

KAKO DOSEČI PARTNERSKO SODELOVANJE S PACIENTOM Z ASTMO

HOW TO ACHIEVE PARTNERSHIP COOPERATION WITH ASTHMA PATIENTS

Saša Kadivec, Mitja Košnik

KLJUČNE BESEDE: partnerski odnos; učenje; pacient z astmo; timski pristop

KEY WORDS: partnership; teaching; asthma patient; team approach

Izvleček – Za uspešno spremljanje bolezni je pomembno s pacientom vzpostaviti partnerski odnos. Najboljša načina za vzpostavitev partnerskega odnosa sta timsko delo in aktivno vključevanje pacienta v proces zdravljenja.

Pacient ima pri partnerskem odnosu možnost, da zdravniku ali medicinski sestri telefonira v primeru težav. Lahko uporablja tudi elektronsko komuniciranje.

V Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Golnik uporabljajo takšen način v pulmološko alergološki ambulanti. Medicinska sestra mesečno pokliče pacienta domov, ga povpraša o problemih, skupaj izpolnita vprašalnik o nadzoru astme nato medicinska sestra glede na odstopanja od predvidenega rezultata vzpostavi stik z zdravnikom. Orodje, s katerim pacient obdobjno ocenjuje, ali ima astmo pod nadzorom, je vprašalnik »test nadzora astme«.

Vrednotenje 11 pacientov, ki so vključeni v partnerski način zdravljenja pokaže, da so se razlike med dejanskim in ciljnim rezultatom zmanjšale s časom, ki je pretekel od prvega pregleda. Povprečni čas, v katerem so pacienti dosegli ciljni rezultat, je bil 36 dni.

Abstract – Partnership with patient is essential for the successful following of a disease. The most successful ways to build partnership are team work and active involvement of the patient in the treatment process.

In the frames of partnership, the patient has the opportunity to make a phone call to the doctor or nurse, or to make an e-mail contact.

At the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik such approach has been used in the frames of Lung Diseases and Allergy Clinic. A nurse makes a phone call to a patient once a month and asks him or her about his or her problems; they fill out the questionnaire on asthma control together. In case of any discrepancies with the expected results, a doctor is contacted. The questionnaire by means of which the patients assess their asthma control is called "asthma control test".

The assessment of 11 patients included in partnership treatment plan reveals that the discrepancies between the actual and aimed at results have gradually diminished from the first follow up on. The average time in which the patients achieved the aimed at result was 36 days.

Uvod

Pacient z astmo je kronični bolnik in zanj je zelo pomembno, da se nauči načel samozdravljenja. Samozdravljenje je edini način, ki omogoči uspešno kontrolo bolezni. To pomeni, da se pacient v pogovorih z zdravnikom in medicinsko sestro nauči, kaj je astma, kaj jo povzroči ali poslabša ter kako lahko prepreči njeno poslabšanje oziroma kako jo ublaži in pozdravi. Bistvena znanja, ki jih pacient z astmo potrebuje za samozdravljenje, so:

- prepoznavanje znakov poslabšanja astme,
- obvladovanje pravilne tehnike jemanja zdravil,
- obvladovanje pravilne tehnike merjenja največjega ekspiratornega pretoka (PEFa),
- poznavanje razlik med preprečevalci in olajševalci,
- sledenje pisnemu načrtu samozdravljenja,
- ukrepanje ob zgodnjih znakih bolezni.

Zdravstvena vzgoja pacienta z astmo je bistveni sestavni del vsakih priporočil za obravnavo astme. Z učenjem želimo doseči, da pacient poveča znanje o astmi in ga hkrati spodbuditi k spremembi miselnega pristopa k bolezni. Pacient mora vedeti, da bo kljub kronični bolezni ob pravilnem zdravljenju:

- brez pomembnih znakov astme,
- brez hujših poslabšanj astme,
- imel normalno ali skoraj normalno pljučno funkcijo,
- sposoben za enake telesne napore kot njegovi vrstniki.

Pacienta poučujemo v vseh starostnih obdobjih, v katerih se bolezen pojavlja. V učni proces vključujemo svojce. Aktivna vključitev pacientov v proces zdravljenja izboljša izide pri zdravljenju.

S pacientom in njegovo družino je pomembno vzpostaviti partnerski odnos (Musto, 2003). Tak odnos te-

melji na pacientovih resničnih potrebah in traja vse obdobje zdravljenja. Če dosežemo ta pogoj, potem pri zdravljenju lažje sledimo zastavljenim smernicam in usposobimo pacienta za samozdravljenje (Reinke, Hoffman, 2000). Za vzpostavitev partnerskega sodelovanja s pacientom je na voljo več možnosti, med njimi timski pristop in aktivno vključevanje pacienta v proces zdravljenja. Za vzpostavitev partnerskega odnosa je idealen koordiniran tim, ki pomaga pacientu slediti načelom zdravljenja. Truditi se moramo za dobro komunikacijo in koordinacijo med člani tima (Geppert, Collazo, 1998).

Če hočemo biti pri vodenju pacienta z astmo uspešni, sledimo petim akcijskim korakom: (1) pacientu pošljamo pomembna sporočila, ki so povzeta po nacionalnih smernicah vodenja astme; (2) razvijamo pacientove sposobnosti za samozdravljenje; (3) oblikujemo razumljiv načrt zdravljenja in učenja; (4) uporabljamo različne komunikacijske tehnike, ki bolnika spodbujajo, da upošteva načrt samozdravljenja; (5) zagotovimo, da so vsi, ki delajo s pacientom, ustrezno usposobljeni za izvajanje prvih štirih točk (Clark, Partridge, 2002).

