

## VÝSKYT ÚZKOSTI U PACIENTOV S BRONCHIÁLNOU ASTMOU INCIDENCE OF ANXIETY IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

LÍŠKOVÁ Miroslava<sup>1</sup>, SOLGAJOVÁ Andrea<sup>1</sup>, ŠUTOVÁ Viktória<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Nitra

<sup>2</sup>Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

### ABSTRAKT

**Východiská:** Úzkosť sprevádza ľudstvo od nepamäti a vyskytuje sa v značnej miere pri mnohých ochoreniach. Bronchiálna astma patrí medzi psychosomatické ochorenia a vplyv emócií dokáže toto ochorenie zásadne ovplyvniť.

**Ciele:** Cieľom výskumu bolo zistiť výskyt úzkosti ako stavu a vlastnosti u pacientov s bronchiálnou astmou vzhľadom k vybraným faktorom ako pohlavie, frekvenciu záchvatov a charakterom zamestnania.

**Metódy:** Metódami zberu dát boli posudzovacia škála Úroveň úzkosti 12 pre posúdenie sestrou a sebvýpovedňový dotazník Spielberger's State-Trait Inventory STAI-X1 a STAI-X2 na meranie úzkosti ako stavu a vlastnosti (úzkostlivosti). Metódy analýzy dát boli Fisherov test na zistenie rozdielov medzi skupinami.

**Vzorka:** Výskumnú vzorku tvorilo 40 respondentov vo veku 24 až 74 rokov a výskum sa uskutočnil v ambulancii pneumológie a fúzeológie vo Fakultnej nemocnici v Nitre.

**Výsledky:** Výsledky dokazujú vyšší výskyt úzkosti u ženského pohlavia, ako aj u pacientov s frekvenciou záchvatov viackrát počas dňa a noci, podľa všetkých použitých meracích nástrojov. Na základe výsledkov výskumu možno konštatovať, že sme nezistili štatisticky významné rozdiely vo výskyte v úzkosti vzhľadom k pohlaviu, frekvencie astmatických záchvatov a charakteru zamestnania ( $p > 0,05$ ). Výsledky dokazujú vyšší výskyt úzkosti u žien, respondentov s častejším výskytom záchvatov, bez zamestnania, dôchodcov a respondentov s fyzicky nenáročnou prácou. Vyššiu úroveň úzkosti podľa škály úroveň úzkosti 12 mali nezamestnaní respondenti ( $AM = 26$ ), podľa STAI-X1 respondenti s fyzicky nenáročným povoláním ( $AM = 49,05$ ) a podľa STAI-X2 nezamestnaní respondenti ( $AM = 50,25$ ).

**Záver:** Na základe zistení môžeme konštatovať zvýšený výskyt úzkosti u pacientov s bronchiálnou astmou, a preto je dôležité venovať dostatočnú pozornosť emocionálnemu prežívaniu pacienta.

**Kľúčové slová:** Úzkosť. Posudzovanie. Bronchiálna astma. Ošetrovateľská starostlivosť. Posudzovacie škály úzkosti.

### ABSTRACT

**Background:** Anxiety has accompanied humanity from time immemorial and occurs extensively in many diseases. Asthma is a psychosomatic disease and emotions can affect it significantly.

**Objective:** The main objective of the present study was to find out the prevalence of anxiety in patients with bronchial asthma related to the selected factors, including gender, frequency of asthma attacks, and nature of work.

**Methods:** As data collection methods, we used the assessment scale Anxiety Level 12 for an assessment by a nurse, and the

self-report instrument by Spielberger the State-Trait Anxiety Inventory STAI-X1 and STAI-X2. For the comparative analysis of the data, we used the Fisher's Exact Test to identify the differences between the groups.

**Sample:** The sample consisted of 40 respondents from 24 to 74 years of age; the study was conducted in the Pneumology and Phtiseology Outpatient Department, Faculty Hospital Nitra.

**Results:** Prevalence of anxiety is shown in our research/results as being higher in women, elderly patients, and patients with several asthma attack during the day and night, according to all the measurement tools used. Based on the research results, it can be stated that we did not find any statistically significant differences in the prevalence of anxiety related to gender, age, frequency of asthma attacks, and nature of work ( $p > 0.05$ ). The results show higher level of anxiety in women, respondents with a higher incidence of asthma attacks, no job, pensioners, and respondents with physically undemanding work. Higher levels of anxiety were found according to the Anxiety Level 12 ( $AM = 26$ ) in the unemployed respondents; according to the STAI-X1 ( $AM = 49.05$ ) in the respondents who work in physically undemanding jobs; according to the STAI-X2 ( $AM = 50.25$ ) and the unemployed respondents.

**Conclusions:** Based on the findings, we can state there is the increased prevalence of anxiety in patients with asthma. Therefore, it is important to pay adequate attention to patients' emotional experience.

