

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Ivana Fialová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S DIAGNOZÓU ASTHMA
BRONCHIALE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

PLZEŇ 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27.3.2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Václavě Zvarďonové Maříkové za odborné vedení, pomoc, ochotu a poskytování rad při zpracovávání této bakalářské práce. Ráda bych poděkovala také respondentům, kteří se účastnili dotazníkového šetření a v neposlední řadě také rodině za trpělivost, podporu a toleranci během celé doby studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Fialová Ivana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale

Vedoucí práce: Mgr. Václava Zvarďoňová Maříková

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: asthma bronchiale, kvalita života

Souhrn:

Bakalářská práce s názvem Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale se zabývá vlivem onemocnění na život astmatika. V teoretické části jsou popsány základní informace o onemocnění, projevy, rizikové faktory, diagnostické metody, klasifikace, léčba a životní styl u zvláštních skupin nemocných, jako jsou těhotné ženy, senioři nebo např. děti. Praktická část byla uskutečněna kvantitativní formou, tedy metodou šetření za pomoci dotazníku. Hlavním cílem této práce je zmapovat kvalitu života pacientů s astmatem a zhodnotit, jak k onemocnění přistupují ženy a jak muži.

Annotation

Surname and name: Fialová Ivana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The quality of life of patients diagnosed with Asthma Bronchiale

Consultant: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 25

Keywords: asthma bronchiale, the quality of life

Summary:

My bachelor thesis called "The Quality of life of a patient diagnosed with Asthma Bronchiale" focuses on the impact of this disease on a life of asthmatic. In the theoretical part the basic information about the disease are presented along with its manifestation, high-risk factors, diagnostic methods, classification, treatment and a life style of specific groups of diseased like pregnant women, seniors or children, for example. The practical part was processed in quantitative form, more specifically the method of exploration by using a survey was used. The main goal of this thesis is to map the quality of life of patients suffering from asthma and evaluate how differently men and women approach to the disease.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ASTHMA BRONCHIALE.....	10
1.1 Definice astmatu	10
1.2 Projevy, příznaky a exacerbace astmatu	10
1.3 Etiologie.....	11
1.4 Rizikové a vyvolávající faktory	11
1.5 Prevence astmatu	12
1.5.1 Primární prevence.....	12
1.5.2 Sekundární prevence.....	13
1.5.3 Terciární prevence	13
2 DIAGNOSTIKA ASTMATU	14
2.1 Anamnéza	14
2.2 Fyzikální vyšetření.....	15
2.3 Průkaz bronchiální obstrukce.....	15
2.4 Průkaz reverzibility bronchiální obstrukce	16
2.5 Průkaz příčiny nemoci	16
2.6 Klasifikace astmatu.....	17
2.7 Terminologie.....	18
3 LÉČBA ASTMATU	20
3.1 Inhalační léčba	20
3.2 Nefarmakologické způsoby léčby.....	20
3.3 Farmakologické způsoby léčby	21
3.3.1 Úlevová antiastmatika	22
3.3.2 Kontrolující antiastmatika	22
3.4 Astmatický záchvat, Status asthmaticus	23
4 KVALITA ŽIVOTA S ASTHMA BRONCHIALE.....	24
4.1 Pohybové aktivity a sport	25
4.2 Strava	25
4.3 Těhotenství.....	26
4.4 Profesní astma.....	27
4.5 Operační výkony.....	27
4.6 Dětství.....	28
4.7 Stáří.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30

5	FORMULACE PROBLÉMU	30
6	CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU	31
6.1	Hlavní cíl.....	31
6.2	Dílčí cíle.....	31
6.3	Předpoklady	31
6.4	Kritéria pro hodnocení	31
7	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	33
8	METODA SBĚRU DAT	33
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	33
10	ANALÝZA ÚDAJŮ	34
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	60
12	DISKUZE	63
	ZÁVĚR.....	68
	SEZNAM ZDROJŮ	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Astma bronchiale je v současné době jedním z nejčastějších chronických onemocnění dýchacího systému, které postihuje osoby všech věkových kategorií bez rozdílu pohlaví po celém světě. Jedná se o nemoc, kterou nelze zcela vyléčit, ale lékaři dokážou za pomoci moderních léků většinou projevy astmatu udržet pod kontrolou. Pacient tak není významným způsobem omezen ve vykonávání každodenních aktivit a nedochází k zhoršování kvality jeho života. Onemocnění ovlivňuje nemocného jak po stránce fyzické, tak i psychické. Není výjimkou, že spouštěčem astmatických obtíží je často samotný psychický stav pacienta. Při včasné diagnostice, vhodně naordinované léčbě a aktivní spolupráci pacienta lze onemocnění bez větších potíží zvládat ambulantně. Pokud astma není pod kontrolou, může mít velmi těžký průběh a v některých případech končí smrtí pacienta.

Nezáleží ovšem pouze na vhodné farmakoterapii, ale velkou roli zde hraje přístup pacienta a dodržování režimových opatření. Ta pacientovi sdělí lékař či sestra prostřednictvím edukace. Díky správně provedené edukaci můžeme dosáhnout lepších výsledků v léčbě astmatu. Lékař pacientovi sdělí, jak onemocnění vzniká a co to vlastně astma je. Seznámí pacienta s režimovými opatřeními, možnostmi léčby a upozorní nemocného, jaký pro něj bude mít přínos, nebo naopak jaké důsledky by mohlo mít jejich nedodržování. Upozorní pacienta, co od nemoci čekat a jak se zachovat v případě výskytu komplikací. U dětských pacientů nebo seniorů edukujeme nejen pacienty samotné, ale také jejich rodinné příslušníky.

První kapitola mé bakalářské práce obsahuje informace o projevech a příznacích astmatu, etiologii, rizikových a vyvolávajících faktorech a prevenci onemocnění. Další kapitola se zabývá diagnostikou astmatu. Ve třetí kapitole jsou uvedeny možnosti léčby, včetně informací o akutních situacích – tedy astmatickém záchvatu a Status asthmaticus. Poslední kapitola se zabývá kvalitou života u nejčastějších skupin pacientů.

Praktická část je zpracována z výsledků šetření za pomoci dotazníků. Zde jsem zjišťovala, jak toho onemocnění ovlivňuje pacienta v běžném životě a při vykonávání každodenních činností. Strukturovaný dotazník obsahoval celkem 26 uzavřených otázek.

Toto téma jsem si vybrala proto, že se s pacienty trpícími astmatem setkávám nejen během své ošetrovatelské praxe, ale i v soukromém životě stále častěji. Počet astmatiků

neustále roste a při výkonu povolání všeobecné sestry se s nimi můžeme setkat na kterémkoli nemocničním oddělení. Je tedy důležité věnovat této problematice pozornost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ASTHMA BRONCHIALE

Asthma bronchiale (dále astma) je nevyлéčitelné onemocnění dýchacích cest, které postihuje významnou část celosvětové populace bez ohledu na věk a pohlaví. Protože jeho výskyt vzrůstá především u dětí, je označováno jako nejčastější chronická nemoc dětského věku. (1)

1.1 Definice astmatu

Zatím poslední všeobecně uznávaná definice GINA Guidelines je z roku 2006:

„Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, kde hrají roli mnohé buňky a buněčné působky. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, vrzotů a dušnosti, tíže na hrudi a kašle, zvláště v noci nebo časně ráno. Tyto epizody jsou obvykle spojeny s variabilní obstrukcí, která je často reverzibilní buď spontánně, nebo pod vlivem léčby.“ (2 str. 3)

1.2 Projevy, příznaky a exacerbace astmatu

Astma je chápáno jako chronické onemocnění, které svými zánětlivými a strukturálními onemocněními dýchacích cest vede k záchvatům dechových obtíží. Příčinou je kombinace dědičných faktorů a vlivů vnějšího prostředí, tedy především alergenů. (1 str. 13)

Astma je jednou z nemocí, která se vyznačuje širokým spektrem příznakům. Mezi typické projevy řadíme dušnost, pískoty, kašel a pocit tíže na hrudníku. Projevy i průběh se mohou lišit u každého nemocného. Záleží na tíži onemocnění, ale také na věku pacienta a jeho celkovém životním stylu. U některých jedinců se nemoc může projevovat chronickou dušností, zvláště při zvýšené fyzické aktivitě. U ostatních se astma nemusí projevovat chronickými příznaky, ale projeví se jen za přítomnosti rizikových faktorů (stres, alergen, tabákový kouř), kdy může dojít k astmatickému záchvatu.

K hlavním příznakům astmatu řadíme dušnost, která je způsobena nedostatečnou průchodností dýchacích cest, kdy dojde ke stažení hladkého svalstva průdušek, otoku sliznice a zvýší se produkce vazkého hlenu. U astmatu se jedná o typickou výdechovou dušnost, jejíž součástí mohou být pískoty. Doba výdechu se prodlužuje a výdech je často neúplný. K takovýmto obtížím dochází většinou v noci. (3 stránky 75 - 78)

Dlouhodobě neléčené nebo špatně léčené astma může vést ke zhoršení stavu, tzv. exacerbaci, kdy dojde ke zvyšování frekvence a intenzity příznaků astmatu. Zhoršuje se dušnost a projevuje se i v klidu, objevuje se hvízdavé dýchání, pocity tíže na hrudníku a kašel. Mezi nejohroženější skupiny patří staří lidé, kuřáci a osoby, které neužívají pravidelně léky. Exacerbace mohou mít jak rychlý (minuty až hodiny), tak pomalý nástup (až dva týdny). Neléčená nebo nevhodně léčená exacerbace může skončit i letálně, proto je důležitá správná diagnostika a včasná, vhodně zvolená a účinná léčba. Podle stavu pacienta lékař určí, zda pacienta budeme léčit v domácích podmínkách, ambulantně nebo hospitalizací. (1 stránky 29 - 30)

1.3 Etiologie

K rozvoji astmatu vede kombinace genetických faktorů a negativních vlivů vnějšího prostředí. Zde rozlišujeme tzv. *induktory* a *triggery*. Induktory jsou vlivy, které dokážou způsobit zánět průduškové stěny. Mezi ně řadíme například alergeny a profesní iritancia, ale pravděpodobně sem patří i virové infekce, potraviny nebo léky. Triggery nejsou schopny zánět vyvolat, ale umí jej spustit a mají velký podíl na projevech onemocnění (exacerbacích). Jako triggery označujeme fyzickou námahu, dráždivé plyny, klimatické změny, kouření a emoční vlivy. (1 stránky 21 - 23) (4 str. 467)

Nejzávažnější genetickou predispozicí pro rozvoj astmatu je atopie, kdy dochází k nadměrné tvorbě IgE protilátek, jako odpovědi na běžné látky vnějšího prostředí. Astma spojené s atopií označujeme jako *exintrinsic astma*, tedy alergické astma, kterým trpí více než polovina astmatiků. Opakem je *intrinsic astma*, které se objevuje u lidí bez průkazu alergie. (1 stránky 21 - 23)

1.4 Rizikové a vyvolávající faktory

U astmatu rozlišujeme faktory hostitele, tzv. predisponující, které zvyšují riziko propuknutí choroby a faktory prostředí, které rozdělujeme na faktory modifikující vnímavost a faktory, které mohou vyvolat exacerbaci, tzv. precipitační (spouštěče). (3 str. 49)

Faktory hostitele jsou perinatální vlivy, jako je například nízká porodní hmotnost nebo kuřáctví matky. Dále sem řadíme obezitu. Astma se častěji vyskytuje především u obézních žen a je hůře kontrolovatelné. Dalším predisponujícím faktorem je atopie, což je vrozená vlna k alergické reakci na běžné podněty. Patří sem i pohlaví, protože astma se

v dětském věku vyskytuje častěji u chlapců. U adolescentů je pak podíl astmatiků mezi muži a ženami stejný. (1 stránky 32 - 34)

Mezi faktory modifikující vnímavost patří kouření, a to jak aktivní, tak pasivní. Aktivní kouření zvyšuje především u žen riziko vzniku astmatu a má vliv na postupné zhoršování nemoci. Řadíme sem také alergeny obytných budov (roztoči, domácí zvířata, plísně) a alergeny vnějšího prostředí (pyly, plísně). Především u dětí způsobují rozvoj astmatu infekce dýchacích cest. Astma mohou vyvolat i léky, jako je například aspirin. (1 stránky 34 - 36)

Vlivy, které samy o sobě nemají schopnost onemocnění vyvolat, ale významně se podílí na jeho projevech (exacerbacích), nazýváme faktory precipitační – tzv. spouštěče. Částečně se shodují s faktory modifikujícími vnímavost, protože i do této skupiny řadíme alergeny, léky a respirační infekce. Mezi spouštěče řadíme změny počasí, které jsou častou příčinou exacerbací. (1 stránky 36 - 37)

1.5 Prevence astmatu

Způsobů, jak zamezit vzniku nemoci je velmi málo, protože některé faktory jako je např. dědičnost, zatím ovlivnit nedokážeme. Veškerá pozornost je tedy soustředěna na včasnou senzibilizaci. Přesto, že dnes již dokážeme za pomoci moderních farmakologických přípravků držet astma pod kontrolou, neměli bychom zapomínat na včasnou prevenci vzniku tohoto chronického onemocnění. Preventivní opatření rozdělujeme na primární, sekundární a terciární. (5 str. 103)

1.5.1 Primární prevence

Primární prevence zahrnuje opatření, která zamezí samotnému vzniku nemoci. Hlavní cíl je zamezit vzniku astmatu u rizikových osob, tedy osob, které pocházejí z atopických rodin. Nejdůležitější životní období pro vznik senzibilizace jsou první roky života, proto jsou veškerá opatření primární prevence soustředěna na děti matek, které trpí atopií nebo astmatem. Je jim doporučeno nevystavovat se nebezpečným alergenům (potravinové a alergeny vnějšího prostředí) a vyvarovat se jak aktivnímu tak i pasivnímu kouření již během těhotenství. Bylo zjištěno, že některé alergeny a škodlivé látky mohou prostupovat přes placentu do plodové vody a dostat se tak do zaživacího traktu plodu. Uplatnit primární prevenci je důležité bezprostředně po porodu a během prvních měsíců života, kdy dítěti poskytneme vhodné prostředí a pokud možno co nejdéle kojení. (1 str. 37)

1.5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je soubor farmakologických a nefarmakologických opatření, která zamezují zhoršení stavu u již vzniklé nemoci. Farmakologickou prevencí rozumíme pravidelné užívání protizánětlivých léků. Do nefarmakologické patří odstranění nebo omezení známých spouštěčů, což je nedílnou součástí úspěšné léčby. U kuřáků je cíl sekundární prevence přestat kouřit. (1 stránky 37 - 38)

1.5.3 Terciární prevence

O terciární prevenci hovoříme v době, kdy už je astma plně rozvinuté a jejím cílem je zamezit exacerbaci onemocnění. Spočívá v odstranění alergenů a dalších spouštěčů astmatu. Zahrnuje úpravu domácího prostředí pacienta, jako je např. náhrada koberců podlahami, vhodná volba lůžkovin či eliminace zvířecích alergenů. Pokud záchvat vyvolává nesnášenlivost kyseliny acetylsalicylové, je třeba léky s jejím obsahem nahradit jinými farmakologickými přípravky, které ji neobsahují. V rámci terciární prevence je nemocným také doporučeno pravidelné očkování proti chřipce a vyhýbat se osobám s respiračními infekcemi. (5 str. 103) (1 stránky 38 - 40)

2 DIAGNOSTIKA ASTMATU

Podezření na diagnózu astmatu vzniká v případech, kdy se u pacienta objevují stavy dušnosti a dráždivého kašle. Typické jsou i pískoty na hrudníku nebo pocit sevření či tíhy na hrudi. Základem diagnózy astmatu je průkaz reverzibilní bronchiální obstrukce, nebo bronchiální hyperaktivity jako průkaz vlastní nemoci a průkaz příčiny nemoci. (3 stránky 75 - 78)

Při stanovení diferenciální diagnózy u dětí je nutné rozlišit astma od běžné infekce dolních dýchacích cest, která má často podobné příznaky. U dospělých diferencujeme na základě vyšetření astma od CHOPN, kterou trpí především kuřáci. (6 stránky 62 - 63)

Pro diagnostiku astmatu je důležitá mezioborová spolupráce, kdy je pacient vyšetřen alergologem, pneumologem a v případě potřeby i otorinolaryngologem. U nemocného je odborníky provedeno fyzikální vyšetření, funkční vyšetření plic v časových odstupech, dále pak alergologické vyšetření za pomoci intradermálních testů a zjištění speciálních IgE v krvi, případně také specifickými bronchoprovokačními testy, dále posouzení projevů nemoci a/nebo množství medikace potřebné k jejich odstranění. (3 stránky 75 - 78)

2.1 Anamnéza

Anamnéza je velice důležitá v diagnostice astmatu, a to jak rodinná, tak osobní i profesní. Informace zjišťujeme buď přímo od nemocného – *anamnéza přímá*, nebo od rodinných příslušníků či doprovodu – *anamnéza nepřímá*. Zjišťujeme výskyt alergií, ekzému, rýmy apod. Ptáme se na výskyt astmatu a alergií jak u nemocného, tak i u rodinných příslušníků (druh alergie, zvláště lékové alergie). Dále zjišťujeme kompletní zdravotní stav nemocného – užívané léky, doposud prodělaná onemocnění, operace a úrazy v chronologickém sledu a jejich případné následky, nutriční návyky, životosprávu, záliby, prostředí, ve kterém žije a pracuje, kontakt se zvířaty, kouření atd. Dobře odebranou anamnézou většinou stanovíme jak vlastní diagnózu astmatu, tak i příčiny, které je způsobují. (1 str. 40) (7 stránky 17 - 23)

Mezi nejčastější subjektivní příznak patří dušnost (dyspnoe). Nemocný ji vnímá jako ztížené dýchání nebo jako pocit nedostatku vzduchu. Objevuje se v souvislosti s námahou, ale často i v klidu. Další symptom je kašel, který se objevuje často v noci a je většinou neproduktivní. Často bývá jediným příznakem, hlavně v dětském věku. Pacienti

často popisují pískavé (hvízdavé) dýchání zejména při výdechu a nepříjemné pocity svírání, tlaku či tísně na hrudníku. (1 str. 40)

2.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření věnujeme pozornost zejména poslechu, kdy sledujeme pískoty a vrzoty, které se často objevují v závislosti na tíži exacerbace. Jsou obrazem spazmu v průduškách, a proto je označujeme jako spastické fenomény. Při těžké exacerbaci v důsledku tvorby hlenových zátek nemusíme pískoty slyšet vůbec – je to známka vyčerpání dýchacích svalů. Dále si všímáme prodlouženého výdechu, který je pro astma typický. Dechová frekvence závisí na tíži exacerbace astmatu, kdy může být i více jak 30 dechů za minutu. U astmatika sledujeme známky doprovodných onemocnění. Všímáme si stavu kůže, kde se může objevit např. ekzém, a dále horních cest dýchacích, kde pozorujeme známky alergické rýmy.

V případě astmatického záchvatu si u nemocného všímáme ortopnoické polohy, výrazné expirační dušnosti, úzkosti a neproduktivního kašle. Pískoty a vrzoty mohou být slyšitelné nejen v expiriu, ale i v inspiriu. Může se objevit i cyanóza. (1 str. 42)

2.3 Průkaz bronchiální obstrukce

Při průkazu bronchiální obstrukce využíváme anamnestické informace o kašli a dušnosti, které často přicházejí nebo se zhoršují v určitých situacích. Dále je důležitý fyzikální nález difúzních pískotů a vrzotů na plicích, tedy spastických fenoménů, které jsou slyšitelné více během výdechu.

Bronchiální obstrukci lze prokázat správným vyšetřením funkce plic za pomoci spirometrie. Spirometrii lze provádět jak dospělých, tak i u dětí. Jde o nebolestivé a nenáročné vyšetření. Podmínkou je dobrý zdravotní stav a spolupráce pacienta. Je to vyšetřovací metoda prováděna za pomoci přístroje, který dýchání interpretuje jako graf závislosti objemu plic na čase. Nemocnému dáme na nos speciální svorku, která nos uzavře a nutí tak pacienta dýchat ústy. Pacient nejprve maximálně vydechne a poté ho vyzveme, aby se co nejvíce nadechl. Vybíráme nejvyšší dosaženou hodnotu, kterou označujeme jako vitální kapacitu. Podstatou spirometrie je měření objemu vdechovaného i vydechovaného vzduchu v závislosti na rychlosti průtoku. Podle tvaru křivky na záznamu lze určit obstrukci dýchacích cest a míru respirační poruchy. U zdravého člověka je na grafu zaznamenán výdech více než 80% vitální kapacity během první vteřiny.

V případech, kdy z jakéhokoli důvodu spirometrii nelze provést, indikujeme podrobnější vyšetření – tzv. bodypletysmografii. Získáme tak hodnoty podobně jako při spirometrii, ale i řadu dalších. Bodypletysmograf je schopen zachytit úsilí, které pacient vyvine, protože kromě průtoku vzduchu v závislosti na čase je schopen posoudit rozdíl tlaků v ústech a dýchacích cestách. (1 stránky 43 - 50) (8 str. 27) (9 str. 14)

2.4 Průkaz reverzibility bronchiální obstrukce

U průkazu reverzibility bronchiální obstrukce opět vycházíme z anamnézy. Důležitá je informace o tom, zda kašel a dušnost odchází spontánně nebo v závislosti na léčbě. Dále vycházíme z fyzikálního vyšetření, kdy sledujeme vymizení pískotů a vrzotů opět samovolné či po užívání léků. Zde je nutné zhodnotit celkový stav nemocného, protože vymizení pískotů může být naopak známkou značného zhoršení obstrukce. Pacient v takovémto případě nemá dostatek sil na to, aby zúženými průduškami prohnal dostatečné množství vzduchu.

Zde opět uplatníme funkční vyšetření s pomocí bronchodilatačního testu, kterým zjišťujeme, jak dalece je obstrukce reverzibilní. U pacienta je provedena klasická spirometrie. Po jejím provedení je nemocnému podán bronchodilatační lék, po jehož užití je spirometrie opět provedena. Porovnáváme ventilační hodnoty získané před a po podání léků. Rozdíl hodnot uvádíme v procentech.