Aktivno vključevanje pacientov v proces zdravljenja

Zavzetost za zdravljenje ima pogoje v ustvarjenem partnerskem odnosu med pacientom in zdravnikom. Zavzetost za zdravljenje je v literaturi (Niggemann, 2005) opredeljena kot: »obseg, do katerega pacient sledi predpisom zdravnika« (dieta, prejetje zdravila, življenjski slog). Še pred kratkim je bil poudarek na sledenju navodilom, danes vemo, da je z zavzetostjo pri zdravljenju povezanih mnogo dejavnikov. Odvisna je od uspeha pri zdravljenju in leži v rokah pacienta. Samozdravljenje kronične bolezni izboljša psihično počutje, zmanjša bolečine in depresijo, torej izboljša kakovost življenja. Manjša zavzetost za zdravljenje je dejavnik tveganja za razvoj zapletov bolezni. Pri pacientih z astmo nesodelovanje lahko povzroči poslabšanje bolezni ali smrt. Pri majhnih otrocih je zavzetost močno povezana z njihovimi starši. Zavzetost za zdravljenje je večja v akutni fazi bolezni, kadar pacient ve, da je bolezen resna, in kadar zaupa načinu zdravljenja in zdravniku. Za večjo zavzetost pri zdravljenju uporabljamo več orodij, kot so raziskovanje, učenje, opomniki, sledenje ipd.

Pri vzpostavljenem partnerskem odnosu zdravnik prevzame odgovornost za terapevtski in diagnostični načrt in pacienta povabi, naj telefonira zdravniku ali medicinski sestri v primeru težav ali vprašanj. Tudi uporaba interneta omogoča, da pri pacientih preverimo, ali redno jemljejo zdravila. Internet pomaga pacientom, da lažje nadzorujejo svojo bolezen in izboljšajo kakovost življenja. Prek interneta pošljamo pacientom terapevtske načrte zdravljenja in jih zalaga-

mo z učnimi vsebinami o bolezni. Omogoča, da pacient in zdravnik komunicirata drug z drugim, da pacient ostane aktiven in svojo bolezen dobro nadzoruje (Wang et al., 2005).

Redni obiski pri zdravniku pomagajo vzdrževati dobre odnose med njima in večajo verjetnost, da se bo pacient ravnal po zdravnikovih navodilih. V literaturi (Raftery et al., 2005) je velik poudarek na pogostih stikih med zdravstvenimi delavci in pacienti, ki zagotavljajo bolniku varnost. Sledenje po odpustu (Nathan et al., 2006) je enako varno in uspešno pri zdravniku ali medicinski sestri, vsaj kar se tiče frekvence poslabšanj v prvih pol leta, kakovosti življenja in sprememb v meritvah PEFa.

Literatura na področju astme le redko ponuja dokaze o pacientovem aktivnem sodelovanju pri zdravljenju, več je dokazov pri pacientih z rakom. V študiji (Caress et al., 2005) so z intervjujem pri 230 pacientih z astmo raziskovali dejansko in željeno pacientovo vključenost v odločitve pri zdravljenju. Ugotovili so, da 72 % pacientov zaznava svojo vlogo pri zdravljenju kot pasivno, 20 % jih sodeluje z zdravnikom in 7 % jih meni, da so bili pri zdravljenju aktivni. Popolnoma pasivne vloge si ne želi polovica pacientov, najbolj zaželeno je sodelovanje z zdravnikom. Le 34 % pacientov je bilo vključenih na način kot so želeli, 56 % je bilo vključenih manj, kot so želeli. Spodbujevalci in ovire za aktivno vključevanje pacientov se nanašajo na bolnika, stroko in organizacijo, najpogostejši so kakovost in čas. Komentarji kot so: pomanjkanje komunikacije z zdravstvenimi delavci, so bili najpogostejši. Starejši pacienti in tisti z nižjo stopnjo izobrazbe so zadovoljni z bolj pasivno vlogo. Rezultati študije so potrdili, da večina pacientov čuti, da so premalo vključeni v odločitve pri zdravljenju, mnogi si želijo bolj aktivno vlogo. Kot pomembno področje za izboljšanje so omenili komunikacijo. V zaključku avtorji predlagajo partnersko sodelovanje s pacientom, vključevanje bolnika in sodelovanje z njim.

Vloga zdravstvenega tima pri samozdravljenju

V svetu je poznan finski model vodenja pacientov z astmo, ki se je izkazal kot uspešen. Finsko Ministrstvo za zdravje je 1994 leta oblikovalo nacionalni program (Haahtela et al., 2001) za preventivo astme s ciljem doseči dobro počutje, dobre funkcijske in telesne zmožnosti pacienta, zmanjšanje težke in zmerne astme in zmanjšanje stroškov. Uvedeni ukrepi so posegli na področje zgodnje diagnostike in aktivnega zdravljenja, vodenega samozdravljenja, zmanjšanja respiratornih iritantov, kot je tobak, vpeljevanja rehabilitacije na raven poliklinike in poučevanja.

Finski model je predvidel izobraževanje celotnega tima: zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov

in dal velik poudarek večdisciplinarnemu delu. Zdravnik in medicinska sestra sta koordinatorja regionalnih in lokalnih aktivnosti na področju vodenja pacientov z astmo, farmacevti dajejo velik poudarek informiranju pacientov o učinkih in stranskih učinkih zdravil za astmo, tehniki inhalacijske terapije in pravilni uporabi zdravil.

