



KONTROLA ASTMY U ASTMATICKÝCH PACIENTOV ASTHMA CONTROL IN ASTHMATIC PATIENTS

Petronela Osacká, Michaela Dingová

*Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
Department of Nursing, Jessenius Medical Faculty in Martin, Comenius University in Bratislava*

Abstrakt

Úvod: Bronchiálna astma je chronické ochorenie dýchacích ciest. I napriek pokrokom v diagnostike a farmakoterapii dochádza k progresívnemu nárastu incidence a prevalence astmy u nás. To prináša so sebou rastúce náklady na liečbu ale i zdravotné a sociálne problémy. Cieľom manažmentu astmy, zahŕňajúceho self-manažment je dosiahnuť kontrolu bronchiálnej astmy.

Cieľ: Cieľom nášho výskumu bolo zistiť, či pacienti majú svoju chorobu pod kontrolou a či je rozdiel v kontrole astmy medzi pohlavím. Skúmali sme vzťah medzi kontrolou astmy a dĺžkou trvania ochorenia. Ďalším cieľom bolo zistiť potrebu vypracovania Edukačného programu self-manažmentu pre astmatických pacientov. **Metodika:** V súbore 297 respondentov sme na testovanie kontroly astmy použili štandardizovaný a validný Test kontroly astmy. Na štatistické spracovanie dát boli využité: Pearsonov chi-kvadrátový test (χ^2), Spearmanov korelačný koeficient a neparametrická alternatíva jednocestného ANOVA testu (Kruskal-Wallisov test). **Výsledky a diskusia:** Podľa skóre Testu kontroly astmy väčšia časť respondentov mala astmu úplne bez kontroly 178 (59,9 %; skóre kontroly astmy < 20 bodov), oproti 34 respondentov (11,4 %; skóre kontroly astmy 25 bodov), ktorí mali astmu úplne kontrolovanú. Výskum potvrdil štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou ochorenia a kontrolou bronchiálnej astmy. Rozdiel v kontrole astmy medzi mužmi a ženami nie je štatisticky významný, i keď muži dosiahli v priemere o bod vyššie priemerné skóre kontroly astmy ako ženy. **Záver:** Výsledky výskumu nám potvrdili potrebu vypracovať edukačný program.

Kľúčové slova: kontrola astmy, Test kontroly astmy, skóre astmy, akčný plán astmy, výdychomer, dĺžka ochorenia.

Abstract

Introduction: Bronchial asthma is a chronic respiratory disease. Despite progress in diagnosis and pharmacotherapy, there is a progressive increase in the incidence and prevalence of asthma in our country. This entails increasing the cost of treatment but also health and social problems. The objective of asthma management, involving self-management is to control bronchial asthma. **Goals:** The aim of our study was to determine whether patients have their disease under control and whether there is a difference in asthma control between the sexes. We examined the relationship between asthma control and length of disease duration. Another objective was to determine, whether there is the need to develop an educational program self-management for asthmatic patients. **Methodology:** In a group of 297 respondents we used for testing control asthma standardized and valid instrument The Asthma Control Test. For statistical data processing were used: Pearson chi-square test (χ^2), Spearman correlation coefficient and nonparametric alternative to one-way ANOVA test (Kruskal-Wallis test). **Outcome and Discussion:** By the score The Asthma Control Test majority of respondents had asthma without checking 178 (59,9 %; asthma control score <20 points), compared with 34 respondents (11,4 %; asthma control score 25 points), who had asthma fully checked. Research has confirmed significant relationship between length of disease and the control of bronchial asthma. The difference in asthma control between men and women is not statistically significant, although men achieved in average one point higher average point score of asthma control than women. **Conclusion:** The results of our research confirmed the need to develop an educational program.

Keywords: control asthma, Asthma control test, asthma score, asthma action plan, peak-flow meter, length of disease.

Úvod

Kontrola astmy je kontrola jej manifestácií. Znamená, že ochorenie u pacienta síce nevymizne,

ale pravidelnou a dlhodobou liečbou sa dostane do stavu, keď pacient cez deň nepociťuje žiadne ťažkosti, v noci sa nebudí, nemá problémy pri záťaž, nemusí užívať záchrannú liečbu a nepotrebuje

korespondence:osacka@jfmmed.uniba.sk

navštíviť neplánovane lekára. Tento stav označujeme, ako úplnú kontrolu astmy a dostať astmu pod úplnú kontrolu je cieľom modernej farmakoterapie. Úplne kontrolovaný pacient nepotrebuje dlhodobo užívať úľavové lieky a systémové kortikoidy a jeho pľúcne funkcie sú variabilné do 20 %. Ak je stav pacienta dlhodobo klinicky stabilizovaný subjektívne aj objektívne bez väčších výkyvov, pacienta považujeme za optimálne kontrolovaného (Hrubiško, 2008, s. 9). Kontrola astmy sa mení v priebehu dní alebo týždňov, odzrkadľuje zmeny v pľúcach ako reakciu na rôzne spúšťače a na liečbu. Nekontrolovaná astma má za následok prestavbu dýchacích ciest nekontrolovaným zápalom a zhoršenie závažnosti astmy (Salát, 2006, s. 14). Ku kontrole astmy veľkou mierou prispieva self-monitoring astmatických pacientov. Pacientov môžu sestry učiť realizovať self-monitoring denným meraním vrcholového výdychového prietoku (ďalej PEF) výdychomerom, Testom posúdenia úrovne kontroly astmy podľa GINA 2006, alebo Testom kontroly astmy ACT™. Osobný akčný plán astmy pacienta (personal asthma action plan) je významným nástrojom self-managmentu, ktorý má pozitívny dopad na redukcii morbiditu a mortality astmy i úsporu nákladov na liečbu (Balintová, 2007, s. 5).