U některých jedinců touto cestou obstrukci zjistit nelze, protože se během vyšetření vůbec nemusí objevit. Může jít o reakci na podprahové podněty, jako je například fyzická námaha, emoce nebo změny teploty. V takovýchto případech můžeme použít sériová měření vrcholové výdechové aktivity za pomoci výdechoměrů nebo například některý z nespecifických bronchoprovokačních testů – např. několikaminutová fyzická zátěž. (1 stránky 43 - 50) (8 stránky 32 - 33) (9 str. 15)

2.5 Průkaz příčiny nemoci

Při průkazu příčiny nemoci využíváme informace získané z cíleného rozhovoru s pacientem. Odlišujeme všeobecně působící spouštěče od konkrétních vlivů, které bývají pro pacienta specifické. Provádíme kožní alergologické testy, které se standardně zaměřují na pyly, plísňe, roztoče, psí a kočičí alergeny. Dále zjišťujeme vyšetřením krve přítomnost specifických alergických protilátek, abychom potvrdili výsledky kožních testů. Za pomoci vyšetření FENO (z anglického „*Fractional exhaled nitric oxid*“) můžeme změřit

koncentraci oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu, jehož přítomnost ve vydechovaném vzduchu značí alergický zánět. Užívá se při diagnostice astmatu nebo při kontrole úspěšnosti léčby. Test je prováděn za pomoci speciálního přístroje, do kterého pacient za pomoci náustku vdechuje několik vteřin vzduch. Naměřené hodnoty se ihned zobrazí na displeji. K prokazování příčiny nemoci lze použít i specifické bronchoprovokační testy. U pacienta nejprve provedeme klasickou spirometrii. Poté je mu pomocí inhalace aplikována přesně odměřená dávka bronchokonstrikční látky (např. Histamin). Průduškovou hyperreaktivitu prokazuje pozitivní bronchoprovokační test. (1 stránky 43 - 50) (10 str. 19) (9 str. 16)

2.6 Klasifikace astmatu

Astma je určováno podle tíže, přítomnosti příznaků a míry poškození funkce plic před podáním léků. V současné době jsou v České republice používány dvě klasifikace – podle tíže a podle úrovně kontroly. V roce 1995 byla na základě vydání prvního dokumentu GINA zavedena *čtyřstupňová klasifikace astmatu podle tíže* a v roce 2006 se v doporučení GINA objevila *třístupňová klasifikace astmatu podle úrovně kontroly*. Klasifikace přispívá k volbě vhodné léčby.

Klasifikace astmatu podle tíže

Stupeň 1 – *intermitentní astma* (občasné) znamená, že nemocný je mimo občasné zhoršení zcela bez obtíží a je schopen normálního života bez omezení. Příznaky a exacerbace jsou jen krátké, vyskytují se méně než jednou týdně. Noční obtíže se vyskytují maximálně 2x do měsíce.

Stupeň 2 – *lehké perzistující astma* je označován stav, kdy se obtíže objevují minimálně jednou týdně a v noci vícekrát než 2x za měsíc. Exacerbace mohou negativně ovlivňovat životní aktivity a spánek jedince. V období bez obtíží jsou hodnoty plicních funkcí stále v normě, pouze mírně kolísají.

Stupeň 3 – *Středně těžké perzistující astma* značí, že potíže se objevují častěji, než dvakrát týdně. Astma omezuje běžné aktivity pacienta a má negativní vliv na spánek. Je nutná pravidelná inhalace bronchodilatačního léku k uvolnění dýchacích cest. Funkce plic je zhoršena pod ještě normální hodnotu 80%.

Stupeň 4 – *Těžké perzistující astma* je stav, kdy pacienti trpí trvalými dechovými obtížemi a dochází k častým změnám zdravotního stavu. Kvůli četnosti nočních potíží

pacienti trpí nedostatkem spánku. Dochází k významnému narušení každodenních aktivit, protože nemocný má problém s běžnou denní zátěží. Exacerbace jsou časté. Hodnoty funkce plic klesají pod 60%.

Klasifikace astmatu podle úrovně kontroly

Stupeň 1 – *Astma pod kontrolou* označujeme stav, kdy je nemocný zcela bez denních či nočních obtíží. Denní aktivity nejsou nijak omezeny. Nedochozí ke zhoršení (exacerbaci) nemoci a nevyžaduje úlevovou léčbu. Plicní funkce jsou v normě.

Stupeň 2 – *Astma pod částečnou kontrolou* znamená, že příznaky astmatu se objevují nejvýše 2x týdně, exacerbace alespoň jednou ročně. Objevují se noční obtíže a omezení denních aktivit. Funkce plic je porušena.

Stupeň 3 – *Astma pod nedostatečnou kontrolou* zahrnuje přítomnost tří a více znaků částečné kontroly. Potíže se objevují téměř denně, exacerbace minimálně jednou týdně. (1 str. 59)

2.7 Terminologie

Astma může mít různou klinickou formu a někdy může docházet i ke kombinaci těchto forem. *Noční astma* se projevuje noční dušností a je známkou nedostatečné kontroly nad astmatem. Pacient je probuzen kašlem či dušností uprostřed noci. *Sezonní astma* je často doprovázeno sezonní alergickou rýmou. Je často intermitentní, nemocní jsou mimo sezonu zcela bez příznaků. V tomto období je nutné zintenzivnit léčbu, aby nedocházelo k těžkým exacerbacím. Pokud nelze dosáhnout standardní kontroly nad astmatem, stav je označován jako *obtížně léčitelné astma*. Jestliže je dodržena léčba a režimová opatření a není možné dosáhnout kontroly a udržet ji, označujeme astma jako *těžké refrakterní*. *Premenstruační astma* značí zhoršení onemocnění několik dní před menstruací nebo během menstruace. *Astma vyvolané aspirinem* označujeme stav, kdy se po požití aspirinu během 1 – 3 hodin dostaví dušnost, rýma, zarudnutí očních spojivek, kůže hlavy a krku. Může se jednat jen o lehkou reakci, ale i o těžkou dušnost s šokovým stavem, zástavou dechu a bezvědomím. *Astma u dětí* se může objevit i bezprostředně po narození, pokud se novorozenec senzibilizoval již v těle matky. Alergizace se v dětském věku rozvíjí postupně. Diagnostika astmatu je v dětském věku možná díky anamnéze. Může se objevit atopická dermatitida. *Astma u seniorů* má stejné spouštěče jako v jiných věkových

skupinách. U starších pacientů se léčba ničím neliší od léčby mladších nemocných, ale je třeba věnovat pozornost správné inhalační technice. *Profesní astma* je termín, kterým označujeme vyvolání nemoci opakovaným kontaktem s profesním alergenem. *Astma vyvolané námahou* je charakterizované zúžením průdušek v průběhu tělesné zátěže, kdy dojde k vysušení a ochlazení dolních cest dýchacích při zrychleném a hlubokém dýchání.

(1 stránky 59 - 76)

3 LÉČBA ASTMATU

Léčebná opatření jsou vedena k ovlivnění chronického zánětu a záchvatů dušnosti, aby bylo dosaženo co nejlepší možné kvality života. Pokud je léčba správně zvolena, včas zahájena a pacient dodržuje veškerá opatření, je zabráněno vzniku a rozvoji zánětlivých změn a dosažení normální funkce plic. Vhodná léčba umožní kontrolu nad symptomy, udržení nemoci v bezpříznakové formě a dokáže zabránit náhlému zhoršení stavu a průduškové obstrukci. Správná opatření umožní žít kvalitní život bez omezení životních aktivit. Pacienta řádně edukujeme a vytvoříme s ním léčebný plán, kde jsou kromě léčby zahrnuta i režimová opatření spočívající v eliminaci alergenů, profesních škodlivin a zlovyků, jako je např. kouření. (1 str. 102)

3.1 Inhalační léčba

Při podávání antiastmatik preferujeme inhalační cestu, kdy se lék díky inhalačním systémům dostane přímo do průdušek. Tento způsob léčby má řadu výhod. V místě astmatického zánětu, tedy v dýchacích cestách je za pomoci inhalátoru dosaženo účinné koncentrace léku. Nástup účinku je rychlejší, než při užití přípravku *per os* a dochází k minimálním nežádoucím systémovým účinkům, protože inhalační přípravky jsou dávkovány v mikroorganismech.

Je důležité pacienta naučit správnou inhalační techniku a zvolit vhodný inhalační systém, aby léčba byla účinná. Zvýšenou pozornost věnujeme malým dětem do pátého roku věku a seniorům. Pokud je dopověď na léčbu nedostačující, vždy nejprve překontrolujeme inhalační techniku. V takovémto případě je možné léčivou látku ponechat a změnit inhalační systém.

K léčbě se využívají se léky ve formě aerosolu dostupné jako *Aerosolové dávkovače* – MDI (metered dose inhalers), *Dechem aktivované aerosolové dávkovače* – BAI (breath – actuated inhalers), *Inhalátory pro práškovou formu léku* – DPI (dry powder inhalers), *Nebulizované* neboli „vlhké“ aerosoly. (1 stránky 121 - 138)

3.2 Nefarmakologické způsoby léčby

Do nefarmakologické léčby řadíme opatření, která zabrání nebo omezí kontrakt se spouštěčem astmatu. Patří sem zejména úprava domácího prostředí – vyvarovat se prachu, venkovním i vnitřním plísním, eliminovat expozici alergenů roztočů domácího prachu.

U některých jedinců může být vhodná i úprava jídelníčku. Dále se astmatikům doporučuje dostatek aktivního pohybu. Doporučuje se i pobyt v jeskyních, tzv. speleoterapie, kdy se využívá vlhkost a stálá teplota jeskyní, návštěvy přímořských a vysokohorských oblastí. Vhodné je nacvičit správnou techniku dýchání a naučit se dechovou rehabilitaci. (4 str. 468)

Dechová rehabilitace zahrnuje techniky, díky kterým dochází ke zlepšení plicní ventilace, zlepšení pohyblivosti hrudníku a odstranění nadměrného množství sekretu, čímž lze výrazně zlepšit kvalitu života astmatika. Dechová rehabilitace má dvě formy – aktivní a pasivní. *Aktivní rehabilitaci* provádí pacient samostatně, pouze pod dohledem sestry či fyzioterapeuta. Řadíme sem drenážní techniky a dechovou gymnastiku. Neopomenutelnou součástí respirační fyzioterapie je svalová a psychická relaxace, které dosáhneme prostřednictvím úlevových poloh. *Pasivní rehabilitace* je využívána především u pacientů v bezvědomí či u malých dětí a provádí ji fyzioterapeut. Řadíme sem např. kontaktní dýchání, kdy dýchací pohyby vedou ruce fyzioterapeuta. (11 stránky 71 - 74) (12)

3.3 Farmakologické způsoby léčby

Farmakoterapie je další složkou léčby astmatu. Zamezení urgentního zhoršení nemoci je lepší, než léčba již vzniklých potíží. Kontrola nemoci by měla být na takové úrovni, aby nemocný mohl bez omezení vykonávat běžné denní aktivity v závislosti na věku a sociálních podmínkách.

Hlavní cíl léčby je mít onemocnění pod kontrolou, čímž se rozumí žádné nebo minimální chronické příznaky, kam zahrnujeme i příznaky noční. Dále sem řadíme ojedinělé, nejlépe žádné nové exacerbace a potřebu akutní návštěvy lékaře, minimální použití úlevové inhalační léčby. Pokud má pacient astma pod kontrolou, není nijak omezován ve vykonávání fyzických aktivit včetně sportu, má normální hodnoty funkce plic. Správně zvolené léčebné přípravky budou mít nulové nebo jen minimální nežádoucí účinky. (1 stránky 117 - 119)

Léčba astmatu má složku bronchodilatační (akutní), která spočívá v podávání úlevových antiastmatik, které rozšiřují průdušky a léčí exacerbace a složku protizánětlivou (preventivní), kdy jsou nemocnému podávány kontrolující antiastmatika. Zaměřujeme se tedy současně na snížení hyperaktivity průdušek a potlačení zánětu sliznice průdušek, ale také na zvládnutí akutních stavů, kdy je potřeba nemocnému zajistit uvolnění dýchacích cest a umožnit tak normálně dýchat. (3 str. 103)

3.3.1 Úlevová antiastmatika

Jedná se o skupinu léků s rychlým nástupem účinku, které jsou schopny navodit bronchodilataci (rozšíření) kontrahovaných dýchacích cest v případě akutních obtíží. Nepoužívají se k dlouhodobé léčbě, protože nedokážou podstatně ovlivnit zánět a nemají tak zásadní vliv na průběh onemocnění. Nejčastěji se užívají v inhalační formě, kdy je zajištěn rychlý transport správného množství účinné látky. Další výhodou bronchodilatační léčby je aplikace účinné látky dle potřeby, takže je minimalizováno nebezpečí snížení citlivosti na léčbu. U dobře kontrolovaného astmatu je nutnost užití záchranné medikace minimální.

Po aplikaci *inhalačních beta₂ – agonistů s rychlým nástupem účinku (RABA)* dochází k úlevě během 3 minut po aplikaci. Řadíme sem *salbutamol, terbutalin a fenoterol*. Jedná se o *inhalační beta₂ – agonisty s krátkodobým účinkem (SABA)*, který trvá 4 -6 hodin. Maximální účinek pozorujeme po 15 – 20 minutách. *Inhalační anticholinergika s krátkodobým účinkem (SAMA)* mají menší bronchodilatační účinek než *inhalačních beta₂ – agonisté* a maximálního účinku je dosaženo za 30 – 60 minut. Doba trvání je 6 – 8 hodin. *Systémové kortikosteroidy* se i přes pomalý nástup účinku, tj. za 4 – 6 hodin, využívají především při léčbě exacerbace. Působí jako prevence časného relapsu po ukončení urgentní léčby, snižují nemocnost a potřebu akutní návštěvy lékaře, příp. hospitalizace. Kortikosteroidy primárně podáváme perorálně, ale lze je aplikovat také parenterálně. *Methylxanthiny (theofylliny) s krátkodobým účinkem* ať už perorální nebo parenterální jsou méně účinná než *inhalační beta₂ – agonisté*. Používají se k odstranění příznaků. Theofillin má sklon k nežádoucím účinkům, takže je nutné pravidelné sledování stavu pacienta a úprava dávkování léku. *Perorální nebo parenterální beta₂ – agonisté s krátkodobým účinkem* uvolňují svalovinu dýchacích cest, ale mají pomalejší nástup účinku než RABA. Používají se jen u malého množství pacientů. Perorální léčba má vyšší výskyt nežádoucích účinků. (1 stránky 167 - 174)

3.3.2 Kontrolující antiastmatika

Tato skupina léků má účinek preventivní a protizánětlivý. Tím, že jsou podávány denně, pravidelně, a dlouhodobě (tzv. LABA) i při zmírnění nebo vymizení příznaků, udržují astma pod kontrolou. Prevence vzniku stavu urgentního zhoršení je vždy lepší, než léčba již vzniklých potíží. Mezi kontrolující antiastmatika řadíme *inhalační kortikosteroidy (IKS)*, které jsou označovány jako lék první volby v léčbě astmatu. Jsou bezpečné, účinné a lze je použít u všech věkových kategorií. *Fixní kombinace inhalačních kortikosteroidů a*

dlouhodobě působících beta-2mimetik (LABA + IKS) v jednom inhalátoru zvyšuje účinnost obou složek. Dochází ke snížení příznaků, zlepšení funkce plic a sníží se počet exacerbací, čímž získáme lepší kontrolu nad astmatem. Použití systémových kortikosteroidů je omezeno množstvím nežádoucím účinků, ale léčba může být indikována pro dosažení kontroly nad těžkým perzistujícím astmatem. Kromony jsou podávány inhalační formou, protože při podání ústy nejsou vstřebávány. Dnes nejsou doporučovány k léčbě astmatu dospělých. Dalšími perorálními antiastmatiky jsou Methylxanthiny (Theofilliny), které mají extrapulmonární a protizánětlivý účinek. Perorální beta₂ – agonisté s dlouhodobým účinkem působí podobně jako LABA. Antileukotrieny jsou perorální astmatika vhodná u astmatu vyvolaným námahou nebo aspirinem. Inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem (LAMA) jsou určeny pro dlouhodobou léčbu CHOPN. Antihistaminika hrají u astmatu minimální roli, pouze minimalizují příznaky alergické rýmy. Léky šetřící potřebu systémových kortikosteroidů se využívají v léčbě jen u některých pacientů. Není výjimkou zvracení, nauzea a bolesti břicha. Pokud známe konkrétní alergen, může pomoci specifická alergenová imunoterapie (SAIT), kdy dochází k léčbě alergenovými vakcínami. (1 stránky 139 -167)

3.4 Astmatický záchvat, Status asthmaticus

Pokud jsou příznaky astmatu častější a intenzivnější, mohou vyústit až v *akutní astmatický záchvat*, který vždy souvisí s rozšířením neustále přítomného zánětu v dýchacích cestách. V důsledku kombinace několika faktorů dochází ke konstrikcí průdušek a otoku sliznice, výdech je obtížnější a zhoršuje se ventilace. Při astmatickém záchvatu nemocný trpí klidovou dušností (pocit nedostatku vzduchu), která vzniká zcela náhle ve dne nebo v noci. Objektivně pozorujeme kašel, při kterém dochází k nadměrné produkci vazkého hlenu a k jeho následnému vykašlávání, pískoty při výdechu. Mezi subjektivní příznaky astmatického záchvatu řadíme pocit tíhy a sevření na hrudníku, neklid a úzkost. Akutní astmatický záchvat trvá asi 1 hodinu a obvykle ustoupí po inhalačním podání úlevových antiastmatik. (13 stránky 230-231)

Pokud záchvat pokračuje, nereaguje na léčbu a zhoršuje se, jedná se o život ohrožující stav tzv. Akutní těžké astma, dříve nazýván Status asthmaticus. Dýchací cesty se kontrahují, což způsobí zadržování vzduchu v plicích vedoucí hypoxemii a následnou tkáňovou hypoxií a hyperkapnií. Tento stav se dále zhoršuje tím, že pacient nemá sílu překonat odpor v plicích a dýchá pouze povrchně, čímž dochází ke hromadění oxidu uhličitého v organismu, klesá pH krve a rozvíjí se respirační acidóza. Jestliže nedojde

k včasnému zahájení léčby, dochází k dechové nedostatečnosti nebo k srdečnímu selhání, což v některých případech vede ke smrti pacienta. (14 stránky 63-64)

Akutní těžké astma se objevuje zejména v noci a ráno a projevuje se kašlem, tachykardií, tachypnoí, záchvatovitou dušností, pískoty při výdechu a příznaky pokračují i přes zahájení léčby. Je nutná akutní lékařská pomoc a hospitalizace. Akutní formu astmatu dělíme podle odlišné odpovědi na léčbu na akutní těžké astma a akutní asfyktické astma. *Akutní těžké astma* se vyskytuje častěji a trpí jím převážně ženy. Projevuje se dlouhodobou bazální obstrukcí, kterou postižený pociťuje minimálně nebo vůbec. Záchvaty se objevují během několika hodin nebo dnů. Obvykle je nutné použití kortikoidů. Ke zlepšení dochází pozvolně. *Akutní asfyktické astma* převažuje u mladších pacientů, u kterých plíce vykazují normální funkci, ale je zde velká bronchiální hyperaktivita. Záchvat má rychlý nástup, obtížný průběh. Dechová nedostatečnost bývá často prvním projevem nemoci. Reaguje rychle na radikální terapii. (13 stránky 230 - 236)

U nemocných v bezprostředním ohrožení života volíme hospitalizaci na oddělení intenzivní péče, kde je možné v případě potřeby zajistit dýchací cesty pacienta za pomoci umělé plicní ventilace (dále UPV). Takto lze snížit dechovou práci nemocného, která při prudkém zvýšení může vést k rozvoji ventilačního selhání v důsledku vyčerpání dýchacích svalů. Cílem UPV je *zvládnutí hypoxémie*, která vede k hypoxii tkání a organismu, potom *zvládnutí respirační acidózy*, která vzniká při nedostatečném vylučování oxidu uhličitého z těla při nedostatečné ventilaci a dále *zvládnutí dechové tísně*. (15 stránky 31-34)

4 KVALITA ŽIVOTA S ASTHMA BRONCHIALE

Průduškové astma je v současné době v podstatě běžným onemocněním. Většina astmatiků má své onemocnění pod kontrolou a pouze malá část nemocných trpí těžkou formou nemoci, výjimečně dochází k exacerbacím. Kvalita života nemocného může být ovlivněna jeho chronicitou a nepředvídatelností. Přítomnost některých příznaků může vést například ke snížení dosavadní fyzické aktivity, noční obtíže narušují spánek a způsobují tak únavu a někdy je pacient kvůli onemocnění často nucen změnit některé své životní návyky. (16 str. 59)

Astma má také negativní dopad na emocionální a sociální stránku života a často ovlivňuje nemocného i při výkonu povolání a to zejména tehdy, pokud onemocnění nelze zvládnout ambulantně a je nutná hospitalizace. V případě akutní exacerbace pacient trpí

nejen fyzicky, ale také psychicky, protože nevladatelné projevy astmatu vyvolávají pocity úzkosti. Tyto a mnohé další symptomy vedou často k negativnímu ovlivnění kvality života astmatika. (5 str. 18)

4.1 Pohybové aktivity a sport

Fyzická námaha je častým, někdy dokonce jediným faktorem, které způsobuje zhoršení astmatu. U dětí někdy dochází k vyřazení z řad vrstevníků např. při klasické tělesné výchově či sportu. Důsledkem takového vyčlenění může být negativní vliv na psychický stav jedince. Pokud je pohybová aktivita součástí léčby astmatika, můžeme pravidelným a správným tréninkem docílit zlepšení nejen dýchání, ale také krevního oběhu, což má pozitivní vliv na fyzický, ale i psychický stav astmatika. Jestliže je astma léčeno správně, pacient může sportovat téměř bez omezení. Je důležité se sportem začít pozvolně a pomalu přecházet na větší zátěž, vhodná je konzultace s odborníkem nebo s ošetřujícím lékařem. Před zahájením aktivity věnujeme pozornost prostředí a počasí, v jakém bude sport provozován, protože např. v zimě při vdechování studeného vzduchu hrozí vyprovokování suchého kašle, který následně způsobuje stažení průdušek. Naopak na jaře a v létě věnujeme pozornost preventivním opatřením před pylovou alergií. Astmatikům jsou doporučovány takové sporty jako je plavání, volejbal, basketbal či jízda na kole. (3 str. 143)

4.2 Strava

Alergeny obsažené v potravě mohou vyvolat alergickou reakci jak u dítěte, tak u dospělého. Za rizikové složky potravy považujeme bílkovinu kravského mléka (BKM) a bílkovinu vaječnou. U dětí z atopických rodin se doporučuje, aby se jejich kontakt s těmito bílkovinami oddálil co nejdéle kojením. Je vhodné, aby se těmito látkám vyvarovala již těhotná žena, protože je dokázáno, že žena ve vyšším stupni těhotenství je může přenést na nenarozené dítě a zvýšit tak riziko vzniku přecitlivělosti. Tato opatření se doporučují především u nastávajících matek, které samy trpí astmatem či atopií. S věkem postupně klesá reakce na tyto alergeny, ale rozvíjí se alergie na jiné potraviny, často na ořechy, ryby, vejce, arašídy, sýry apod. U člověka již přecitlivělého na některou ze složek potravy může dojít ke zhoršení alergie, ekzému, rozvoji astmatického záchvatu při kontaktu s konkrétní látkou. Výjimkou nejsou ani kožní projevy, např. kopřivka či gastrointestinální obtíže, např. zvracení či průjem. (3 stránky 39 - 39, 55 - 56)

4.3 Těhotenství

Těhotenství je období, kdy ženské tělo prochází fyziologickými změnami, což může mít vliv i na astma. Mění se hormonální hladina, metabolismus a respirační systém. Většina fyziologických těhotenství je provázena hyperventilací, kdy gravidní ženy zvláště ve vyšším stupni těhotenství, trpí dušností. Průběh astmatu je u každé ženy individuální, protože u někoho může být neměnný, horší nebo naopak lepší a může se měnit v závislosti na stupni gravidity. O těhotnou astmaticku pečují tým lékařů (alergolog, příp. pneumolog, praktický lékař, gynekolog), kteří spolu vzájemně spolupracují. Pokud žena dodržuje léčbu a režimová opatření, je tak zabezpečen normální prenatální vývoj dítěte.