**Key words:** Anxiety. Bronchial Asthma. Assessment. Nursing care. Anxiety assessment scale.

### ÚVOD

Úzkosť je prirodzená emócia, ktorá varuje človeka pred rizikom alebo nebezpečenstvom a umožňuje únik pred nimi (Vavrušová et al., 2013, s.7). Úzkosť je trvalý pocit napätia, očakávanie niečoho neprijemného. Úzkosť nemá objekt a vedie k „zamrznutiu“. Úzkostné správanie človeka je viditeľné, ak človek prešľapuje z nohy na nohu, nedokáže sa sústrediť a domysliť určité veci. Trpí pocitmi nevládania aktuálnej situácie, či problémov. Človek sa pasuje s obavami, ktoré však potláča, nespracováva ich, a tak vzniká pretrvávajúce napätie, úzkosť (Praško et al., 2012, s.12). Keď úzkosť pretrváva v bežnom živote, môže dôjsť až k stavu nazývanému úzkostná porucha (Pedrick et al., 2012, s. 4). Úzkosť možno opísať ako reakciu troch systé-

mov, a to nasledovne: na motorické správanie, ktoré chápeme reakciami, akými sú únik zo situácie, tras alebo zmeny v gestikulácií. Ďalším systémom sú verbálne-kognitívne reakcie. Medzi ne zaraďujeme myšlienky, predstavy, spomienky, očakávania, verbálne vyjadrenie strachu, sústredenie a obavy. Tretím systémom sú fyziologické reakcie, ktoré sa prejavujú zvýšenou aktiváciou sympatika (Praško, 2005, s. 131). Príznaky sa zhoršujú najmä v čase, kedy je človek sám, a podnety nie sú odpútavané vonkajším prostredím (Praško et al., 2012, s. 21).

Úzkosť je tiež zaradená v klasifikácii ošetrovateľských diagnóz NANDA International v doméne 9, triede 2 pod kódom 00146, ktorá bola revidovaná v roku 2017, s nasledovnou definíciou „*neľahký pocit diskomfortu alebo desu prevádzaný autonómnou reakciou (zdroj často nešpecifický alebo neznámy danej osobe), pocit obáv spôsobený očakávaním nebezpečenstva. Je to výstražný signál, ktorý varuje pred hroziacim nebezpečenstvom a umožňuje danej osobe prijať opatrenia, aby hrozbe čelila.*“ (Herdman, Kamitsuru, 2018, s. 324). Medzi behaviorálne určujúce znaky úzkosti patria znížená produktivita, nadmerná ostražitosť, insomnia, zlý očný kontakt, nepokoj, podrobné pozorovanie, obavy zo zmeny v živote. Určujúcimi znakmi emočného charakteru sú podľa ošetrovateľskej taxonómie sklúčenosť, úzkostlivosť, distress, strach, pocity neadekvátnosti, zvýšená ostražitosť, podráždenosť, nervozita, prehnaná excitovanosť, roztrasenosť, ľútostivosť, zameranosť na seba samého, neistota, obavy. Telesnými určujúcimi znakmi sú napätie v tvári, tras rúk, zvýšené potenie, zvýšené napätie, roztrasenosť, tras, chvenie hlasu. Zmeny sa objavujú aj v rámci pôsobenia *nervus sympathicus*. Zmena vzorca dýchania, anorexia, zvýšené reflexy, kardiovaskulárna excitácia, hnačky, sucho v ústach, búšenie srdca, zrýchlený pulz, intenzívne dýchanie, rozšírenie zreníc, šklbanie v svaloch a slabosť. Pri určujúcich znakoch *nervus parasympathicus* sa objavujú bolesť brucha, zmena vzorca spánku, spomalený pulz, znížený krvný tlak, hnačka, mdloba, únava, nauzea, brnenie v končatinách, časté močenie. Kognitívne určujúce znaky predstavujú zmeny pozornosti, zmeny koncentrácie, zablokované myslenie, uvedomovanie si fyziologických symptómov, zmätenosť, zúžené percepčné pole, znížená schopnosť učiť sa, znížená schopnosť riešiť problémy, zabúdanie, prehnané zaujatie niečím, tendencia obviňovať druhých (Herdman, Kamitsuru, 2018, s. 324-325).

Bronchiálna astma predstavuje podľa Global Initiative for Asthma (2014) civilizačné ochorenie začiatku 21. storočia, ktoré v súčasnosti postihuje viac ako 300 miliónov ľudí a predpokladá sa, že sa toto číslo do roku 2025 dostane k pol miliarde chorých. Bronchiálna astma je chronické ochorenie respiračného systému, ktoré v prípade, ak je neadekvátne liečené, môže vyvrcholiť závažným až fatálnym stavom. Svetová zdravotnícka organizácia definuje astmu ako ochorenie postihujúce všetky vekové skupiny, ktoré však často začína v detstve. Je to ochorenie charakterizované dýchavicou, piskotmi, ktorých ťažkosti a frekvencia sa menia v čase a priestore podľa individuálnych okolností u každého pacienta. Tento stav je spôsobený zápalom, a práve ten ovplyvňuje citlivosť nervových zakončení v dýchacích cestách, ktoré sa ľahko podráždia, čo má za následok zúženie dýchacích ciest a následné zníženie prietoku vzduchu pľúcami (WHO, 2018). Je potrebné zdôrazniť, že kľúčom k efektívnemu self-manažmentu astmy, ktorý je rozhodujúci pre naplnenie hlavného cieľa liečby – dosiahnuť a udržať astmu pod kontrolou (Poliaková et al., 2014, s. 67). Pri každom ochorení, ktoré je spojené s dychovou tiesňou sa môžu prejavovať známky úzkosti. Ďalšia definícia prieduškovkej astmy uvádza, že ide o chronické zápalové ochorenie dýchacích ciest, kde dôležitú úlohu zohrávajú mnohé bunkové častice. Chronický zápal je spojený s prieduškovou hyperaktivitou a vedie k opakujúcim sa prejavom piskotu, dýchavice, kašľu najmä v noci alebo ráno. Tieto záchvaty sú zväčša spájané s čiastočnou obštrukciou, ktorá je však navrátiliteľná, buď spontánne alebo vplyvom liečby. Priedušky sa následne stávajú tuhšími, nepružnými, ťažšie reagujú na liečbu, čo môže spôsobiť až zhoršenú funkciu pľúc (Kašák, Feketeová, 2009, s. 3). Pri každom ochorení, ktoré je spojené s dychovou tiesňou sa môžu prejavovať známky úzkosti. Vznik a rozvoj bronchiálnej astmy sú výsledkom vzájomného pôsobenia genetických faktorov ako aj faktorov vonkajšieho prostredia. K potvrdeným rizikovým vplyvom patria aktívne a pasívne fajčenie, nevhodné pracovné a životné prostredie, stres, prítomnosť alergénov v domácnosti, zvýšená koncentrácia oxidu uhličitého v prostredí (Bystroň, 2009, s. 108). Na vznik ochorenia majú vplyv aj iné faktory ako pohlavie, fajčenie, obezita, potraviny, diéta. Významný vplyv na vznik astmy má stres, dokonca stres, ktorý prežíva matka počas tehotenstva, ako aj problémy a nadmerný stres v rodine (Lauková, 2015, s. 120). Vzťah medzi

