ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020 **Jana Petříková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jana Petříková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ASTMA BRONCHIALE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Jana PETŘÍKOVÁ**
Osobní číslo:	**Z17B0055P**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Psychosociální problematika pacientů s astma bronchiale**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- ADLER, Iva. Onemocnění cest dýchacích může mít psychické pozadí. Psychologie dnes, 2010, roč. 16, č. 6, s. 34-36. ISSN 1212-9607.
- KRYNSKÁ, Jana. Význam psychosociálních faktorů při hodnocení tíže bronchiálního astmatu a pro účelnou farmakoterapii. Revizní a posudkové lékařství. 2017, roč. 20, č. 3-4, s. 100-103. ISSN 1214-3170.
- NALINA, N a CHANDRA, M r. Sathish. Assessment of quality of life in bronchial asthma patients. International Journal of Medicine. 2015, vol. 5, no. 1, s. 93-97. ISSN 2230-8598
- TEŘL, Milan et al. Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu. 1. vyd. [Semily]: Geum, 2015. 63 s. ISBN 978-80-87969-08-3. Dostupné také na: https://www.csaki.cz/dokumenty/DP_diagnostiky_a_lecby_astmatu_2015.pdf
- SZROMKOVÁ, Marie. Kvalita života s astmatem bronchiale. Zdravotnictví a medicína. Sestra. 2015, č. 9, s. 31. ISSN 2336-2987.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lenka Kroupová**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**

L.S.

PhDr. Lukáš Štich
děkan

PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

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

V Plzni dne 22. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Jana Petříková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychosociální problematika pacientů s astma bronchiale

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 33

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: astma bronchiale, psychosociální problematika, kvalita života

Souhrn:

Bakalářská práce s názvem Psychosociální problematika pacientů s astma bronchiale se zabývá problematikou stále narůstajícího onemocnění astma bronchiale. Zaměřuje se na vliv této nemoci na pacienta, na jeho psychickou pohodu, a na to, jakým způsobem mu astma ovlivňuje sociální život. Praktická část je provedena kvalitativní formou, jako metodu jsem zvolila kazuistiku a dva polostrukturované rozhovory. Cílem této práce je zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale.

Abstract

Surname and name: Jana Petříková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Psychosocial problems of patiens with bronchial asthma

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 33

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 30

Keywords: asthma bronchiale, psychosocial issues, the quality of life

Summary:

Bachelor thesis called "Psychosocial problems of pacients with bronchial asthma" is dealing with the issue of still growing bronchial asthma disease. Thesis is focused on effect of this disease on the patient, on the psychological well-being and how bronchial asthma affects social life. The analytical part is done in qualitative form and consists of one case study and two semi-structured interviews. The purpose of this thesis is to chart the mental state and social life of patients with bronchial asthma.

Předmluva

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku astma bronchiale. V dnešní době, kdy se setkáváme s pacienty, kteří trpí tímto onemocněním stále častěji, je velmi důležité vědět, co tato nemoc obnáší. Pacienti trpí nejen fyzicky, ale také psychicky a trpí i jejich společenský život. Kvalita jejich života se zhoršuje a my bychom měli vědět, jak jim pomoci. Těmto lidem můžeme pomoci hlavně po stránce psychické, a to tím, že jim vysvětlíme podstatu nemoci, budeme je edukovat ve správné technice používání inhalačních léků, o režimových opatřeních, která je nutné dodržovat, pracovat se strachy a úzkostmi, kterými mohou pacienti trpět a pomoci jim adaptovat se na nemoc.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a času věnovanému konzultacím. Dále děkuji respondentkám za jejich ochotu poskytnout rozhovor. Děkuji také rodině a blízkým za jejich podporu během psaní bakalářské práce i celého studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ 13
SEZNAM TABULEK 14
SEZNAM ZKRATEK 15
ÚVOD 16
TEORETICKÁ ČÁST 18
1 ASTMA BRONCHIALE 18
1.1 Definice astmatu 18
1.2 Anatomie a fyziologie dýchacích cest 18
1.3 Etiologie astmatu 19
1.4 Projevy, příznaky astmatu 20
1.4.1 Akutní exacerbace 20
1.5 Rizikové a vyvolávající faktory astmatu 21
1.5.1 Faktory hostitele 21
1.5.2 Faktory prostředí modifikující vnímavost 21
1.5.3 Faktory prostředí vyvolávající exacerbaci 21
1.6 Prevence astmatu 22
1.6.1 Primární prevence astmatu 22
1.6.2 Sekundární prevence astmatu 22
1.6.3 Terciární prevence-režimová opatření 22
1.7 Základní rozdělení astmatu 22
1.7.1 Alergické a nealergické astma 23
2 DIAGNOSTIKA ASTMATU 25
2.1 Anamnéza 25
2.2 Fyzikální vyšetření 25
2.3 Vyšetření plicních funkcí 26
2.3.1 Spirometrie 26
2.3.2 Bronchomotorické testy 26
2.4 Další vyšetřovací postupy 27
3 LÉČBA ASTMATU 28
3.1 Inhalační léky 28
3.2 Léky užívané pro léčbu astmatu 29
3.3 Léčba exacerbace 30
3.4 Edukace 30
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ASTMATEM 31
5 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ASTMATEM 35

5.1 Kvalita života ... 35
5.2 Sociální a psychologická problematika ... 36
5.2.1 Úzkost u pacienta s atmatem ... 38
PRAKTICKÁ ČÁST ... 39
6 FORMULACE PROBLÉMU ... 39
7 CÍL VÝZKUMU ... 40
7.1 Hlavní cíl ... 40
7.2 Dílčí cíle ... 40
8 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY ... 41
9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU ... 42
10 METODIKA PRÁCE ... 43
11 ORGANIZACE VÝZKUMU ... 44
12 KAZUISTIKA- RESPONDENTKA Č. 1 ... 45
12.1 Anamnéza ... 45
12.1.1 Osobní anamnéza ... 45
12.1.2 Rodinná anamnéza ... 45
12.1.3 Gynekologická anamnéza ... 45
12.1.4 Alergická anamnéza ... 45
12.1.5 Farmakologická anamnéza ... 45
12.1.6 Pracovní anamnéza ... 45
12.1.7 Sociální anamnéza ... 45
12.2 Souhrn lékařských diagnóz ... 45
12.3 Fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou ... 46
12.3.1 Celkový vzhled, úprava zevnějšku a hygiena ... 46
12.3.2 Vědomí ... 46
12.3.3 Dutina ústní a nos ... 46
12.3.4 Zuby ... 46
12.3.5 Sluch ... 46
12.3.6 Zrak ... 46
12.3.7 Chůze ... 46
12.3.8 Motorika ... 46
12.3.9 Řeč ... 46
12.3.10 Svalová tuhost/pevnost ... 46
12.3.11 Kůže ... 46
12.3.12 Dýchání ... 46
12.3.13 Krevní tlak ... 46
12.3.14 Puls ... 47

12.3.15 Tělesná teplota 47
12.3.16 Saturace O_2 47
12.3.17 Hmotnost 47
12.3.18 Výška 47
12.3.19 BMI 47
12.3.20 Dieta 47
12.3.21 Vylučování 47
12.3.22 Kanyly, katetry, drény atd. 47
12.4 Objektivní pozorování sestrou 47
12.4.1 Bolest-metoda Numeric Rating Scale 47
12.4.2 Vědomí-Glasgow Coma Scale 47
12.4.3 Sebepéče, závislost na péči- Barthelův test základních všedních činností 48
12.4.4 Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání 48
12.5 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Virgine Henderson 49
12.5.1 Dýchání 49
12.5.2 Příjem potravy a tekutin 49
12.5.3 Vyprazdňování 49
12.5.4 Pohyb a udržování vhodné polohy 49
12.5.5 Spánek a odpočinek 49
12.5.6 Oděv, oblékání a svlékání 50
12.5.7 Tělesná teplota 50
12.5.8 Udržování upravenosti a čistoty těla 50
12.5.9 Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování poškození sebe a druhých 50
12.5.10 Komunikace s ostatními osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů 50
12.5.11 Vyznání vlastní víry 50
12.5.12 Smysluplná práce 50
12.5.13 Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace 50
12.5.14 Učení, objevování nového, zvídavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení 50
12.6 Ošetřovatelské diagnózy 51
12.6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy 51
12.6.2 Rizikové ošetřovatelské diagnózy 51
12.7 Plán ošetřovatelské péče 51
12.7.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy 51
12.7.2 Rizikové ošetřovatelské diagnózy 53
12.8 Edukační plán 55