V svetu za boljšo oskrbo pacientov z astmo uvajajo profil medicinske sestre, specialistke za astmo (angl. asthma nurse), ki so usposobljene za vodenje pacientov z astmo, imajo bogate izkušnje na bolniških oddelkih in so običajno članice več timov. Ta profil je predviden tudi v mednarodnih smernicah vodenja pacientov z astmo (O'Byrne et al., 2006).

V literaturi (Oldam, 1997) najdemo primer organizacije, ki jo vodijo medicinske sestre (angl. nurse led asthma clinic). Ta organizacija dela skuša doseči čim boljše rezultate oskrbe pacientov z astmo, zvečati sprejetje boleznih in omogočiti boljše sledenje boleznih. Splošni zdravnik napoti pacienta k medicinskim sestram, specializiranim s področja vodenja bolnika z astmo, te mu po vsaki obravnavi pošljejo priporočila za zdravljenje. Medicinske sestre tedensko zagotovijo določeno število polurnih obiskov, kjer pacienti obišejo njim poznano medicinsko sestro. Ta vzame usmerjeno anamnezo, izmeri PEF, se pogovori o tehniki jemanja zdravil in o sprožilnih dejavnikih boleznih. Cilj dejavnosti je opremiti paciente z znanjem, da bodo sposobni za samozdravljenje.

Izidi aktivnega vključevanja pacientov v proces zdravljenja

V procesu vrednotenja »organizacije, ki jo vodijo medicinske sestre« (Oldam, 1997) je na vprašalnike odgovorilo 1000 pacientov, ki so vsi poudarili da bolje razumejo nadzor nad boleznijo, 83 % pravi, da so izboljšali tehniko jemanja zdravil, 96 % trdi, da vedo kako si pomagati pri bolezni. Opravljen strokovni nadzor na randomiziranem vzorcu 40 pacientov, je pokazal večjo uporabo PEFa in boljšo tehniko inhalacijske terapije. V projektu se je izkazalo, da dobro usposobljena specializirana medicinska sestra z izobraževanjem pacientov in njihovih svojcev lahko izboljša nadzor bolnika nad astmo. Pokazala se je koristnost večdisciplinarnega tima.

Pri vrednotenju finskega modela vodenja bolnikov z astmo (Haahtela et al., 2001) so v eni od regij dosegli zvečanje uporabe PEF merilcev iz 20 na 60 %. Uspeh finskega modela se je pokazal v manjšem številu dni preživetih v bolnišnici in manjši umrljivosti. Izboljšanje kontrole boleznih zmanjša stroške, manj je sprejemov v bolnico, manj odsotnosti iz dela, izboljša se kakovost življenja. Pacienti so ocenjevali urejenost astme in 9 % je odgovorilo, da sploh nima simptomov astme, blage simptome je imelo 65 % in zmerne do težke 35 % bolnikov.

V drugi študiji je bilo v kontrolni skupini 24,8 % otrok ponovno sprejetih zaradi poslabšanja astme, v intervencijski skupini, ki je bila po odpustu deležna diskusijske skupine, pisne informacije, telefonskega svetovanja, sledenja pri zdravniku in individualizirane pisnega načrta zdravljenja pa le 8,3 % otrok (Madge et al., 1997).

Študija (Kamps et al., 2004) je sledila medicinski sestri pri obravnavi otrok, starih 2–16 let, ki jih je napotil splošni zdravnik zaradi kontrole boleznih na polikliniko. Medicinska sestra je vzela usmerjeno anamnezo, izvedla program (informacije o sprožilnih boleznih, uporaba olajševalcev in preprečevalcev, ukrepanje ob pojavu poslabšanja boleznih, svetovanje glede urejanja okolja). V času študije ni bilo urgentnih hospitalizacij zaradi poslabšanja boleznih. Študija je pokazala, da medicinska sestra preživi pomembno več časa v kontaktu z bolnikom kot pediater in doseže enako raven kontrole boleznih, stroški pa so nižji od tradicionalne obravnave pri pediatru.

V študiji (Smith et al., 2000) so testirali hipotezo, da medicinska sestra, specialistka za astmo, izboljša kakovost zdravstvene oskrbe otrok, ki so bili v bolnišnico sprejeti zaradi akutne faze boleznih. Pri primerjavi kazalcev kakovosti pred intervencijami medicinske sestre in po njih (izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre, šola astme za otroke pred odpustom, sledenje pri splošnem zdravniku in v bolnišnici, telefonske informacije) so ugotovili pomembna izboljšanja pri deležu otrok z izmerjeno saturacijo ob sprejemu, večji je bil delež bolnikov z izdelanim načrtom samozdravljenja ob odpustu in z obiskom v astma šoli.

Program samozdravljenja za paciente s kronično pljučno obstruktivno boleznijo (KOPB) (Gadoury et al., 2005) je pokazal, da so pacienti, ki so bili deležni tedenskih ur učenja o boleznih, dobivali gradivo »živeti s KOPB«, imeli mesečne posvete po telefonu, redkeje v bolnišnici v primerjavi s skupino, ki je bila deležna standardne obravnave. Manjši delež hospitalizacij je ostal tudi v drugem letu, le v manjšem deležu. Študija je pokazala napovedne dejavnike za večje število hospitalizacij: višja starost in slabši zdravstveni status – in dejavnike za manjše število hospitalizacij: spol (ženski) in višja izobrazba.