pôsobením stresu a úzkosťou je popisovaný u Praška et. al, 2006, s. 32). Patogenéza astmy nie je dodnes detailne známa. Uplatňujú sa pri nej rôzne mechanizmy, prípadne ich kombinácia, ktoré sú podobné tým, ktoré sa vyskytujú aj pri alergickej nádche. Okrem alergickej zložky významnú úlohu pri astme zohráva tkanivo hladkého svalstva priedušiek, ktoré je tiež súčasťou zápalového procesu (Hrubiško, 2016, s.104).

Príznaky spôsobujú zníženie aktivity, práceneschopnosť, časté riešenie akútnych stavov prostredníctvom pohotovostných služieb a tým zhoršenú kvalitu života. Medzi typické príznaky zaradujeme dýchavičnosť, piskoty zvieranie na hrudníku, ktorá sa prejavuje často v práve v noci. Nie vždy sú však tieto príznaky zjavné. Môže sa objavovať únava, zníženie výkonnosti, suchý dráždivý kašeľ. Pri exacerbácii je prítomná dýchavica aj v kľude a počuteľné sú tiež piskoty (Krčmová, Novosad, 2010, s. 196). Najmä zvyšujúca sa intenzita a frekvencia príznakov môže vyvolávať úzkosť.

Úzkosť je spájaná s pocitom únavy, vyčerpanosťou, duševným napätím. Práve pre uvedené prejavy považujeme úzkosť za faktor, ktorý zhoršuje stav bronchiálnej astmy. Úzkosť je sprevádzaná vegetatívnymi príznakmi, medzi ktoré zaradujeme zmeny dýchania, zvýšenie tlaku krvi, búšenie srdca, zvýšená potivosť, sucho v ústach a zmeny metabolizmu (Heretik et. al, 2007, s. 219). Negatívne emocionálne vplyvy ovplyvňujú stav pacientov s bronchiálnou astmou, najmä čo sa týka zhoršenia príznakov ochorenia. Komplikujú jej liečbu a preto je dôležité venovať sa pri liečbe a ošetrovaní aj psychickému pozadiu, emocionálnemu prežívaniu samotného pacienta. Bronchiálnu astmu radíme k psychosomatickým ochoreniam z dôvodu, že sa pri tomto ochorení vyskytuje zvýšený výskyt úzkosti, ktorá je častokrát vystupňovaná až do strachu zo smrti. Popri úzkosti sa vyskytuje aj otvorená agresia, ale aj depresívne stavy (Šebestová, Kaščáková, 2013, s. 30).

Úzkosť pacienta zvyšuje nedostatok informácií o chorobe. Preto by sa mala komunikácii s pacientom venovať dostatočná pozornosť. Ak pacient rozumie tomu, čo ho čaká, znižuje sa jeho úzkosť. Preto je potrebné vedieť rozpoznať a posúdiť znaky úzkosti, ktorá sa môže prejaviť ako nepokoj, vyhýbanie sa diskusií, nepriateľstvo vyznievajúce ako nechota spolupracovať a podobne (Alonso et al., 2004, s. 23). Na účinné posudzovanie sú vytvorené posudzovacie škály ako Úroveň úzkosti 12 pre po-

súdenie sestrou a sebakýpovedový dotazník Spielberg's State-Trait Inventory pre pacientov, STAI-X1 na meranie úzkosti ako stavu, ktorým sa zisťuje aktuálny psychický stav a STAI-X2 na meranie vlastnosti - úzkostlivosti, ktorým sa zisťuje ako sa človek zvyčajne cíti. Výskumným problémom bola oblasť výskytu úzkosti ako stavu a vlastnosti u vybraných pacientov s bronchiálnou astmou.

## CIELE

Hlavným cieľom práce bolo zistiť výskyt úzkosti ako stavu a vlastnosti u pacientov s bronchiálnou astmou.

Cieľ 1: Zistiť výskyt úzkosti ako stavu a vlastnosti u pacientov s astmou podľa pohlavia.

Cieľ 2: Zistiť výskyt úzkosti ako stavu a vlastnosti u pacientov s astmou podľa frekvencie astmatických záchvatov.

Cieľ 3: Zistiť výskyt úzkosti ako stavu a vlastnosti u pacientov s astmou podľa charakteru zamestnania.