12.9 Rozhovor- respondentka č. 1 ... 56
12.9.1 Anamnéza ... 56
12.9.2 Přepis rozhovoru ... 56
12.9.3 Shrnutí ... 60
12.10 Rozhovor- respondentka č. 2 ... 62
12.10.1 Anamnéza ... 62
12.10.2 Přepis rozhovoru ... 62
12.10.3 Shrnutí ... 66
13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ... 69
13.1 Rozbor a srovnávání rozhovorů ... 69
13.1.1 Pocity ... 69
13.1.2 Aktivity ... 70
13.1.3 Rodinný život ... 70
13.1.4 Režimová opatření ... 71
13.1.5 Terapie ... 71
13.1.6 Inhalační léčba ... 71
13.1.7 Postup použití inhalačních léků ... 71
DISKUZE ... 76
ZÁVĚR ... 81
SEZNAM LITERATURY ... 83
SEZNAM PŘÍLOH ... 86
PŘÍLOHY ... 87
Příloha A – Klasifikace dle Madona ... 87
Příloha B – Beckův inventář úzkosti ... 88
Příloha C – Informovaný souhlas ... 90
Příloha D- Informační leták ... 93
Příloha E – Rešerše ... 95

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1- Kódování rozhovorů ……..72

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1- Edukační plán……..54
- Tabulka 2- Klasifikace dle Madona
- Tabulka 3- Beckův inventář úzkosti

SEZNAM ZKRATEK

ACP..... Acylpyrin

CRP..... C-reaktivní protein

FEV 1..... Časová vitální kapacita plic vydechnutá v první vteřině

GINA ..... Globální iniciativa pro astma

IgE..... Imunoglobulin E

IKS ..... Inhalační kortikosteroidy

LABA..... Dlouhodobě působící beta2-agonisté

ORL ..... Otorhinolaryngologie, oční-ušní-krční

PEF..... Peak expiratory flow

PŽK..... Periferní žilní katétr

RABA ..... Beta2-aginosté s rychlým nástupem účinku

VC..... Vitální kapacita plic

ÚVOD

Onemocněním astma bronchiale trpí stále více a více lidí. Napomáhá tomu dnešní styl života a také rozvinutý průmysl a nezdravý životní styl. Pacientů přibývá a můžeme se s nimi setkat téměř kdekoliv. Astma může postihnout lidi v každé věkové skupině a nezáleží ani na pohlaví. Nejčastěji se astma začne projevovat již v dětském věku. Onemocnění s sebou nese spousty omezení, které je nutno dodržovat a právě to nejspíš vede k psychickým potížím pacientů. Není dnes výjimkou, že pacientův psychický stav může být spouštěčem astmatu.

Dříve nebyla léčba astmatu na takové úrovni jako dnes a tak bylo možné i to, že pacienti na dnes snadno zvládnutelný astmatický záchvat umírali. Při včasné diagnostice, správném nastavení léčby a hlavně pacientovým dodržováním nastavené léčby, je astma dobře léčitelné a pacienti uvádějí minimální projevy a příznaky. Nejdůležitější fází celého léčebného procesu je správná a dostatečná edukace pacienta a jeho rodiny, je velmi důležité, aby nemoci rozuměl a aby uměl na její projevy správně a včas reagovat. Pacient je důležitou součástí léčebného týmu a úspěch nebo neúspěch léčby v podstatě závisí na něm. Je potřeba, aby rozuměl svému onemocnění, znal příčiny jeho vzniku, projevy a příznaky a aby dokázal sám reagovat na zhoršení svého stavu.

Vinou nemoci trpí nejen pacient, ale i jeho rodina, popřípadě partner. Je velmi důležité, aby mu rodina byla v těžkých chvílích oporou a aby i ona dokázala na projevy nemoci reagovat. Zvláště v začátcích nemoci a při zahájení léčby je přítomnost a podpora rodiny důležitá a zásadní. Měla by pacienta podporovat, když si zvyká na svou diagnózu, na nový režim, na léčbu a spoustu omezení, která s nemocí přicházejí. Pro pacienta je dodržování léčebného režimu velmi náročné jak fyzicky, tak psychicky, a je důležité, aby věděl, že není sám a že se má na koho spolehnout. Vědět, že má svou nemoc pod kontrolou, že dokáže reagovat na astmatický záchvat a že má k dispozici potřebné léky, je zásadní věc, která ovlivní pacientův psychický stav.

První kapitola teoretické části bakalářské práce popisuje astma, jeho příčinu, příznaky, projevy, rizikové faktory, preventivní opatření, které je vhodné dodržovat a základní rozdělení astmatu. Druhá kapitola se zabývá diagnostikou astmatu. Třetí kapitola informuje o způsobech a možnostech léčby. Čtvrtá kapitola se zabývá ošetřovatelským

procesem u pacienta s astma bronchiale. Pátá a poslední kapitola se zabývá psychosociální problematikou pacientů a tomu, jak astma bronchiale ovlivňuje kvalitu života.

Praktická část bakalářské práce je vedena kvalitativní formou. Je v ní uvedena kazuistika jedné pacientky a rozhovory dvou pacientek trpících astmatem bronchiale.

Cílem bakalářské práce je zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale.

Téma bylo zvoleno proto, že velká část lidí v mém okolí trpí tímto onemocněním a jsem s nimi denně v kontaktu. Myslet nejen na fyzické potíže, ale i na ty psychické, je podle mě velmi důležité a proto se tomuto tématu bakalářská práce věnuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ASTMA BRONCHIALE

Astma bronchiale (dále jen astma) je nevyléčitelné onemocnění dýchacích cest, které postihuje velkou část celé populace. Při jeho vzniku nehrají roli věk, ani pohlaví. Astma představuje nejčastější chronickou nemoc dětského věku. Právě v dětském věku se astma nejčastěji rozvine, může ale propuknout v každém věku. Odhaduje se, že celosvětově astmatem trpí 300 milionů osob a v dalších letech bude toto číslo jen stoupat. (Kašák 2018, s. 11; Krčmová, Novosad 2010, s. 196)

Onemocnění charakterizují dechové obtíže a jejich intenzita i projevy se různí podle toho, v jakém stadiu nemoci se pacient nachází a také podle jeho subjektivního vnímání. Astma je chronické onemocnění snižující kvalitu pacientova života. (Neumannová a kol. 2018, s. 47)

Nemoc je chápána jako dlouhodobě probíhající, a to i v době, kdy je pacient bez obtíží a funkčních změn. (Kašák 2018, s. 15)

1.1 Definice astmatu

Definice dle Globální iniciativy pro astma (GINA) z roku 2018:

„Asthma bronchiale je heterogenní onemocnění, obvykle charakterizované chronickým zánětem dýchacích cest. Je definováno anamnézou respiračních příznaků, jako jsou pískoty, dušnost, tíže na hrudi a kašel, které jsou variabilní v čase a intenzitě, společně s variabilní expirační obstrukcí.“ (Kašák 2018, s. 16)

1.2 Anatomie a fyziologie dýchacích cest

Dýchací cesty se dělí na horní a dolní. Mezi horní dýchací cesty řadíme dutinu nosní, ústní a nosohltan. V těchto částech dýchacích cest dochází k čištění, zvlhčování a oteplení vdechovaného vzduchu. Nečistoty z vdechovaného vzduchu jsou zachyceny hlenem, který produkuje sliznice nosu, nečistoty jsou poté pomocí řasinkového epitelu posouvány ven z těla. Tento hlen produkuje i sliznice průdušek a průdušinek a taktéž se zde nachází řasinkový epitel, který nečistoty posouvá směrem ven.

Mezi dolní cesty dýchací řadíme hrtan, průdušnici, průdušky, průdušinky a plíce. Průdušnice vede vzduch do a z plic a v místě pátého hrudního obratle se dělí na pravou a levou průdušku. Tyto průdušky se dělí na průdušinky, které jsou zakončeny plicními sklípky v plicích. V plicních sklípcích probíhá výměna dýchacích plynů, kyslíku a oxidu uhličitého.

Do plic je přiváděna krev plicní tepnou, která se k plicním sklípkům dostane větvením na kapiláry. Plicní žilou je okysličená krev sbírána pomocí žilního řečiště do plicní žíly, která krev vede až do levé srdeční síně.

Plíce jsou párový orgán, který se nachází v dutině hrudní. Rozsah plic v hrudní dutině je od prvního žebra k bránici. Mezi plícemi se nachází mezihrudí, ve kterém je uloženo srdce. Každá plíce se dělí na laloky, přičemž prává plíce má laloky tři a levá dva. Další dělení plic je na segmenty a lalůčky. Na povrchu plic se nachází blána poplicnice, která přechází v pohrudnici na vnitřní straně hrudníku. Mezi těmito blanami se nachází štěrbina s pod tlakem.

Dýchací systém zajišťuje vnější a vnitřní dýchání. Vnější dýchání znamená výměnu kyslíku a oxidu uhličitého mezi zevním prostředím a krví v plicních sklípcích. Vnitřní dýchání je výměna kyslíku a oxidu uhličitého mezi krví a jednotlivými buňkami.