Především v těhotenství je důležité dodržování režimových opatření a léčby. Některé gravidní ženy mají strach z negativního vlivu farmak na plod, a proto léky vysazují, často bez jakékoli konzultace s lékařem. Takového chování pak často vede k ošetření na pohotovosti a v některých případech těžké exacerbace je nutná hospitalizace. (17)

„Špatná kontrola astmatu v těhotenství představuje pro matku i dítě větší riziko, než eventuální nežádoucí účinky racionální farmakoterapie, včetně léčby systémovými kortikosteroidy“ (18 str. 104) Astma, které je pod nedostatečnou kontrolou představuje komplikace, které mají negativní dopad jak na matku, tak i na plod. Riziková je především exacerbace spojená s hypoxémií. Takovéto rodičky častěji trpí preeklampií, gestačním diabetem či hypertenzí, což vede k četnějším porodním a poporodním komplikacím. Hrozí zde potrat, předčasný nebo komplikovaný porod. U plodu pozorujeme nezralost, nízkou porodní hmotnost, kongenitální malformace a je zde zvýšená morbidita a mortalita. Pokud je onemocnění v graviditě farmakologicky kontrolováno, je prognóza matky i dítěte srovnatelná s těhotenstvím, kdy matka astmatem netrpí. Léky první volby z kontrolujících antiastmatik u gravidních astmaticek jsou inhalační kortikosteroidy (IKS), které může žena užívat i v období kojení, protože jejich koncentrace v mateřském mléce je minimální. (18 stránky 104 - 128)

Na místě je i minimalizace rizikových faktorů, tedy alergenů, léků, psychické i fyzické zátěži. Vhodná je úprava prostředí a vyvarování se dráždivým látkám, jako je cigaretový kouř, chemikálie, znečištěné ovzduší. Zde je důležitá správná a dostatečná edukace, kdy jsou pacientce vysvětlena všechna rizika pro matku i dítě spojená s onemocněním a jaké důsledky může mít nedodržování naordinované léčby. (17)

4.4 Profesní astma

„Označuje se tak astma vyvolané opakovaným kontaktem s profesním alergenem. Profesní astma je od roku 1975 zařazeno do seznamu nemocí z povolání a jako takové i finančně odškodňováno.“ (1 str. 76)

Při prokazování, zda jde opravdu o nemoc z povolání, zjišťujeme, zda astma vzniklo skutečně vlivem pracovních podmínek a prostředí. Pokud jde o astma vzniklé již v dětství, které se delší dobu neprojevovalo a ke zhoršení došlo až vlivem nevhodného pracovního zařazení, mluvíme o latentním astmatu zhoršovaném prací, nikoli o astmatu profesním. U pacienta zjišťujeme vliv pracovního prostředí na astma a potenciální alergeny, které lze prokázat nebo vyloučit kožními nebo inhalačními testy. Dalším krokem je eliminační test, kdy nemocnému zamezíme kontaktu s alergenem a čekáme, zda se jeho stav zlepší. Následuje reexpoziční test prováděný pouze za hospitalizace, kdy prokazujeme zhoršení po opětovném vystavení pacienta možným alergenům.

Pokud se astma objeví až v dospělosti, lékař směřuje anamnézu na spouštěče, kterým je nemocný vystaven při výkonu povolání. Důležité je správné stanovení diagnózy, aby léčba byla vhodně zvolena a zahájena včas. V některých případech stačí zamezit pacientovi kontaktu se škodlivými a alergickými látkami v zaměstnání, ale často je nutné zahájit farmakologickou léčbu kontrolujícími antiastmatiky. (3 str. 140) (1 stránky 57, 76) (19)

4.5 Operační výkony

Pacient, který se léčí s průduškovým astmatem má větší riziko vzniku operačních a pooperačních komplikací, především u výkonů prováděných v celkové anestezii, kdy je u pacienta provedena orotracheální intubace a inhaluje kombinaci několika plynů. Případní komplikace závisí na stupni astmatu v době, kdy jde pacient na výkon. V takovémto případě je nejlepší výkon vhodně naplánovat na takové období, kdy má pacient astma pod kontrolou – má minimum příznaků (např. kašel, klidová dušnost, noční obtíže). (3 str. 146)

Největší riziko přinášejí zákroky prováděné na hrudníku a břišní oblasti. Anesteziolog zváží všechna rizika, sdělí pacientovi možné kombinace a navrhne nejlepší způsob anestezie. K operaci je třeba normální funkce plic, čehož v krajním případě lze dosáhnout podáváním kortikoidů před operací. Dva týdny před výkonem je pacientovi

alergologem nebo pneumologem provedeno spirometrické vyšetření a bronchodilatační test. Na základě výsledků těchto vyšetření případně lékař upraví pacientovi léčbu, čímž je možné předejít případným komplikacím během výkonu nebo po výkonu. (3 str. 146) (20)

4.6 Dětství

Astma je nejčastějším chronickým onemocněním dýchacích cest u dětí. Může jím trpět i novorozenec, který byl opakovaně vystaven alergenu již v těle matky. Rizikovými faktory jsou výskyt alergie a astmatu v rodině dítěte, dále časté respirační infekce, pobyt v zakouřeném prostředí, nízká porodní váha, špatná životospráva matky v průběhu gravidity nebo přítomnost alergie u dítěte. Mezi první příznaky řadíme záchvaty kašle, kterými dítě trpí nejčastěji během noci nebo během vykonávání aktivit, projevy emocí (pláč, smích, rozrušení) nebo po kontaktu s dráždivým podnětem (teplo, chlad, alergen), dále dušnost a pískoty při nádechu a výdechu. Při diagnostice onemocnění musíme přihlížet i k dalším příčinám dušnosti a kašle, jako je například vrozená vada dýchacího a kardiovaskulárního systému, aspirace cizího tělesa, tumor nebo cystická fibróza. Lékař odebírá anamnézu nepřímo – nejčastěji od matky dítěte, dále sleduje klinické příznaky, výskyt atopického ekzému a odpověď na antiastmatickou léčbu. (1 stránky 74 - 75) (21)

Léčbu volíme v závislosti na věku dítěte. Aby byla úspěšná, je důležité dodržovat správná režimová opatření, jako je úprava prostředí, zamezení expozice alergenům a tabákovému kouři hlavně v domácím prostředí. Farmakoterapii volíme na stupni téže onemocnění a podle věku dítěte. Při použití IKS je důležitá vhodná volba inhalačního systému a správná inhalační technika. Aby byla léčba komplexní, edukujeme jak dítě, tak i rodinné příslušníky. (21) (1 stránky 204 - 205)

4.7 Stáří

Výskyt astmatu u seniorů se neliší od výskytu onemocnění u jiných věkových kategorií. Stejně tak spouštěče jsou stejné – většinou infekční onemocnění a alergie. Onemocnění provází seniora buď od dětství nebo dospělosti nebo se objeví právě až v důchodovém věku. U takových pacientů je třeba odlišit astma od jiných onemocnění, které jsou pro stáří typická. Mnohdy jej totiž provází nespecifické příznaky, které mohou připomínat i další nemoci (např. kardiovaskulární onemocnění). Často jsou astmatické

potíže přisuzovány jiným onemocněním a astma tak nemusí být diagnostikováno a léčeno. (22)

Léčebný režim seniorů se nijak zásadně neliší od léčby jiné věkové skupiny. Je ale omezená přidruženými nemocemi, kterými pacient může trpět a je tak třeba léčbu náležitě upravit. U nemocného sledujeme pravidelnost užívání antiastmatických léků a správnost inhalační techniky. Je vhodná edukace jak pacienta, tak i rodinných příslušníků, kteří v případě potřeby pomohou nemocnému v domácím prostředí s aplikací léčby. Při každé kontrole lékař aktualizuje informace o dalších onemocněních (zhoršení, změna léčby, vznik nového onemocnění) a případně upraví léčbu podle potřeby. (22) (23 stránky 47 - 48)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Astma bronchiale je jedno z nejčastějších onemocnění, se kterým se můžeme v současné době setkat. Postihuje osoby všech věkových kategorií a jeho incidence stoupá. Moderní lékařská věda sice astma nedokáže úplně vyléčit, ale za pomoci léků se lékařům daří držet onemocnění pod kontrolou. K tomu, aby byla léčba úspěšná je důležité dodržovat stanovenou léčbu, režimová opatření, odstranit nevhodné návyky a změnit životní styl.

Téma kvalita života nemocných s diagnózou Astma bronchiale jsem si vybrala proto, abych se dozvěděla, jak onemocnění ovlivňuje život respondentů. Cílem mé práce bude zmapovat, jaká je kvalita života lidí s touto chronickou nemocí, a zda byli astmatici ochotni změnit svůj životní styl, aby došlo ke zlepšení stavu nebo minimálně k jeho stabilizaci. V závěru šetření vytvořím na základě získaných informací edukační brožuru, kde shrnu základní informace o nemoci a navrhnou vhodná opatření pro praxi.

Jak ovlivňuje Asthma bronchiale kvalitu života člověka?

6 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU

6.1 Hlavní cíl

Cílem mé bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života nemocných s astmatem. Dále pak vytvořit dotazník a po jeho vyhodnocení na základě výsledků vytvořit vhodná doporučení pro praxi.

6.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda pacienti dodržují léčebný režim.

Otázky: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda byli pacienti ochotni změnit svůj životní styl a návyky poté, co zjistili, že trpí astmatem.

Otázky: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak jsou pacienti informováni prostřednictvím edukace.

Otázky: 14, 16, 17

6.3 Předpoklady

Předpoklad 1: Ženy budou dodržovat léčebný režim více, než muži.

Předpoklad 2: Ženy byly ochotny změnit svůj životní styl více, než muži.

Předpoklad 3: Více než polovina žen a mužů je prostřednictvím svého alergologa/pneumologa dostatečně informováno.

6.4 Kritéria pro hodnocení

Předpoklad 1: Ženy budou dodržovat léčebný režim více, než muži.

Otázky: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18

Domnívám se, že v otázce č. 5 uvede odpověď „Ano, snažím se spouštěčům vyhýbat“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 7 uvede odpověď „Ne“ více žen než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 11 uvede odpověď „Ne“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 12 uvede odpověď „Ano, snažím se“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 13 uvede odpověď „Ano“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 15 uvede odpověď „Ano, vždy“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 18 uvede odpověď „Ano, vždy“ více žen, než mužů.

Předpoklad 2: Ženy byly ochotny změnit svůj životní styl více, než muži.

Otázky: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

Domnívám se, že v otázce č. 19 uvede odpověď „Ano, snažím se je dodržovat“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 20 uvede odpověď „Ano, znám je a provádím je“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 21 uvede odpověď „Ne“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 24 uvede odpověď „Ano“ více žen než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 25 uvede odpověď „Ano“ více žen, než mužů.

Domnívám se, že v otázce č. 26 uvede odpověď „Úplná kontrola“ více žen než mužů.

Předpoklad 3: Více než polovina žen a mužů je prostřednictvím svého alergologa/pneumologa dostatečně informováno.

Otázky: 14, 16, 17

Domnívám se, že v otázce č. 14 uvede více než polovina žen a mužů odpověď „Ano“.

Domnívám se, že v otázce č. 16 uvede více než polovina žen a mužů odpověď „Lékař“.

Domnívám se, že v otázce č. 17 uvede více než polovina žen a mužů odpověď „Ano“.

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Ve svém dotazníkovém šetření jsem zvolila záměrný výběr respondentů, a to dospělé pacienty trpící průduškovým astmatem. Dotazníky byly rozdány v alergologických a plicních ambulancích v Plzni a v Blovicích. Na základě výsledků výzkumného šetření jsem porovнала, jak k onemocnění přistupují ženy a muži.

8 METODA SBĚRU DAT

Ke sběru informací jsem se rozhodla použít kvantitativní výzkum, tedy metodu šetření za pomoci dotazníku. Strukturovaný dotazník obsahuje 26 uzavřených otázek. Úvodní tři otázky jsou demografické – tedy věk, pohlaví a bydliště respondentů. Otázky 4 – 12 se týkají alergických projevů, astmatických potíží a jejich nejčastějších spouštěčů. V otázkách 13 – 16 jsem zjišťovala návštěvnost alergologa/plicního lékaře a jakým způsobem byl pacient edukován. Otázky 17 – 20 se vztahují k režimovým opatřením a jejich dodržování. Poslední část je zaměřena na životní styl respondentů (sport, zaměstnání a každodenní aktivity).

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2016 do února 2017 v alergologické ambulanci MUDr. Yvony Zemanové a v plicní ambulanci MUDr. Zdeňky Müllerové v Blovicích, a dále v plicní ambulanci MUDr. Tamary Salcmanové a MUDr. Vladimíra Makrlíka na Poliklinice Bory a v alergologické ambulanci MUDr. Valerie Balínové na POLIKLINICE AGEL Plzeň. Anonymní dotazníky v tištěné podobě byly rozdávány prostřednictvím zdravotních sester v jednotlivých ambulancích. Pacienti dotazníky vyplňovali v čekárně a následně odevzdali všeobecné sestře. Jednotliví lékaři mi podepsali informované souhlasy, které jsou uvedené v příloze jako součást této bakalářské práce.

Předpokládaný vzorek jsem stanovila na 135 respondentů. Rozdáno bylo celkem 160 dotazníků, návratnost tedy činila 84 %. 25 dotazníků bylo pro neúplnost vyplněných údajů z šetření odebráno.

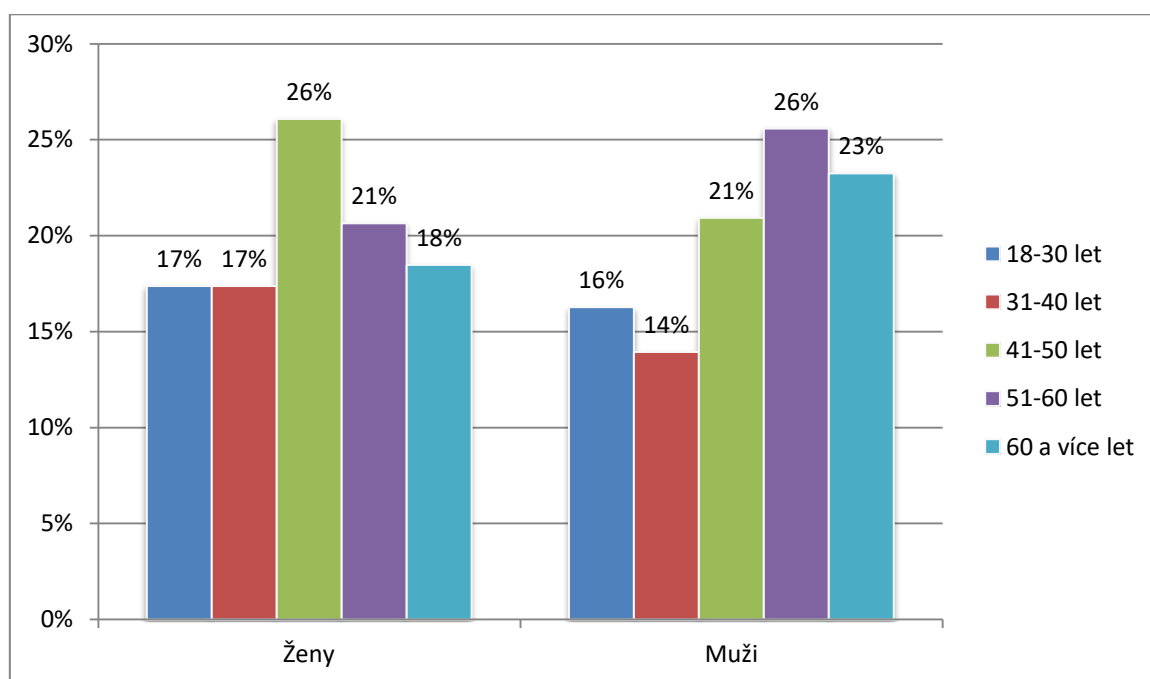
Získané údaje z dotazníkového šetření jsou zpracovány a výsledná data jsou interpretována pomocí grafů doplněných textovým zpracováním údajů.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Přehled identifikačních údajů:

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Graf 1: Věk respondentů



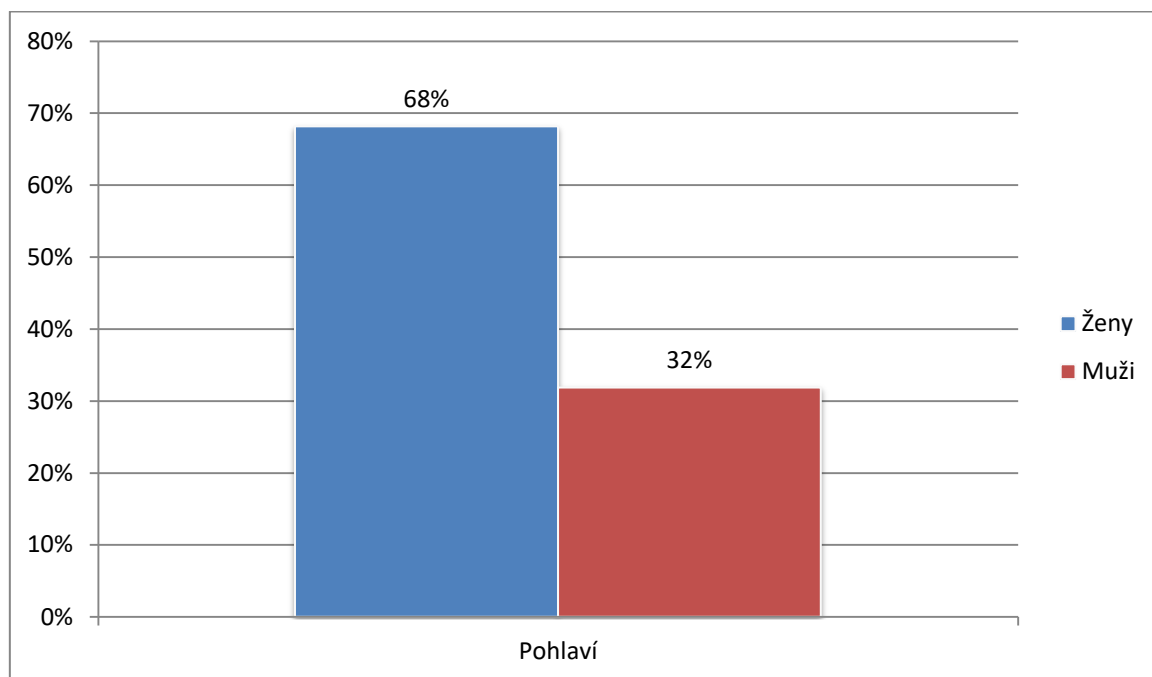
Zdroj 1 Vlastní výzkum

Graf číslo 1 uvádí věk žen a mužů, kteří se účastnili výzkumného šetření. Žen je celkem 92 (68 %) a mužů 43 (32 %). Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen, tedy 24 odpovídalo ve věku 41 – 50 let (26 %). Dále pak 19 ve věku 51 – 60 let (21 %), celkem 17 ve věku 60 a více let (18 %) a shodný počet žen byl ve věku 18 – 30 let (17 %) a 31 – 40 let (17 %) – tedy 16 žen.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) nejvíce mužů odpovídalo ve věku 51 – 60 let (26 %) – tedy 11, dále celkem 10 mužů ve věku 60 a více let (23 %), ve věkové kategorii 41 – 50 let (21 %) odpovídalo 9 mužů, pak 7 mužů ve věku 18 – 30 let (16 %) a nejméně je zastoupena věková kategorie 31 – 40 let (14 %) – tedy 6 mužů.

Otázka č. 2: Pohlaví

Graf 2: Pohlaví respondentů

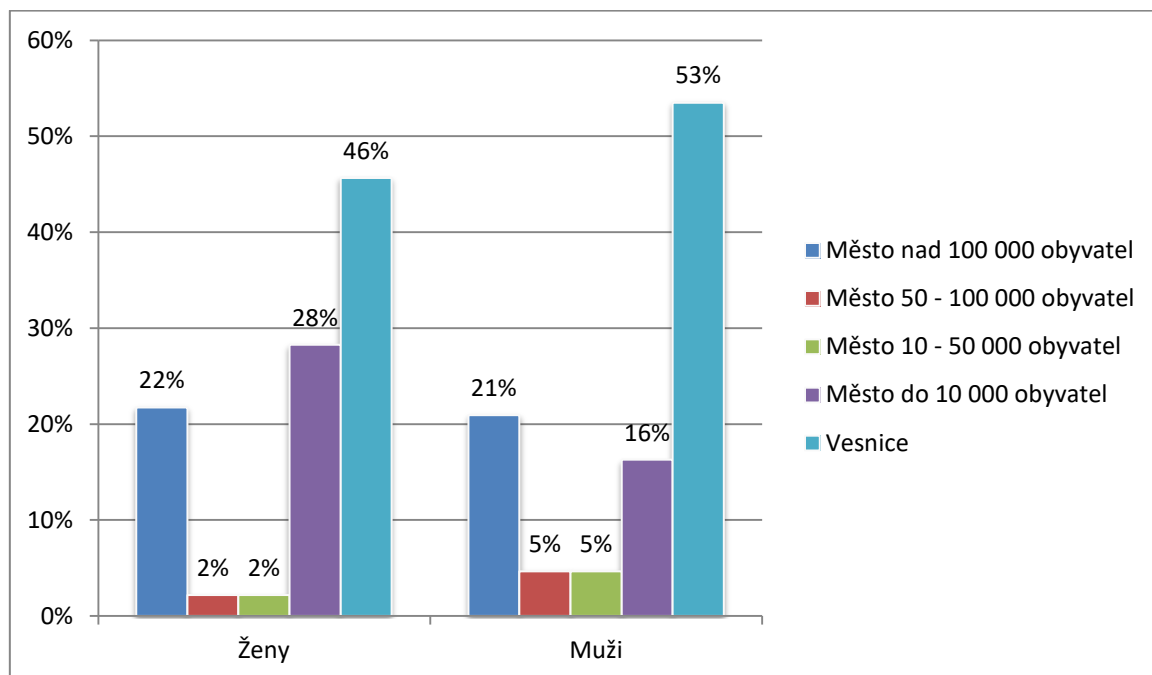


Zdroj 2 Vlastní výzkum

Graf číslo 2 uvádí počet dotazovaných žen a mužů. Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) odpovídalo 92 žen (68 %) a 43 mužů (32 %).

Otázka č. 3: V jakém místě žijete?