## METODIKA

Metódy zberu dát tvorili posudzovacia škála Úroveň úzkosti 12 pre posúdenie sestrou a Sebakýpovedový dotazník STAI-XI a X2. Škála úroveň úzkosti 12 slúži na posúdenie úzkosti sestrou v klinickej praxi. Škála pozostáva z 12 položiek, ktoré sa hodnotia od neprítomných až po závažné prejavy na stupnici od 1–5, pričom 1 hovorí o neprítomnosti prejavu a 5 o závažnom prejave. Úroveň úzkosti možno podľa posudzovacej škály rozdeliť do 5 stupňov podľa nasledovného bodovacieho skóre: 0–12 žiadna úzkosť, 13–24 mierna úroveň úzkosti, 25–36 stredná úroveň úzkosti, 37–48 podstatná úroveň úzkosti, 49–60 závažný prejav úzkosti (Solgajová et al., 2014, s. 10). Úroveň úzkosti 12 vznikla modifikáciou meracieho nástroja Anxiety Level z ošetrovateľskej klasifikácie Nursing Outcomes Classification (Moorhead et al., 2008, s. 178).

Sebakýpovedový dotazník je zložený z 2 stupňov, pričom každý z nich tvorí 20 tvrdení. Dotazník v prvom stupni hodnotí situačnú prechodnú úzkosť a druhý stupeň hovorí o črte, ryse osobnosti. Ide vlastne o 40 položkový sebakýpovedovací nástroj s dvoma škálami, z ktorých 20 položiek prvej škály meria stav úzkosti a ďalších 20 meria úzkostné rysy osobnosti. Zatiaľ čo úzkostný rys je tzv. stabilný sklon osobnosti, stav úzkosti závisí od situácie a mení sa pod vplyvom stresu. Rozsah celkového skóre sa nachádza v rozmedzí 20–80 bodov pre

každú škálu (X-1, X-2), vyššie skórovanie indikuje väčšiu mieru úzkosti. Hranice 39–40 bodov boli autormi metódy navrhnuté pre detegovanie klinicky významných symptómov úzkosti u dospelých jedincov (Julian, 2011, s. 468). O patologickej úrovni, ktorá si vyžaduje intervenciu hovoríme, ak skóre presiahne hodnotu 50 bodov (Gurková, 2009, s. 157). Pomocou škály STAI-X1 sa zisťuje aktuálny psychický stav, t. j. ako sa jednotliviec cíti práve teraz. Škála STAI-X2 meria úzkostlivosť ako trvalú črtu osobnosti, t. j. ako sa človek zvyčajne cíti. Ide o sebvýpovedňovú metódu, skúmaná osoba odpovedá na 4-bodovej škále (Spielberger et al., 1983, s. 58). Podľa McDowella (2006, s. 320) sa jedná o jeden z najlepšie vytvorených meracích nástrojov na posúdenie úzkosti.

Pre interpretáciu získaných údajov používame deskriptívnu štatistiku na popis hodnôt závislých premenných (úzkosti ako stavu a úzkosti ako vlastnosti). Využívame absolútnu a relatívnu početnosť, aritmetický priemer (AM), smerodajnú odchýlku (SD). Na základe analýzy rozdielu rozptylov skúmaných premenných podľa pohlavia, frekvencie záchvatov a charakteru zamestnania respondentov prostredníctvom Fisherovho testu uskutočňujeme komparačnú analýzu. Prezentyujeme hodnotu F a hodnotu p na vyjadrenie štatistickej významnosti rozdielov ( $p < 0,05$ ).

## VÝSKUMNÝ SÚBOR

Výskumný súbor tvorilo  $n = 40$  (100 %) pacientov, z toho  $n = 16$  (40 %) mužov a  $n = 24$  (60 %) žien. Respondenti boli vo veku od 24 rokov do 74 rokov (AM = 51,2).

Respondenti boli zaradení zámerne do výberového súboru na základe diagnózy bronchiálna astma. Medzi ďalšie zaraďujúce kritériá patrila ochota spolupracovať a ovládanie slovenského jazyka. Vyradujúce kritériá boli neporozumenie textu dotazníka (neovládanie slovenského jazyka) a prítomnosť niektorých foriem demencie u respondenta.

Podmienku realizácie bolo získanie súhlasu Etickej komisie pri Fakultnej nemocnici v Nitre. Zber dát bol náročný, realizovaný v mesiacoch január až

marec 2018, hlavným limitom týkajúcim sa výberového súboru bola najmä neochota zo strany pacientov participovať na výskume (vyplňať dotazníky). Bol u nich použitý Sebvýpovedňový dotazník STAI-X1 a X2 (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory). Škálu Úroveň úzkosti 12 pre posúdenie sestrou používali u vzorky pacientov 2 sestry pracujúce v ambulancii pneumológie a fizeológie vo Fakultnej nemocnici v Nitre.

## VÝSLEDKY

### Výskyt úzkosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa pohlavia

Vo vzorke respondentov bolo 60,00 % ( $n = 24$ ) žien a 40,00 % ( $n = 16$ ) mužov. Úzkosť ako stav hodnotený škálou STAI-X1 sme spolu zaznamenali u 35 (87,50 %) respondentov – u 23 (95,83 %) žien a 12 (75,00 %) mužov. Úzkosť ako vlastnosť, ktorá bola hodnotená škálou STAI-X2, bola pozorovaná u 32 (80,00 %) respondentov – u 20 (83,33 %) žien a 13 (81,25%) mužov. Výskyt úzkosti u respondentov s bronchiálnou astmou klasifikovaný podľa pohlavia prezentuje tabuľka 1. Na základe získaných výsledkov môžeme konštatovať, že rozdiel v pohlaví pacientov nemá štatisticky významný vplyv na úroveň úzkosti ( $p = 0,682$ ), na stav úzkosti hodnotenej podľa škály STAI-X1 ( $p = 0,675$ ), ani na výskyt úzkosti ako vlastnosti hodnotenej podľa škály STAI-X2 ( $p = 0,543$ ). Použitím všetkých troch škál sme však zistili vyšší výskyt úzkosti u žien ako u mužov, hoci toto pozorovanie nebolo štatisticky potvrdené.