Študija (Rasmussen et al., 2005) je opazovala izide zdravljenja pri treh skupinah 300 pacientov v polletni prospektivni študiji: prva skupina je sodelovala z zdravstvenimi delavci prek interneta, druga je bila nadzorovana pri specialistu, tretja pri družinskem zdravniku. Študija je pokazala, da zdravljenje in nadzor prek interneta vodita v pomembno večje izboljšanje kot pri ostalih pri spremljanju simptomov astme, kakovosti življenja in pljučne funkcije.

Nekaj podobnih študij je narejenih tudi na področju sekundarne preventive koronarne srčne boleznih. Vrednotenje delovanja klinike (Raftery et al., 2005) je trajalo štiri leta in 1343 pacientov je bilo deležnih dveh

enournih obiskov. Že po prvem letu so bili izboljšani rezultati na področju uporabe aspirina, izmerjenih vrednosti krvnega tlaka, lipidov in upoštevanja diete. Po štirih letih delovanja take klinike je bilo manj dogodkov, povezanih z boleznijo, zmanjšala se je umrljivost.

Študija (Campbell et al., 1998) na Škotskem je pokazala podobno. Obisk bolnika v kliniki, ki jo vodijo medicinske sestre, je imel štiri dejavnosti: (1) pregled simptomov, (2) svetovanje glede zdravljenja z zdravili, spodbujanje uporabe aspirina, ugotavljanje stranskih učinkov, (3) ocena vrednosti krvnega tlaka in lipidov glede na smernice, (4) ocena rizičnih dejavnikov. Medicinske sestre so ocenjevale dejavnike življenjskega sloga in redne obiske pacientov na dva do šest mesecev. Rezultati pred intervencijo in po enem letu so pokazali pomembno izboljšanje v vseh dejavnikih tveganja, razen na področju kajenja. Ker se učinek na kardiovaskularne dogodke in na smrtnost pojavi šele čez nekaj let, avtorji predvidevajo, da se morajo ti zmanjšati na tretjino.

Učenje pacientov z astmo v Bolnišnici Golnik Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo

Organizirana zdravstvena vzgoja pacientov v kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo (KOPA) Golnik poteka v dveh oblikah: tedensko v malih skupinah in individualna vzgoja na bolniškem oddelku. Pred poukom potrebe po znanju o astmi preverimo z ustreznim vprašalnikom.

Skupinska zdravstvena vzgoja pacienta z astmo poteka v posebnem prostoru, namenjenemu za poučevanje bolnikov. Šola poteka dve uri na teden. Izvajalke so medicinske sestre s specialnimi znanji. Od metod dela izbiramo pogovor, razlago, za pridobivanje določenih spretnosti demonstracijo (učenje inhalacijske terapije, merjenja PEFa).

Vrednotenje znanja poteka sprotno. Medicinska sestra oceni znanje vsakega pacienta. Ocena pacientov pokaže, da je petina pacientov, ki obiščejo šolo, brez znanja o astmi, dve petini ima slabo znanje, dve petini dobro. Raven tako doseženega znanja ni visoka, pacienti pozabljajo, zato je bila nujna odločitev, da preidemo na partnerski način vodenja astme.

Študije kažejo še na dva pomembna problema pri samozdravljenju astme. Prvi problem je, da pacient potem, ko doseže stabilnost bolezni, na bolezen pozabi in neredno ter »po svoje« prejema preventivna zdravila. Drug problem je, da pacient ne ve, ali prejema ravno pravo količino zdravil.

Prehod k partnerskem načinu vodenja astme

V KOPA Golnik smo za partnersko vodenje pacienta z astmo izdelali klinično pot. Cilj obravnave je

čim bolj urejena astma. To skušamo doseči s pogostimi kontakti med pacientom in zdravstvenim timom v specialistični ambulanti. Bistveno je, da se pacient ob kakršnih koli dilemah brez nepotrebnega omahovanja takoj povežete s timom.

Zdravnik oceni, ali je pacient primeren za takšen način vodenja bolezni. Medicinska sestra preveri, če ima pacient merilec PEF, če obvlada tehniko vdihovalnikov, merjenje PEFa in mu razloži vprašalnik o nadzoru nad astmo. Pacient mora imeti in poznati pisni načrt samozdravljenja.

Enkrat mesečno medicinska sestra pokliče pacienta na dom ter ga podrobneje vpraša o urejenosti astme. Orodje, s katerim bolnika obdobjno ocenjuje, ali ima astmo pod nadzorom, je vprašalnik »test nadzora astme« (Astma control test – ACT). Test je preprosta metoda za oceno stanja astme (Nathan et al., 2004). Rezultat vprašalnika pove, ali ima pacient bolezen pod nadzorom. Če jo ima, nadaljuje zdravljenje astme po ustaljenih navodilih.

Medicinska sestra pacienta ob rednih mesečnih stikih po telefonu vpraša o problemih, skupaj izpolnita vprašalnik in medicinska sestra glede na odstopanja od predvidenega števila točk vzpostavi stik z zdravnikom. Medicinska sestra pacienta spomni na redno jemanje zdravil, oceni opisano tehniko jemanja zdravil, ki jo pacient razloži po telefonu.

Medicinska sestra vodi tudi evidenco nepredvidenih kontaktov, ko pacient pokliče v ambulanto ob nastopu problema, ki ga sam ne zna rešiti. Če gre za pomembno poslabšanje astme, pacienta naroči na predhodni pregled k zdravniku.