Graf 3: Bydliště respondentů



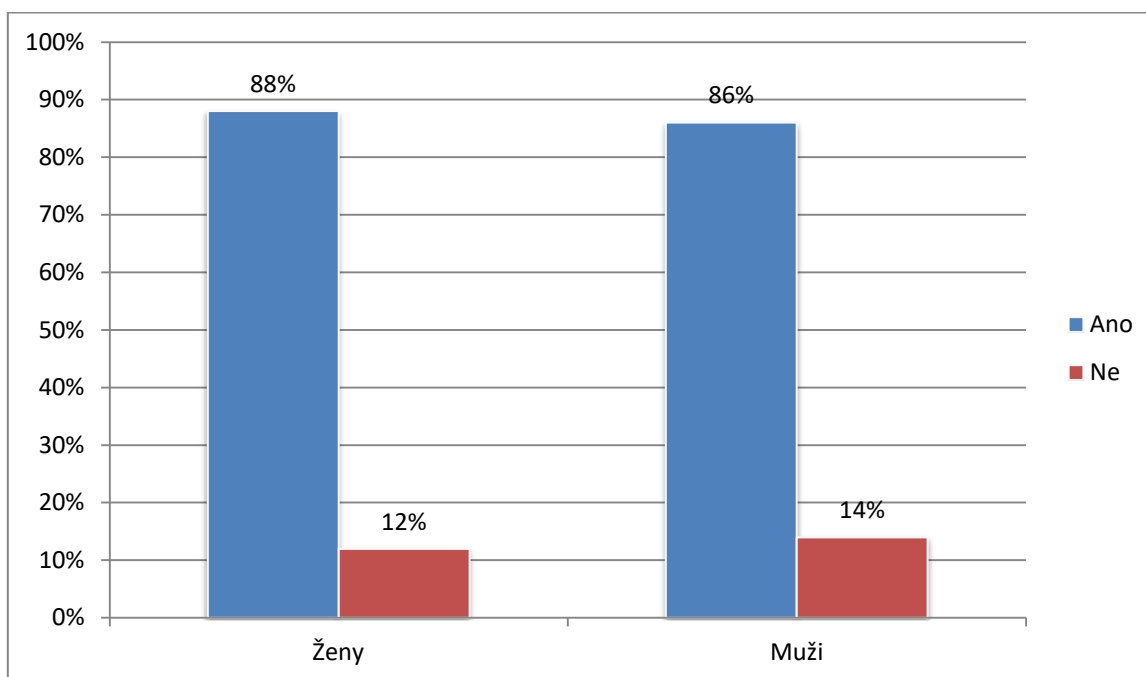
Zdroj 3 Vlastní výzkum

Třetí graf znázorňuje bydliště respondentů. Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen, které se účastnily výzkumu, žije na vesnici. Celkem je jich 42 (46 %). Následuje město do 10 000 obyvatel s počtem 26 žen (28 %). 20 žen (22 %) žije ve městě nad 100 000 obyvatel. 2 ženy (2 %) žijí ve městě 50 – 100 000 obyvatel a shodně 2 (2 %) ve městě 10 – 50 000 obyvatel.

Ze 43 mužů (100 %), kteří vyplňovali dotazník, žije více než polovina především na vesnici – celkem 23 (53 %). Druhá největší skupina mužů pochází z města nad 100 000 obyvatel – tedy 9 (21 %). Ve městě do 10 000 obyvatel žije celkem 7 mužů (16 %). 2 muži žijí ve městě 50 – 100 000 obyvatel (5 %) a shodně 2 muži ve městě 10 – 50 000 obyvatel (5 %).

Otázka č. 4: Trpíte alergií?

Graf 4: Alergie

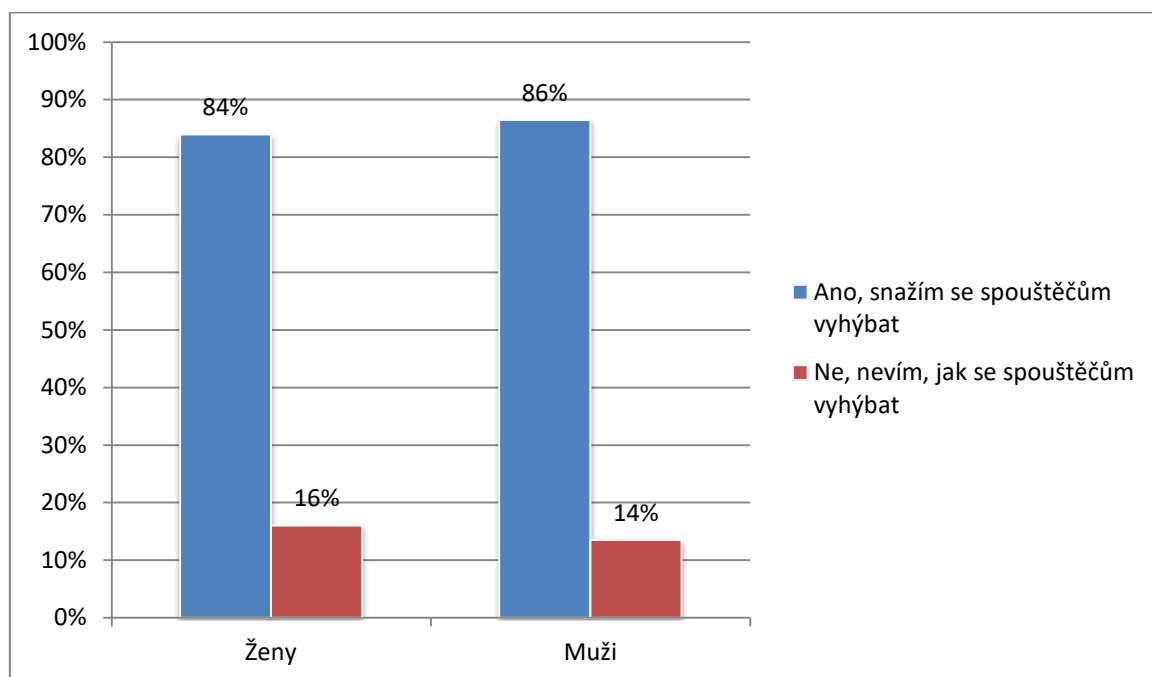


Zdroj 4 Vlastní výzkum

Graf číslo 4 zobrazuje, kolik žen a mužů trpí alergií. U obou skupin je alergiků více než polovina – Z celkového počtu 92 žen (100 %) má alergii 81 respondentek (88 %) a ze 43 mužů (100 %) má alergii 37 (86 %) mužů. 11 žen (12 %) a 6 mužů (14 %) uvedlo, že alergií netrpí.

Otázka č. 5: Vyhýbáte se spouštěčům Vaší alergie?

Graf 5: Vyhýbání se spouštěčům alergie



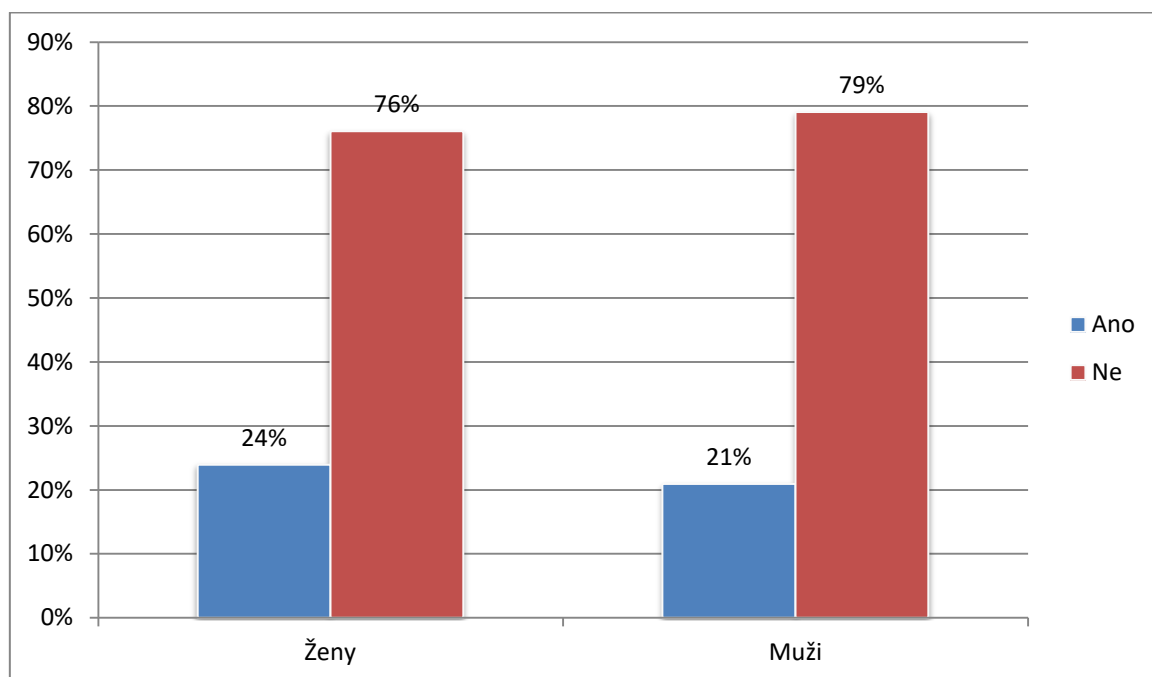
Zdroj 5 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) 81 žen uvedlo, že trpí alergií. Z toho 68 (84 %) ví, jak se spouštěčům alergie vyhýbat a 13 žen (16 %) se spouštěčům nevyhýbá.

Ze 43 mužů (100 %) trpí alergií je celkem 37. Z toho 32 (86 %) se snaží vyhýbat spouštěčům alergie a 5 (14 %) se jim nevyhýbá.

Otázka č. 6: Trpíte atopickým ekzémem?

Graf 6: Atopický ekzém



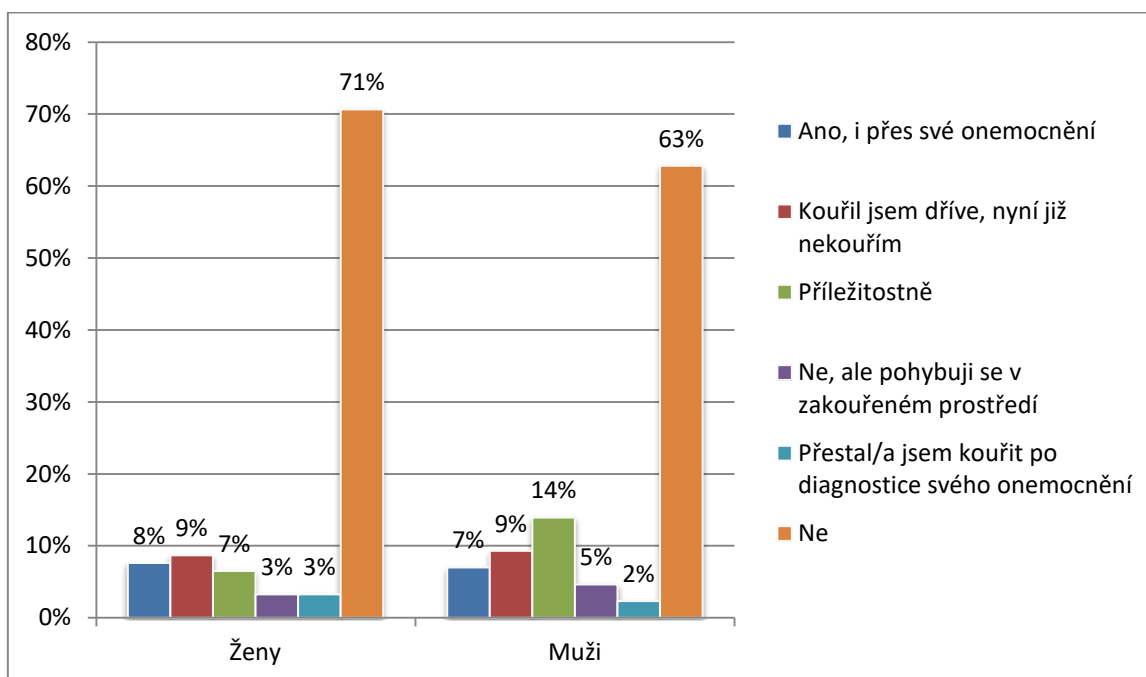
Zdroj 6 Vlastní výzkum

Více než polovina respondentů uvedla, že atopickým ekzémem netrpí. Z celkového počtu 92 žen (100 %) se vyskytuje u 22 žen (24 %) a 70 žen (76 %) uvedlo, že atopickým ekzémem netrpí.

Ze 43 mužů (100 %) 9 mužů (21 %) uvedlo, že atopický ekzém mají. Celkem 34 mužů (79 %) jím netrpí.

Otázka č. 7: Kouříte?

Graf 7: Kouření



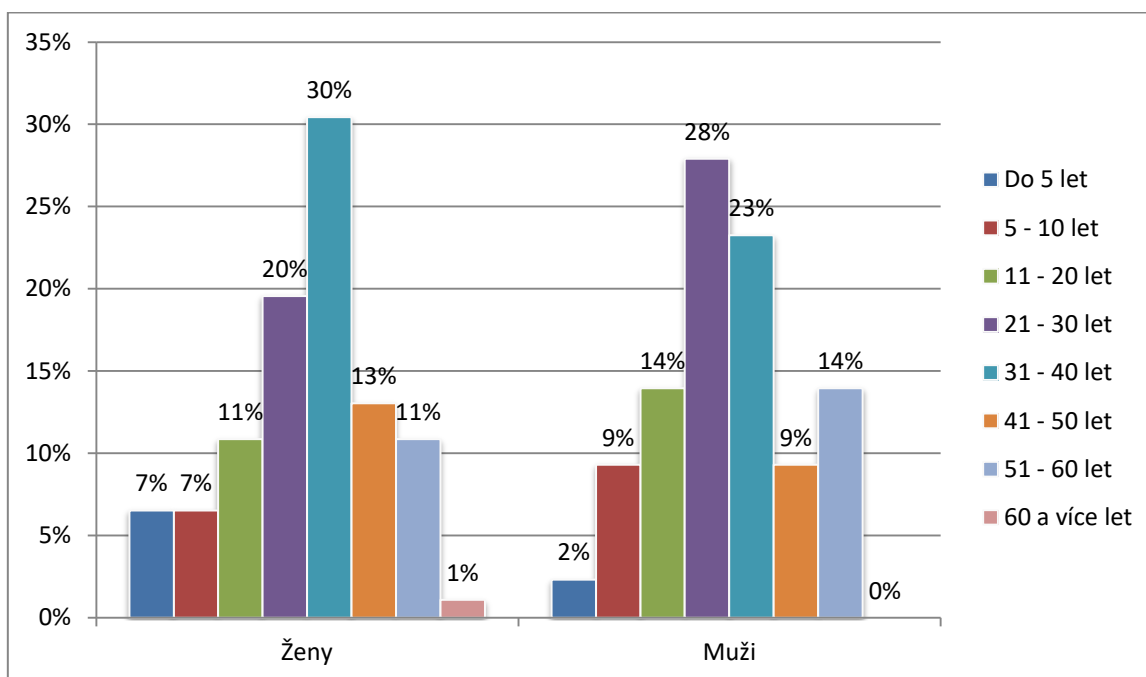
Zdroj 7 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) uvedlo nejvíce, tedy 65 žen (71 %), že nekouří. Další skupinu tvoří ženy, které kouřily dříve a nyní již nekouří – celkem 8 žen (9 %). Následuje 7 žen (8 %), které kouří i přes své onemocnění. 3 ženy (3 %) uvádí, že se pohybují v zakouřeném prostředí a další 3 ženy (3 %) přestaly kouřit poté, co jim bylo astma diagnostikováno.

Z celkem 43 mužů (100 %) 27 dotazovaných mužů (63 %) uvádí, že jsou nekuřáci. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří 6 mužů (14 %), kteří kouří příležitostně. 4 muži (9 %) kouřilo v minulosti. 3 muži (7 %) kouří i přes své onemocnění a 1 muž (2 %) přestal kouřit po diagnostikování astmatu.

Otázka č. 8: V kolika letech jste se začal/a léčit s astmatem?

Graf 8: V kolika letech byla zahájena léčba



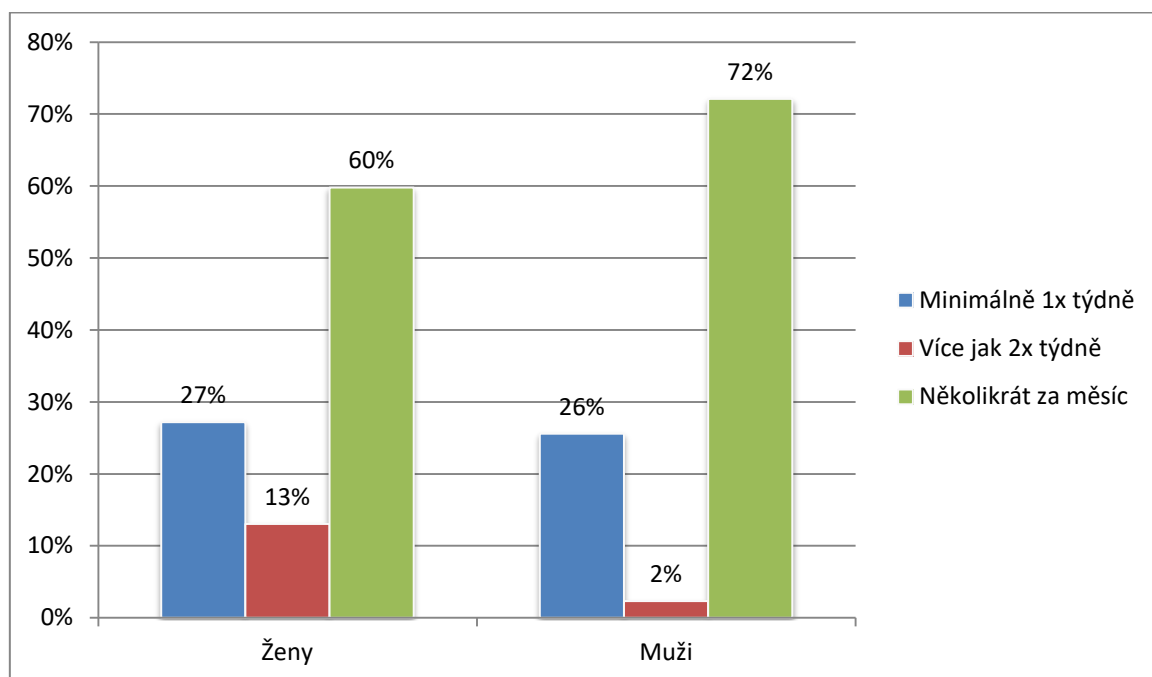
Zdroj 8 Vlastní výzkum

V této otázce respondenti uváděli, v jakém věku u nich byla zahájena léčba astmatu. Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen, tedy 28 (30 %) odpovídalo, že léčba byla zahájena ve věku 31 – 40 let. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou je 18 žen (20 %) ve věku 21 – 30 let. Léčbu zahájenou ve věku od 41 – 50 let udalo celkem 12 žen (13 %). 10 žen (11 %) tvoří věkovou kategorii 51 – 60 let. Dále 10 žen (11 %) se začalo léčit ve věku 11 – 20 let. Shodně zastoupené jsou věkové kategorie, kdy léčba začala do 5 let a 5 – 10 let – každá po 6 ženách (dohromady 12 %). Nejmenší skupinou je 60 a více let, kterou tvoří pouze 1 žena (1 %).

Ze 43 mužů (100 %) byla léčba zahájena nejčastěji ve věku 21 – 30 let – 12 mužů (28 %). Další nejpočetnější skupinu tvoří respondenti se začátkem léčby ve věku 31 – 40 let – 10 mužů (23 %). 6 mužů tvoří shodně věkové skupiny 11 – 20 let a 51 – 60 let (dohromady 28 %). Stejný počet mužů zahájil léčbu ve věku 5 – 10 let a 41 – 50 let, každá skupina po 4 mužích (dohromady 18 %). 1 muž zahájil léčbu do 5 let (2 %) a žádný respondent neuvedl zahájení léčby ve věkové kategorii 60 a více let.

Otázka č. 9: Jak často máte astmatické potíže?

Graf 9: Četnost astmatických potíží



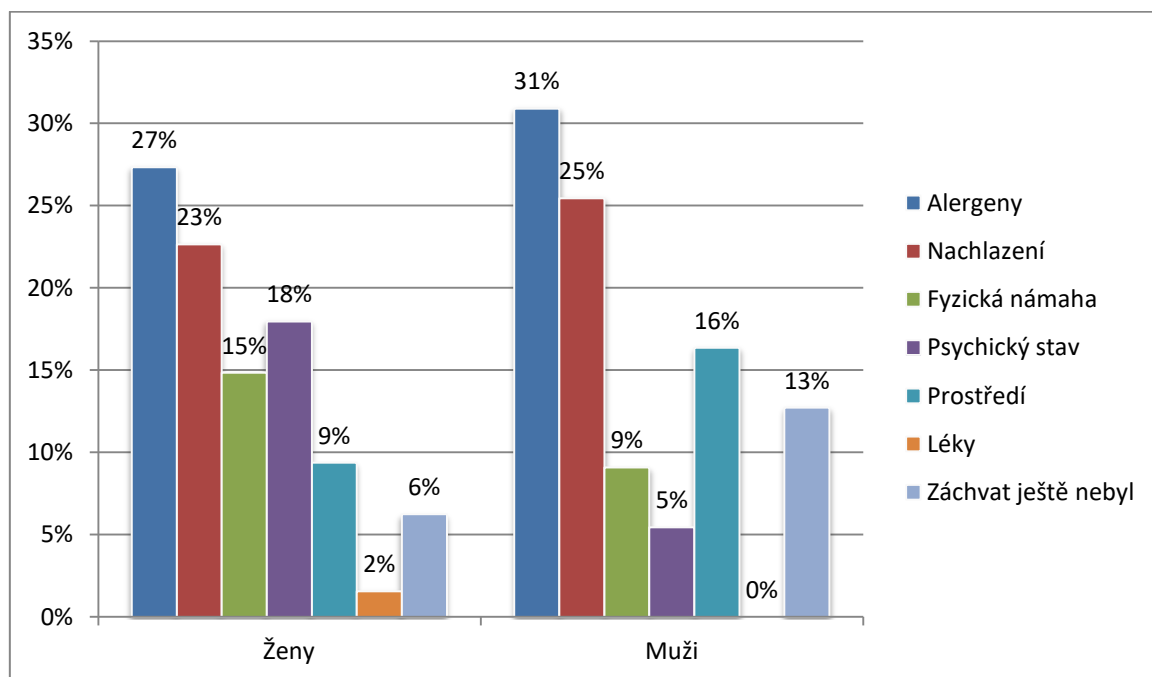
Zdroj 9 Vlastní výzkum

Zde pacienti uváděli, jak často trpí astmatickými potížemi. Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen – 55 (60 %) uvedlo, že astmatické potíže mají několikrát do měsíce. Druhou největší skupinu tvoří 25 žen (27 %), které mají potíže minimálně 1x týdně. 12 žen (13 %) uvedlo, že astmatické potíže mají více jak 2x týdně.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 31 mužů (72 %) uvádí, že astmatické potíže mají několikrát do měsíce. 11 mužů (26 %) mají potíže minimálně 1x týdně a 1 muž (2 %) více jak 2x týdně.