Zevní dýchání se skládá ze dvou fází, které jsou aktivní nádech a pasivní výdech. Dýchání se uskutečňuje díky dýchacím svalům. Hlavní dýchací sval je bránice, mezi ostatní dýchací svaly patří svaly mezižeberní, svaly hrudníku atd. (Burda, Šolcová 2016, s. 58, 59, 60)

1.3 Etiologie astmatu

Etiologie není přesně známá, avšak na vzniku astmatu se podílí několik faktorů. Dva nejdůležitější faktory jsou dědičné predispozice a negativní vliv zevního prostředí. (Kašák 2015, s. 278)

Nejzávažnějším genetickým faktorem je atopie, která je definována abnormálně zvýšenou tvorbou IgE protilátek a je odpovědí na alergeny, které jsou obsaženy v zevním prostředí. Na etiopatogenezi se podílejí imunologické mechanismy, ale také autonomní nervový systém. Kromě zánětu dýchacích cest se na vzniku a rozvoji onemocnění podílí také bronchiální hyperreaktivita, což je sklon k bronchiální obstrukci, která vzniká v důsledku působení endogenních a exogenních podnětů. Bronchokonstrikce je jednou z příčin

obstrukce dýchacích cest, další příčinou může být například edém bronchiální stěny, produkce nadměrného množství vazkého hlenu nebo vytvoření hlenové zátky a přestavba bronchiální stěny. (Neumannová a kol. 2018, s. 50, 51)

Na vzniku a rozvoji onemocnění se podílí hlavně zánět dýchacích cest, bronchiální hyperreaktivita a intermitentní obstrukce dýchacích cest. Přetrvávající zánět dýchacích cest je u astmatu přítomen vždy, bez ohledu na příčinu onemocnění. Z uvedeného důvodu jsou protizánětlivé léky hlavní kontrolující léčbou astmatu. Hlavní buněčné typy, které se podílejí na zánětu dýchacích cest, jsou buňky přirozené imunity (vrozené, nespecifické) a buňky adaptivní imunity (získané, specifické). Neinfekční zánět způsobující astma vzniká působením rostoucí industrializace, znečištěním ovzduší, zvýšeným užíváním chemikálií a změnou životního stylu. (Kašák 2015, s. 278; Kašák 2018, s. 24, 29, 32)

Pro snížení výskytu astmatu by bylo velmi přínosné omezení tabákového kouře, který škodí jak aktivním, tak i pasivním kuřákům. Tento kouř totiž vyvolává na sliznici průdušek zánětlivou reakci a může dojít až k rezistenci na kortikosteroidy, které se užívají jako protizánětlivá antiastmatika. Bohužel, i přes edukaci pacientů s astmatem, pacienti po zjištění své diagnózy nepřestanou kouřit, někteří dokonce začnou kouřit i po stanovení diagnózy astma bronchiale. (Zelenková 2009, s. 40; Kašák 2015, s. 278)

1.4 Projevy, příznaky astmatu

Nejčastějšími projevy jsou dechový diskomfort a kašel. Stavy dušnosti, pískoty na hrudi, pocit sevření hrudi a kašel jsou typickými příznaky pro astma. Stupeň dušnosti lze ovlivnit aktivitou, působením alergenů a správným a pravidelným užíváním léků. Kašel u lidí s astmatem je neproduktivní a dráždivý. Klinický obraz lidí trpících astmatem mohou doplňovat alergická rýma a atopická dermatitida. (Neumannová a kol. 2018, s. 54; Salajka, Sedlák 2019, s. 3)

1.4.1 Akutní exacerbace

Při exacerbaci (dříve označováno jako astmatický záchvat) dochází k postupně se zhoršující dušnosti (objevuje se i klidová dušnost), kašli, pískotům při poslechu, hvízdavému dýchání, zkrácenému dechu a dechové tísni. K exacerbaci může dojít nejen alergenními podněty, ale i nespecifickými podněty, mezi které se řadí např. respirační infekce, tělesná námaha, hyperventilace, změny počasí, emoční vypětí atd. Když se exacerbace neléčí nebo je léčena nevhodně, může dojít až ke smrti pacienta. Mimo exacerbace ovšem

nemocný nemusí mít žádné příznaky. (Neumannová a kol. 2018, s. 54, 56; Salajka, Sedlák 2019, s. 3; Krčmová, Novosad 2010, s. 196)

Příznaky způsobují omezení aktivit, kterým se pacient rád věnuje, absenci ve škole i v zaměstnání, časté návštěvy lékaře a snižují kvalitu života. (Krčmová, Novosad 2010, s. 196)

1.5 Rizikové a vyvolávající faktory astmatu

Rizikové faktory u astmatu se dělí na faktory hostitele, které by se daly označit také jako genetická predispozice a faktory prostředí, které se dělí na faktory, které modifikují vnímavost a faktory precipitační (spouštěče), které mohou vyvolat exacerbaci astmatu. (Kašák 2018, s. 39)

1.5.1 Faktory hostitele

Mezi faktory na straně hostitele patří genetická predispozice, atopie, hyperreaktivita dýchacích cest, obezita, pohlaví, rasa a etnický původ, perinatální faktory (např. nízká nebo vysoká porodní hmotnost, kouření matky) a epigenetické faktory (vnitřní genetické faktory ovlivněné vnějšími činiteli). (Kašák 2018, s. 40, 41)

1.5.2 Faktory prostředí modifikující vnímavost

Mezi tyto faktory se řadí alergeny obytných budov (roztoči, domácí zvířata, švábi, plísně), alergeny vnějšího prostředí (pyly, plísně), profesní senzibilizující látky (vysokomolekulární a dráždivé látky), kouření (aktivní i pasivní), znečištění vnějšího ovzduší (průmyslový smog, fotochemický smog), znečištění bytového a domovního prostředí (látky vznikající při topení nebo vaření, formaldehyd, iritanty ve sprejích), infekce dýchacích cest, potraviny (bílkovina kravského mléka v raném věku) a léky (aspirin a jiná nesteroidní antiflogistika). (Kašák 2018, s. 42-44)

1.5.3 Faktory prostředí vyvolávající exacerbaci

Tyto faktory se z části kryjí s faktory předchozími. Patří mezi ně alergeny, vzdušné polutanty, respirační infekce, hyperventilace (při námaze, silných emocích), změny počasí (teplotní inverze, před a po bouřce), potraviny, léky a drogy (kyselina acetylsalicylová, paracetamol, betablokátory a další, z drog např. marihuana, heroin, kokain), stavy onemocnění zhoršujících astma (onemocnění horních cest dýchacích, obezita, extraezofageální reflux a další), nízká kompliance (dodržování pokynů) k pravidelnému užívání kontrolujících antiastmatik a neefektivní inhalační technika. (Kašák 2018, s. 44, 45)

1.6 Prevence astmatu

Prevence u astmatu se dělí na primární, sekundární a terciární, do které se řadí režimová opatření. Primární prevence vlastně neexistuje, není toho moc, co se dá pro zamezení vzniku astmatu dělat. Sekundární a terciární prevence se skládají ze složky farmakologické a složky nefarmakologické. (Krčmová, Novosad 2010, s. 199)

1.6.1 Primární prevence astmatu

Primární prevence znamená zamezení vzniku astmatu. Snažíme se o to u rizikových osob, např. jedinci z rodin, kde se nachází atopie. Nejdůležitější jsou první roky života jedince, kde můžeme předcházet vzniku astmatu např. zamezením expozici tabákového kouře. (Kašák 2018, s. 45, 46)

1.6.2 Sekundární prevence astmatu

Sekundární prevence spočívá ve farmakologické a nefarmakologické léčbě, která zahrnuje režimová opatření a úpravu bytového, školního i pracovního prostředí. Lidé trpící astmatem by se měli vyvarovat vystavení spouštěčům astmatu. (Salajka, Sedlák 2019, s. 7)

1.6.3 Terciární prevence-režimová opatření

Základním režimovým opatřením je úprava bytového, školního a pracovního prostředí. Mezi hlavní opatření patří odstranění alergenů z bytu (roztoči atd.), eliminace vzdušných polutantů (ozon, různé aerosoly a kouření), omezení expozice venkovním alergenům (pyly, plísně, zplodiny naftových motorů), eliminace profesní expozice, odstranění alergenů v potravě, snížení hmotnosti u obézních a pravidelné očkování proti chřipce. Terciární farmakologická prevence v podobě léčby kontrolujícími antiastmatiky je nejúčinnějším opatřením. (Kašák 2018, s. 46, 47; Krčmová, Novosad 2010, s. 199)

1.7 Základní rozdělení astmatu

Astma lze dělit dle různých hledisek. Podle potíží pacienta, závažnosti zjištěné obstrukce a četnosti užívaných úlevových antiastmatik lze astma klasifikovat na jednotlivé stupně od intermitentního (periodického) až po těžké perzistující (přetrvávající, chronické).