Ciele práce

V našej práci sme si stanovili následné ciele:

- zistiť, či respondenti majú svoju chorobu pod kontrolou,
- identifikovať, či respondenti vlastnia a používajú výdychomer k self-monitoringu,
- zmapovať percento respondentov, ktorí vlastnia osobný akčný plán astmy,
- zistiť či je rozdiel v kontrole astmy medzi pohlavím,

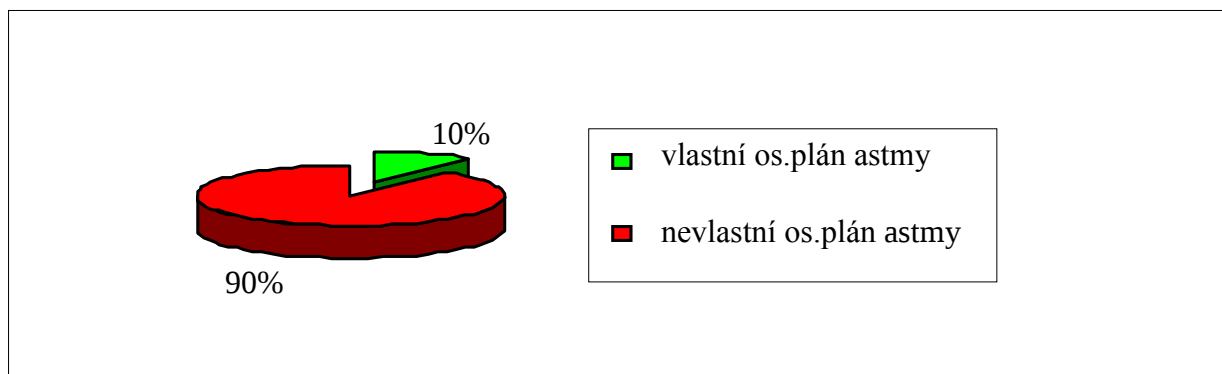
- zistiť, či je potrebné vypracovať Edukačný program self-managmentu pre astmatických pacientov.

Súbor

Výber respondentov bol zámerný. Kritériom pre zaradenia bol každý pacient s diagnostikovanou perzistujúcou bronchiálnou astmou, ktorý spĺňal inklúzne kritériá. Inklúzne kritériá: pacienti s diagnostikovanou perzistujúcou astmou bronchiale, diagnostikovaná astma menej ako 1 a viac rokov, vek: od 19 do 69 rokov, nezúčastňujú sa ďalšej klinickej štúdie. Exklúzne kritériá: pacienti s komorbiditami zhoršujúce bronchiálnu astmu (chronická rinosinusitída, respiračné infekcie, gastroezofágová refluxová choroba, obštrukčný typ spánkového apnoe). Do kategorizačných položiek sme zaradili otázky zamerané na mapovanie vlastníctva osobných akčných plánov astmy, vlastníctva a používania výdychomerov.

Výskum sa realizoval v čase od novembra 2009 do apríla 2010 v mestách Martin, Dolný Kubín a Námestovo. Distribuovali sme 500 dotazníkov. Použili sme kombinovaný spôsob distribúcie výskumných nástrojov. (Dotazníky sme doručili osobne i poštou). Návratnosť dotazníkov bola 66 % ($n = 330$). Výskumnú vzorku tvorilo 297 respondentov s diagnostikovanou perzistujúcou bronchiálnou astmou.

Priemerný vek respondentov bol 43,55 rokov ($SD = 14,24$). Ženy ($n = 170$) tvorili väčšiu časť respondentov (57,23 %). Ďalšími kategorizačnými položkami sme zistili, že väčšina 266 (89,56 %) respondentov nevlastní osobný akčný plán astmy (Graf 1) a 94 (31,65 %) z 297 respondentov vlastní výdychomer. Z tohto počtu respondentov ($n = 94$) ho používa iba 68 % respondentov ($n = 64$).



Graf 1 Charakteristika vzorky z hľadiska vlastníctva osobného písomného plánu astmy

