

- a. Ena
- b. Dva
- c. Tri
- d. Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_

2. **V spodnji tabeli so navedene trditve o vašem znanju, ki ste ga pridobili v času študija. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.**

1	S formalnim izobraževanjem sem pridobila dovolj znanja o astmi.	1	2	3	4	5
2	Moje znanje o astmi je odlično.	1	2	3	4	5
3	Imam dovolj izkušenj za delo s pacienti z astmo.	1	2	3	4	5
4	Potrebujem še dodatna znanja in izkušnje, da bi bila uspešnejša pri obravnavi pacientov z astmo.	1	2	3	4	5
5	Kontinuirano se izobražujem, ker potrebujem dodatna znanja.	1	2	3	4	5
6	V delovni organizaciji imamo izobraževanja na to temo.	1	2	3	4	5
7	Ocenjujem, da imam dovolj znanja za poučevanje pacientov o astmi	1	2	3	4	5
8	Študij mi je nudil dovolj znanja za edukacijo pacientov, ki imajo astmo.	1	2	3	4	5
9	Poučujem odrasle paciente, ki imajo astmo.	1	2	3	4	5
10	Poučujem otroke, ki imajo astmo.	1	2	3	4	5

11	Pri edukaciji otroka z astmo je vključevanje staršev zelo pomembno.	1	2	3	4	5
12	Pri edukaciji starostnika z astmo je vključevanje svojcev zelo pomembno.	1	2	3	4	5
13	Najpogosteje izvajam individualno edukacijo pri pacientu z astmo.	1	2	3	4	5
14	Najpogosteje izvajam skupinsko edukacijo.	1	2	3	4	5
15	Edukacijo pri pacientu z astmo izvajam ob vsakem obisku.	1	2	3	4	5
16	Edukacijo pri pacientu z astmo izvajam na pol leta.	1	2	3	4	5
17	Edukacijo pri pacientu z astmo izvajam, ko nastopijo težave.	1	2	3	4	5
18	Paciente poučujem na ustrezen in razumljiv način.	1	2	3	4	5
19	Paciente educiram samo po naročilu zdravnika.	1	2	3	4	5

**3 Kakšna je vaša vloga pri edukaciji pacienta z astmo? (ustrezno označite – možnih je 7 odgovorov)**

- Pacienta povabiti v šolo astme
- Pacienta poučiti o anatomiji dihal
- Pacienta poučiti o naravi astme
- Pacienta poučiti kako ukrepati ob poslabšanju astme
- Pacienta poučiti kako skrbeti za svojo bolezen
- Pacienta poučiti o aplikaciji zdravil
- Pacientu nuditi svetovanje
- Ne educiram pacientov

**4 Kaj svetujete pacientu z astmo? (ustrezno označite– možnih je več odgovorov)**

- Da čim več časa preživi na svežem zraku
- Da obišče šolo astme
- Da je zdravila potrebno jemati po navodilih
- Ne svetujem
- Da si izmeri količino izdihanega zraka z merilnikom pretoka zraka
- Drugo: \_\_\_\_\_

**5 V spodnji tabeli so navedene trditve o metodah izobraževanja pacientov. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.**

1	Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo predavanja.	1	2	3	4	5
2	Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo pogovora, vodene pogovore z diskusijo.	1	2	3	4	5
3	Pri edukaciji pacienta uporabljam ilustrativno demonstracijsko metodo.	1	2	3	4	5
4	Pri edukaciji pacienta uporabljam metodo prepričanja, navajanja, spodbujanja in preprečevanja.	1	2	3	4	5
5	Pri edukaciji pacienta uporabljam študijo primera.	1	2	3	4	5
6	Učno metodo izberem, ko ugotovim predznanje pacienta.	1	2	3	4	5

**6 Kaj pacienta naučite?** (ustrezno označite – možnih je več odgovorov)

- a. O astmi
- b. Uporaba PEF merilnika
- c. Uporaba dnevnika astme
- d. Pravilna uporaba vdihovalnikov
- e. Razlika med preprečevalnimi in olajševalnimi zdravili
- f. Ugotavljanje in kontrola sprožilnih dejavnikov astme
- g. Prepoznavanje zgodnjih znakov poslabšanja
- h. Ukrepanje že ob zgodnjih znakih poslabšanja bolezni
- i. Drugo: \_\_\_\_\_