Cilje za vsakega pacienta postavi zdravnik. Medicinska sestra pomaga, da se pacient tem ciljem približuje in izvede tudi nekatere ukrepe, ki so bili predvideni kot možni scenariji na poti k cilju. Sem sodi na primer v skladu z načrtom zdravljenja predvideno prilagajanje odmerkov zdravil, ko pacient doseže določeno stopnjo stabilnosti bolezni. Temeljno načelo zdravstvene vzgoje je vztrajnost. Pacientovo znanje je potrebno stalno obnavljati in preverjati. Zelo dobro je, če je medicinska sestra večkrat v stiku s pacientom. To se lahko zgodi ob rednem merjenju spirometrije ali prek telefona ali elektronske pošte, prek katerih medicinska sestra preverja in spodbuja pacienta k rednemu jemanju preprečevalnih zdravil in preverja stabilnost bolezni.

Vrednotenje partnerskega odnosa pacienta z astmo v KOPA Golnik

Namen raziskave

Sodobno samozdravljenje astme temelji na zdravih, ki jih vnašamo neposredno v dihalne poti, zato moramo paciente tega naučiti. Prav samodajanje zdravila je bistveno za uspešno obvladovanje astme, ven-

dar pri tem postopku grešimo tako učitelji kot tudi pacienti. V prvem delu raziskave smo zato želeli ugotoviti, v kolikšni meri pacienti obvladajo pravilno tehniko jemanja pršila in zdravil v obliki prahu. V ta namen smo izvedli oceno pravilne tehnike jemanja zdravil pri vseh pacientih, ki se na določen dan zdravijo s pršili ali zdravili v obliki prahu. Ocenjevali smo tehniko inhalacijske terapije z nastavkom, tehniko inhalacijske terapije brez nastavka in tehniko jemanja zdravil s Handihalerjem.

Postopek *tehnike z nastavkom* smo razčlenili na naslednje korake:

1. Odpre pokrovček pršila.
2. Pretrese pršilo.
3. Vstavi pršilo v ustrezno odprtino buče.
4. Bolnik enkrat pritisne na pršilo.
5. Počasi in globoko vdihne.
6. Zadrži sapo nekaj sekund.
7. Počaka za naslednji vdih vsaj 0,5 min.
8. Poimensko pozna zdravila.
9. Pozna delovanje zdravila.
10. Ve, kdaj ga uporabljati.
11. Pozna spiranje ust.

Postopek *tehnike inhalacijske terapije brez nastavka* smo razčlenili na naslednje korake:

1. Odpre pokrov.
2. Pretrese pršilo.
3. Nastavi pršilo 5–10 cm pred usta.
4. Izdihne do konca mirnega izdiha.
5. Začne s počasnim vdihom.
6. Sproži pršilec na začetku počasnega vdiha.
7. Zadrži sapo nekaj sekund.
8. Počasi izdahne.
9. Počaka za naslednji vdih vsaj 0,5 min.
10. Poimensko pozna zdravila.
11. Pozna delovanje zdravila.
12. Ve, kdaj ga uporabljati.
13. Pozna spiranje ust.

Postopek *tehnike jemanja zdravil v obliki prahu z uporabo Handihalerja* smo razčlenili na naslednje korake:

1. Odpre pokrovček in ustnik Handihalerja.
2. Vzame eno kapsulo iz omota in jo vstavi v Handihaler.
3. Zapre ustnik in pritisne zeleni gumb (da prebode kapsulo).
4. Močno izdihne.
5. Izdihne stran od Handihalerja.
6. Ustnik tesno objame z ustnicami.
7. Počasi in globoko vdihne (toda dovolj hitro, da sliši tresenje kapsule).
8. Zadrži dih vsaj 10 sekund.
9. Normalno zadihne.
10. Še enkrat ponovi vdih iz Handihalerja.
11. Odpre ustnik in uporabljen kapsulo strese v koš.

V drugem delu raziskave ocenjujemo nadzor pacientov nad astmo z vprašalnikom o nadzoru nad astmo – ACT. V študijo smo vključili vseh 11 pacientov, ki so od oktobra 2005 vključeni v telefonsko spremljanje astme. Po enem letu so še vedno vključeni vsi pacienti. Ocenjevali smo število točk doseženih pri ACT v posameznih časovnih obdobjih (en mesec) glede na doseganje ciljnega rezultata, ki ga je postavil zdravnik.

Metode dela

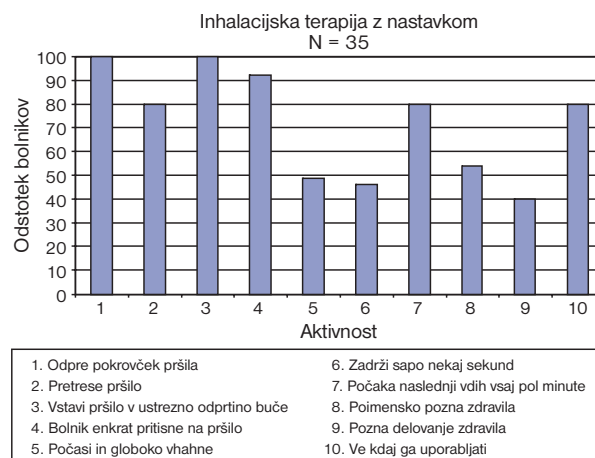
V prvem delu raziskave je bila izvedena presečna študija, gre za opazovanje pacientove tehnike jemanja zdravil in oceno po »ček listi«. Na določen dan maja 2005 je bilo ocenjenih 35 pacientov, ki so pri inhalaciji zdravila uporabljali nastavek, 29 pacientov, ki nastavka niso uporabljali in 12 pacientov, ki so uporabljali Handihaler.