Otázka č. 10: Co u Vás nejčastěji vyvolává astmatický záchvat? (možné uvést více odpovědí)

Graf 10: Nejčastější spouštěč astmatického záchvatu



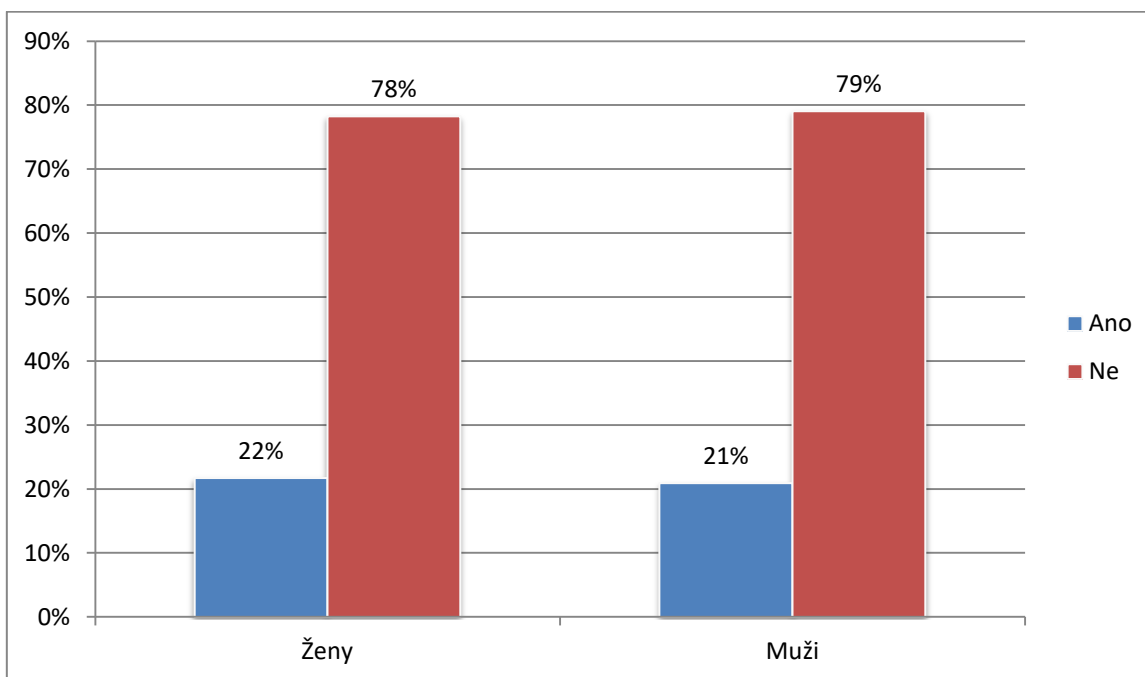
Zdroj 10 Vlastní výzkum

Touto otázkou jsem zjišťovala, co u respondentů nejčastěji vyvolává astmatický záchvat. U 92 žen bylo odpovědí celkem 128 (100 %). Nejvíce odpovědí, tedy 35 (27 %) bylo u položky „Alergeny“. Dále pak 29 nachlazení (23 %) a 19 odpovědí (15 %) „Fyzická námaha“, 23 odpovědí (18 %) „Psychický stav“, 12 odpovědí „Prostředí“ (9 %), 2 léky (2 %) a 8 odpovědí (6 %) „Záchvat ještě nebyl“.

U 43 mužů byl celkový počet odpovědí 55 (100 %). Nejvíce, tedy 17 (31 %) označilo, že nejčastějším spouštěčem astmatického záchvatu jsou alergen. 14 odpovědí (25 %) bylo uvedeno u položky „Nachlazení“, 5 odpovědí (9 %) u možnosti „Fyzická námaha“, 3 označení (5 %) „Psychický stav“. 7 odpovědí (13 %) bylo označeno u položky „Záchvat ještě nebyl“ a nikdo neoznačil možnost „Léky“.

Otázka č. 11: Vyžadoval Váš astmatický záchvat pomoc Zdravotnické záchranné služby?

Graf 11: Pomoc ZZS



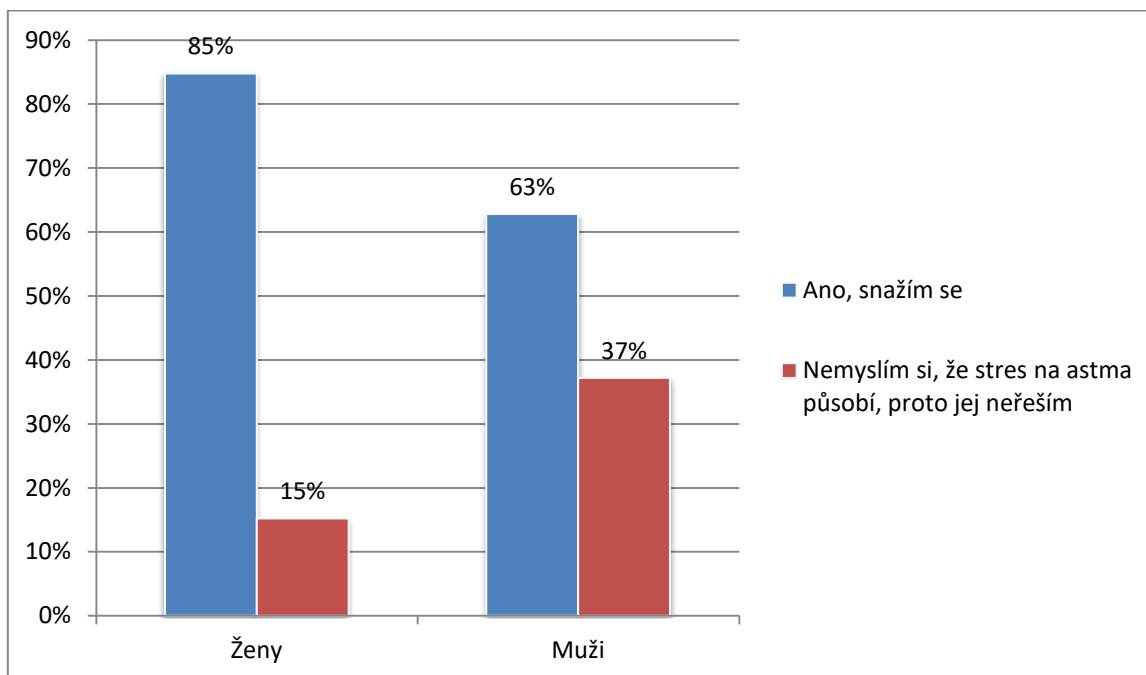
Zdroj 11 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) 20 žen (22 %) uvedlo, že jejich astmatický záchvat vyžadoval pomoc záchranné služby. 72 žen (78 %) pomoc záchranné služby při záchvatu nepotřebovalo.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 9 mužů (21 %) odpovědělo, že projevy onemocnění vyžadovaly pomoc záchranné služby. 34 mužů (79 %) pomoc záchranné služby nepotřebovalo.

Otázka č. 12 Stres je faktor, který na astma hodně působí. Snažíte se stresu vyhnout?

Graf 12: Stres



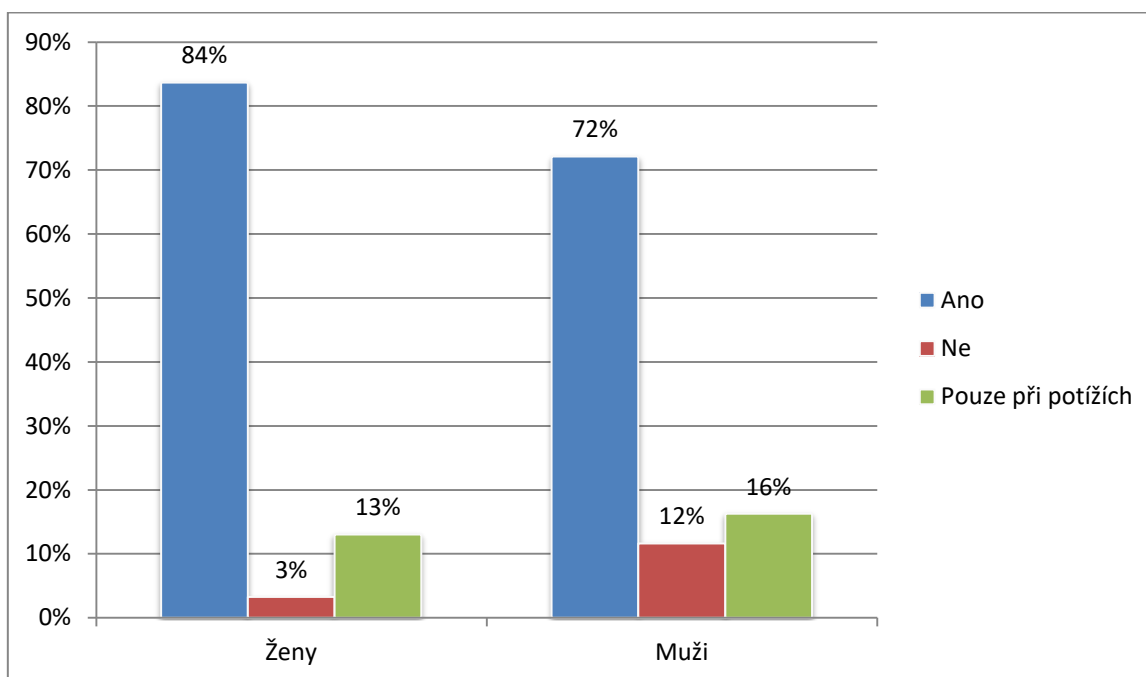
Zdroj 12 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) více než polovina – tedy 78 žen (85 %) uvedlo, že se stresu snaží vyhnout. 14 žen (15 %) odpovědělo, že stres neřeší, protože se domnívají, že na astma nemá vliv.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 27 mužů (63 %) se snaží stresu vyhnout. 16 mužů (37 %) si nemyslí, že stres na astma působí a neřeší jej.

Otázka č. 13: Navštěvujete pravidelně svého alergologa/plicního lékaře?

Graf 13: Pravidelnost návštěv alergologa/plicního lékaře



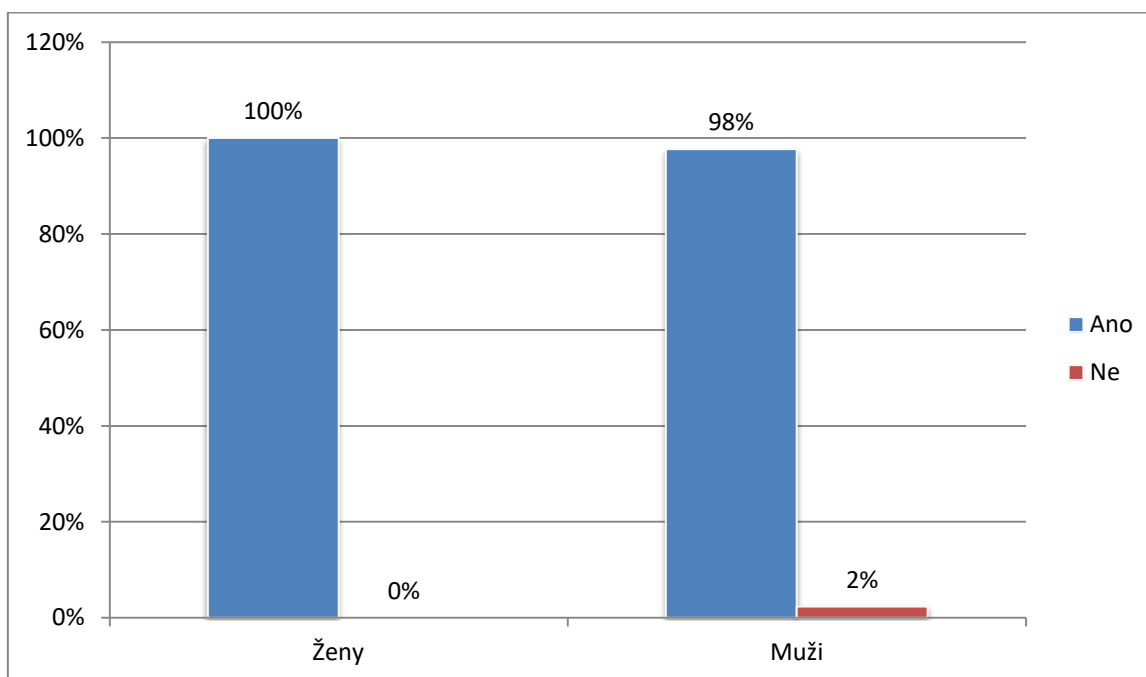
Zdroj 13 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) 77 žen (84 %) navštěvuje svého ošetřujícího lékaře pravidelně. 12 žen (13 %) uvádí, že lékaře vyhledává pouze při potížích. Pouze 3 ženy (3 %) lékaře nenavštěvují pravidelně.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 31 mužů (72 %) dochází na kontroly k lékaři pravidelně. 7 mužů (16 %) navštíví lékaře pouze při potížích. 5 mužů (12 %) lékaře pravidelně nenavštěvuje.

Otázka č. 14: Podal Vám lékař dostatečné informace o Vašem onemocnění?

Graf 14: Informace o onemocnění



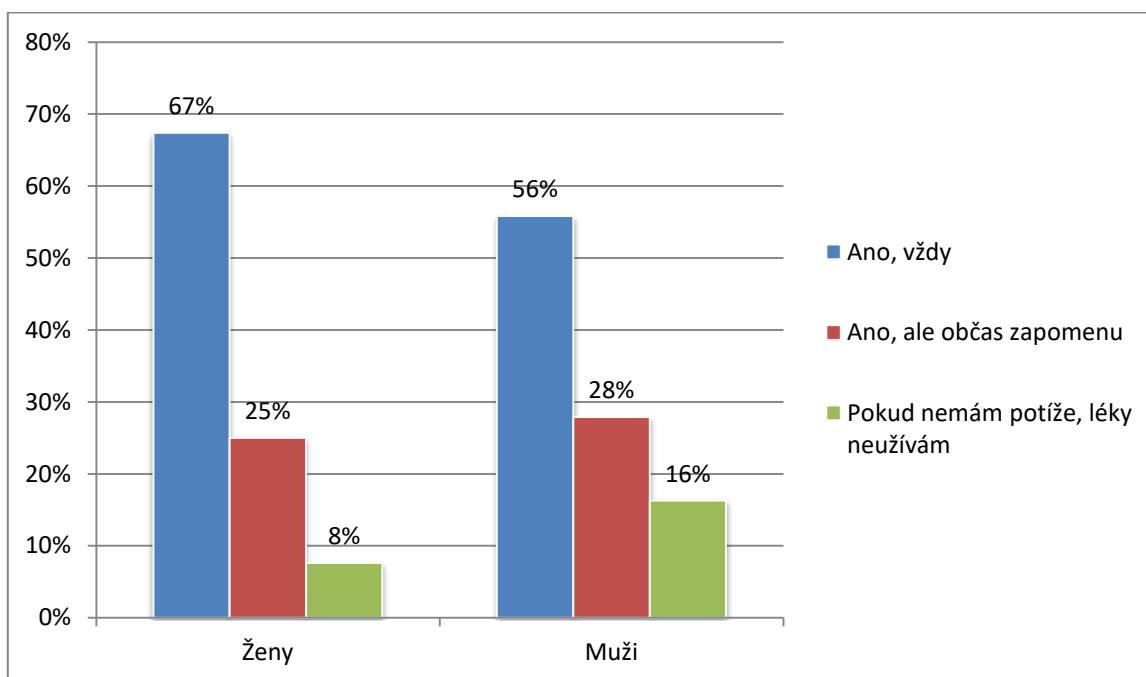
Zdroj 14 Vlastní výzkum

Celkem 92 žen (100 %) uvedlo, že jim lékař prostřednictvím edukace podal dostatečné informace o astmatu.

Ze 43 mužů (100 %) 42 mužů (98 %) odpovědělo, že je lékař dostatečně informoval o onemocnění. Pouze 1 muž (2 %) uvedl, že mu nebyl podán dostatek informací.

Otázka č. 15: Užíváte léky pravidelně dle ordinace lékaře?

Graf 15: Užívání léků



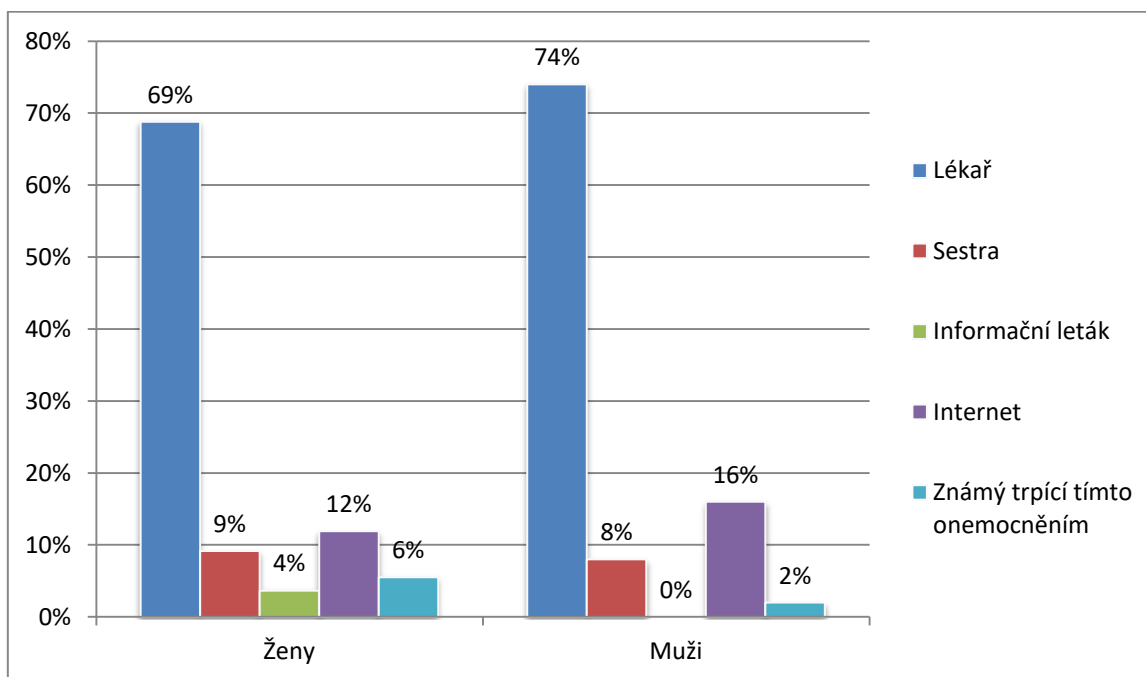
Zdroj 15 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) 62 žen (67 %) uvedlo, že léky užívá pravidelně. 23 žen (25 %) léky užívá, ale občas zapomene. A 7 žen (8 %) léky užívá pouze při potížích.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 24 mužů (56 %) odpovědělo, že léky užívá vždy. Dále 12 mužů (28 %) uvádí, že si občas lék vzít zapomene a 7 mužů (16 %) léky neužívá, pokud nemá potíže.

Otázka č. 16: Kdo nebo co bylo pro Vás největší zdroj informací o Astmatu? (možné uvést více odpovědí).

Graf 16: Zdroj informací o astmatu



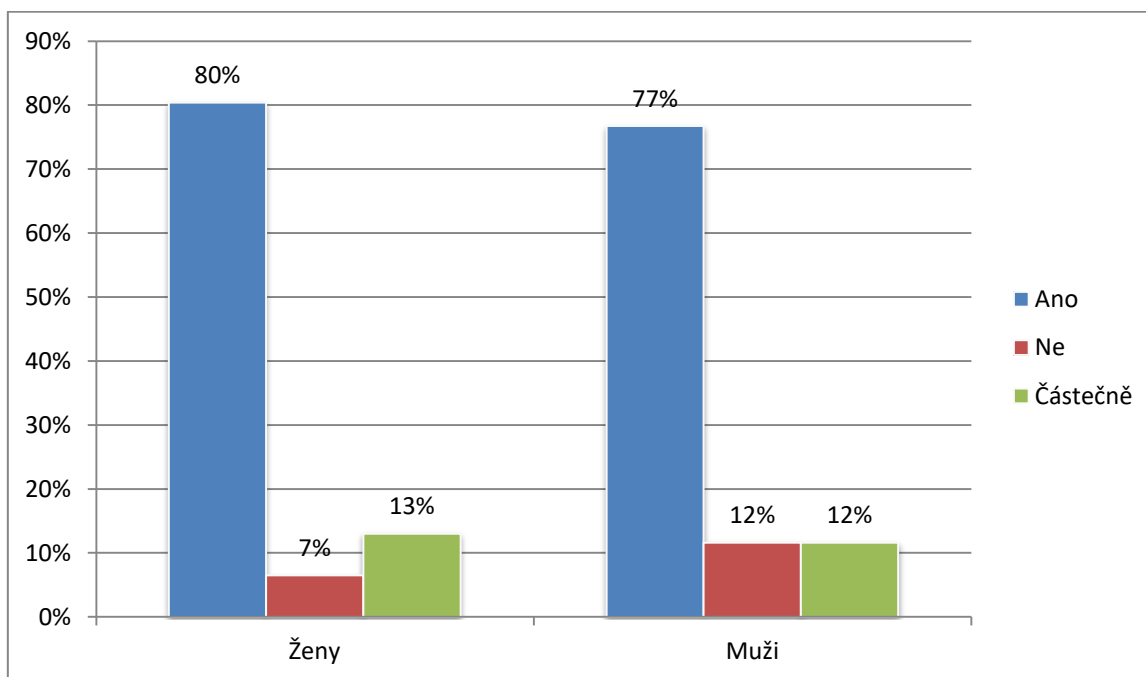
Zdroj 16 Vlastní výzkum

Celkový počet odpovědí, ze kterého vycházím, je u žen 109 (100 %) a u mužů 50 (100 %). U žen bylo nejvíce odpovědí u varianty „Lékař“, tedy 75 (69 %). 13 odpovědí (12 %) u možnosti „Internet“, 10 odpovědí (9 %) u možnosti „Sestra“, 6 odpovědí u varianty „Známy trpící tímto onemocněním“ a 4 odpovědi (4 %) u „Informační leták“.

U mužů bylo z celkového počtu 50 odpovědí (100 %) celkem 37 odpovědí (74 %) uvedeno u možnosti „Lékař“. 8 odpovědí (1 %) u varianty „Internet“, 4 odpovědi (8 %) a 1 odpověď (2 %) u možnosti „Známy trpící tímto onemocněním“.

Otázka č. 17: Byla Vám prostřednictvím edukace doporučena režimová opatření? (úprava domácího prostředí, vyhýbat se alergenům a kouření, aj.)?