Podle toho, jak je astma kontrolované, se dělí na kontrolované, kdy nemá pacient denní příznaky žádné nebo méně než 2x za týden, nemá žádná omezení ani noční příznaky, užití úlevových léků potřebuje méně než 2x za týden nebo vůbec, má normální funkci plic a žádné exacerbace. Částečně kontrolované astma je takové, při kterém má pacient denní příznaky více jak 2x za týden, má jakékoliv omezení aktivity, jakékoliv noční příznaky, úlevovou léčbu potřebuje více než 2x týdně, funkci plic má sníženou na méně než 80%

a exacerbace se u něj vyskytují více než 1x za rok. Při nekontrolovaném astmatu má pacient ještě více denních příznaků, dochází k výraznému omezení aktivity, časté noční příznaky, úlevové léky potřebuje častěji než 3x týdně, funkci plic má sníženou a k exacerbacím dochází 1x za týden.

Dále se dá astma dělit podle léčitelnosti na léčitelné, částečně léčitelné a těžko léčitelné. Astma můžeme také dělit na alergické a nealergické. Další dělení je dle klinické formy, a to na ponámahové, stresové, sezonní, noční, premenstruační a profesní astma, astma vyvolané aspirinem a další. (Neumannová a kol. 2018, s. 51; Smiešková 2013, s. 27; Krčmová, Novosad 2010, s. 197, 198)

1.7.1 Alergické a nealergické astma

Pacienty trpícími astmatem lze rozdělit do tří skupin. První skupinu tvoří eozinofilní a alergický typ, druhou skupinu tvoří eozinofilní a nealergický typ a třetí skupinu tvoří typ neeozinofilní.

Eozinofilní alergické astma je astma, u kterého je prokázána eozinofilie i alergie. Je přítomna bronchiální hyperreaktivita, která ovšem dobře reaguje na protizánětlivá antiastmatika. Tento typ astmatu obvykle vzniká v dětství a současně s ním se u dítěte projevují i jiné projevy alergie nebo atopie. Tento typ astmatu dobře reaguje na léčbu a představuje hlavní skupinu pacientů s astmatem.

Eozinofilní nealergické astma je astma, u kterého je prokázána eozinofilie ale alergie se neprokáže. Etiopatogenezí tohoto typu astmatu mohou být autoimunitní děje. Bronchiální hyperreaktivita nebývá u tohoto typu astmatu tak výrazná jako u typu eozinofilního a alergického ale může způsobit ireverzibilní změny na průduškách. Tento typ astmatu obvykle vzniká až v dospělosti a má tendenci přecházet do těžších forem astmatu. Pacienti si na příznaky astmatu stěžují méně, přestože bronchiální hyperreaktivita reaguje na léčbu podstatně hůře.

Neeozinofilní astma je takové, při kterém není prokázána eozinofilie ani alergie. Při vzniku hrají významnou roli přidružené nemoci (kardiální nemoci, hypertenze, kuřáctví atd.) a vliv okolních faktorů. Do tohoto typu astmatu obvykle spadají pacienti s nesprávně stanovenou diagnózou astmatu a s nesprávně nastavenou léčbou. Po vysazení této léčby pak lze pacienta vyšetřit a obvykle lékař stanoví jinou diagnózu. Neeozinofilní zánět

mohou způsobit např. některé chemikálie způsobující profesní astma (reaktivní alergické chemikálie). (Teřl 2009, s. 248, 254, 255)

2 DIAGNOSTIKA ASTMATU

Pro správnou diagnostiku astmatu je nutné dodržet diagnostická kritéria podle GINA, která těží z kvalitní anamnézy, fyzikálního vyšetření, funkčního vyšetření plic a zjištění příčiny onemocnění. (Pracnová 2013, s. 29)

Diagnózu astmatu určuje pneumolog nebo alergolog. Do jejich ordinací může pacienty po správně odebrané anamnéze a fyzikálním nálezu odeslat praktický lékař. Avšak anamnéza a fyzikální vyšetření nestačí k jednoznačnému stanovení diagnózy. Jednoznačné výsledky přinese vyšetření plicních funkcí, např. spirometrie a koncentrace vydechovaného oxidu dusnatého. Typický nález u astmatu je bronchiální obstrukce, u které se musí zjistit její reverzibilita a variabilita. Hodnocení reverzibility bronchiální obstrukce je možné bronchodilatačním testem, před kterým se podají inhalační bronchodilatancia. Dále se dá zjistit přítomnost bronchiální hyperreaktivity pomocí bronchokonstrikčního testu. Nepostradatelnou součástí při stanovení diagnózy astmatu je alergologické vyšetření. (Salajka, Sedlák 2019, s. 3)

Velmi důležité je prokázat příčinu nemoci, tzn. induktory a spouštěče bronchokonstrikce a eventuálně zjistit komplikující onemocnění. Dále je vhodné stanovit klasifikace nemoci (úroveň tíže, kontroly). (Kašák 2018, s. 68)

2.1 Anamnéza

Anamnéza je v diagnostice astmatu velmi důležitá, zajímá nás výskyt alergie a s ní související onemocnění v rodině, příznaky související s prostředím, ročním obdobím a konkrétními situacemi. Hlavním příznakem u astmatu je dušnost, proto se o ní v anamnéze zajímáme, zjišťujeme druh dušnosti, např. expirační, námahovou, ponámahovou, noční, záchvatovitou atd. Z kvalitní anamnézy můžeme určit diagnózu astmatu, příčiny nemoci i vyvolávající a komplikující faktory. (Neumannová a kol. 2018, s. 56; Teřl a kol. 2015, s. 7)

2.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je k určení diagnostiky velmi podstatné, ale ne vždy se při něm najde patologický nález. Vyšetření by mělo sloužit k rozpoznání bronchiální obstrukce. Pískoty a vrzoty během fyzikálního vyšetření nemusejí být vždy přítomny, z uvedeného

důvodu se nelze při diagnostice spoléhat pouze na fyzikální vyšetření. (Neumannová a kol. 2018, s. 56; Teřl a kol. 2015, s. 7)

2.3 Vyšetření plicních funkcí

Vyšetření plicních funkcí pomůže stanovit tíži astmatu a umožňuje jeho monitorování i léčbu. Základem je spirometrické vyšetření metodou průtok-objem a bronchomotorické testy.

Bronchiální obstrukci a její variabilitu lze prokázat z křivky průtok-objem. Vhodné je opakované vyšetření buď při každé návštěvě lékaře, nebo pomocí výdechoměru, který monitoruje PEF (vrcholový výdechový průtok, peak expiratory flow). Když hodnoty PEF kolísají o více než 20%, jedná se o průkaz variability obstrukce.

Reverzibilita obstrukce se stanovuje pomocí spirometrického vyšetření, kdy se před vyšetřením inhalační cestou podá salbutamol (lék rozšiřující průdušky) a po 30 minutách se hodnotí bronchodilatační odpověď. (Kašák 2018, s. 52; Popelková, Gurková, Žiaková 2012, s. 228, Teřl a kol. 2015, s. 11)

2.3.1 Spirometrie

Spirometrie slouží k vyšetření plicních objemů, je to základní funkční vyšetření plic, díky němuž je možné sledovat dechové parametry pacienta, diagnostikovat plicní onemocnění a sledovat jeho průběh a účinnost léčby. Spirometrické vyšetření k průkazu astma bronchiale se provádí metodou křivky průtok/objem. Při vyšetření se sleduje FEV1 (časová vitální kapacita plic vydechnutá v první vteřině) a poté poměr FEV1/VC (vitální kapacita plic, množství vzduchu, které lze vydechnout po maximálním nádechu).

Před začátkem vyšetření nejprve zdravotník pacientovi vše vysvětlí a popíše, jak bude vyšetření probíhat. K provedení vyšetření je nutný usilovný nádech a výdech pacienta, je proto vhodné, když je pacient schopný se zdravotníkem spolupracovat a když je provádějící personál zkušený. Pacient během vyšetření dýchá do spirometru, který vypočítá objem vdechovaného a vydechovaného vzduchu i rychlost, jakou se pacient nadechl a vydechl při usilovném dýchání.

Doplňujícími vyšetřeními spirometrie jsou bronchodilatační a bronchokonstrikční testy. (Teřl 2015, s. 10; Šišma 2013, s. 25; Soukupová 2012, s. 22)

2.3.2 Bronchomotorické testy

Mezi tyto testy se řadí bronchodilatační a bronchokonstrikční testy.