### Výskyt úzkosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa frekvencie astmatických záchvatov

Sledovaný súbor jedincov sme klasifikovali podľa frekvencie astmatických záchvatov do troch skupín (Tab. 2). Frekvenciu záchvatov minimálne 1x týždenne a nočné záchvaty častejšie ako 2x do mesiaca uvávalo spolu 16 (40 %) respondentov – skupina A, 8 (20 %) pacientov malo frekvenciu záchvatov častejšie ako 2x za týždeň a nočné záchvaty viac ako 2x do mesiaca – skupina B a ostatných 16

**Tabuľka 1** Výskyt úzkosti u respondentov s bronchiálnou astmou podľa pohlavia

Pohlavie	Ženy			Muži			F	p
	AM	N	SD	AM	N	SD		
Úroveň úzkosti 12	23,62	24	6,233	22,75	16	7,066	0,17	0,682
STAI-X1 úzkosť stav	47,96	24	8,280	46,81	16	8,604	0,178	0,675
STAI-X2 úzkosť vlastnosť	49,38	24	7,672	47,94	16	6,547	0,378	0,543

Legenda: N – početnosť, AM – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, F – Fisherov test, p – štatistická významnosť

**Tabuľka 2** Výskyt úzkosti u respondentov s bronchiálnou astmou podľa frekvencie záchvatov

Škály	Frekvencia záchvatov AM			SD			F	p
	A	B	C	A	B	C		
Úroveň úzkosti 12	22,50	23,63	23,88	6,899	6,116	6,622	0,185	0,832
STAI-X 1	43,88	49,5	50,13	7,623	6,525	8,861	2,778	0,075
STAI-X 2	47,69	48,75	49,94	5,425	7,555	8,698	0,379	0,687

Legenda: AM – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka, F – Fisherov test, p – štatistická významnosť, A – min. 1x týždenne a nočné záchvaty častejšie ako 2x do mesiaca, B – záchvaty častejšie ako 2x za týždeň a nočné záchvaty viac ako 2x do mesiaca, C – záchvaty viackrát počas dňa/noci

**Tabuľka 3** Úroveň úzkosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa charakteru zamestnania

Škály	fyzicky náročné		fyzicky nenáročný		dôchodok		nezamestnaná/ý		F	P
	AM	SD	AM	SD	AM	SD	AM	SD		
Úroveň úzkosti 12	24,00	6,928	22,68	6,343	22,50	7,982	26,00	4,082	0,343	0,794
STAI-X1 stav	42,89	7,424	49,05	9,216	49,00	8,018	47,50	2,887	1,252	0,305
STAI-X2 vlastnosť	46,67	4,000	49,68	7,924	48,38	8,927	50,25	6,702	0,404	0,751

Legenda: AM-aritmetický priemer, SD-smerodajná odchýlka, F-Fisherov test, p-štatistická významnosť

(40 %) pacientov udávalo frekvenciu záchvatov viackrát počas dňa i noci – skupina C.

Výskyt úzkosti ako stavu podľa škály STAI-X1 sme zaznamenali u 35 (87,50 %) respondentov, pričom najvyšší výskyt úzkosti bol pozorovaný práve u skupín s vyššou frekvenciou záchvatov – C (n = 16; 100 %) a B (n = 8; 100 %). V skupine A, ktorá udávala frekvenciu záchvatov minimálne 1x týždenne a nočné záchvaty častejšie ako 2x do mesiaca sme úzkosť zaznamenali u 11 (68,80 %) respondentov.

Výskyt úzkosti ako vlastnosti hodnotený podľa škály STAI-X2 bol pozorovaný u 32 (80,00 %) respondentov, 8 (20,00 %) respondentov bolo bez známkov úzkostlivosti. Z respondentov, u ktorých bol pozorovaný výskyt úzkostlivosti, bola opäť najpočetnejšia skupina C (n = 14; 87,50 %) a nasledovala skupina B (n = 6; 75,00%) a súčasne skupina A (n = 12; 75,00 %).

Na základe získaných výsledkov môžeme konštatovať, že použitím všetkých troch škál sme zistili vyšší výskyt úzkosti u respondentov, ktorí udávali výskyt záchvatov viackrát počas dňa i noci (skupina C), nezaznamenali sme však medzi jednotlivými skupinami respondentov štatisticky významné rozdiely.

### Výskyt úzkosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa charakteru zamestnania

Úroveň úzkosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa charakteru zamestnania prezentuje tab. 3. V sledovanej skupine pacientov bolo 9 (22,5 %) s fyzicky náročným zamestnaním, 19 (47,5 %) s fy-

zicky nenáročným zamestnaním, 8 (20,00 %) dôchodcov a 4 (10, 00 %) respondenti boli nezamestnaní.