V drugem delu smo z analizo obrazca, kjer spremljamo mesečne meritve ACT skušali dokazati pomembnost kontaktov zdravstveno osebje – pacient za nadzor astme. Na obrazec beležimo poleg pacientovih osebnih podatkov dejanski rezultat, dosežen s testom nadzora astme in pacientov ciljni rezultat.

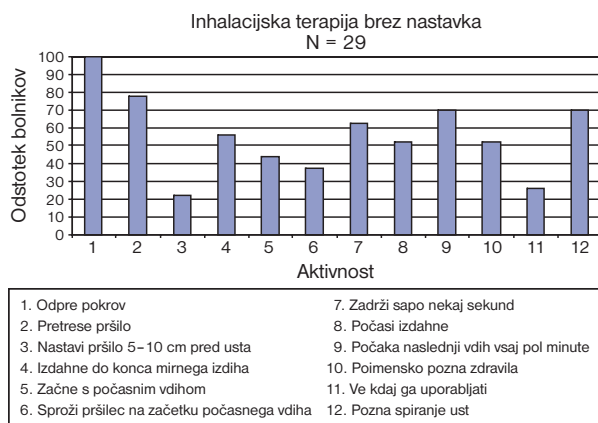
Uporabili smo mere variabilnosti (standardna deviacija – SD) rezultatov od povprečnih vrednosti in neparametrični test korelacij (Spearmanov rho).

Rezultati

Pri oceni jemanja zdravil s pomočjo nastavka (Graf 1) opazamo, da le polovica pacientov počasi in globoko vdahne zdravilo in zadrži nekaj sekund. Prav tako le polovica pacientov svoja zdravila pozna poimensko, večina jih pozna po barvi. Pri oceni jemanja zdravil brez nastavka (Graf 2) vidimo, da le vsak četrti pacient zna pravilno vzeti svoje zdravilo. Še vedno tri četrtine pa-



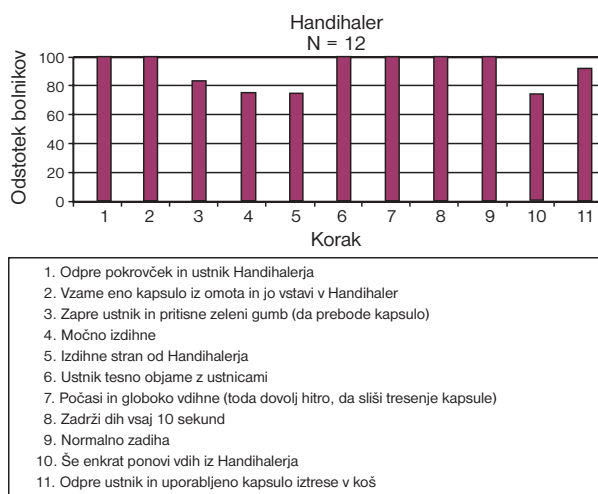
Graf 1. Ocena tehnike in inhalacijske terapije z nastavkom.



Graf 2. Ocena tehnike in inhalacijske terapije brez nastavka.

cientov da pršlo v usta, približno polovica jih pri aktivaciji zdravila ravna pravilno: najprej začne s počasnim vdihom in nato zdravilo sproži. Približno 60 % pacientov zadrži sapo nekaj sekund in 70 % pacientov počaka na naslednji vdih vsaj pol minute.

Pri uporabi Handihalerja sta dva pacienta pozabila prebosti kapsulo, trije pred začetkom postopka niso izdahnili zraka stran od Handihalerja.



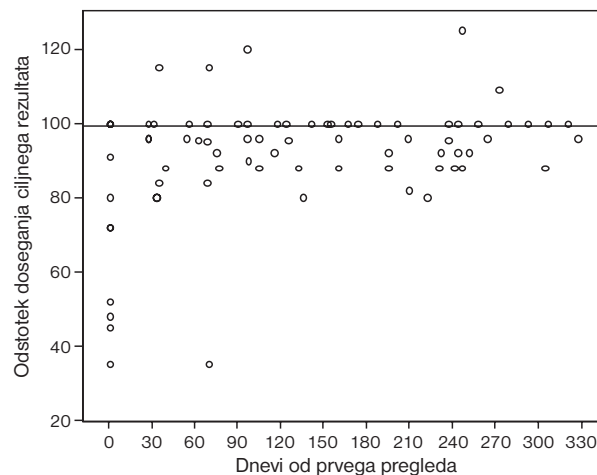
Graf 3. Ocena tehnike uporabe Handihalerja.

Spremljanje testa nadzora astme

Enajst pacientov smo spremljali od 3–13 mesecev. Najdaljši čas spremljanja je trajal 373 dni. Vsega skupaj smo stabilnost astme z ACT ocenili 84 krat. Štirje pacienti so imeli po 11 meritev, 2 pacienta po 9, en pacient 7 meritev, trije pacienti po 4 meritve in eden je bil s tremi ocenami ACT. Povprečni časovni razmik med meritvami je bil 34 dni.