Bronchodilatační test se provádí při průkazu zúžení dýchacích cest při spirometrii. Pro test se užívají bronchodilatační léky (Berodual, Symbicort nebo Ventolin). Při dilataci průdušek po podání těchto léků můžeme hovořit o reverzibilitě průdušek.

Bronchokonstrikční test se užívá pro průkaz bronchiální hyperreaktivity, tento test prokazuje zvýšenou citlivost dýchacích cest pro inhalační podněty. Pro test se používají nespecifické podněty, jako je podání histaminu (hormon, který způsobuje stah průdušinek) nebo metacholinu (látka, která u pacientů s astmatem vyvolá sevření průdušek) nebo se způsobí bronchokonstrikce fyzickou zátěží. Pozitivní výsledek testu znamená průkaz astmatu a mělo by následovat nasazení vhodné léčby. Během testu může dojít k astmatickému záchvatu a personál by na to měl být připravený a měl by být schopný ihned reagovat podáním bronchodilatačních léků. (Neumannová a kol. 2018, s. 56; Kašák 2018, s. 69; Soukupová 2012, s. 22)

2.4 Další vyšetřovací postupy

Do této kategorie se řadí např. vyšetření krevního obrazu a CRP k určení zánětu, dále koncentrace oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu, alergologické vyšetření, ORL vyšetření, bakteriologické vyšetření sputa, sérologické vyšetření, expoziční testy a další. (Neumannová a kol. 2018, s. 57)

3 LÉČBA ASTMATU

Hlavním cílem léčby je dosažení kontroly nad astmatem, zajištění kvality života bez omezení, snížit počet exacerbací a lékařských intervencí na minimum, minimalizovat nežádoucí účinky léčby a najít nejnižší úroveň náročnosti léčby, která pacientovi přináší prospěch. Léčba je komplexní a je nutná multioborová spolupráce. Pacient se správně natavenou léčbou je téměř bez obtíží a exacerbací. Astma by mělo být pod takovou kontrolou, aby nemocného neomezovalo v běžných denních činnostech ale ani v tělesné aktivitě. (Salajka, Sedlák 2019, s. 4,5; Neumannová a kol. 2018, s. 57; Kašák 2018, s. 11, 138; Pracnová 2013, s. 27)

Důležité je také sebesledování pacienta. Zásadním předpokladem efektivní léčby je, že pacient bude provádět samokontrolu svých symptomů. Samokontrolu lze provádět např. osobním výdechoměrem, který sleduje vrcholový vydechovaný průtok (peak expiratory flow, PEF). (Popelková, Gurková, Žiaková 2012, s. 228)

Neléčené nebo nesprávně léčené astma může způsobit nezvratné změny plicní tkáně a plicních funkcí. (Kašák 2018, s. 138)

Komplexní léčebná strategie by měla zahrnovat farmakologickou léčbu i nefarmakologické preventivní opatření, monitoraci symptomů a trvalou edukaci pacienta. Nefarmakologická léčba je dodržování režimových opatření, která znamenají zamezení vyvolavatelům a spouštěčům astmatu. Spouštěče mohou být alergeny, tabákový kouř, škodliviny v domácím i pracovním prostředí a spousta dalších. Režimová opatření jsou v podstatě sekundární prevencí. Mezi další nefarmakologická opatření můžeme řadit dechové rehabilitace, psychosociální podporu, pomoc s odvykáním kouření atd. (Salajka, Sedlák 2019, s. 5; Neumannová a kol. 2018, s. 59; Kašák 2015, s. 281)

V minulých letech byla hospitalizace pacientů s astmatem vyšší, dnes se hospitalizace lidí trpících astmatem významně snížila a hlavní péče se přesunula do ambulancí. Kvalita života i uplatnění v životě se u dětí i dospělých s astmatem výrazně zlepšila. (Špičák 2016, s. 78)

3.1 Inhalační léky

Léky se podávají inhalační cestou v mikrogramových dávkách pomocí inhalátorů přímo do průdušek. Nástup účinku inhalačních léků je velmi rychlý a léky mají minimální

vedlejší účinky. Výhodou podávání léků přímo do dýchacích cest, kromě rychlosti účinku a minima nežádoucích účinků, je působení léku přímo v místě zánětu v dýchacích cestách. Je velmi důležité zvolit správný lék, dávku, léčebný režim a hlavně vhodný inhalační systém, který bude pacientovi vyhovovat a bude ho umět správně použít. Nesprávná technika inhalace s nevhodně zvoleným inhalačním systémem může být příčinou nízké kontroly nad astmatem. Inhalační systém je nutné volit s ohledem na věk a schopnosti pacienta, malé děti a staří lidé mohou mít s užitím inhalačního systému potíže. Je nezbytné pacienty správnou inhalační techniku naučit, předvést jí a požadovat, aby nám pacient zpětně ukázal schopnost ovládat inhalační systém. (Neumannová a kol. 2018, s. 60; Kašák 2018, s. 141, 142)

Inhalační systémy se dělí na aerosolové dávkovače (např. Ventolin, Berodual, Atrovent, Symbicort, Flutiform), inhalátory pro práškovou formu léku (např. Formoterol, Diskus, Ellipta) a nebulizátory. Aerosolové dávkovače jsou označovány za pasivní, protože k činnosti využívají hnací propelent nebo stlačenou pružinu. Inhalátory pro práškovou formu léku jsou označovány za aktivní systémy, protože k funkci využívají pacientův dech. Nebulizátory vytvářejí vlhký aerosol a lze jimi podávat jen určité léky (např. Ventolin roztok k nebulizaci, Berodual roztok). Nevýhodou nebulizátorů je únik aerosolu do okolí.(Kašák 2018, s. 144, 152, 153, 155)

3.2 Léky užívané pro léčbu astmatu

Léky pro léčbu astmatu se dělí na kontrolující (preventivní, protizánětlivé), které se užívají každý den a udržují astma pod kontrolou díky svým protizánětlivým účinkům a léky úlevové, které se užívají při potížích k odstranění bronchokontrikce. Mezi nejúčinnější kontrolující léky se řadí inhalační kortikosteroidy (IKS, zlepšují relaxaci hladké svaloviny, omezují vazodilataci a mají imunosupresivní účinky), bohužel ani ty nedokáží astma vyléčit a po vysazení léčby IKS může dojít ke zhoršení kontroly nad astmatem. Nejčastěji se používají IKS v kombinaci s jinými antiastmatiky, jako jsou např. dlouhodobě působící beta2-agonisté (LABA, např. salmeterol, formoterol). U pacientů, u kterých se nedaří dostat astma pod kontrolu ani po 6 měsících léčby, se může uvažovat o cílené tzv. biologické léčbě (ta mění imunitní odpověď a tak může příznivě změnit např. i projevy alergické rýmy či atopického ekzému). Jako úlevová astiastmatika se užívají beta2-agonisté s rychlým nástupem účinku (RABA). Úlevové léky by měly být používány jen v případě potřeby a to v nejnižší nutné dávce a frekvenci. (Salajka, Sedlák 2019, s. 4; Neumannová a kol. 2018, s. 59; Kašák 2018, s. 198)

3.3 Léčba exacerbace

S léčbou exacerbace by neměl pacient čekat až na plné rozvinutí potíží, ale užít úlevová antiastmatika již při prvních příznacích zhoršení. Lehkou exacerbaci by měl být pacient schopen zvládnout sám doma tím, že užije úlevových léků a navýší dávku kontrolujících antiastmatik. Při středně těžké až těžké exacerbaci, kterou není pacient schopen sám doma zvládnout, navštíví ordinaci lékaře, který mu podá inhalační bronchodilatační rychle působící beta2-mimetika (způsobují relaxaci hladkého svalstva průdušek a tím navozují bronchodilataci) nebo salbutamol (způsobuje bronchodilataci, např. Ventolin). Mezi další léky způsobující bronchodilataci patří např. Berodual nebo Symbicort. Pokud od exacerbace tato léčba nepomůže, podá lékař pacientovi systémovou kortikoterapii, která zajistí bronchodilataci a je prevencí progrese exacerbace a časného relapsu. Pokud exacerbace trvá déle než 24 hodin, je pacient odeslán k hospitalizaci. (Salajka, Sedlák 2019, s. 5; Neumannová a kol. 2018, s. 59; Kašák 2018, s. 209, 219, 221)

3.4 Edukace

Edukace je nezbytnou a velmi důležitou součástí celého léčebného plánu a je třeba edukovat jak samotného pacienta, tak i jeho rodinu a okolí. Edukaci by měl provádět každý člen zdravotnického týmu, který se na léčbě a péči o pacienta s astmatem podílí. Edukace by měla zahrnovat informace o diagnostice astmatu, o léčebném procesu, o eventuelních nežádoucích účincích léků, o prevenci exacerbací, o režimových opatřeních, které by měl dodržovat, o rozpoznání svých příznaků a o správné inhalační technice. Hlavní předpoklad účinnosti léčby je správné používání inhalačního systému. Lékař nebo všeobecná sestra by měli pacienta naučit správně používat jeho inhalátor a tuto techniku pravidelně kontrolovat. Správná technika by měla zaručit dodání léku na určené místo, tedy do průdušek. (Kašák 2018, s. 108, 164; Kašák, Kašáková 2017, s. 38)

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ASTMATEM

Základním aspektem úspěšné péče je edukace pacienta s astmatem. Pacient by měl znát rizikové faktory, režimová opatření, která je třeba dodržovat, příznaky své nemoci a způsob, jak si může sám pomoci při akutní exacerbaci.