Metodika

Pre výskum sme použili štandardizovaný a validný nástroj Test kontroly astmy (ŠEVT 14 173 0). Test kontroly astmy (ďalej ACTTM) je skórovací systém, ktorý pomáha zhodnotiť aktuálnu úroveň kontroly astmy, reliabilita je 0,83, validita testu je $R = 0,52$, $P < 0,001$ (Schatz et al., 2007, s. 336). ACTTM je päť položkový dotazník, ktorý poskytuje jednoduchú metódu zhodnotenia kontroly astmy s alebo bez testu funkcie pľúc. Kvantifikuje stupeň kontroly prehľadným skórovacím systémom. Každá položka je polytomická, s možnosťou odpovede na 5 bodovej škále podľa Likerta. Test posudzuje kontrolu astmy z multidimenzionálnej perspektívy a skóre je od 1 (slabo kontrolovaná) až 5 (dobro kontrolovaná). Súčet hodnôt odpovedí v položkách dáva tzv. astma skóre (skóre ACTTM), ktoré určuje stupeň kontroly astmy. Ak hodnota skóre ACTTM testu dosiahne 25 bodov je astma úplne pod kontrolou, ak respondent dosiahne 20 – 24 bodov znamená to, že astma je kontrolovaná, ale je potrebná úprava liečby, aby sa dosiahla úplná kontrola ochorenia. Pri získaní skóre < 20 bodov je astma respondenta nekontrolovaná a je potrebné úplne zmeniť liečbu. K testu sú vypracované vysvetlivky pre lepšie pochopenie jednotlivých položiek, ktoré respondenti využívajú spolu s testom počas jeho vyplňania. Test vyplňali respondenti samostatne. Vyplnenie testu bolo založené na dobrovoľnosti so zárukou anonymity. Vyplnenie testu trvalo približne 3 – 5 minút.

Pre štatistické spracovanie údajov sme použili softwarové programy MS EXCEL 2000 a STATISTICA. Použili sme metódy dvojrozmernej deskriptívnej štatistiky: Pearsonov chi-kvadrátový test (χ^2), Spearmanov korelačný koeficient, obe počítané na hladine významnosti 5 % ($p < 0,05$). Pri verifikovaní hypotéz sme použili nasledovné metódy indukčnej štatistiky: neparametrickú alternatívu jednocestného ANOVA testu (Kruskal-Wallisov test), ktorou sme skúmali vzťahy medzi nominálnou premennou (pohlavie) a intervalovou premennou (skóre kontroly astmy).

Výsledky

Výsledky jednotlivých položiek ACTTM uvádzame v absolútnych a relatívnych početnostiach. Popisujeme minimálne a maximálne bodové ohodnotenie, smerodajnú odchýlku a štatistický priemer jednotlivých položiek. V tabuľke 1 detailne uvádzame opisné charakteristiky jednotlivých položiek ACTTM. Respondenti hodnotili, kontrolu svojej astmy, pri súčasnej liečbe v časovom intervale posledných štyroch týždňov. Len 58 (19,5 %) respondentov

neobmedzovala astma pri bežných činnostiach, dýchavičnosť neudávalo 55 respondentov (18,5 %), 83 (27,9 %) respondentov sa nebudilo v noci (malo spokojný spánok bez prebúdzania kvôli astme), v 4. položke 83 (27,9 %) respondentov vôbec nepotrebovalo užiť úľavový/záchraný liek a iba 68 (22,9 %) respondentov hodnotilo svoju astmu ako úplne kontrolovanú. Podľa skóre Testu kontroly astmy má viac ako polovica, konkrétne 178 respondentov, (59,9 %) astmu úplne bez kontroly (skóre astmy < 20 bodov). Astmu pod dobrou kontrolou má 85 (28,6 %) respondentov, ktorí dosiahli skóre astmy v rozmedzí 20 – 24 bodov a 34 (11,4 %; skóre astmy 25 bodov) respondentov má astmu pod úplnou kontrolou (Graf 2).

Predpokladali sme vzťah medzi dĺžkou ochorenia (počítané od doby stanovenia diagnózy a doby ochorenia v trvaní 6 – 10 rokov) a kontrolou bronchiálnej astmy. Respondentov, ktorí mali diagnostikovanú perzistujúcu bronchiálnu astmu do 1 roka bolo 33 (11,11 %) oproti 30 (10,10 %) respondentom s diagnostikovanou astmou od 6 – 10 rokov. Varianciu sme testovali Kruskal-Wallisovým testom, hodnota významnosti p (K-W) = 0,01 poukazuje na štatistickú významnosť rozdielu.

Výsledky dokázali, že pacienti s astmou diagnostikovanou kratšie ako jeden rok dosahujú štatisticky významne lepšiu kontrolu astmy ako tí, čo ňou trpia 6-10 rokov. (Graf 3)

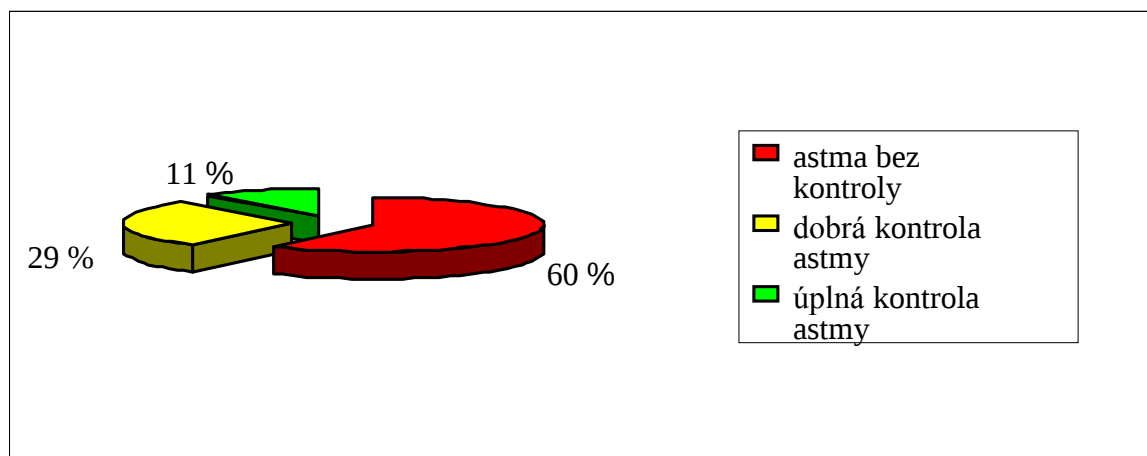
Niektoré randomizované štúdie (Temprano, Mannino, 2009, s. 857) poukazujú na štatisticky významné rozdiely v lepšej kontrole astmy na strane mužov. Predpokladali sme teda štatisticky významné rozdiely v kontrole astmy medzi pohlaviami, predovšetkým lepšiu kontrolu v skupine respondentov mužského pohlavia.