Výskyt úzkosti ako stavu hodnotenej podľa škály STAI-X1 sme zaznamenali u 35 (87,50 %) pacientov. Úzkosť sme zaznamenali u všetkých dôchodcov (n = 8; 100,00 %) a nezamestnaných (n = 4; 100, 00 %). V skupine respondentov s fyzicky nenáročným zamestnaním bola pozorovaná úzkosť u 17 (89,50 %) respondentov, najnižší podiel úzkosti bol zaznamenaný u skupiny respondentov s fyzicky náročným zamestnaním (n = 6; 66,70 %).

Výskyt úzkosti ako vlastnosti klasifikovanej podľa škály STAI-X2 sme zaznamenali u 32 (80,00 %) respondentov, kde úzkostlivosť bola identicky zistená ako pri STAI-X1 u všetkých nezamestnaných a respondentov na dôchodku, u 16 (84,21 %) respondentov s fyzicky nenáročným zamestnaním a iba u 4 (44, 44 %) respondentov s fyzicky náročným zamestnaním.

Podľa získaných výsledkov v škále Úroveň úzkosti 12 a škále STAI-X2 sme zistili najvýraznejší výskyt úzkosti u nezamestnaných respondentov a podľa škály STAI-X1 u respondentov s fyzicky nenáročným zamestnaním. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami respondentov však neboli štatisticky významné.

### DISKUSIA

Úzkosť ako ošetrovateľská diagnóza sa vyskytuje v klinickej praxi v rôznych sférach starostlivosti veľmi často (Oliveira et al., 2008, s.103). Bronchiálna astma ako chronické psychosomatické ochorenie vytvára predpoklad zamerať úsilie sestier

nielen na biologické potreby pacienta, ale aj na tie psychické. Práve preto by sestry mali venovať pozornosť psychickému stavu pacienta už vo fáze posudzovania jeho potrieb používať diagnostické posudzovacie nástroje a škály, ktoré sú k dispozícii. Takou je posudzovacia škála Úroveň úzkosti 12 pre posúdenie sestrou. Vzhľadom na fakt náročnosti identifikácie úzkosti, ako stavu pacienta, je vhodné použiť aj ďalšie nástroje ako napr. Sebavýpoved'ový dotazník STAI-X1, ktorým sa zisťuje aktuálny psychický stav, t. j. ako sa jednotlivec cíti práve teraz a STAI-X2, ktorý meria úzkostlivosť ako trvalú črtu osobnosti.

Pri psychosomatických ochoreniach je popisovaný výskyt úzkosti (Heretik et. al., 2007, s. 272), preto sme sa aj my zamerali na zistenie výskytu úzkosti ako stavu a vlastnosti u pacientov s bronchiálnou astmou vzhľadom k vybraným faktorom, medzi ktoré sme zaradili pohlavie, frekvenciu záchvatov a charakter zamestnania. Americká štúdia skúmala vzťah medzi astmou a úzkostnými poruchami. Výskum potvrdil vysokú prevalenciu úzkostných porúch medzi dospelými. U dospelaj populácie s astmou sa odhadovaná miera poruchy pohybovala od 6,5% do 24% (Katon et al., 2004, s. 352).

Meranie úzkosti a úzkostlivosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa pohlavia neprinieslo štatisticky preukazné rozdiely pre prežívanie úzkosti mužov a žien pri žiadnej z použitých meracích škál. Vyšší výskyt úzkosti sme však zaznamenali pri použití všetkých škál u žien (Tab.1). Podľa výskumu úzkostlivosti ako osobnostnej črty u slovenskej populácie, bola stanovená polročná prevalencia generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD) 4 %, z toho 2,2 % participantov malo príznaky GAD aj s obmedzením funkčnosti, s vyšším výskytom u žien. Relatívne najvyššia prevalencia úzkosti bola v skupine 40 až 49-ročných žien (Novotný, 2006, s. 165). Huang et al. (2011, s. 8) zistili vyšší výskyt úzkosti u žien s diabetes mellitus. Praško et al. (2012, s. 78) však tvrdia, že úzkosť je emóciou, ktorá sa vyskytuje u všetkých ľudí bez rozdielu veku, pohlavia, vzdelania.

Meranie úzkosti a úzkostlivosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa frekvencie záchvatov neprinieslo štatisticky významné rozdiely pre prežívanie úzkosti pri žiadnej z použitých meracích škál (Tab. 2). Poznanie, že záchvat môže prísť kedykoľvek, u pacienta častokrát vyvoláva neprijemné pocity, až bezmocnosť. Prejavy astmatického záchvatu sú sprevádzané častokrát pocitmi napätia,

úzkosti a strachu (Hrubiško, 2009, s. 103). Vo väčšine prípadov je astmatický záchvat vyvolaný fyzickou námahou. Príznaky možno eliminovať úpravou aktivity, resp. vhodným typom záťaže (Urban, 2015, s. 67). Spúšťačom astmatického záchvatu môže byť v niektorých prípadoch telesná, ale i psychická námaha. Na jej vzniku sa podieľa zrýchlené dýchanie, pri ktorom sa vyplavujú zápalové mediátory, ktoré majú za následok stiahnutie dýchacieho svalstva (Cazzola et al., 2013, s. 39). Najvyšší výskyt úzkosti sme zaznamenali v skupine pacientov, ktorí uvádzali záchvaty vyskytujúce sa viackrát počas dňa alebo noci čo korešponduje so zisteniami, ktoré sa uvádzajú, že ak pacient prežije kritický stav s pocitom obavy o život počas ochorenia, častejšie sa u neho objavuje úzkosť. K retrospektívnym štúdiám, ktoré našli významný vzťah medzi anxiou a už prežitým kritickým stavom ochorenia, možno podľa Alonsa et al. (2004, s. 24) zaradiť práce Rimeho et al. (1979), Mertensa, Seghersa (1974) i Geddesa (1982).