V klidovém období probíhá léčba pacienta v domácím prostředí, kdy pacient užívá kontrolující antiastmatika dle pokynů lékaře. Při akutní exacerbaci, kterou pacient nezvládne sám doma podáním inhalačních úlevových léků již při prvních potížích, je přijat k hospitalizaci. Nutné je prvotní zhodnocení stavu (vzhled pacienta, dušnost, úlevová poloha atd.), vhodná je stručná anamnéza (např. co k exacerbaci vedlo) a popř. fyzikální vyšetření (pohled, poslech). Všeobecná sestra by měla pacienta uklidnit a ujistit ho, že se mu brzy uleví. Pacientovi je podáván zvlhčený kyslík. Všeobecná sestra doporučí pacientovi vhodnou úlevovou polohu, např. ortopnoická, která pacientovi pomůže k využití i pomocných dýchacích svalů, dále je to např. poloha fowlerova. Při fowlerově poloze zaujímá pacient polohu vsedě nebo polosedě na lůžku se zvýšenou horní částí lůžka. Při této poloze je riziko, že pacient bude sklouzávat na lůžku dolu, do nohou lůžka, je proto dobré pacientovi zapřít nohy pomocí polohovacích pomůcek. Ortopnoická poloha je taková, při které je pacient vsedě a má opřené horní končetiny o stůl, madla židle nebo o svá kolena. Na lůžku můžeme takové polohy dosáhnout přidáním jídelního stolku k lůžku, na který si pacient položí horní končetiny, aby mohl využít pomocné dýchací svaly mezižeberní.

Po odeznění příznaků akutní exacerbace je vhodné podávat dostatek tekutin k naředění hlenu v průduškách. Strava by měla být snadno stravitelná a bez alergenů. Tekutiny dáme pacientovi k lůžku a v případě, že potřebuje, pomůžeme mu s příjmem potravy s tekutin. Důležitý je dostatečný odpočinek a spánek. Při akutní exacerbaci se pacient vysílí a je potřeba, aby se dobře vyspal a odpočinul si. Pokoj, na kterém je pacient hospitalizován by měl být malý, dobře větratelný, klidný a s centrálním rozvodem kyslíku. Z okolí a z pokoje pacienta se snažíme odstranit alergizující látky, které by u pacienta mohly vyvolat akutní exacerbaci, jsou to např. péřové polštáře, chemické látky, květiny apod. Edukujeme rodinu pacienta, aby mu nenosili na pokoj květiny, dráždivé potraviny atd.

Všeobecná sestra sleduje pacientovy fyziologické funkce, a to především dech, kde hodnotí také frekvenci, hloubku, zapojení pomocných svalů dýchacích apod. Další funkce, které sestra sleduje, jsou tepová frekvence, krevní tlak a saturace O_2. Všeobecná

sestra dále sleduje možnou cyanózu (modrofialové zbarvení kůže koncových částí těla, rtů, nosu atd. v důsledku sníženého množství kyslíků v krvi a ve tkáních), působení podaných léků (např. zlepšením stavu), možné nežádoucí účinky (kožní projevy, trávicí potíže, zvýšení glykemie, osteoporózu, poruchy nálady atd.), výsledky laboratorních testů (krevní obraz, diferenciál bílých krvinek, glykemii, jaterní testy, krevní plyny atd.), popřípadě příjem a výdej tekutin, stav hydratace a vyprazdňování.

Všeobecná sestra pomáhá pacientovi při aplikaci léků, sleduje objektivní potíže a aktivně se ptá na potíže subjektivní. V případě podávání intravenózních léků (podávaných žilně) sestra sleduje stav zavedeného PŽK (periferní žilní katétr) a pečuje o něj (sledování vzhledu, barvy, popřípadě sekrece z místa vpichu, bolestivost nebo zvýšená citlivost v místě vpichu, zarudnutí v průběhu žíly atd.). K posouzení flebitidy (zánětu žíly) se používá klasifikace dle Madona (viz. Příloha č. 1)

Všeobecná sestra dbá o to, aby byl pacient ve vhodném prostředí, tzn. vhodná teplota v pokoji (cca 20°C), odstranění možných alergenů (květiny, nevhodné ložní prádlo a polštář s přikrývkou, agresivní desinfekce atd.).

Všeobecná sestra motivuje pacienta k dechové rehabilitaci, aktivnímu vykašlávání hlenu z dýchacích cest. Je vhodná spolupráce s fyzioterapeutem. Odstranění hlenu z dýchacích cest je velmi podstatné, je proto dobré vést pacienta ke kašlání a smrkání, pokud pacient hlen nedokáže vykašlat nebo vysmrkat sám, všeobecná sestra provede odsátí z dýchacích cest. Odsávat lze z horních i dolních cest dýchacích. Odsávání dýchacích cest je výkon sterilní, při výkonu je nutná neustálá monitorace fyziologických funkcí, během výkonu všeobecná sestra pacientovi vše vysvětluje a popisuje své další kroky.

Všeobecná sestra edukuje pacienta a hodnotí jeho získané znalosti o nemoci, příznacích, spouštějících faktorech, léčebném režimu, správné technice používání inhalačního systému, režimových opatřeních, prevenci atd.

Všeobecná sestra pečuje také o psychickou pohodu pacienta. Během dušnosti se snaží pacienta uklidnit např. tím, že je s ním na pokoji, dá mu signalizační zařízení k ruce, aby si v případě potíží mohl ihned zavolat pomoc atd. (Soukupová 2012, s. 32, 33, 34; Burda, Šolcová 2016, s. 70, 71; Hesová 2018, s. 29)

Při podávání léků inhalační cestou všeobecná sestra popíše a ukáže pacientovi správnou techniku použití inhalačního sytému. Před samotnou inhalací je potřeba

dávkovač protřepat. Správná technika použití aerosolových dávkovačů spočívá v klidném a hlubokém výdechu před inhalací, poté obemknutí těsně náustku ústy a klidném a hlubokém nadechnutí při současné aktivaci dávkovače a po nadechnutí zadržení dechu přibližně na 5 sekund. Správná technika použití inhalačního systému pro práškovou formu léků spočívá v obemknutí náustku těsně ústy, usilovném, prudkém a hlubokém nádechu, při současné aktivaci dávkovače, poté vyjmutím inhalátoru z úst a zadržení dechu na několik vteřin.

Při aplikaci kyslíkové terapie postupuje všeobecná sestra podle ordinace lékaře, ten určí indikaci k léčbě, koncentraci, způsob podání kyslíku a průtok za minutu. Kyslík se podává zvlhčený a ohřátý na teplotu lidského těla. Kyslík lze podat několika způsoby, kyslíkovými brýlemi, maskou, polomaskou, kyslíkovým stanem atd. Při kyslíkové léčbě všeobecná sestra monitoruje fyziologické funkce (tlak krve, puls, tělesnou teplotu, dechovou frekvenci, stav vědomí) pacienta včetně saturace kyslíku v krvi pulzním oxymetrem. Hodnota saturace by se měla pohybovat od 90% do 100%. Vhodná je kontrola krevních plynů (vyšetření acidobazické regulace) z arteriální krve, popřípadě krve z centrálního řečiště. Nejčastěji se k vyšetření odebírá arterializovaná kapilární krev z bříška prstu. Všechny získané informace zapíše všeobecná sestra ihned do dokumentace pacienta. Před zahájením oxygenoterapie všeobecná sestra informuje pacienta o skutečnosti, jak bude oxygenoterapie probíhat, co se od pacienta očekává (spolupráce, správné užívání kyslíkové masky/brýlí atd.), jaké může mít oxygenoterapie nežádoucí účinky (závratě, podráždění dýchacích cest, otrava kyslíkem-kašel, bolest při dýchání, bolesti za hrudní kostí, nevolnost, neklid apod.) atd. Před samotným zahájením terapie všeobecná sestra zkontroluje identitu pacienta pomocí identifikačního náramku. Během terapie všeobecná sestra uvede pacienta do fowlerovy polohy v polosedě a vyzve ho k odstraňování hlenu z dýchacích cest kašláním a smrkáním, protože je velmi důležité, aby byly dýchací cesty volné. Dýchání během terapie má být klidné. Všeobecná sestra dbá o dostatečnou hydrataci pacienta během terapie, protože hrozí vysychání sliznice dýchacích cest. Podá pacientovi k lůžku tekutiny, emitní misku s buničitou vatou na odkašlávání a signalizační zařízení, aby si pacient mohl v případě potřeby zavolat pomoc. Důležité je kontrolovat stav pokožky pod kyslíkovou maskou, zde hrozí riziko vzniku dekubitu. Po ukončení oxygenoterapie musí všeobecná sestra provést úklid a dekontaminaci všech použitých pomůcek dle provozního řádu.