Graf 17: Edukace v doporučených režimových opatřeních



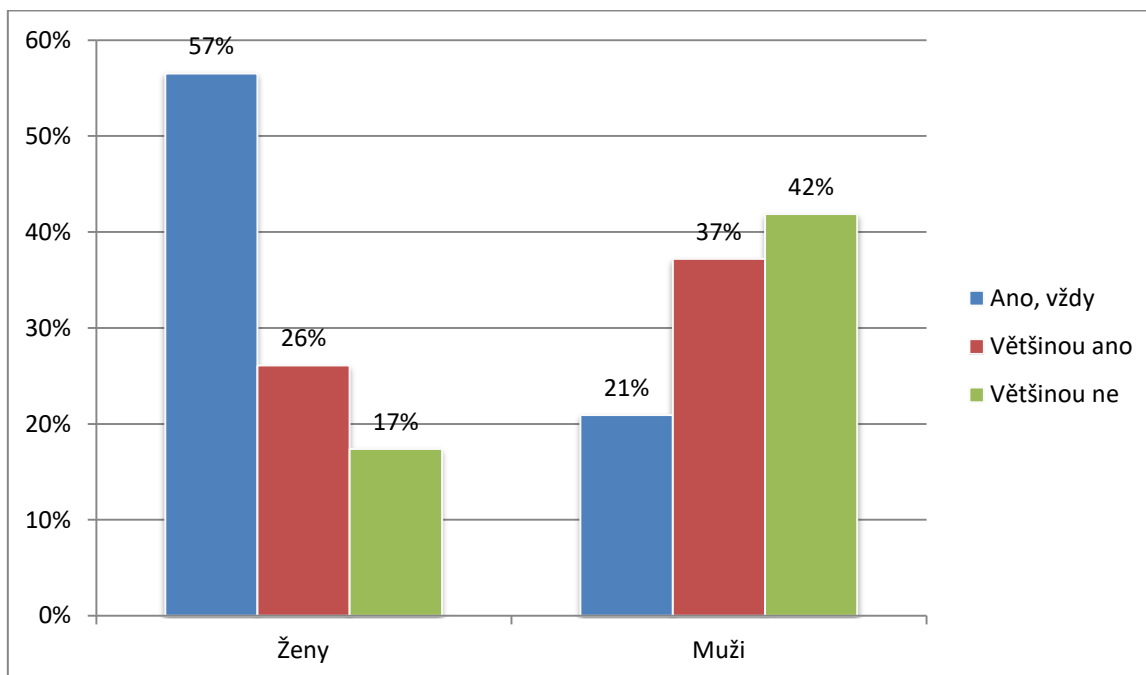
Zdroj 17 Vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala, zda byla pacientovi prostřednictvím edukace sdělena režimová opatření. Z celkového počtu 92 žen (100 %) 74 žen (80 %) odpovědělo, že jim za pomoci edukace byla doporučena režimová opatření. 12 žen (13 %) uvedlo, že jen z části a 6 žen (7 %) uvedlo, že jim režimová opatření nebyla sdělena.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 33 mužů (77 %) uvedlo, že jim režimová opatření byla doporučena. 5 mužů (12 %) odpovědělo, že částečně. A 5 mužů (12 %) uvedlo, že jim prostřednictvím edukace nebyla opatření sdělena.

Otázka č. 18: Máte u sebe inhalátor pro případ astmatického záchvatu?

Graf 18: Inhalátor



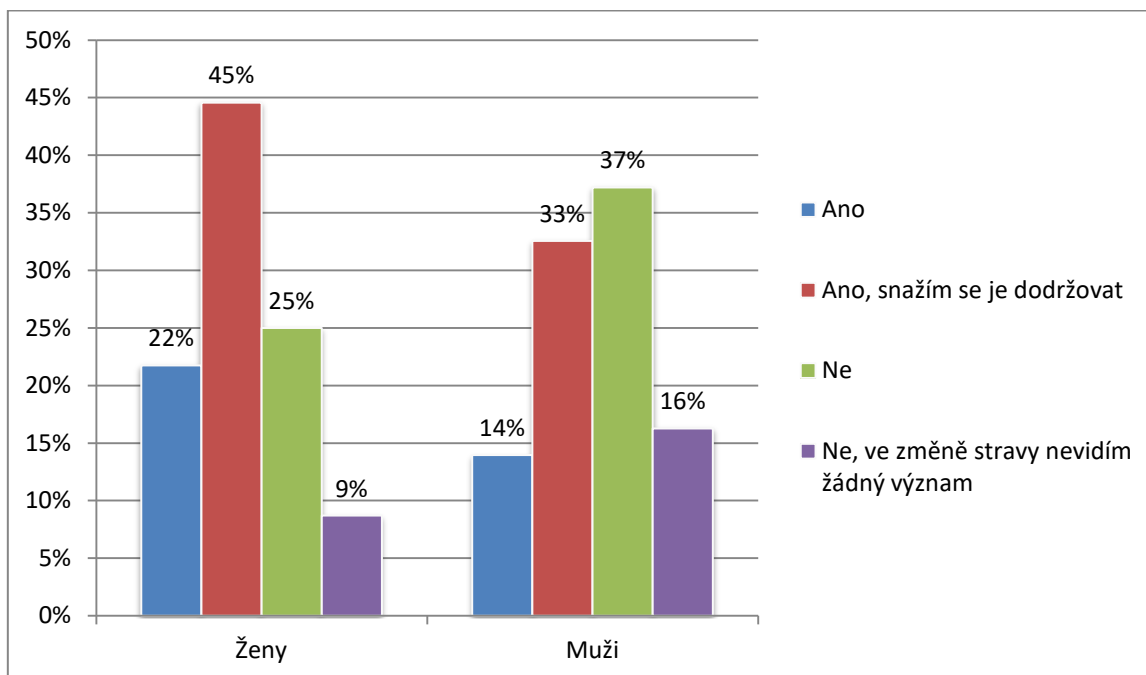
Zdroj 18 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen, tedy 52 (57 %) uvedlo, že mají u sebe inhalátor vždy. 24 žen (26 %) odpovědělo, že ve většině případů inhalátor u sebe mají a 16 žen (17 %) u sebe inhalátor většinou nemá.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 18 mužů (42 %) odpovědělo, že u sebe inhalátor většinou nemá. Dále 16 mužů (37 %) u sebe inhalátor většinou nosí a 9 mužů (21 %) má po ruce inhalátor vždy.

Otázka č. 19: Upravil/a jste svoje stravovací návyky vzhledem ke svému onemocnění?

Graf 19: Stravovací návyky



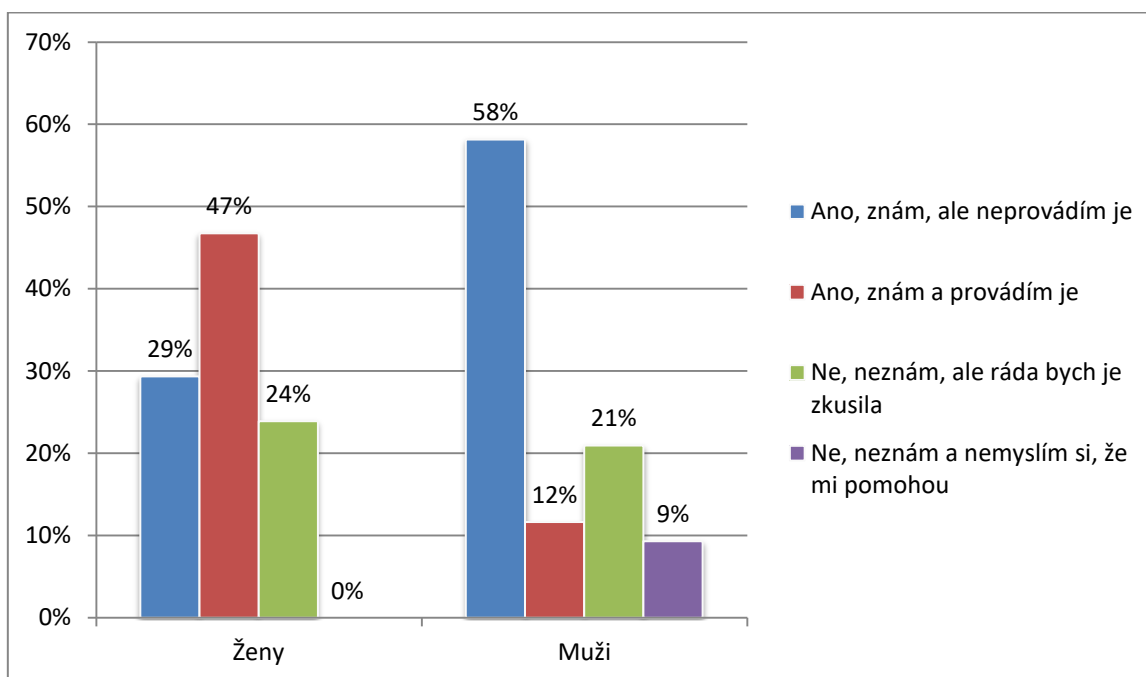
Zdroj 19 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) 41 žen (45 %) odpovědělo, že stravovací návyky změnilo a se snaží je dodržovat. 23 žen (25 %) návyky nezměnilo. 20 žen (22 %) jídelníček upravilo a 8 žen (9 %) ve změně stravy nevidí žádný význam.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) nejvíce mužů, tedy 16 (37 %) stravovací návyky neupravilo. 14 mužů (33 %) stravovací návyky upravilo a snaží se je dodržovat. 7 mužů (16 %) ve změně stravy nevidí žádný význam a 6 mužů (14 %) jídelníček upravilo.

Otázka č. 20: Znáte dechová cvičení určená pro pacienty s Astmatem?

Graf 20: Dechová cvičení



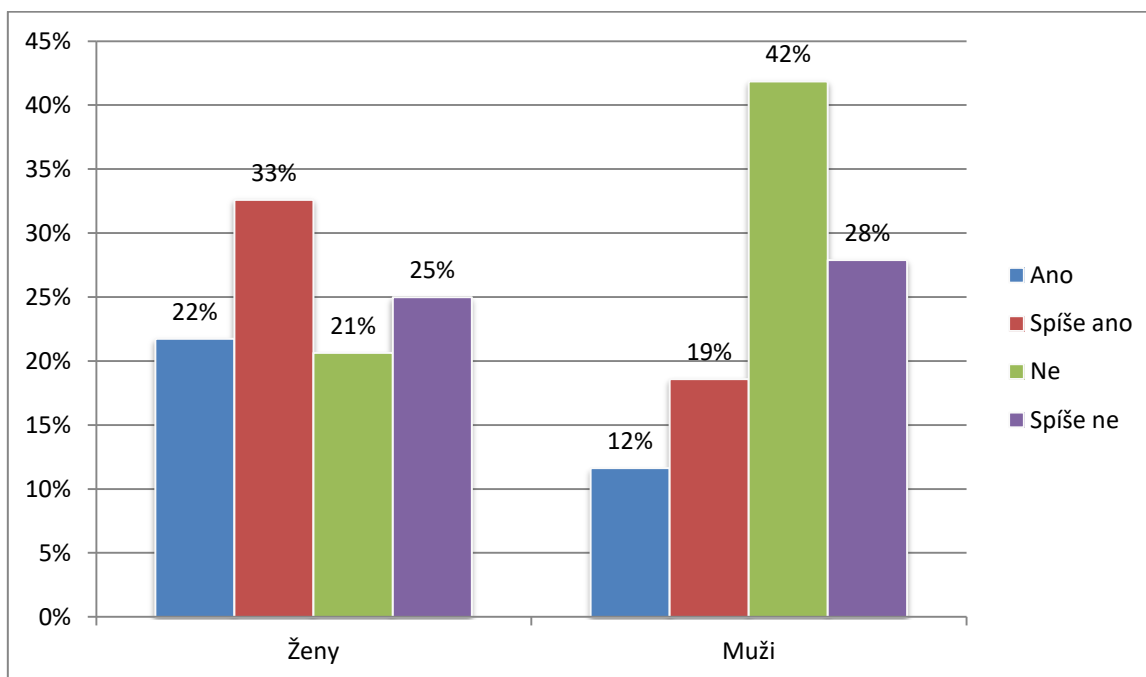
Zdroj 20 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen, tady 43 (47 %) odpovědělo, že dechová cvičení zná a aktivně je provádí. 27 žen (29 %) cvičení zná, ale neprovádí je. 22 žen (24 %) uvedlo, že dechová cvičení nezná, ale zkusily by je.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 25 mužů (58 %) uvedlo, že dechová cvičení znají, ale neprovádí je. 9 mužů (21 %) cvičení nezná, ale má zájem o to je zkusit. 5 mužů (12 %) cvičení znají a provádí a 4 muži (9 %) je nezná a ani si nemyslí, že by jim mohla pomoci.

Otázka č. 21: Omezuje Vás onemocnění v každodenních aktivitách? (Např. při výkonu povolání, ve sportu)

Graf 21: Každodenní aktivity



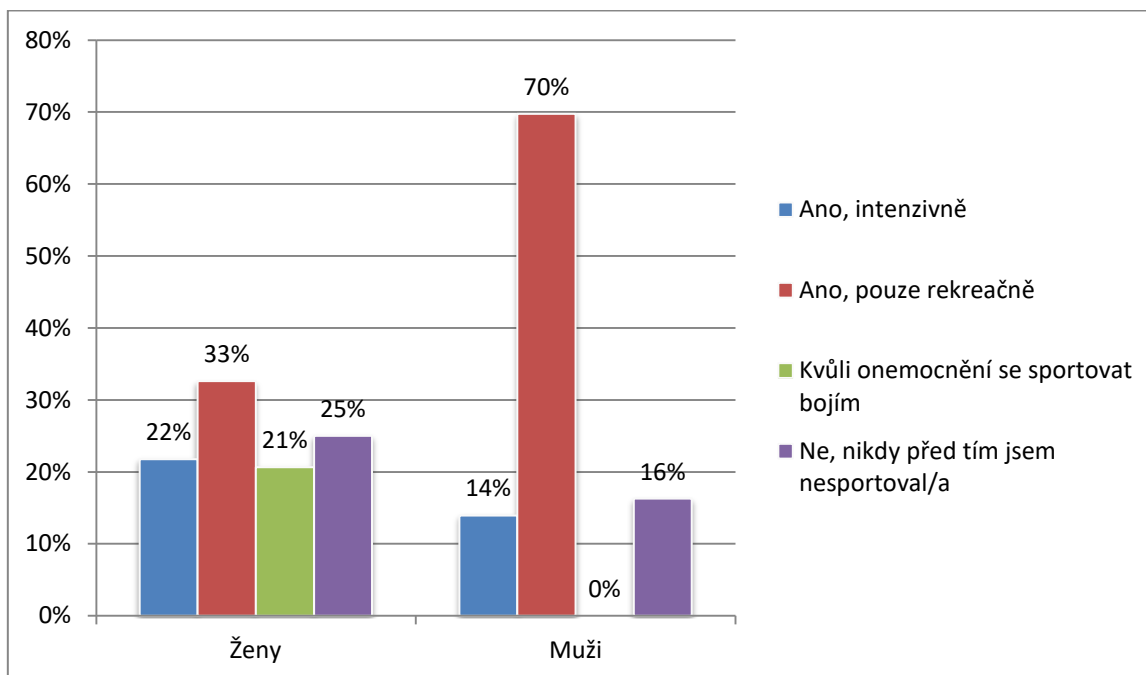
Zdroj 21 Vlastní výzkum

V této otázce respondenti uváděli, zda je onemocnění omezuje ve vykonávání každodenních aktivit. Z celkového počtu 92 žen (100 %) 20 žen (22 %) uvedlo, že ano a 30 žen (33 %), že spíše ano. Onemocnění neomezuje 19 žen (21 %) a spíše neomezuje 23 žen (25 %)

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) onemocnění neomezuje celkem 18 mužů (42 %) a spíše neomezuje 12 mužů (28 %). 8 mužů (19 %) uvedlo spíše ano a 5 mužů (12 %) ano.

Otázka č. 22: Provozujete sport i vzhledem ke svému onemocnění?

Graf 22: Sport



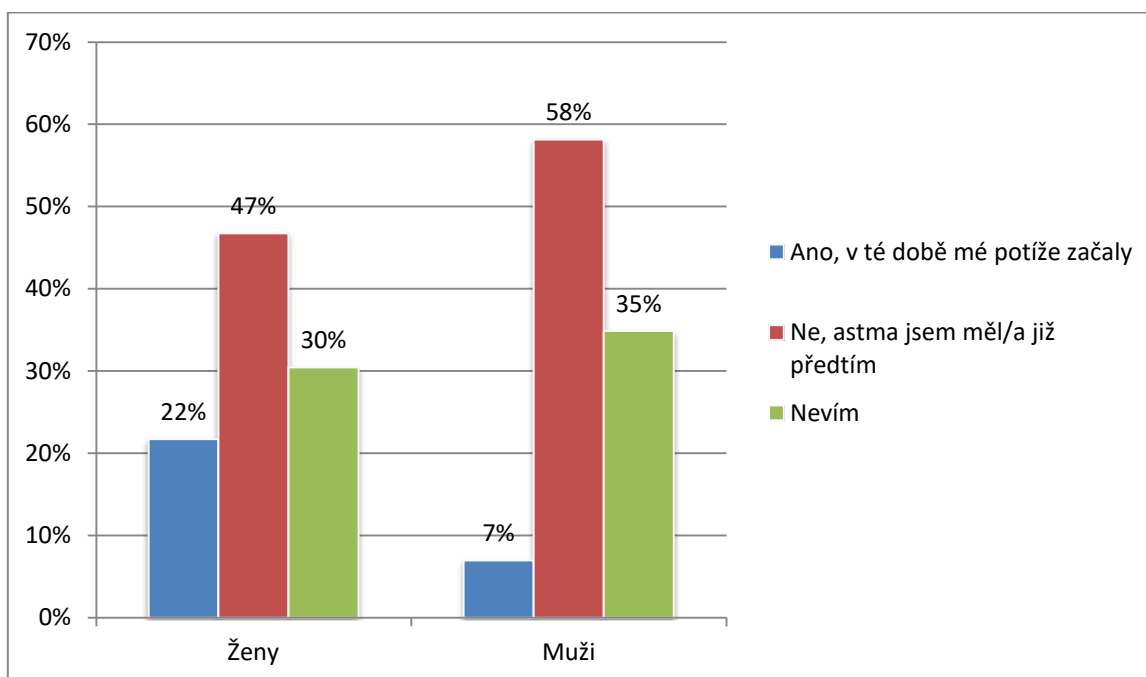
Zdroj 22 Vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťovala, jaký je postoj respondentů ke sportování i přes to, že trpí astmatem. Z celkového počtu 92 žen (100 %) 30 žen (33 %) uvedlo, že sport provozuje jen rekreačně. 25 žen (25 %) nesportuje vůbec, 10 žen (22 %) sportuje intenzivně a 14 žen (21 %) se bojí sportovat kvůli onemocnění.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 30 mužů (70 %) udává, že sportuje rekreačně. 7 respondentů (16 %) nesportovala ani v minulosti a 6 mužů (14 %) sportuje intenzivně. Žádný muž nevedl, že by se bál sportovat kvůli astmatu.

Otázka č. 23: Bylo zaměstnání spouštěčem Vašeho onemocnění?

Graf 23: Zaměstnání



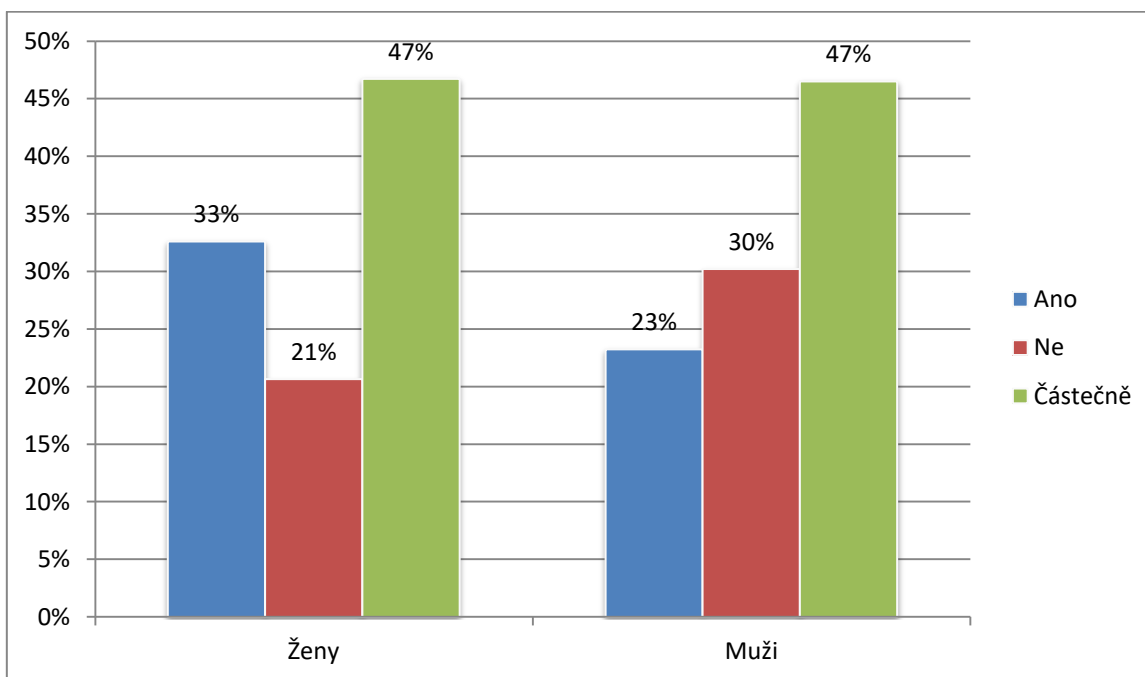
Zdroj 23 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) nejvíce žen, tedy 43 (47 %) odpovědělo, že astmatem trpěly ještě před nástupem do zaměstnání. 28 žen (30 %) uvedlo „Nevím“ a 20 žen (22 %) odpovědělo, že zaměstnání bylo spouštěčem onemocnění.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 30 mužů (58 %) mělo astma již před nástupem do zaměstnání. 15 mužů (35 %) odpovědělo „Nevím“ a 3 muži (7 %) uvedli, že zaměstnání bylo spouštěčem astmatu.

Otázka č. 24: Odstranila jste všechny překážky (např. koberce, zvíře v domácnosti aj...), které by mohly zhoršit Vaše onemocnění?