Priemerná hodnota astma skóre mužov bola **18,58** a priemerná hodnota žien **17,83**. Komparáciou sme zistili, že muži mali v priemere o 1 bod lepšie skóre astmy ako ženy, čo zároveň vytvára štatisticky významný rozdiel medzi spomínanými skupinami. V kategóriách astma skóre (úplná kontrola astmy = 25 bodov, dobrá kontrola = 20 – 24 bodov a slabá kontrola < 20 bodov) v skúmanej vzorke malo astmu pod úplnou kontrolou 22 (7,41 %) žien, 33 (13,13 %) dobre kontrolovanú, avšak až 108 (36,36 %) respondentiek malo slabo kontrolovanú astmu. Vo vzorke mužov malo 12 (4,04 %) úplne a 45 (15,15 %) dobre kontrolovanú astmu. Výsledok Pearsonovho Chi-kvadrát testu $p < 0,084$ ukázal, že rozdiel v ACTTM medzi pohlavím nie je štatisticky významný (Tab. 2).

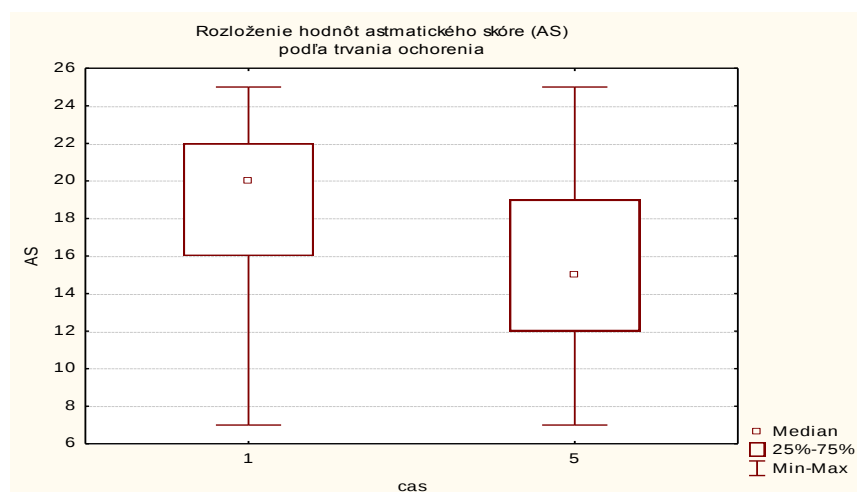
Tab. 1 Opisná charakteristika položiek Testu kontroly astmy (ACT™)

Položky		n	%	$\bar{X}$	SD	min	max
1. položka							
Koľko času Vám v priebehu posledných 4 týždňov vaša astma bránila pri vykonávaní činností v práci alebo doma?	všetok čas	9	3,0	3,58	1,01	1	5
	väčšinu čas	31	10,4				
	určitý čas	95	32,0				
	krátky čas	104	35,0				
	žiadny čas	58	19,5				
2. položka							
Ako často ste v priebehu posledných 4 týždňov mali pocit sťaženého dýchania?	viac ako 1-krát denne	22	7,4	3,56	1,11	1	5
	raz za deň	26	8,8				
	3 až 6-krát za týždeň	68	22,9				
	1 alebo 2-krát za týždeň	126	42,4				
	vôbec	55	18,5				
3. položka							
Ako často ste sa v priebehu posledných 4 týždňov zobudili v noci, alebo ráno na príznaky vašej astmy (pískanie na prieduškách, kašeľ, sťažené dýchanie, tlak alebo bolesť na hrudníku)?	4 alebo viac nocí za týždeň	14	4,7	3,62	1,17	1	5
	2 až 3 noci za týždeň	43	14,5				
	1-krát za týždeň	69	23,2				
	1 alebo 2-krát	88	29,6				
	vôbec nie	83	27,9				
4. položka							
Ako často ste použili Váš záchranný liek (napr. salbutamol) v priebehu posledných 4 týždňov?	3 alebo viackrát za deň	12	4,0	3,60	1,15	1	5
	1 alebo 2-krát za deň	42	14,1				
	2 alebo 3-krát za týždeň	83	27,9				
	1-krát za týždeň alebo menej	77	25,9				
	vôbec nie	83	27,9				
5. položka							
Ako by ste hodnotili kontrolu vašej astmy v priebehu posledných 4 týždňov?	úplne bez kontroly	4	1,3	3,75	0,91	1	5
	zle (slabo) kontrolovaná	15	5,1				
	čiastočne kontrolovaná	99	33,3				
	dobře kontrolovaná	111	37,4				
	úplne kontrolovaná	68	22,9				

n – absolútna početnosť; % – relatívna početnosť; $\bar{X}$ – priemer; SD – smerodajná odchýlka; min – minimálna hodnota; max – maximálna hodnota