K terapii kyslíkem je za potřebí několik pomůcek. Při aplikaci kyslíku z centrálního rozvodu na pokoji pacienta musíme mít redukční ventil pro připojení průtokoměru, průtokoměr k nastavení průtoku kyslíku za minutu (průměrná průtok kyslíku za minutu je 5 l/min), kyslíkovou hadici vedoucí z průtokoměru, zvlhčovač kyslíku a aplikační pomůcku (kyslíkové brýle, maska, polomaska atd.). Kyslík pro oxygenoterapii se zvlhčuje destilovanou vodou nebo pomocí aqua pro injectione nebulizátorem. Aplikační pomůcka pro terapii se vybírá vždy podle stavu pacienta a podle požadované koncentrace kyslíku. Aplikační pomůcka musí být vybírána nejen podle stavu pacienta, ale je důležité pohlédnout na pohodlí pacienta (pacient v bezvědomí může mít kyslíkovou masku, ale aktivnímu pacientovi nemusí kyslíková maska vyhovovat a upřednostní kyslíkové brýle).

Při manipulaci s kyslíkem je velmi důležité mít umyté a řádně vysušené ruce, v okolí se nesmí nacházet nic hořlavého, zápalky atd. V místnosti, kde probíhá oxygenoterapie, je přísně zakázáno kouřit. Všeobecná sestra ani pacient nesmí používat krémy a ostatní mastné látky z důvodu rizika výbuchu. (Kašák 2018, s. 164; Hesová 2018, s. 31, 32; Šteflová 2016, s. 20, 21, 23, 25)

5 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ASTMATEM

Psychosociální problematika velmi úzce souvisí s kvalitou života. Pokud má pacient s astmatem zhoršenou kvalitu života, bude to mít dopad i na jeho psychickou pohodu a sociální život. Zhoršením kvality života se pacient dostává do psychické nepohody a ta může způsobit strádání v sociálním životě pacienta (přestane se vídat s rodinou a s přáteli, nebude vycházet z domu atd.).

5.1 Kvalita života

Kvalita života ve spojitosti s chronickým onemocněním je definována jako „individuální prožívání pohody, pocitu zdraví a spokojenosti se životem“. (Gurková 2011, s. 83)

Pod pojmem kvalita života si můžeme představit snad vše od fyzických funkcí až po plnění osobních či životních cílů a prožívání štěstí. Vést kvalitní život by se dalo shrnout jako schopnost vést normální život, být šťastný a spokojený, dosahovat svých cílů, vést aktivní sociální život a mít určitou úroveň tělesné a mentální kapacity. Kvalita života ovšem znamená pro každého něco zcela jiného, každý jí vnímá jinak, protože pro každého je v životě důležité něco jiného. Významnou roli v hodnocení kvality života hrají pacientovy životní hodnoty. Hierarchie hodnot určuje to, jak velký dopad na pacientův život bude mít jeho nemoc nebo léčba. Vlivem nemoci se mění nejen kvalita života jedince, ale i jeho žebříček hodnot, který má na kvalitu života zásadní vliv. (Gurková 2011, s. 23, 26, 55, 56, 62)

Kvalitu života můžeme rozdělit na objektivní, která se zajímá o fyzické zdraví, materiální a sociální požadavky a na subjektivní, která se týká pohody a spokojenosti v životě. V ošetřovatelství se kvalita života rozděluje do několika domén, které jsou tělesná a psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty nemoci a spiritualita (duchovnost, uvědomění si Boží přítomnosti). (Gurková 2011, s. 57, 73)

Lidé s astmatem netrpí jen po fyzické stránce, ale i po té psychické a sociální a astma jim významně narušuje kvalitu života. Pro pochopení astmatu i jeho léčby je důležité pohlížet i na psychické a sociální strádání pacientů s astmatem. Respirační příznaky jsou důležitými determinanty snížené kvality života. V minulosti se kladl důraz na klinické aspekty astmatu, avšak dnes se klade stále větší a větší důraz i na dopad na psychickou

a sociální stránku a pohodlí nemocného. Astma může velmi snížit kvalitu života v důsledku fyzických a psychosociálních komplikací. Kromě fyzických symptomů může astma provázet i únava, psychomotorická slabost, poruchy nálady, podrážděnost a kognitivní poruchy (poruchy související s pamětí). Dosažení dobré úrovně kvality života je prvořadým záměrem léčby astmatu. (Nalina, Chandra 2015, s. 93, 94)

Nemoc může mít na kvalitu života pacienta jak vliv negativní, tak ale i pozitivní, kdy např. nemusí do práce a tráví více času doma s rodinou. (Gurková 2011, s. 62)

Kvalita života se dá i s astmatem udržet na velmi vysoké úrovni, je k tomu ale nutná spolupráce lékaře a pacienta, tzn., že lékař bude používat nejnovější léčebné metody a pacient bude tyto metody dodržovat. (Hrubiško 2015, s. 112)

Faktory, které ovlivňují kvalitu života pacientů s astmatem, jsou projevy astmatu, nežádoucí účinky léčby, emoční odolnost a omezení aktivit pacienta. (Prchalová 2009, s. 42)

Pro lékaře a zdravotníky jsou důležité výsledky vyšetření, ale pro pacienty je mnohem důležitější to, jak se cítí, jestli mohou chodit do práce, postarat se o sebe a o lidi okolo sebe a být pro ně prospěšným. Kvalita života totiž není závislá na objektivních znacích zdravotního stavu. (Prchalová 2009, s. 42; Gurková 2011, s. 88)

Kvalita života je zhoršená nejen u pacienta, ale i u osoby, která o něj pečuje, stará se o něj, je s pacientem v denním kontaktu. Ke zhoršení kvality života u pečující osoby dochází např. při zhoršujícím se zdravotním stavu pacienta, charakteru a průběhu léčby, popř. nežádoucích reakcích na léčbu, délky péče o nemocného jedince nebo úroveň sociální opory. (Gurková 2011, s. 169)

5.2 Sociální a psychologická problematika

Psychosociální faktory ovlivňují spouštěče astmatu, průběh onemocnění, hodnoty, které lékař měří i přístup pacienta k léčbě. Pacientova psychická kondice hraje tedy při onemocnění astmatem velmi významnou roli, např. stres a vypjaté negativní emoce mohou vyvolat exacerbaci astmatu. U části pacientů s astmatem se projevuje úzkost a deprese. Pacienti s astmatem mohou mít predispozice k úzkosti a poruchám nálady a naopak poruchy nálady a úzkosti mohou být predispozicí pro astma. Úzkosti a deprese hrají významnou roli v kontrole astmatu. Když bude pacient úzkostný, tak i při sebelepší snaze lékaře nemusí dojít k uspokojivé kontrole astmatu a častým exacerbacím. Psychoterapie

má tedy v komplexní léčbě pacientů s astmatem své nezastupitelné místo. (Krynská 2017, s. 100, 101, 103)

Při péči o pacienta s jakoukoli nemocí je nutné na pacienta pohlížet jako na holistickou bytost a brát ho se všemi jeho biologickými, psychickými a sociálními aspekty. Při sdělování doživotní diagnózy musí projevit lékař určitou míru empatie a vše pacientovi trpělivě a důsledně vysvětlovat, popřípadě poradit, jak se lépe na nemoc adaptovat, překonat potíže spojené s nemocí a motivovat pacienta k léčbě a spolupráci. Z důvodu nedostatečné informovanosti pacienta o jeho nemoci může u pacienta dojít k nepřiměřenému a přehnanému strachu a úzkosti, což může nepříznivě působit na nemoc.

Nemoc má na pacienta vliv nejen somatický (tělesný) ale také psychický. Na každého nemocného má vliv jiný a ne všichni prožívají svou nemoc s psychickými potížemi, avšak psychika každého nemocného je alespoň minimálně ovlivněna.