Graf 24: Překážky zhoršující onemocnění



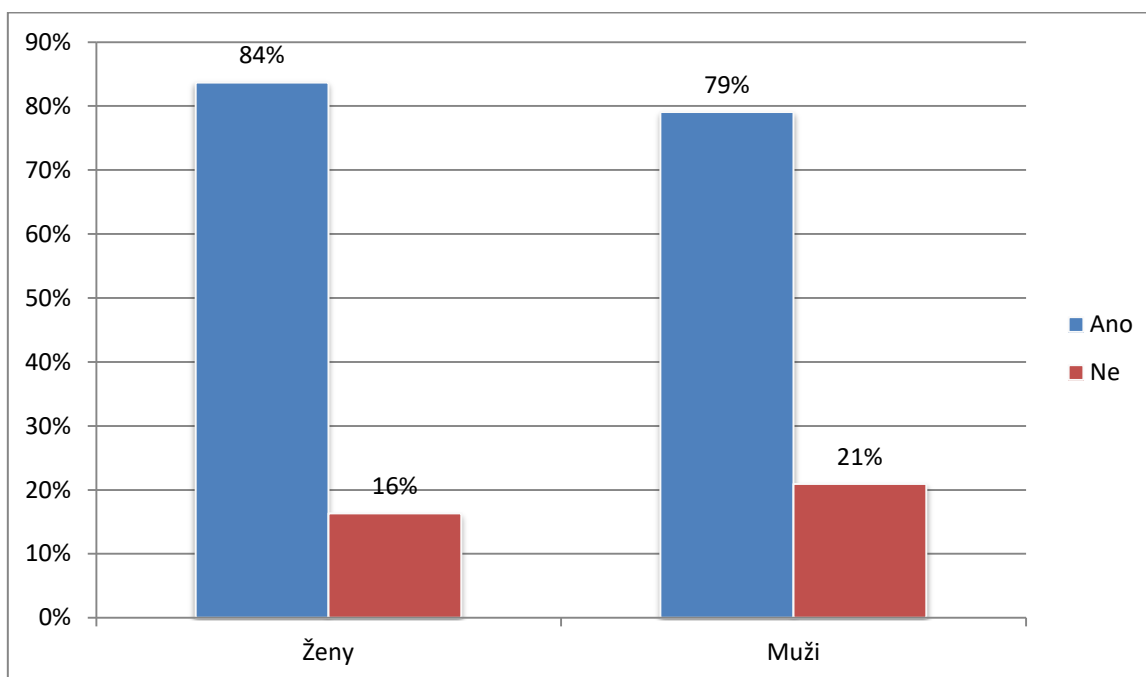
Zdroj 24 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) 30 žen (33 %) uvedlo, že překážky zhoršující onemocnění odstranily úplně. 43 žen (47 %) částečně a 19 žen (21 %) překážky neodstranilo.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 10 mužů (23 %) překážky odstranilo úplně, 20 mužů (47 %) částečně a 13 mužů (30 %) překážky neodstranilo vůbec.

Otázka č. 25: Přijal/a jste své onemocnění jako celoživotní diagnózu?

Graf 25: Postoj k onemocnění



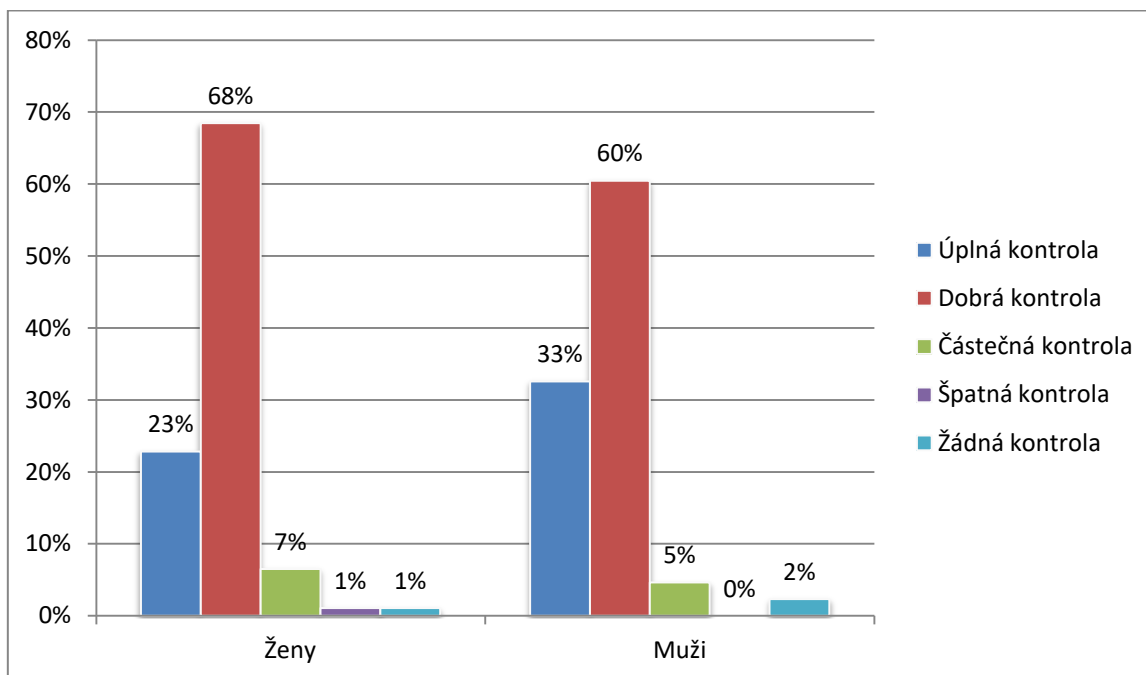
Zdroj 25 Vlastní výzkum

Touto otázkou jsem zjišťovala, jak respondenti vnímají své onemocnění. Z celkového počtu 92 žen (100 %) 77 žen (84 %) přijalo astma jako celoživotní diagnózu a 15 žen (16 %) ne.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 34 mužů (79 %) odpovědělo, že onemocnění bere jako celoživotní diagnózu a 9 mužů (21 %) ne.

Otázka č. 26: Jak byste hodnotil/a kontrolu svého astmatu?

Graf 26: Kontrola astmatu



Zdroj 26 Vlastní výzkum

Z celkového počtu 92 žen (100 %) více než polovina, tedy 63 žen (68 %) má astma pod dobrou kontrolou, 21 žen (23 %) pod úplnou. 6 žen (7 %) uvedlo, že kontrola jejich astmatu je částečná. 1 žena (1 %) odpovědělo „Špatná kontrola“ a 1 žena (1 %) „Žádná kontrola“.

Z celkového počtu 43 mužů (100 %) 26 mužů (60 %) označilo „Dobrá kontrola“ a 14 mužů (33 %) úplná. 2 muži (5 %) odpovědělo „Částečná kontrola“ a 1 muž (2 %) „Žádná kontrola“.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázky číslo 1, 2, 3 a 8 se týkaly identifikačních údajů, které jsou prezentovány pomocí grafů. Výzkumného šetření, které bylo zcela anonymní, se zúčastnilo celkem 135 respondentů, z toho bylo 92 žen (68 %) a 43 mužů (32 %). Respondenty jsem rozdělila do sedmi věkových kategorií. Nejvíce žen, tedy 24 (26 %), odpovídalo ve věku 41 – 50 let. Nejpočetnější věkovou kategorií u mužů byla v rozmezí 51 – 60 let – celkem 11 mužů (26 %). Většina žen, celkem 42 (46 %), které se účastnily výzkumu, žije na vesnici stejně jako více než polovina mužů – tedy 23 (53 %). Věk, kdy se respondenti začali léčit s astmatem je rozdělen do 8 kategorií. U žen byla nejpočetnější věková kategorie zahájení léčby 31 – 40, kterou označilo 28 žen (30 %). Muži zahajovali léčbu nejčastěji ve věkovém rozmezí 21 – 30 let, celkem 12 mužů (28 %).

Dílčí cíl 1 – Zjistit, zda pacienti dodržují léčebný režim.

Předpoklad 1 – Ženy budou dodržovat léčebný režim více, než muži.

Otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 1 – 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18

V otázce č. 4 jsem zjišťovala, kolik respondentů trpí alergií. Z celkového počtu 92 žen uvedlo 81 žen (88 %) a z celkového počtu 43 mužů uvedlo 37 mužů (86 %), že jsou alergici. V otázce č. 5 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce číslo 4 uvedli, že trpí alergií. Domnívala jsem se, že se ženy budou vyhýbat spouštěčům alergie více než muži. Domněnka se nepotvrdila, protože 13 žen (16 %) se oproti 5 mužům (14 %) spouštěčům nevyhýbá. V otázce č. 6 uvedlo 22 žen (24 %) a 9 mužů (21 %), že atopickým ekzémem trpí. V otázce č. 7 jsem předpokládala, že u žen bude převažovat odpověď „Ne“. Moje domněnka se potvrdila, protože takto odpovědělo 65 žen (71 %) oproti 27 mužům (63 %). V otázce č. 9 uvedlo 55 žen (60 %) a 31 mužů (71 %), že mají astmatické potíže několikrát za měsíc. V otázce č. 10 byla z celkového počtu 128 odpovědí u žen (100 %) označena 35x (27 %) a z celkového počtu 55 odpovědí u mužů (100 %) 17x (31 %) možnost, že jejich nejčastější spouštěče astmatického záchvatu jsou alergen. V otázce č. 11 jsem předpokládala, že odpověď „Ne“ uvede více žen než mužů. Domněnka se nepotvrdila, protože odpověď „Ne“ uvedlo celkem 72 žen (78 %) a 34 mužů (79 %). V otázce č. 12 jsem se domnívala, že odpověď „Ano, snažím se“ uvede více žen než mužů. Domněnka se potvrdila, protože takto odpovědělo 78 žen (85 %) a 27 mužů (63 %). V otázce č. 13 jsem předpokládala, že odpoví „Ano“ více žen, než mužů. Domněnka se potvrdila, protože „Ano“

odpovědělo celkem 77 žen (84 %) a 31 mužů (72 %). V otázce č. 15 jsem se domnívala, že odpověď „Ano, vždy“ uvede více žen než mužů. Domněnka se potvrdila, protože takto odpovědělo celkem 62 žen (67 %) a 24 mužů (56 %). V otázce č. 18 jsem se domnívala, že odpoví „Ano, vždy“ více žen než mužů. Odpověď „Ano, vždy“ uvedlo celkem 52 žen (57 %) a 9 mužů (21 %). Domněnka se mi potvrdila.

Předpoklad 1 se na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky potvrdil.

Dílčí cíl 2 - Zjistit, zda byli pacienti ochotni změnit svůj životní styl a návyky poté, co zjistili, že trpí astmatem.

Předpoklad 2 - Ženy byly ochotny změnit svůj životní styl více, než muži.

Otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 2 - 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

V otázce č. 19 jsem předpokládala, že odpověď „Ano, snažím se je dodržovat“ uvede více žen než mužů. Předpoklad byl potvrzen, protože takto odpovědělo 41 žen (45 %) a 16 mužů (33 %). V otázce č. 20 jsem očekávala, že více žen než mužů odpoví „Ano, znám je a provádím je“. Domněnka se potvrdila, protože takto odpovědělo 43 žen (47 %) a 5 mužů (12 %). V otázce č. 21 jsem se domnívala, že odpověď „Ne“ uvede více žen než mužů. Předpoklad se nepotvrdil, protože tuto odpověď zvolilo 19 žen (21 %) a 18 mužů (42 %). V otázce č. 24 jsem předpokládala, že odpověď „Ano“ zvolí více žen než mužů. Domněnka se potvrdila, protože tuto odpověď zvolilo 30 žen (33 %) a 10 mužů (23 %). V otázce č. 25 jsem očekávala, že odpověď „Ano“ uvede více žen než mužů. Takto odpovědělo 77 žen (84 %) a 34 mužů (79 %), čímž se mi předpoklad potvrdil. V otázce č. 26 jsem se domnívala, že „Úplná kontrola“ odpoví více ženy než muži. Tuto odpověď zvolilo celkem 21 žen (23 %) a 14 mužů (33 %), čímž se mi domněnka nepotvrdila.

Předpoklad 2 se na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky potvrdil.

Dílčí cíl 3 – Zjistit, jak jsou pacienti informováni prostřednictvím edukace.

Předpoklad 3 - Více než polovina žen a mužů je prostřednictvím svého alergologa/pneumologa dostatečně informováno.

Otázky vztahující se k dílčímu cíli č. 3 – 14, 16, 17

V otázce č. 14 jsem se domnívala, že více než polovina žen a mužů uvede odpověď „Ano“. Předpoklad se potvrdil, protože takto odpovědělo 92 žen (100 %) a 42 mužů (98 %). U otázky č. 16 jsem předpokládala, že více než polovina žen a mužů uvede odpověď „Lékař“. Domněnka se mi potvrdila, protože z celkového počtu 109 odpovědí u žen (100 %) byla možnost „Lékař“ označena 75x (69 %) a z 50 odpovědí u mužů (100 %) celkem 37x (74 %). V otázce č. 17 jsem očekávala, že více než polovina žen a mužů uvede odpověď „Ano“. Předpoklad se mi potvrdil, protože tuto možnost uvedlo celkem 74 žen (80 %) a 33 mužů (77 %).

Předpoklad 3 se na základě zvolených kritérií pro odpovědi vztahující se otázky potvrdil.

12 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak onemocnění Asthma Bronchiale ovlivňuje kvalitu života pacientů. Na začátku jsem si stanovila hypotézy a vytvořila odpovídající dotazník. Celkem byly stanoveny tři cíle, které byly všechny na základě vyhodnocených dotazníků splněny. Výsledky šetření jsou zaznamenány v předchozí kapitole.

Při vyhodnocování výzkumného šetření jsem se zaměřila na to, jaké jsou rozdíly mezi muži a ženami v dodržování léčebného režimu nebo ve změně životního stylu po diagnostice onemocnění. U každé otázky jsou výsledky zaneseny do dvou grafů – pro jednotlivá pohlaví. Dotazníkového šetření se účastnily převážně ženy. Rozdělení respondentů podle pohlaví je podobné výzkumu provedeném v roce 2015 v bakalářské práci Terezy Persyové na téma Životní styl pacientů s Asthma Bronchiale a výzkumu v bakalářské práci Gabriely Prchalové Úskalí edukace u nemocných s Asthma Bronchiale z roku 2015. Výše uvedené autorky došly k závěru, že se ženy v obou výzkumech převažovaly. Zastoupení mužů a žen v mém výzkumu je podobné jejich výzkumu provedeném před dvěma lety, tedy v roce 2015. (9) (24)

U předpokladu 1 jsem se domnívala, že ženy budou dodržovat léčebný režim více, než muži. K dílčímu cíli se vztahovaly otázky 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18.

Na základě určených kritérií pro odpovědi na tyto otázky se předpoklad 1 potvrdil.

I přes to, že je astma nevléčitelné onemocnění, lze jej výrazně ovlivnit dodržováním léčby a doporučených opatření. Pokud nedochází k exacerbacím či komplikacím, není nutné pacienta hospitalizovat. Díky moderní dlouhodobé léčbě se astma stalo ambulantním onemocněním, což výrazně přispívá ke zlepšení kvality života takto nemocných lidí. Při analýze údajů mně překvapily rozdíly v počtu žen a mužů. *V dětství trpí astmatem častěji chlapci, což je vysvětleno anatomickými poměry hrudníku a dýchacích cest. Po pubertě je astma častější u žen – pro to ale vysvětlení nemáme.* (8 str. 22) Domnívám se, že se dotazníkového šetření účastnily především ženy také proto, že jsou ochotné přiznat si, že astma není banální onemocnění a oproti mužům navštěvují alergologické a plicní ambulance častěji a snaží se onemocnění držet pod kontrolou. Muži vyhledají pomoc, až pokud jim onemocnění působí větší potíže, což se mi potvrdilo v otázce č. 13, kde z celkového počtu 43 mužů (100 %) 5 mužů (12 %) na kontroly ke svému alergologovi nebo pneumologovi nedochází a 7 mužů (16 %) jej vyhledá pouze při potížích. S astmatem

bývá často spojena alergie, což se mi potvrdilo v otázce č. 4. Z celkového počtu 92 žen (100 %) 81 žen (88 %) a z celkového počtu 43 mužů (100 %) 37 mužů (86 %) uvedlo, že trpí alergií. „*U většiny nemocných astmatem je možno prokázat souvislost jejich astmatu na některé z četných alergenů*“ (3 str. 18) V otázce č. 5 jsem předpokládala, že se ženy alergičky budou spouštěčům vyhýbat více, než muži. Domněnka se nepotvrdila, protože po vyhodnocení dotazníku se ukázalo, že se spouštěčům vyhýbají častěji muži, než ženy. Dalším onemocněním, které je často k astmatu přidruženo, je atopický ekzém. Ten se ale u respondentů vyskytoval podstatně méně, než alergie. Více než polovina mužů i žen uvedla, že atopickým ekzémem netrpí. Předpokládala jsem, že ženy budou dodržovat léčebný režim v oblasti kouření a tato domněnka se mi potvrdila. Z celkového počtu 92 žen (100 %) jich nekouří 65 (71 %) oproti 27 mužům (63 %) z celkového počtu 43 (100 %). Celkem 12 žen (13 %) oproti 1 muži (2 %) udává, že astmatickými potížemi trpí více jak dvakrát týdně. Domnívám se, že je to způsobeno tím, že u žen je častějším spouštěčem astmatických potíží fyzická námaha a psychický stav než u mužů. Psychický stav zahrnuje jak pozitivní (např. smích, radost), tak negativní emoce (smutek, vztek, pláč) a ovlivňuje nás denně. Astma je psychosomatické onemocnění a z grafu č. 10 vidíme, že psychický stav jako spouštěč u žen byl označen z celkového počtu 128 odpovědí 23x (18 %) oproti 3 označením (5 %) z 55 odpovědí u mužů. Psychika hraje velkou roli zejména při astmatickém záchvatu, kdy dušnost působí pocit úzkosti strachu a ohrožení života. Také u otázky č. 12 odpovědělo z celkového počtu 92 žen (100 %) 78 žen (85 %) oproti 27 mužům (63 %) ze 43 (100 %), že se snaží stresu vyhýbat, protože jsou si vědomi jeho negativního vlivu na onemocnění. Překvapilo mě, že i při současné moderní léčbě více jak 20 % mužů i žen muselo vyhledat pomoc ZZS. V grafu č. 15 vidíme, že jsou ženy zodpovědnější i při užívání léků podle ordinace lékaře. Podobně je tomu tak u grafu č. 18, kdy ženy nosí inhalátor u sebe více než muži.

„*Kvalita života lze chápat jako úroveň fyzických, psychických a sociálních činností člověka ve vztahu k jeho okolí*“ (3 str. 165) Astma člověka často omezuje v každodenních činnostech. Astmatik musí myslet na to, aby se nedostal do kontaktu se spouštěči astmatického záchvatu, což je často nemožné. Se spouštěči se potýkáme v domácnosti, venku, ale i v zaměstnání, což může pro někoho často znamenat nutnost změny profese. Dalším problémem je vyhýbání se kouření. Můžeme ovlivnit aktivní kouření, ale nikoli pasivní, protože s kuřáky se setkáváme prakticky denně a na různých místech a jen

málokdy se jim lze vyhnout. Onemocnění ovlivňuje život také tím, že léčba je dlouhodobá a finanční položky za léky často nejsou zanedbatelné.

U předpokladu 2 jsem předpokládala, že ženy byly ochotny změnit svůj životní styl více, než muži. K dílčímu cíli se vztahovaly otázky č. 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. **Na základě určených kritérií pro odpovědi na tyto otázky se předpoklad 2 potvrdil.** K tomu, aby byla léčba úspěšná, je často nutné změnit i způsob života. Z grafu č. 19 vyplývá, že ženy znají vliv stravy na astma a byly tedy zodpovědnější při změně stravovacích návyků zodpovědnější než muži, kteří návyky většinou nezměnili. V otázce č. 20 jsem zjišťovala znalost a provozování dechové rehabilitace pro astmatiky. Celkem 43 žen (47 %) z 92 (100 %) uvedlo, že rehabilitaci zná a aktivně provádí. Muži v nadpoloviční většině cvičení znají, ale neprovádí a 4 muži (9 %) ze 43 (100 %) si nemyslí, že by jim rehabilitace mohla pomoci. Z grafu č. 21 vyplývá, že astma omezuje v každodenních aktivitách (výkon povolání, sport) více ženy než muže. Domnívám se, že s těmito skutečnostmi souvisí i výsledky v grafu č. 22, kdy 14 žen (21 %) uvedlo, že se kvůli onemocnění bojí sportovat oproti mužům, kdy si tuto možnost nevybral žádný. Také v otázce č. 23 odpovědělo více žen než mužů, že zaměstnání bylo spouštěčem astmatu. Fakt, že ženy změnilly kvůli svému onemocnění životní styl, svědčí i výsledky z grafu č. 24, kdy více žen než mužů odstranilo překážky, které by mohly astma negativně ovlivnit. Ženy také přijaly astma jako chronické a nevléčitelné onemocnění více, než muži.

Domnívám se, že ženy změnilly svůj životní styl kvůli onemocnění především proto, že jsou u nich častější spouštěče fyzická námaha nebo potíže začaly v souvislosti se zaměstnáním. Fyzická námaha omezuje ženy při sportovních aktivitách, což vede k tomu, že se některé z nich sportovat bojí, aby nedošlo ke vzniku astmatického záchvatu. Z mého výzkumu vyplývá, že ženy upravily stravovací návyky, provádí dechová cvičení a odstranily překážky, které by mohly astma zhoršovat více než muži.

U předpokladu 3 jsem se domnívala, že více než polovina žen a mužů je prostřednictvím svého alergologa/pneumologa dostatečně informováno. K dílčímu cíli se vztahovaly otázky č. 14, 16, 17. **Na základě určených kritérií pro odpovědi na tyto otázky se předpoklad 3 potvrdil.** Více než polovina žen a mužů uvedla, že jim lékař podal dostatečné informace týkající se astmatu a prostřednictvím edukace jim byla podána doporučená režimová opatření. V otázce č. 16 mě překvapilo, že z celkového počtu 109

odpovědí u žen (100 %) bylo pouze 10 označení (9 %) a z celkového počtu 50 odpovědí u mužů 4 odpovědi (8 %) u možnosti „sestra“. V této oblasti se výsledky mého výzkumu podobají výsledkům výzkumu Gabriely Prchalové z roku 2015. Autorka se domnívá, že tyto výsledky jsou dané tím, že v soukromé ambulanci jsou pracovní náplň a kompetence sestry určované lékařem a také fakt, že sestra nemá při množství pacientů a plnění vlastních pracovních povinností dostatek času na edukaci pacienta. (9 str. 68)

Myslím si, že největší zastoupení měla varianta “Lékař“ také proto, že to on pacientovi naordinuje individuální léčbu – preventivní a často i akutní. Sdělí nemocnému, proč zvolil právě taková léčebná opatření, probere s ním případné nežádoucí účinky farmak a upozorní ho na komplikace, které s sebou onemocnění přináší (např. Status asthmaticus) a co v takových situacích dělat. Farmakologická léčba je v terapii astmatu většinou sťažejní a sestra není kompetentní k tomu pacienta v této oblasti edukovat. Z vlastní zkušenosti ale mohu říct, že je role sestry velice důležitá především v oblasti edukace týkající se režimových opatření, dechové rehabilitace či nácviku správné inhalační techniky. Také vyšetření plic, jako je např. spirometrie provádí sestra. *„Edukace nemocných je nikdy nekončící proces, který začíná při stanovení diagnózy astmatu“* (3 str. 160)

„Kvalita života v pozitivním smyslu zahrnuje především psychický stav, tělesnou kondici, duševní schopnosti, sociální vztahy a plnění úloh v každodenním životě“ (16 str. 12) Z mého výzkumu vyplývá, že astma má na kvalitu života jedince negativní vliv. Psychický stav může být jednak spouštěčem, ale také hraje roli při astmatických potížích, kdy člověk, který je dušný, pociťuje úzkost, strach a často i bezmoc. Astmatik se v budoucnu snaží vyhybat situacím, které mohou stav dušnosti vyvolat. Často je nucen omezit vykonávání fyzické aktivity, většinou sportovních zájmů, což může vést i k depresím. Problémy v socioekonomické sféře vyvstanou tehdy, pokud je nutná hospitalizace. Dochází k odloučení od rodiny, přátel, absencím ve škole či v zaměstnání. V případě, že profese byla spouštěcím faktorem onemocnění, je pacient často nucen zaměstnání změnit úplně. Stav dušnosti se objevují i během noci, což vede k nedostatku kvalitního spánku.