Meranie úzkosti a úzkostlivosti u pacientov s bronchiálnou astmou podľa charakteru zamestnania neprinieslo štatisticky významné rozdiely pre prežívanie úzkosti pri žiadnej z použitých meracích škál. Respondenti mali možnosť sa identifikovať s možnosťami fyzicky náročné, fyzicky nenáročné zamestnanie (to v operacionalizovaní predstavuje zamestnanie zamerané viac na psychicky náročnú prácu), som na dôchodku a nezamestnaná/ý (Tab. 3). Podľa škály Úroveň úzkosti 12 sme zaznamenali najvýraznejšiu úzkosť v skupine nezamestnaných respondentov (AM = 26). Podľa sebavýpoved'ového dotazníka STAI-X2 bol taktiež zistený najvýraznejší výskyt úzkosti u nezamestnaných respondentov (AM = 50,25), kde však hodnota nad 50 predstavuje podľa Gurkovej (2009, s. 157) patologickú úroveň, ktorá si vyžaduje intervenciu. Bola to najvyššia dosiahnutá úroveň úzkosti zo všetkých kategorizácií v celom výskume. Kamarádová et al. (2016, s. 231) vo svojej štúdií taktiež uvádza súvis medzi výskytom úzkosti a zamestnaním pacienta.

Použitím sebavýpoved'ového dotazníka STAI-X1, sme zistili najvýraznejší výskyt úzkosti u respondentov s fyzicky nenáročným povoláním s hraničnou hodnotou blížiacou sa číslu 50 (AM = 49,05). Andrea et al. (2009, s. 1040) vo svojej štúdií zistili že vysoké psychologické nároky na prácu zvyšujú riziko vzniku úzkosti i depresie. Pri použití relatívnej početnosti sme zistili výskyt úzkosti ako stavu aj vlastnosti u všetkých respondentov na

dôchodku a nezamestnaných respondentov. Vörösová e al. (2015, s. 117) popisujú vznik úzkosti v kontexte adaptácie človeka na stres. Nezamestnanosť, ale aj obdobie dôchodku patrí medzi najvýraznejšie obdobia v živote človeka poznačené stresom, obavami z budúcnosti, čo považujeme za hlavnú príčinu uvedeného výsledku. Na základe výsledkov výskumu odporúčame používanie posudzovacích škál, najmä škálu Úroveň úzkosti 12, pre posúdenie sestrou u pacientov s bronchiálnou astmou a pri zistení úzkosti a úzkostlivosti realizovanie intervencie na jej zníženie s využitím klasifikačného systému NÍC.

## ZÁVER

Podľa Rabinčáka a Tkáčovej (2019, s. 26) objektívne posudzovanie pacientových potrieb a problémov je veľmi dôležitým procesom v rámci ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe objektívnych zistení možno konštatovať súvis astmy s emočným stavom pacienta. Z tohto dôvodu by nemala byť podceňovaná psychika pacientov. Z praxe môžeme konštatovať, že sa stále kladie väčší dôraz na biologické potreby pacienta, ako na jeho psychické potreby. Dôležitou a nevyhnutnou súčasťou zdravotnej starostlivosti je posudzovanie potrieb pacienta s využitím posudzovacích nástrojov pre zdravotníkov a tiež aj sebaopisovacích nástrojov určených pre pacientov, ktorých používanie nie je v systéme slovenského zdravotníctva bežné. Odporúčame už pri diagnostikovaní ochorenia v ústavnej alebo ambulantnej starostlivosti používať aj nástroje na identifikáciu úzkosti sestrou špecialistkou počas komunikačno-edukačných stretnutí, ktoré sú súčasťou starostlivosti o pacientov s bronchiálnou astmou hlavne v zahraničí. Prípadne vytvoriť na úrovni samosprávnych krajov alebo zdravotných poisťovní pracovnú pozíciu sestry, ktorá bude mať vo svojej pracovnej náplni edukačno-motivačnú starostlivosť o pacientov a bronchiálnou astmou na určitom území s možnosťou aj telefonickej a online konzultácie. Kde bude odborný zdravotnícky pracovník poznať aj pacientovu širšiu societu a tak bude môcť v prípade potreby zisteného stavu aj zasiahnuť a v prípade identifikácie úzkosti ako vlastnosti bude mať pre pacienta pripravený dlhodobý plán intervencií a konzultácií v spolupráci s inými odborníkmi, napríklad psychológom.

Používanie škál v ošetrovateľskej starostlivosti by však mohlo priniesť účinnejšie riešenie problémov práve v oblasti uspokojovania psychických