Graf 2 Skóre kontroly astmy u respondentov

Graf 3. Rozptyl hodnôt skóre kontroly astmy (ACTTM) podľa dĺžky trvania ochorenia
AS – skóre astmy; 1 – astma diagnostikovaná ≤ 1 rok; 5 – astma diagnostikovaná 6 -10 rokov

Tabuľka 2 Vzťah pohlavia a kontroly astmy

Pohlavie	N	úplná kontrola	%	dobrá kontrola	%	slabá kontrola	%	$\bar{x}$	SD	min	max	χ^2
ženy	169	22	7,41	39	13,13	108	36,36	17,83	4,70	7	25	0,084
muži	128	12	4,04	45	15,15	71	23,91	18,58	4,28	8	25	

n – absolútna početnosť; % – relatívna početnosť; $\bar{x}$ priemer; min – minimum; max – maximum; SD – smerodajná odchýlka; χ^2 – Pearsonov Chi-kvadrát test.

Diskusia

Podľa medzinárodných smerníc Global Initiative for Asthma (GINA 2008, s. 51) a British Guideline on the Management of Asthma (BGMA 2008, s. 82) astmatickí pacienti by mali mať minimálne (v ideálnom prípade žiadne) chronické príznaky ochorenia, vrátane nočných, minimálnu potrebu užívania tzv. záchranných liekov a plnohodnotný život bez obmedzenia. Jedným z cieľov nášho výskumu

bolo zistiť frekvenciu výskytu príznakov u pacientov s astmou a porovnať výsledky s výsledkami iných výskumov. Frekvenciu výskytu príznakov sme zisťovali pomocou testu kontroly astmy ACTTM.

Prvou položkou ACTTM sme chceli odhaliť, do akej miery astma obmedzuje aktivity respondentov doma a v práci na 5 stupňovej škále obmedzenia aktivity všetok čas, väčšinu času, určitý čas a krátky čas uviedla väčšina respondentov (80 %). Výsledky

štúdie Asthma Insights and Reality in Europe (ďalej AIRE) (Krištúfek, 2000, s. 6) ukázali, že z dôvodu výskytu exacerbácií malo redukované bežné denné aktivity 63 % respondentov. V roku 2003 bola realizovaná štúdia Global Asthma Physician and Patient (ďalej GAPP), ktorej sa zúčastnilo 2 743 astmatických pacientov a 2 739 lekárov. Výsledky ukázali, že 41 % respondentov malo obmedzené aktivity často/občas. (Canonica et al., 2007, s. 670) Dockrell, Partridge, Valovirta (2007, s. 139) zistili, že až 70 % respondentov má v dôsledku astmy obmedzenú aktivitu. Myslíme si, že dôvodom zvýšeného obmedzenia pri bežných denných činnostiach nie je iba vždy iba reštrikcia funkčného stavu (v dôsledku klinických symptómov ochorenia) a slabá adherencia k liečbe ale i nedostatok vedomostí o self-managmente. V druhej položke, zameranej na výskyt dýchavičnosti sa ukázalo, že 84% respondentov malo v rôznom intervale pocit sťaženia dýchania, buď viac ako jedenkrát denne, raz denne, tri až šesťkrát za týždeň alebo 1 a 2 krát za týždeň. Podobne i v štúdii AIRE autori zistili, že 30 % respondentov pociťovalo symptómy astmy najmenej 1-krát týždenne a až 46 % respondentov denne (Krištúfek, 2000, s. 6) Štúdia Astma Insight and Reality in Central and Eastern (ďalej AIRCEE) zistila, že 24 % astmatických pacientov malo príznaky astmy každý deň, viac ako 55% malo príznaky astmy počas dňa aspoň raz za týždeň počas predchádzajúcich štyroch týždňov. (Švarcová, Kulich, 2007) Treťou položkou v ACTTM sme zisťovali frekvenciu výskytu symptómov v noci. Výsledky ukázali, že až 73 % respondentov má narušený spánok prinajmenšom jeden až 2 krát za uplynulé 2 týždne, dve alebo tri noci za týždeň, jedenkrát za týždeň alebo jeden až dvakrát za uplynulých štyroch týždňov. Pritom podľa spomínaných medzinárodných smerníc by mal astmatický pacient spať nerušene. V štúdii AIRE výsledky ukázali, že štvrtina pacientov mala nočné symptómy najmenej 1x týždenne. (Krištúfek, 2000, s. 6) Vo výskume, ktorý realizovala Zelenková (2006, s. 12) narušený spánok z dôvodu astmy malo niekoľkokrát 14 % a často 8% respondentov. V štúdii GAPP, realizovanej v roku 2003 (Canonica et al., 2007, s. 671) sa na prebúdžanie v noci sťažovalo 43% respondentov. V štvrtej položke ACTTM respondenti zaznamenávali frekvenciu použitia úľavových/záchranných liekov. Väčšina (77%) užila lieky tri a viackrát za deň, jeden alebo dvakrát denne, dva alebo trikrát za týždeň až po jedenkrát za týždeň. Mancuso, Rincon, (2006, s. 812) zistili, že 93% respondentov užívalo denne úľavové lieky. Macešková, Fridrichová (2005, s. 207) uvádzajú, že viac ako 33% respondentov v ich súbore