39 meritev je doseglo ali presevalo vrednosti ciljnih rezultatov (46,4 %). Nižjih rezultatov od ciljnih je

bilo 45 (53,6 %). Pri pacientih, ki ciljnega rezultata niso dosegli, so odmiki od ciljnih vrednosti znašali v povprečju $-3,7$ točke ($SD = 3,5$).



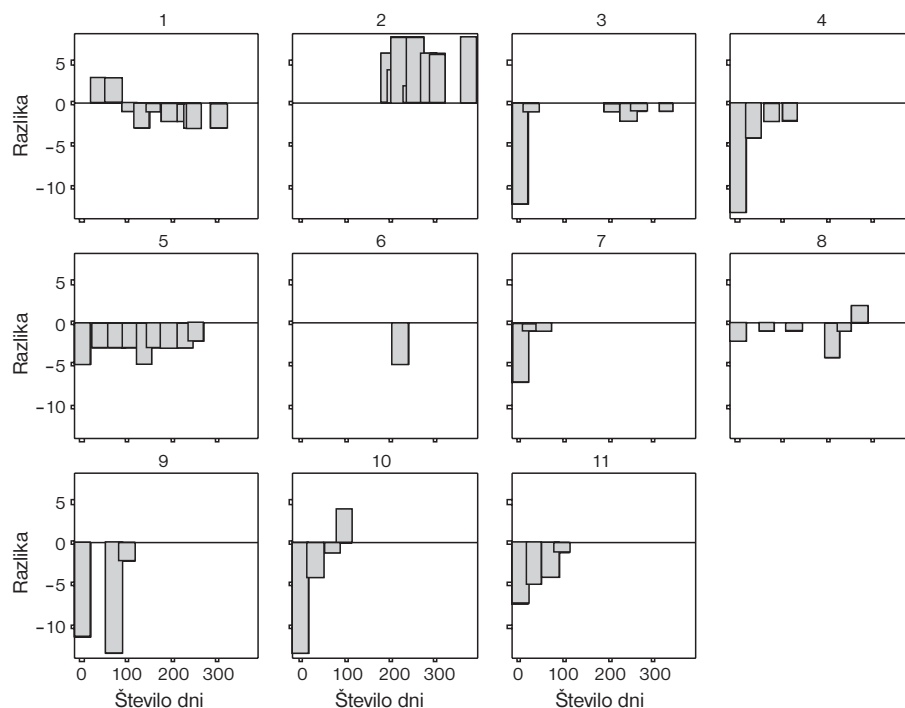
Graf 4. Porazdelitev rezultatov glede na čas in vrednost ciljnega rezultata.

Razlike med rezultatom testa ACT in ciljno vrednostjo so se pri večini pacientov zmanjševale s časom, ki je pretekel od prvega pregleda. Pozitivna usklajenost med številom točk, ki jih je posamezni pacient dosegal na ACT, in časom, ki je pretekel od prvega testiranja, je statistično značilna (Spearman rho ,639, $p = ,000$), kar pomeni, da so se rezultati ACT višali z daljšanjem časa opazovanja.

Razlika med ciljnim in doseženim rezultatom je lahko ustrezen kriterij ocene obvladovanja astme pod pogojem, da ni ciljni rezultat prilagojen samo pacientu glede na njegove individualne zmožnosti, pač pa da ima tudi svojo časovno veljavnost. Praviloma se stanje astme pri pacientih v zdravstveni obravnavi izboljšuje, ciljne vrednosti pa ostajajo nespremenjene. Velika in dolgotrajna odstopanja od ciljnih vrednosti so kazalec nerealnih ciljnih rezultatov. Posamične in naključne velike razlike med ciljnim in dejanskim rezultatom so posledica pomembnih dogodkov v obvladovanju astme, pri čemer pa je ciljni rezultat lahko pravilno postavljen.

Stolpci v grafih (Graf 5) prikazujejo posamezne meritve enajstih pacientov razporejene po času, ko so začeli izvajati ACT. Pacient številka 6 je imel samo en ACT od 11 v primerjavi s ciljnim rezultatom negativnim, ostale pa usklajene.

Na vzorcu meritev vidimo nihanja, ki znašajo v povprečju za 3,5 točke, kar znaša 15 %, in je iz vidika obvladovanja astme sprejemljiv rezultat. Povprečni čas, v katerem so pacienti dosegli ciljni rezultat, je bil 35,7 dneva. Obdobje enega meseca je hkrati tudi čas, ko se vidi, ali je ciljni rezultat pacienta primerno postavljen, ali bi ga bilo potrebno popraviti.



Graf 5. Odstopanja v točkah glede na ciljne vrednosti.

Razprava

V prvem delu študije smo skušali pokazati pomen učenja za pravilno tehniko jemanja zdravil. Študija pokaže, da pacienti pri oceni tehnike inhaliranja ne dosežejo boljšega rezultata od 25 %, kar ugotavljajo tudi drugi avtorji (Fležar, 2000). Ocena pravilne rabe Handihalerja pokaže pomembnost pravilnega postopanja v posameznih korakih. Tudi če pacient uspešno izvede korake od 4–11, je pri napačnem izvedenem koraku št. 3 celoten postopek povsem brez učinka. Pacient namreč ne prejme zdravila. Zato naj bo učenje in preverjanje pravilne tehnike jemanja zdravil sestavni del pregleda pacienta v ambulantni oziroma vsakodnevne dela v bolnišnici.