potrieb pacientov. U pacientov s ochorením bronchiálna astma je nutné oboznámenie pacienta so selfmonitoringom, medzi ktorý patria dodržiavanie liečby a správna životospráva, čím si dokáže pacient sám ovplyvniť prognózu ochorenia a znížiť výskyt úzkosti. Reakciou zdravotníckeho personálu by malo byť pochopenie a snaha o zmiernenie úzkosti, pretože defenzívny postoj by mohol ešte zvýšiť stres u pacienta. Je prirodzenou požiadavkou moderného prístupu k pacientom vo všetkých oblastiach zdravotníckej starostlivosti uplatnenie takých postupov, ktoré sa zameriavajú tak na fyzický, ako aj psychický stav pacienta.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ALONSO J., ANGERMAYER M. C., BERNET S. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109 (420): 21-27.
- ANDREA H., BÜLTMANN U., VAN AMELSVOORT L. et al. The incidence of anxiety and depression among employees – the role of psychosocial work characteristics. *Depression and Anxiety.* 2009; 26 (11): 1040-1048.
- BYSTRONĽ V. Moderní liečba prúduškového astmatu. *Interní medicína pro praxi.* 2009; 11 (3): 106-110.
- CAZZOLA M., SEGRETÍ A., CALZETTA L. et al. Comorbidities of asthma: current knowledge and future research needs, *Current Opinion in Pulmonary Medicine.* 2013; 19 (1): 36-41.
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Pocket Guide for Physicians and Nurses.* [online]. 2019; [cit. 2019-11-12] Dostupné na: [http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA\\_Pocket\\_2014\\_Jun11.pdf](http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Pocket_2014_Jun11.pdf).>.11.
- GURKOVÁ E. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi.* Martin: Osveta, 2009. 243 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- HERDMAN H.T., KAMITSURU S. *NANDA International. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020.* 9th. ed. New York: Thieme Publisher, 2018. 687 p. ISBN 978-1-62623-929-6.
- HERETIK A. et al. *Klinická psychológia.* Nové Zámky: Psychoprof, s.r.o, 2007. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
- HRUBIŠKO M. Manažment prieduškovvej astmy. *Edukafarm medinews.* 2009; 7, (3): 96-101.

- HRUBÍŠKO M. Rinitída a astma – alergické choroby jedných dýchacích ciest. *Via practica*. 2016; 13 (3): 102-105.
- HUANG CH.J., CHIU H.CH., LEE M.H. et al. Prevalence and incidence of anxiety disorders in diabetic patients: a national population-based cohort study. *General Hospital Psychiatry*. 2011; 33 (1): 8-15.
- JULIAN L.J. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011; 63 (11): 467-472.
- KAMARÁDOVÁ D. et al. *Panická porucha*. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 320 s. ISBN 978-80-271-9210-6.
- KAŠÁK V. *Asthma bronchiale: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 261 s. ISBN 978-80-7345-325-1.
- KAŠÁK V., FEKETE OVÁ E. *Průduškové astma v dospělosti*. Praha: Maxdorf, 2009. 40 s. ISBN 978-80-7345-197-4.
- KATON W., RICHARDSON L., LOZANO P. et al. The Relationship of Asthma and Anxiety Disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66 (3): 349-355.
- KRČMOVÁ I., NOVOSAD J. Bronchiální astma - praktické aspekty. *Interní medicína pro praxi*. 2010; 12 (4): 196-199.
- LAUKOVÁ D. Medico-social aspects of patients with bronchial asthma. *Kontakt*. 2015; 17 (2): 103-115.
- MCDOWEL I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press. Inc., 2006. 747 p. ISBN 0-19-516567-5.
- MORHEAD S. et al. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed., Missouri: Mosby Inc., 2008. 912 p. ISBN 978-0-323-0508-9.
- NOVOTNÝ V. et al. *EPIA - Epidemiológia vybraných úzkostných porúch na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof, 2006. 216 s. ISBN 80-968798-6-3.
- OLIVEIRA N., CHIANCA T., RASSOL G.H.A. Validation Study of the Nursing Diagnosis Anxiety in Brazil. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2008; 19 (3): 102 -110.
- PEDRICK CH. et al. *Anxiety Disorders*. Mineapolis: Twenty first century books, 2012. 112 p. ISBN 978-0-7613-8852-4.
- POLIAKOVÁ N., HOLÁ S., LITVÍNOVÁ A. Manažment bronchiálnej astmy u detského pacienta. *Zdravotnícke listy*. 2014; 2 (3): 60-68.
- PRAŠKO J. et al. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 226 s. ISBN 80-7367-079-8.
- PRAŠKO J., VYSKOČILOVÁ J., PRAŠKOVÁ J. *Úzkost a obavy*. Praha: Portál, s.r.o., 2012. 226 s. ISBN 80-7367-986-6.
- PRAŠKO J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 413 s. ISBN 80-7178-997-6.
- RABINČÁK M., TKÁČOVÁ E. Využívanie psychometrických konštruktov pre hodnotenie porúch nálady v ošetrovateľskej praxi. *Zdravotnícke listy*. 2019; 7 (2): 22-28.
- SOLGAJOVÁ A., SOLLÁR T., VÖRÖSOVÁ G. Level of Anxiety Scale 12: Validation Study. In Sollár T. *Anxiety and Coping in Hospitalized Patients Measurement Tools and Findings*. 1. vyd. Krakow : Scientia, Arts, Educatio, 2014. ISBN 978-83-60837-84-9, p. 7-30.
- SPIELBERGER C.D. et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1983.
- ŠEBESTOVÁ D., KAŠČÁKOVÁ N. Astma bronchiálne ako psychosomatické ochorenie v kontexte osobnostnej štruktúry a vzťahovej väzby. *Psychiatria-psychoterapia- psychosomatika*. 2013; 20 (1): 29-35.
- URBAN Š. *Priedušková astma diagnostika a terapia*. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2015. 240 s. ISBN 978-80-89631-39-1.
- VAVRUŠOVÁ L. et al. *Úzkostné poruchy*. Martin: Osveta, 2013. 214 s. ISBN 978-80-8063-440-1.
- VÖRÖSOVÁ G., SOLGAJOVÁ A., ARCHALOUSOVÁ A. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. *Asthma: Definition*. [online] 2018; [cit. 2019-25-10]. Dostupné na: <http://www.who.int/respiratory/asthma/definition/en/>.