užívalo vo zvýšenej miere úľavové lieky. Podobná je i situácia v oblasti kompliance iných chronických ochorení. Asi 40% pacientov s epilepsiou a hypertenziou, 45% pacientov s depresiou či diabetom preruší liečbu do roka. Až 50 % starších pacientov neužíva aspoň jeden z liekov tak, ako mu bol ordinovaný. Sme toho názoru, že prístup k liečbe pacientov s bronchiálnou astmou sa neodlišuje od pacientov s inými chronickými chorobami. (Dubrava, 2006, s. 330; Kasper, 2005, s. 532; Prochádzková, 2010) V poslednej položke ACTTM respondenti subjektívne hodnotili, ako majú svoju astmu pod kontrolou. Pre uľahčenie takéhoto subjektívneho hodnotenia kontroly astmy, mohli použiť *Vysvetlivky k testu kontrola astmy*. Väčšina respondentov (77%) hodnotila svoju astmu od: úplne bez kontroly, slabo kontrolovaná, čiastočne kontrolovaná až po dobre kontrolovaná. Pre porovnanie uvádzame subjektívne hodnotenie kontroly astmy verzus celkové skóre astmy v ACTTM. Subjektívne svoju astmu ako *úplne bez kontroly* hodnotilo 39 % respondentov avšak podľa štandardizovaného skóre ACTTM je *astma úplne bez kontroly* až u 60 % respondentov. Ako *dobre kontrolovanú* subjektívne hodnotilo 37 % respondentov a 29 % respondentov dosiahlo takýto výsledok i v ACTTM. Astmu ako úplne kontrolovanú subjektívne hodnotilo 23 % respondentov a v ACTTM dosiahlo skóre *úplne kontrolovanej astmy* 11 % respondentov. Zistili sme, že subjektívne hodnotenie kontroly astmy nezodpovedá výsledkom skóre kontroly astmy v ACTTM. Soriano, Rabe, Vermeire, (2003, s. 807) mapovali kontrolu astmy podľa cieľov smernice GINA 2002. Zistili, že 35% respondentov malo dobre kontrolovanú astmu, 40% respondentov malo stredne kontrolovanú astmu, 25% respondentov malo slabou kontrolou astmu. 50% pacientov so slabou kontrolou vnímalo svoju astmu ako dobre kontrolovanú. Krištúfek v 2006 prezentoval výsledky výskumu ACTTM na Slovensku. Z 1 115 spracovaných dotazníkov astmatických pacientov malo pod úplnou kontrolou astmu so skóre ACTTM 25 bodov 23% pacientov. Ako dobre kontrolovanú astmu (ACTTM skóre = 20 – 24 bodov) malo 45 % a astmu úplne bez kontroly (ACTTM skóre menej ako 20) malo 32% respondentov.

V roku 2006 sa v Slovenskej republike realizoval výskum (Hrubíško, Rozborilová, Pružinec, Chovan a farmaceutická firma GlaxoSmithKline Slovensko s.r.o. v zastúpení p. Kollera) zameraný na prehľad liečby a kontroly astmy na vzorke 2 841 pacientov. Výsledky ukázali, že pod *úplnou kontrolou* (skóre 25) má astmu 26 % respondentov, *dostatočne kontrolovanú* astmu (skóre 20 - 24) malo 51% a *nedostatočne kontrolovanú astmu* (skóre menej ako

20) 23 % respondentov. (Pružinec, 2007). domnievame sa, že jedným z faktorov tohto nepriaznivého stavu je nedostatočná edukácia/vedomosti astmatických pacientov. (Osacká, 2011 in press; Dingová, Osacká, 2011 in press) Pacienti nevedia, aké dôležité je monitorovanie svojho zdravotného stavu a nevedia, že existuje viac metód self-monitoringu. Pacienti nevedia, že na základe zhoršujúcich sa príznakov alebo nameraných hodnôt PEF (pri poklese nad 20 % osobnej normy) je potrebné upraviť si liečbu alebo sa skontaktovať so svojim lekárom. Príčinou tohto stavu je aj to, že iba malé percento pacientov (10%) vlastní osobný akčný plán astmy.

Vzťah medzi pohlavím a kontrolou astmy

Viaceré výskumy ukázali, že astmou trpia viac ženy ako muži. Canonica et al. (2007, s. 668) uvádzajú pomer žien a mužov, ktorým bola diagnostikovaná astma ako 60:40. Väčší nepomer je zaznamenaný v štúdiu AIRCEE, kde pomer žien a mužov s diagnostikovanou astmou dosiahol hodnotu 75:25. V našom výskume bol pomer žien k mužom 57:43. Na základe výsledkov výskumov vo svete (Canonica et al., 2007; Hrubisko, 2006), sme predpokladali že vyššie skóre astmy v Teste kontroly astmy (ACTTM) a teda lepšiu kontrolu budú dosahovať respondenti mužského pohlavia. I keď rozdiel v skóre kontroly astmy medzi respondentmi mužského a ženského pohlavia nie je v našej štúdii štatisticky významný ($p < 0,084$), na úrovni jednoduchého porovnania skóre kontroly astmy dosiahli muži o jeden bod vyššie priemerné skóre ako ženy. Hrubisko (2006) dospel k rovnakému zisteniu. Canonica et al. (2007, s. 671) zistil, že muži sú ochotnejší užívať inhalačné kortikosteroidy, ako ženy a majú lepší vzťah k lekárom a sestrám. Ženy trpia viac kortikofóbiou. Okrem zmien na úrovni správania, ktoré súvisia s obavou z užívania kortikoidov, či vyššou percepciou symptómov zhoršenia zdravotnej kondície ženami (Temprano, Manino, 2009, s. 863) sú to i mnohé biologické determinanty kontroly astmy u žien. Gillissen (2004, s. 592) zistil, že kontrola astmy bola horšia u žien, ženy boli viac ohrozené vznikom ex