Spremljanje nadzora astme s pomočjo vprašalnika ACT se je izkazalo kot dobro. Rezultati izmerjenih vrednosti so se izboljšali v primerjavi s ciljnim vrednostmi postavljenimi pri prvem pregledu. Razlike med dejanskim in ciljnim rezultatom se manjšajo z dolžino spremljanja pacienta. To pomeni, da se pacient približuje ciljnim vrednostim.

Zdravniki bi morali bolj aktivno sodelovati pri prilagajanju ciljnih vrednosti. Njihova vloga je najpomembnejša po 36 dnevih, ko bi moral zdravnik pacientu postaviti nov ciljni rezultat. Za to pa je potrebno dobro sodelovanje zdravnika in medicinske sestre. Medicinska sestra naj kljub temu, da pacient dosega dober rezultat in je blizu ciljne vrednosti, zdravniku poroča o pacientovih doseženih rezultatih.

Sklep

V raziskavi smo ugotovili, da je problem pacientovo poznavanje tehnike jemanja zdravil. Zato je treba organizirati šole za paciente s KOPB in astmo in individualno poučevanje. Zdravstveno vzgojo je potrebno usmeriti v to, da pacienti razumejo postopek in ga tudi pravilno izvedejo. Pacientovo znanje stalno ocenjujemo in preverjamo v vseh okoliščinah: poučujemo jih v bolnišnicah, nadaljujemo v primarnem zdravstvenem varstvu in na bolnikovem domu. Za to je potreben timski pristop. Izobraževati je treba tudi vse zdravstvene delavce (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti), da bodo imeli enoten pristop k zdravstveni vzgoji pacientov.

Izobraževanja za vse profile zdravstvenih delavcev Bolnišnica Golnik – KOPA že izvaja in jih načrtuje tudi v prihodnje.

V drugem delu raziskave se je ACT izkazal kot dobro orodje za spremljanje urejenosti in stabilnosti astme. Tudi za uporabo ACT je potreben timski pristop. Medicinska sestra poroča zdravniku o izidih ACT, zdravnik pa sproti prilagaja ciljne vrednosti.

Literatura

1. Campbell N, Ritchie L, Thain J, Deans H, Rawles J, Squair J. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart* 1998; 80: 447–52.
2. Cares AL, Beaver K, Luker M, Woodcock A. Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax* 2005; 60: 199–205.
3. Clark NM, Partridge MR. Strengthening asthma education to enhance disease control. *Chest* 2002; 121: 1661–9.
4. Davis J, Bailey WC. Teach a man to fish and you have fed him for a lifetime. *Chest* 2006; 129: 220–1.
5. Fležar M. Načini dajanja vdihanih zdravil. V: *Astma*. Golnik, Klinika za pljučne bolezni in alergijo, 2000.
6. Gadoury M, Schwartzman K, Rouleau M, Maltais F, Julien M, Beaupre A, Renzi P, Begin R, Nault D, Bourbeau J. Self management reduces both short and long term hospitalization in COPD. *Eur Resp J* 2005; 26: 853–7.
7. Geppert E, Collazo S. Establishing a partnership with the patient with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101: 225–36.
8. Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen L. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001; 56: 806–14.

9. O'Byrne P, Bateman E, Bousquet J, Clark T, Ohta K, Paggiaro P, et al. Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2006. <http://www.ginasthma.com> Dostop 15. 11. 2006.
10. Kamps AWA, Roorda RJ, Kimpen JLL, Overgoor van de Groes AW, van Helsdingen Peek L, Brand P. Impact of nurse led outpatient management of children with asthma on healthcare utilisation and costs. *Eur Respir J* 2004; 23: 304–9.
11. Madge P, McColl J, Paton J. Impact of a nurse led home management training programme in children admitted to hospital with acute asthma: a randomised controlled study. *Thorax* 1997; 52: 223–8.
12. Musto PK. General principles of management: education. *Nurs Clin North Am* 2003; 38(4): 621–33.
13. Nathan J, Pearce L, Field C, Dotesio-Eyres N, Sharples L, Cafferty F, Laroche C. A randomized controlled trial of follow-up of patients discharged from the hospital following acute asthma: best performed by specialist nurse or doctor? *Chest* 2006; 130: 51–7.
14. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft TB. Development of the asthma control tests: A survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 59–65.
15. Niggemann B. How can we improve compliance in pediatric pneumology and allergology? *Allergy* 2005; 60: 735–8.
16. Oldam D. Nurse led asthma clinic in an Asian community. *Nursing Times* 1997; 93(13).
17. Raftery J, Yao G, Murchie P, Campbell N, Ritchie L. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinic for coronary heart diseases in primary care: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 707.
18. Rasmussen L, Phanareth K, Nolte H, Backer V. Internet based monitoring of asthma: a long term randomized clinical study of 300 asthmatic subjects. *J Allerg Clin Immunol* 2005; 115: 1137–42.
19. Reinke LF, Hoffman L. Asthma education: creating a partnership. *Heart Lung* 2000; 29(3): 225–36.
20. Smith E, Alexander V, Booker C, McCowan C, Ogston S, Mukhopadhyay S. Effect of hospital asthma nurse appointment on inpatient asthma care. *Respiratory medicine* 2000; 94: 82–6.
21. Wang XH, Istepanian RSH, Geake T, Hayes J, Desco M, Kontaxakis G, Santos A, Prentza A, Pavlopoulos S. A feasibility study of a personalized, internet-based compliance system for chronic diseases management. *Telemedicine and e-health* 2005; 11: 559–66.