Závěrem diskuze bych ráda dodala, že astma je onemocnění, které není vidět a při jehož léčbě nepozorujeme výsledky za pár týdnů, ale často až po měsících nebo i letech. Pacienta je důležité pravidelně edukovat, informovat o novinkách v léčbě onemocnění a motivovat, aby v léčbě nepolevoval.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků mého výzkumu jsem vytvořila edukační brožuru pro pacienty trpící astmatem. Jsou zde uvedeny základní informace o onemocnění – jaké jsou příznaky, jakým způsobem astma diagnostikujeme, léčba, preventivní a režimová opatření a co dělat v případě astmatického záchvatu. Brožura bude po domluvě s lékaři dána do ambulancí, kde bylo prováděno dotazníkové šetření.

ZÁVĚR

V teoretické části této bakalářské práce jsou obsažené informace o astmatu jako takovém, jakým způsobem jej lze diagnostikovat a léčit. Poslední kapitola teoretické části je věnována léčbě onemocnění u zvláštních skupin pacientů, jako jsou např. těhotné ženy, senioři či děti.

Aby byla léčba efektivní, je důležitá správná a dostatečná edukace, jejímž prostřednictvím získá astmatik informace o onemocnění, režimových opatřeních a co dělat, pokud se vyskytnou komplikace. Kontinuálním vzděláváním pacienta zajistíme co nejaktuálnější a nejefektivnější léčbu. Dodržování doporučených opatření a užívání léků podle ordinace lékaře výrazně přispívá ke zlepšení nebo alespoň udržení stávající životní úrovně pacienta trpícího tímto chronickým onemocněním.

Praktická část byla provedena za pomoci kvantitativního šetření prostřednictvím dotazníku rozdaného dospělým astmatikům v alergologických a plicních ambulancích. Na základě získaných výsledků jsem porovнала, jakým způsobem k onemocnění přistupují ženy a muži, a jak astma ovlivňuje kvalitu jejich života.

Aby byla léčba astmatu komplexní, je ze strany zdravotníků důležitá kvalitní edukace, protože pokud má pacient dostatek informací o svém onemocnění, zná důležitost pravidelného užívání naordinovaných léků a dodržování doporučených opatření.

SEZNAM ZDROJŮ

1. **KAŠÁK, Viktor.** *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře.* 2. vydání. Praha : Maxdorf s.r.o, 2013. ISBN 978-80-7345-325-1.
2. **BARNES, Peter.** Asthma and COPD: Basic Mechanisms and Clinical Management. [Online] 2002. [Citace: 17. 2 2017.] Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=BbDwAAAAQBAJ&dq=arshad+asthma&hl=cs&source=gbs_navlinks_s>. ISBN 0080920608.
3. **KAŠÁK, Viktor, POHUNEK, Petr a SEBEROVÁ, Ester.** *Překonejte své astma.* Praha : MAXDORF, 2003. ISBN 80-85912-96-1.
4. **ČEŠKA, Richard, a další.** *Interna.* Praha : TRITON, 2010. ISBN 978-7387-629-6.
5. Globální strategie péče o astma a jeho prevenci. [Online] 2003. [Citace: 7. 2 2017.] Dostupné z: <<http://www.cipa.cz/dokumenty/gipa03.pdf>>. ISBN 80-86396-10-X.
6. **LITZMAN, Jiří, KUKLÍNEK, Pavel a RYBNÍČEK, Ondřej.** *Alergologie a klinická imunologie.* Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-345-7.
7. **CHROBÁK, Ladislav.** *Propedeutika vnitřního lékařství.* Praha : Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 80-247-1309-8.
8. **SUSA, Zdeněk.** *Asthma bronchiale.* Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-441-1.
9. **PRCHALOVÁ, Gabriela.** Úskalí edukace u nemocných s Asthma Bronchiale. Plzeň, 2015, Bakalářská práce, Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. : Vedoucí práce Mgr. Václava Zvardoňová Maříková.
10. **KAŠÁK, Viktor a FEKETOVÁ, Eva.** *Průduškové astma v dospělosti.* Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-197-4.
11. **VYTEJČKOVÁ, Renata, a další.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II.* Praha : GRADA, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.
12. **ŠVEHLOVÁ, Marie a ŠVEHLOVÁ, Eliška.** Plicní rehabilitace a rehabilitační fyzioterapie v domácím prostředí. [Online] 2009. [Citace: 17. 2 2017.] Dostupné z: <http://www.dychani.cz/public/47/81/f4/3623_15974_Brozura_rehabilitace2008.pdf>. ISBN 80-86587-17-8.

13. **DOSTÁL, Pavel.** *Základy umělé plicní ventilace.* Praha : Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-397-8.
14. **ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie.** *Interní ošetrovatelství I.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.
15. **al., FREI Jiří et.** *Akutní stavy pro nelékaře.* Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, Vydavatelství, 2015. ISBN 978-80-261-0498-8.
16. **SALAJKA, František.** *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1303-3.
17. **NOVOTNÁ, Bronislava a NOVÁK, Jiří.** *Alergie a astma: v těhotenství, prevence v dětství.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4390-5.
18. **RŮŽIČKOVÁ - KIRCHNEROVÁ, Olga a TEŘL, Milan.** *Diagnostika a léčba plicních nemocí v těhotenství.* Semily : Nakladatelství GEUM, s.r.o, 2012. ISBN 978-80-86256-96-2.
19. **HAJDUKOVÁ, Zdeňka a BRHEL, Petr.** *Profesní astma. Česká iniciativa pro astma.* [Online] [Citace: 7. 2 2017.] <http://www.cipa.cz/profesni-astma>. ISSN 1802-5595.
20. **PARÁKOVÁ, Zdeňka.** *Česká iniciativa pro astma.* [Online] [Citace: 7. 2 2017.] Dostupné z: <http://www.cipa.cz/operace-u-astmatiku>. ISSN 1802-5595.
21. **VÁVROVÁ, Helena.** *Nová doporučení v diagnostice a léčbě astmatu v dětském věku. Pediatrie pro praxi.* [Online] 22. 2 2014. [Citace: 7. 2 2017.] Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/>.
22. **NOVOTNÁ, Bronislava.** *Česká iniciativa pro astma. ČIPA.* [Online] 2007 - 2006. [Citace: 1. 2 2017.] Dostupné z: <http://www.cipa.cz/astma-ve-stari>. ISSN 1802-5595.
23. **TEŘL, Milan.** *Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu.* Semily : GEUM, s.r.o, 2015. ISBN 978-80-87969-08-3.
24. **PERSYOVÁ, Tereza.** *Životní styl pacientů s Asthma Bronchiale.* Plzeň, 2015, Bakalářská práce, Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. : Vedoucí práce Mgr. Zuzana Šafránková.

25. **FIŠEROVÁ, Jarmila, CHLUMSKÝ, Jan a SATINSKÁ, Jana.** *Funkční vyšetření plic.* Praha : GEUM PRAHA, s.r.o, 2004. ISBN 80-8625638-3.

SEZNAM ZKRATEK

BAI.....	dechem aktivovaný aerosolový dávkovač
BKM	bílkoviny kravského mléka
DPI.....	inhalační systém pro práškovou formu léku
FeNO.....	koncentrace oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu
GINA	Globální iniciativa pro astma
CHOPN.....	chronická obstrukční plicní nemoc
IgE.....	imunoglobulin E
IKS	inhalační kortikosteroidy
LABA.....	inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem
LAMA.....	inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem
MDI	aerosolový dávkovač
RABA	inhalační beta-2 agonisté s rychlým nástupem účinku
SABA.....	inhalační beta-2 agonisté s krátkodobým účinkem
SAIT.....	specifická alergenová imunoterapie
SAMA	inhalační anticholinergika s krátkodobým účinkem
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů.....	34
Graf 2: Pohlaví respondentů.....	35
Graf 3: Bydliště respondentů.....	36
Graf 4: Alergie.....	37
Graf 5: Vyhýbání se spouštěčům alergie.....	38
Graf 6: Atopický ekzém.....	39
Graf 7: Kouření.....	40
Graf 8: V kolika letech byla zahájena léčba.....	41
Graf 9: Četnost astmatických potíží.....	42
Graf 10: Nejčastější spouštěč astmatického záchvatu.....	43
Graf 11: Pomoc ZZS.....	44
Graf 12: Stres.....	45
Graf 13: Pravidelnost návštěv alergologa/plicního lékaře.....	46
Graf 14: Informace o onemocnění.....	47
Graf 15: Užívání léků.....	48
Graf 16: Zdroj informací o astmatu.....	49
Graf 17: Edukace v doporučených režimových opatřeních.....	50
Graf 18: Inhalátor.....	51
Graf 19: Stravovací návyky.....	52
Graf 20: Dechová cvičení.....	53
Graf 21: Každodenní aktivity.....	54
Graf 22: Sport.....	55
Graf 23: Zaměstnání.....	56
Graf 24: Překážky zhoršující onemocnění.....	57
Graf 25: Postoj k onemocnění.....	58
Graf 26: Kontrola astmatu.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Informovaný souhlas – MUDr. Yvona Zemanová
- Příloha č. 2: Informovaný souhlas – MUDr. Zdeňka Müllerová
- Příloha č. 3: Informovaný souhlas – MUDr. Vladimír Makrlík
- Příloha č. 4: Informovaný souhlas – MUDr. Tamara Salcmanová
- Příloha č. 5: Informovaný souhlas – MUDr. Valérie Balínová
- Příloha č. 6: Dotazník
- Příloha č. 7: Brožura

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale

STUDENT

Jméno a příjmení: Ivana Fialová

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ročník: Třetí

Akademický rok: 2016/2017

e-mail: FIALOVA.13@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno a příjmení: Mgr. Václava Zvaradoňová Maříková

e-mail: MARIKOVA@fnplzen.cz

Cíl bakalářské práce: Zhodnotit kvalitu života nemocných s astmatem

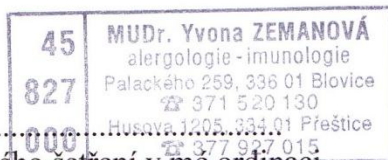
Termín šetření: Prosinec 2016 – Únor 2017

Pracoviště, kde bude prováděno šetření:

Alergologická ambulance MUDr. Yvony Zemanové

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s provedením výzkumného šetření v mé ordinaci.



Podpis lékaře: Místo a datum: Blovice, 1.11.2016

Podpis studenta: Místo a datum: Blovice, 1.11.2016

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale

STUDENT

Jméno a příjmení: Ivana Fialová

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií ZČU

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ročník: Třetí

Akademický rok: 2016/2017

e-mail: FIALOVA.13@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno a příjmení: Mgr. Václava Zvarďonová Maříková

e-mail: MARIKOVA@fnplzen.cz

Cíl bakalářské práce: Zhodnotit kvalitu života nemocných s astmatem

Termín šetření: Prosinec 2016 – Únor 2017

Pracoviště, kde bude prováděno šetření:

Plicní ambulance MUDr. Zdeňky Müllerové

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s provedením výzkumného šetření v mé ordinaci.



Podpis lékaře:.....Místo a datum: Blovice, 1.11.2016

Podpis studenta:.....Místo a datum: Blovice, 1.11.2016

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale

STUDENT

Jméno a příjmení: Ivana Fialová

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ročník: Třetí

Akademický rok: 2016/2017

e-mail: FIALOVA.13@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno a příjmení: Mgr. Václava Zvaradoňová Maříková

e-mail: MARIKOVA@fnplzen.cz

Cíl bakalářské práce: Zhodnotit kvalitu života nemocných s astmatem

Termín šetření: Prosinec 2016 – Únor 2017

Pracoviště, kde bude prováděno šetření:

Plicní ambulance MUDr. Vladimíra Makrlíka

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s provedením výzkumného šetření v mé ordinaci.

Podpis lékaře: Místo a datum: Plzeň, 1.11.2016



Podpis studenta: *Ivana Fialová* Místo a datum: Plzeň, 1.11.2016

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale

STUDENT

Jméno a příjmení: Ivana Fialová

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ročník: Třetí

Akademický rok: 2016/2017

e-mail: FIALOVA.13@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno a příjmení: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

e-mail: MARIKOVA@fnplzen.cz

Cíl bakalářské práce: Zhodnotit kvalitu života nemocných s astmatem

Termín šetření: Prosinec 2016 – Únor 2017

Pracoviště, kde bude prováděno šetření:

Plicní ambulance MUDr. Tamary Salcmanové

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s provedením výzkumného šetření v mé ordinaci.

Podpis lékaře:.....

Tamara Salcmanová



Místo a datum: Plzeň, 1.11.2016

Podpis studenta:.....

Ivona Fialová

Místo a datum: Plzeň, 1.11.2016

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale

STUDENT

Jméno a příjmení: Ivana Fialová

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií ZČU
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ročník: Třetí

Akademický rok: 2016/2017

e-mail: FIALOVA.13@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno a příjmení: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

e-mail: MARIKOVA@fnplzen.cz

Cíl bakalářské práce: Zhodnotit kvalitu života nemocných s astmatem

Termín šetření: Prosinec 2016 – Únor 2017

Pracoviště, kde bude prováděno šetření:

Alergologická ambulance MUDr. Valerie Balínové

SOUHLAS S VÝZKUMEM



Já
souhlasím s provedením výzkumného šetření v mé ordinaci.

Podpis lékaře:*Balínová*.....Místo a datum: Plzeň, 1.11.2016

Podpis studenta:*Fialová Ivana*.....Místo a datum: Plzeň, 1.11.2016

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Fialová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia programu Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií ZČU v Plzni. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma bronchiale. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- 18-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 60 a více

2. Pohlaví

- Muž
- Žena

3. V jakém místě žijete?

- Město nad 100 000 obyvatel
- Město 50 000 – 100 000 obyvatel
- Město 10 000 – 50 000 obyvatel
- Město do 10 000 obyvatel
- Vesnice

4. Trpíte alergií?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděl/a ANO, odpovězte dále prosím na otázku číslo 5.

5. Vyhýbáte se spouštěčům Vaší alergie?

- Ano, snažím se spouštěčům vyhýbat
- Ne, nevím, jak se spouštěčům vyhýbat

6. Trpíte atopickým ekzémem?

- Ano
- Ne

7. Kouříte?

- Ano, i přes své onemocnění
- Kouřil jsem dříve, nyní již nekouřím
- Příležitostně
- Ne, ale pohybuji se v zakouřeném prostředí
- Přestal/a jsem kouřit po diagnostice onemocnění
- Ne

8. V kolika letech jste se začal/a léčit s astmatem?

- Do 5 let
- 5-10 let
- 11-20 let
- 21- 30 let
- 31- 40 let
- 41- 50 let
- 51- 60 let
- 60 a více

9. Jak často máte astmatické potíže?

- Minimálně 1x týdně
- Více jak 2x týdně
- Několikrát za měsíc

10. Co u Vás nejčastěji vyvolává astmatický záchvat?

- Alergeny
- Nachlazení
- Fyzická námaha
- Psychický stav
- Prostředí
- Léky
- Záchvat ještě nebyl

11. Vyžadoval Váš astmatický záchvat pomoc zdravotnické záchranné služby?

- Ano
- Ne

12. Stres je faktor, který na astma hodně působí. Snažíte se stresu vyhnout?

- ano, snažím se
- nemyslím si, že stres na astma působí, proto jej neřeším

13. Navštěvujete pravidelně svého alergologa/plicního lékaře?

- Ano
- Ne
- Pouze při potížích

14. Podal Vám lékař dostatečné informace o Vašem onemocnění?

- Ano
- Ne

15. Užíváte léky pravidelně podle ordinace lékaře?

- Ano, vždy
- Ano, ale občas zapomenu
- Pokud nemám potíže, léky neužívám

16. Kdo nebo co bylo pro Vás největší zdroj informací o Astmatu?

- Lékař
- Sestra
- Informační leták
- Internet
- Známý trpící tímto onemocněním
- Jiné...

17. Byla Vám prostřednictvím edukace doporučena režimová opatření (úprava domácího prostředí, vyhýbat se alergenům a kouření, aj)?

- Ano
- Ne
- Částečně

18. Máte u sebe inhalátor pro případ astmatického záchvatu?

- Ano, vždy
- Většinou ano
- Většinou ne

19. Upravil/a jste svoje stravovací návyky vzhledem ke svému onemocnění?

- Ano
- Ano, snažím se je dodržovat
- Ne
- Ne, ve změně stravy nevidím žádný význam

20. Znáte dechová cvičení určená pro pacienty s Astmatem?

- Ano, znám, ale neprovádím je
- Ano, znám je a provádím je
- Ne, neznám, ale ráda bych je zkusil/a
- Ne, neznám a nemyslím si, že mi pomohou

21. Omezuje Vás onemocnění v každodenních aktivitách? (Např. při výkonu povolání, ve sportu)

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

22. Provozujete sport i vzhledem ke svému onemocnění?

- Ano, intenzivně
- Ano, pouze rekreačně
- Kvůli onemocnění se sportovat bojím
- Ne, nikdy před tím jsem nesportoval/a

23. Bylo zaměstnání spouštěčem Vašeho onemocnění?

- Ano, v té době mé potíže začaly
- Ne, astma jsem měl/a již před tím
- Nevím

24. Odstranila jste všechny překážky (např. koberce, zvíře v domácnosti aj...), které by mohly zhoršit Vaše onemocnění?

- Ano
- Ne
- částečně

25. Přijal/a jste své onemocnění jako celoživotní diagnózu?

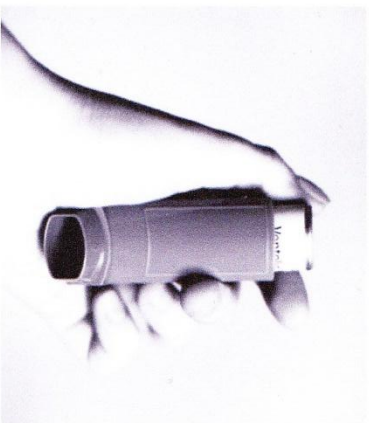
- Ano
- ne

26. Jak byste hodnotil/a kontrolu svého astmatu?

- Úplná kontrola
- Dobrá kontrola
- Částečná kontrola
- Špatná kontrola
- Žádná kontrola

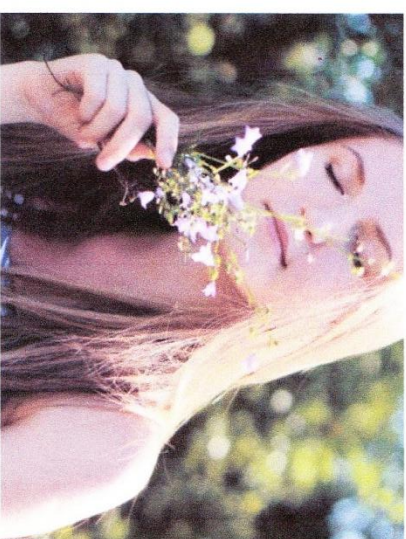
ASTHMA

BRONCHIALE



Úvod

Astma je jedním z nejčastějších chronických zánětlivých onemocnění dýchacích cest, které postihuje osoby po celém světě, nezávisle na věku a pohlaví. Nemoc nelze zcela vyléčit, ale za pomoci moderní léčby ji lze dobře držet pod kontrolou. Nezáleží jen na léčbě, ale také na přístupu pacienta a ochotě dodržovat režimová opatření, případně změnit životní styl.



PROJEVY A PŘÍZNAKY

Mezi nejčastější projevy řadíme pískoty, dušnost, suchý kašel a pocit tíže na hrudníku a jsou zcela individuální. Dušnost je způsobena nedostatečnou průchodností dýchacích cest, kdy dojde ke stažení svaloviny průdušek a produkci hlenu. Objevuje se často při fyzické zátěži, v noci nebo i v klidu.

RIZIKOVÉ A VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY

Mezi nejčastější rizikové faktory řadíme alergenů. V domácnosti jsou nejběžnějšími alergeny roztoči, domácí zvířata a plísně. Venku jsou to pylly. Dále sem řadíme kouření – a to jak matky v těhotenství, tak později aktivní či pasivní. Není výjimkou, že astma vyvolávají i léky, jako např. aspirin nebo dráždivé látky, jako jsou např. parfémů nebo laků.

ÚVOD

PROJEVY A PŘÍZNAKY

RIZIKOVÉ A VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY

PREVENCE

DIAGNOSTIKA

LÉČBA

ASTMATICKÝ ZÁCHVAT





PREVENCE

Někdy onemocnění bohužel ovlivnit nedokážeme – je dědičné. Těhotným ženám je doporučováno, aby se vyvarovaly kontaktu s alergeny a kouření. Pokud astma již propuklo, lékař naordinuje vhodnou léčbu a podá Vám informace o tom, jak upravit životní prostředí atd. Také Vám sdělí, co dělat v případě astmatického záchvatu.

DIAGNOSTIKA

Lékař vychází nejprve z Vašich osobních údajů a popisu potíží. Zjišťuje informace o výskytu alergií u Vás i v rodině, užívaných lécích, zaměstnání apod. a také o tom, v jakých souvislostech se u Vás objevují potíže. Provede jednoduché spirometrické vyšetření (vyšetření objemu vzduchu v dýchacích cestách a rychlosti výdechu), případně tzv. bronchoprovokační test.



LÉČBA

Léčba je směřována k ovlivnění chronického zánětu a minimalizaci astmatických potíží. Nejčastěji volíme tzv. inhalační antiastmatika, kdy je účinná látka vpravována při vdechu přímo do plic. Účinkuje rychleji, než klasický způsob podání léku ústy a má minimální vliv na ostatní orgánové systémy. Lékař nebo sestra vysvětlí pacientovi správnou inhalační techniku. Do léčby řadíme taky omezení kontaktu se spouštěčem astmatu.

Doporučuje se úprava prostředí, často i jídelníčku. Vhodný je přiměřený aktivní pohyb nebo nácvik dechové rehabilitace.

ASTMATICKÝ ZÁCHVAT

Dochází k němu, pokud se rozšíří trvale přítomný zánět v dýchacích cestách – průdušky se stáhnou, oteče sliznice a zhorší se výdech. Pacient trpí křidovou dušností a suchým neutuchajícím kašlem. Stav odezní po podání úlevových antiastmatik. Pokud potíže přetrvávají a nereagují na akutní léčbu, je nutné vyhledat lékařskou pomoc.

Autor: Ivana Fialová
Výstup z bakalářské práce Kvalita života pacienta s diagnózou Asthma Bronchiale
Rok: 2017
Fotografie: Kateřina Fialová
www.facebook.com/keityf.fotografie