acerbácií, ktoré mali ťažší priebeh. Temprano a Manino (2009, s. 858) taktiež zistili rozdiely a to ako krátkodobej kontrole astmy (symptómy, záchvat astmy, užívanie albuterolu) tak i dlhodobej kontrole (frekvencia záchvatov astmy, dni práceneschopnosti a urgentné návštevy lekára/hospitalizácia počas obdobia predchádzajúceho roka) štatisticky významne v neprospech astmatičiek. Loza et al

(2010, s. 103) pripisujú tieto rozdiely zvýšenej akumulácii T-buniek u jedincov ženského pohlavia a Balzano et al. (2001), Wrieze (2003) uvádzajú vplyv zmien v hladinách ženských pohlavných hormónov počas menštruačného cyklu na zhoršovanie zdravotnej kondície súvisiacej s astmou.

Záver

Astma je ochorenie, ktoré spôsobuje dyskomfort pacienta, je príčinou obmedzení pri uspokojovaní potrieb na všetkých úrovniach i pri realizácii bežných denných činností, je častou príčinou invalidizácie a mortality. V snahe minimalizovať dopad ochorenia na život pacienta, komplexným cieľom manažmentu astmy zahŕňajúcim self-manažment je dosiahnutie kontroly astmy na úrovni farmakologickej a nefarmakologickej terapie. Vnímanie a dosiahnutie kontroly astmy, popríklad identifikácia deficitov a nedostatkov v kontrole astmy umožňujú, či upozorňujú na prípadné riziká pre pacienta a možnosti ich eliminácie (obsah a rozsah informácií, nesprávna interpretácia či zapamätanie informácie pacientom, zabúdanie apod.)

Metodologickým nedostatkom našej práce je nereprezentatívnosť súboru a design štúdie. Výber respondentov do vzorky bol zámerný, štúdia mala charakter prierezuovej regionálne orientovanej štúdie. Výsledky štúdie môžu byť východiskovou bázou pre revíziu súčasného prístupu (procesuálne aspekty) či doplnenie obsahu informácií, ktoré astmatik, pre správnu kontrolu ochorenia potrebuje. Vykonávanie činností v self-manažmente a predovšetkým ich dopad na vnímanie kontroly astmy v závislosti od dĺžky priebehu ochorenia sa javí ako štatisticky významný faktor. Paradoxne nižšie skóre kontroly astmy dosiahli respondenti v skupine s dlhším trvaním ochorenia, u ktorých by sme predpokladali viac vedomostí a zručností v self-manažmente a kontrole astmy. Pravdepodobne sa okrem deficitov v edukácii na úrovni vedomostí, zručností v manažmente astmy uplatňuje progresia ochorenia, ktoré má tendenciu sa pri nedostatočnej kontrole zhoršovať. V oblasti vykonávania činností v self-manažmente sa teda zintenzívňuje potreba komplexnej pokračujúcej edukácie v ambulantnej starostlivosti zameranej na identifikáciu deficitov v stratégiách zvládania jednotlivých faktorov manažmentu astmy a ich vzťahu ku hodnoteniu kontroly astmy. Horšia kontrola astmy u žien predstavuje genderový aspekt, ktorý je spojený predovšetkým s nežiaducim kozmetickým efektom/vedľajším účinkom terapie. Kontrolovaná astma výrazne znižuje percento hospitalizovaných pacientov, počet exacerbácií a má pozitívny vplyv na

kvalitu života pacientov. Ku kontrole astmy veľkou mierou prispieva práve edukácia astmatických pacientov. Ďalším cieľom našej práce bolo zistiť, či je potrebné vypracovať Edukačný program self-managmentu pre astmatických pacientov. Uvedené výsledky nášho výskumu potvrdili potrebu vypracovať takýto program pre potreby klinickej praxe.

Edukácia je jeden z kľúčových komponentov ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je v kompetencii sestry. V organizácii edukácie/redukácie je potrebné venovať pozornosť dlhšie diagnostikovaným pacientom, revidovať a dopĺňať informácie pre self-managment astmy, ktoré môžu časom strácať platnosť, byť zabudnuté pacientom či zmenené zdravotnou kondíciou pacienta (progresiou ochorenia, popríklad komorbiditou) a tiež súvisieť s napríklad biologickými a genderovými špecifikami žien.

Etické aspekty a konflikt záujmov

Štúdia bola pred začiatkom schválená etickou komisiou Martinskej fakultnej nemocnice. Autori deklarujú, že štúdia nemá žiadny konflikt záujmov.

Bibliografické zdroje

BALINTOVÁ, D. 2007. Osobný písomný plán manažmentu bronchiálnej astmy. *Klinická imunológia a alergológia*. 2007, roč.18, č.1, s. 3-6.