**7 Kakšno edukacijo najpogosteje izvajate pri pacientu z astmo?**

- a. Individualno
- b. Skupinsko z drugimi pacienti (s skupino treh ali več pacientov ali svojcev)
- c. V parih (pacient – svojec, dva pacienta)
- d. Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_

**8 Kaj je cilj zdravljenja astme?** (ustrezno označite – 2 možna odgovora)

- a. Pacient z astmo bo živel normalno življenje
- b. Pacient z astmo bo živel dokaj normalno življenje
- c. Pacient bo svoje aktivnosti opravljal brez omejitev
- d. Pacient bo svoje aktivnosti opravljal z vmesnim počitkom

**9 Kdaj ta cilje dosežete?** (ustrezno označite – možnih več odgovorov)

- a. Pacient z nima simptomov bolezni
- b. Pacienta bolezen ne ovira pri vsakodnevnih aktivnostih
- c. Pacient ne potrebuje olajševalcev
- d. Ima pacient normalno pljučno funkcijo (600 mililitrov za moške in 400 mililitrov na minuto za ženske)
- e. Pacient nima znakov poslabšanja astme
- f. Pacient doživi astmatski napad in ob tem uspešno ukrepa

**10 Menite, da pacienta, ki ima astmo poučujete na ustrezen in razumljiv način?** (ustrezno označite)

- a. Da
- b. Ne  
Če ne, zakaj ne? (dopišite): \_\_\_\_\_

- 11 V spodnji tabeli so navedene trditve o časovni razporeditvi pregledov pacientov z astmo. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.**

1	Pacienti z astmo pridejo na pregled enkrat tedensko, če potrebujejo več podpore ob bolezni, več navodil.	1	2	3	4	5
2	Pacienti z astmo pridejo na pregled na 4 do 6 tednov, ker je tako priporočljivo ter tako navaja literatura.	1	2	3	4	5
3	Pacienti z astmo pridejo na pregled na pol leta, če vodenje astme poteka brez zapletov.	1	2	3	4	5
4	Pacienti z astmo pridejo na pregled, če imajo težave.	1	2	3	4	5
5	Pacienti z astmo pridejo na pregled ob poslabšanju bolezni.	1	2	3	4	5
6	Pacienti z astmo pridejo na pregled, ko potrebujejo zdravila.	1	2	3	4	5

- 12 V spodnji tabeli so navedene trditve o pomembnosti navedenih trditev glede obravnave pacienta z astmo. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se mi ne zdi pomembna, 2 – se mi ne zdi pomembna, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se mi zdi pomembna, 5 – zelo se mi zdi pomembna.**

1	Pri obravnavi pacienta z astmo je vzpostavitev dobre komunikacije ključnega pomena.	1	2	3	4	5
2	Pri obravnavi pacienta z astmo je pravilna uporaba pršilnikov pomembna za zdravljenje bolezni.	1	2	3	4	5
3	Če pacienti aktivno sodelujejo pri edukaciji, bolj uspešno preprečujejo simptome poslabšanja astme.	1	2	3	4	5
4	Pacienti dobijo informacije in pisno gradiva, ki ga preberejo.	1	2	3	4	5
5	Pacienti z astmo potrebujejo informiranje in edukacijo.	1	2	3	4	5

- 13 V spodnji tabeli so navedene trditve o astmi. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.**

1	Izkušnje o astmi so temelj obravnave pacientov z astmo.	1	2	3	4	5
2	Paciente z astmo je potrebno kontinuirano izobraževati.	1	2	3	4	5
3	Paciente z astmo kontinuirano spremljamo (izboljšanje zdravstvenega stanja in poslabšanje).	1	2	3	4	5
4	Dnevnik astmatika je pomemben za spremljanje bolezni.	1	2	3	4	5

Hvala za sodelovanje!