British Guideline on the Management of Asthma. A National Clinical Guideline. 2008 *British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. 2008, 128 p., ISBN 978 1 905813 285.

BALZANO, G. et al. 2001. Asthma and sex hormones. *Allergy*. 2001, vol. 56, no. 1, p.13-20.

CANONICA, G. W. et al. 2007. Unmet needs in asthma: Global Asthma Physician and Patient (GAPP) Survey: global adult findings. *Allergy*. 2007. vol. 62, no. 6, p. 668-674.

DINGOVÁ, M., OSACKÁ, P. 2011. Vplyv vedomostí astmatických pacientov na self-managment astmy. *In press*.

DOCKRELL, M., PARTRIDGE, M. R., VALOVRTA, E. 2007. The limitations of severe asthma; The results of a European survey. *Allergy*. 2007, vol. 62, no.2, p.134-141.

DUBRAVA, M. 2006. Účinná a bezpečná farmakoterapia seniorov. *Via practica*. 2006, roč. 3, č.7/8, s. 327-332.

GILLISSEN, A. 2004. Managing asthma in the real world. *International Journal of Clinical Practice*. 2004, vol. 58, no. 6, p. 592-603.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2008. p.116.[online]. 2008. [cit. 2009-02-21]. Dostupný z <http://www.ginasthma.org/Guidelineitem.aspx?l1=2&l2=1&in tid=1561>.

HRUBIŠKO, M. 2006. Pacient s astmou vo svetle nových kritérií (GINA 2006). *Glaxo Smith Kline* [online]. 2006. [cit. 2007-12-18]. Dostupný z

< <http://www.mediforum.sk/pdf/astma/2007ruhrubisko.pdf> >.

HRUBIŠKO, M. 2008. Astma pod kontrolou: vieme čo to je a ako na to? *Ambulantná terapia*. 2008, roč. 6, č.1, s. 8-13.

KASPER, J. 2005. Hypertenzná kríza. *Via practica*. 2005, roč. 2, č.12, s. 532-533.

KRIŠTÚFEK, P. 2000. Predstavy a realita v manažmente bronchiálnej astmy. *RESPIRO*. 2000, roč.2, č. 1, s. 5-7.

LOZA, M.J. et al. 2010 Asthma and gender impact accumulation of T cell subtypes. *Respiratory Research*. vol. 28, no. 11, p. 103-113.

KRIŠTÚFEK, P. 2006. Nové poznatky o komplexnej liečbe astmy; Moderná liečba AB a CHOCHP. [online]. 2006.[cit. 2007-05-28] Dostupný z

<<http://www.rlekza.sk/docs/kristufek.ppt#256,1,Nové%20poznatky%20o%20komplexnej%20liečbe%20astmy>>.

MACEŠKOVÁ, B ., FRIDRICHOVÁ, D. 2005. Monitorování terapie astmatických pacientů v lékárně. *Klinická farmakologie*. 2005, č.19, s. 206-210.

MANCUSO, C.A., RINCON, M. 2006. Impact of Health Literacy on Longitudinal Asthma Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. 2006, vol. 21, p.813-817.

OSACKÁ, P. 2011. Vplyv vedomostí astmatických pacientov na kontrolu astmy. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia 2011*. *In press*.

PROCHÁZKOVÁ, Ľ. 2010. Adherencia k liečbe. [online]. 2010.[cit. 2010-06-17]. Dostupný z <http://www.szsm.szm.sk/index.php?p=medi/adherencia_k_liecb>.

PRUŽINEC, P.2007. ACT - kontrola astmy v odporúčaníach a v praxi; Výsledky prieskumu TKA 2006. *Akadémia astmy*. [online]. 2007 [cit. 2008-06-17]. Dostupný z <<http://www.mediforum.sk/pdf/astma/2007rupruzinec.pdf> >.

SALÁT, D. 2006. Prečo je dôležitá kontrola astmy a ako ju môžeme merať? *Alergia, astma a my*. 2006, roč. 1, č.1 s. 13-15.

SORIANO, J., B., RABE, K. F., VERMEIRE, P. A. 2003. Predictors of Poor Asthma Control in European Adults. *Journal of Asthma*. 2003, vol. 40, no. 7, p. 803-813.

SCHATZ, M. et al. 2007. Reliability and predictive validity of the Asthma Control Test administered by telephone calls using speech recognition technology . *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007, vol.119 , no. 2 , p. 336-343.

ŠVARCOVÁ, KULICH. 2007. Kontrola astmy na Slovensku. [online]. 2007.[cit. 2008-05-30]. Dostupný z <<http://www.mareknagy.sk/gsk/page.asp?id=7&doc=32>>.

TEMPRANO J, MANNINO D.M. 2009. The effect of sex on asthma control from the National Asthma Survey. *Journal Allergy Clin Immunol*. 2009, vol. 123, no. 4, p. 854-860.

VRIEZE, A. et al. 2003. Perimenstrual asthma: a syndrome without known cause or cure. *Journal Allergy Clin Immunol*. 2003, vol. 112, no. 2 , p. 271-282.

ZELENKOVÁ, J. 2006. Kvalita života pacientů s diagnózou asthma bronchiale. *Sestra*. 2006, č.3, s. 3-13.