Nemoc má také mnoho sociálních dopadů na život pacienta, je to např. nutnost změny povolání, pracovní neschopnost a invalidita, u dětí a studentů absence ve škole, zvýšené náklady na péči a léčbu, nutnost častých lékařských kontrol, zhoršená komunikace a interakce s pacientovým sociálním okolím. Nemoc pacienta má vliv i na jeho rodinu, kdy dochází např. k narušení výchovy dětí, neplnění svých rolí v rodině, neplnění rolí v manželství a partnerství, změna pozic v rodině (např. nemocný otec už není hlavou rodinu, ale tuto funkci přebírá matka) apod. Nemocný musí v důsledku nemoci změnit např. i své koníčky a činnosti, které vykonával ve svém volném čase. V určité míře může nemoc způsobit i sociální izolaci nemocného. Z důvodu nemoci je také nutné upravit bydlení nemocného, např. omezit alergizující látky v domě, zajistit nekuřácké prostředí apod. Nemoc může také způsobit neadekvátní uspokojování psychosociálních potřeb nemocného, jsou to např. potřeba jistoty, budoucnosti, sociálního kontaktu a komunikace, sociálního bezpečí, sociálního začlenění, uznání, sociální identity atd. (Kuzníková 2013, s. 6, 26, 30, 32-35)

Nemocí se mění také sebepojetí pacienta, má k sobě snížený postoj, snížená očekávání. Mění se identita nemocného, vlivem nemoci se mění jeho postoje, nálady, názory, postoj k sobě samému, hledání sebe sama atd. Pacient se může ocitnout ve stavu, kterému se říká non-person, necítí se býti osobností, je o něj pečováno. Nemoc snižuje osobní a společenské uplatnění nemocného, už není nadále hlavou rodiny apod. Partnerské

vztahy nemocného jsou také narušené, není pro partnera oporou, partner se o něj musí starat, nedokáže plnit své role v partnerském životě.

5.2.1 Úzkost u pacienta s atmatem

Úzkost je nepřiměřený strach z něčeho neurčitého. Pacient nedokáže přesně určit, co je předmětem jeho úzkosti.

Úzkost u pacienta trpícího astmatem je vždy primární a hlavní aspekt, který vede k úzkosti je dušnost. Pacient prožívá při dušnosti strach o svůj život, nemůže se plně nadechnout, v dýchání mu něco brání a způsobuje úzkost. Při dobré kontrole nad astmatem bez akutních exacerbací a potíží pacient úzkostí většinou netrpí. Úzkost se projevuje hlavně při akutní exacerbaci, pacient trpí dušností, neví, jestli mu někdo pomůže jeho stav zvládnout, zda svůj stav zvládne upravit sám nebo má vyhledat pomoc lékaře atd. Na hodnocení úzkosti existují různé škály, např. Beckův inventář úzkosti (viz. Příloha č. 2).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Astma bronchiale je nevyléčitelné onemocnění, jehož počet stále narůstá. S pacienty trpícími tímto onemocněním se setkáváme denně, ať už v pracovním životě coby zdravotníci, tak i v životě osobním. Astma může postihnout kohokoliv v jakémkoliv věku. I když vývoj v léčbě neustále spěje kupředu, lék, který by astma vyléčil, stále neexistuje. Právě ale zmíněná léčba vede často k úplnému vymizení příznaků a pacienti tak mohou žít život s minimálním omezením. Při nesprávné, nedostatečné, a nebo žádné léčbě vzniká mnoho omezení, se kterými se musí pacient vypořádat. To má na pacienta vliv jak po fyzické, tak po psychické stránce. Pacient je vyčerpaný a nešťastný, potřebuje pomoc a podporu od ostatních, od rodiny. Rodina hraje v léčbě nemocného velkou a nepostradatelnou roli. Je pacientovi oporou v nejtěžších chvílích a podporuje ho v léčbě a v překonávání všech obtíží a omezení, které mu, ať už léčba, nebo samotné onemocnění přináší. Astma má vliv nejen na fyzický a psychický stav pacienta, ale i na jeho sociální život. Nemoc mu může způsobovat problémy v práci, doma, při nejrůznějších činnostech atd. Prostředí pro astmatika musí být specificky upraveno, aby v něm mohl fungovat bez obtíží. Vadí prach, roztoči, domácí zvířata, pyly, plísně a nejrůznější alergeny, na které si jen vzpomenete. A proto chci zjistit, do jaké míry pacientům s astmatem ztěžuje jejich nemoc život.

Otázka, kterou se chci zabývat, proto zní: „Jaký je psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale?“

7 CÍL VÝZKUMU

7.1 Hlavní cíl

Zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale.

7.2 Dílčí cíle

1. Zjistit pocity pacientů, když se dozvěděli o své nemoci.
2. Zjistit, jak pacienti reagují na dodržování režimových opatření.
3. Zjistit, co prožívali pacienti po sdělení režimových opatření.
4. Zjistit omezení v životě pacientů s astma bronchiale.
5. Zjistit podporu rodiny při léčbě.
6. Zjistit, jak pacienti dodržují léčbu.
7. Zjistit, zda dokáže pacient správně použít svůj inhalátor.

8 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Výzkumné otázky byly vytvořeny v souvislosti se stanoveným hlavním cílem a dílčími cíli.

Základní VO 1 vztahující se k dílčímu cíli 1:

Jaké pocity prožívali pacienti, když se dozvěděli o své nemoci?

Základní VO 2 vztahující se k dílčímu cíli 2 :

Jak pacienti vnímají nutnost dodržovat režimových opatření?

Základní VO 3 vztahující se k dílčímu cíli 3:

Jaké pocity prožívali pacienti po sdělení režimových opatření?

Základní VO 4 vztahující se k dílčímu cíli 4:

Jaká jsou omezení v životě pacientů s astma bronchiale?

Základní VO 5 vztahující se k dílčímu cíli 5:

Podporuje rodina pacienta při léčbě?

Základní VO 6 vztahující se k dílčímu cíli 6:

Jak dodržuje pacient léčbu?

Základní VO 7 vztahující se k dílčímu cíli 7:

Dokáže pacient popsat správnou techniku použití svého inhalačního systému?

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkumné šetření byli záměrně vybraní pacienti, kteří trpí onemocněním astma bronchiale. Obě pacientky mají astma od dětství a tak mohou říci, do jaké míry jim astma změnilo celý život.

První žena je studentka, astma má od raného dětství a léky užívá pravidelně. Druhá žena je matka dvou dětí, astma má taktéž od raného dětství a léky užívá také pravidelně.

Respondentky jsem seznámila s anonymitou výzkumu, podepsaly informovaný souhlas, který je uveden v příloze. Pro zachování anonymity používám v bakalářské práci jen iniciály respondentek.

10 METODIKA PRÁCE

Pro vypracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Cílem kvalitativního výzkumu je získání podrobného popisu zkoumaného jedince v přirozeném kontextu, centrem pozornosti je jedinec. (Martináková 2015, s. 89) Byl vybrán tento druh výzkumu, protože chceme zmapovat všechna data o pacientkách a zvláště psychickou stránku.

Jako metoda předloženého výzkumného šetření byla zvolena kazuistika a dva řízené polostrukturované rozhovory, tedy kombinace více metod.

V rozhovoru se zaměřím na psychosociální stav respondentek, zda a v jaké míře byly nucené změnit svůj pracovní, sociální a rodinný život a také např. své zájmové činnosti a jaký to má dopad na jejich psychiku a sociální život. Rozhovor je rozdělen do 3 částí- Psychická problematika, Sociální problematika a Problematika dodržování léčby a správné užití inhalátoru. Psychické problematice se věnují otázky 1-6, Sociální problematice se věnují otázky 7-20 a Problematice dodržování léčby a správného užití inhalátoru se věnují otázky 21-29. Otázek je celkem 29. U R2 byla u otázky č.9 přidána doplňující otázka.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

S respondetkami jsem se setkala v jejich domácím prostředí, abych předešla možným pocitům úzkosti z cizího prostředí a z mluvení o svých pocitech na veřejném místě. Každé setkání trvalo přibližně hodinu. K doplnění chybějících údajů jsme se setkaly na dalších schůzkách.

Výzkum probíhal v prosinci 2019 a březnu 2020. Setkání probíhala v Chotěšově a v Plzni.

12 KAZUISTIKA- RESPONDENTKA Č. 1

Žena, 45 let, s léčeným astma bronchiale, kterým trpí od dětství.

12.1 Anamnéza

12.1.1 Osobní anamnéza

Pacientka prodělala v dětství velké množství infekcí, zánětů spojivek, vše léčeno kortikoidy. Od 10 let se léčí s onemocněním astma bronchiale. Cca 10 let bolesti zad, posun 4 plotének bederní páteře. V roce 2018 zjištěn myom dělohy s následnou hysterektomií. Od roku 2019 léčena na hematologicko-onkologickém oddělení FN Plzeň pro útlum činnosti kostní dřeně.

12.1.2 Rodinná anamnéza

Matka, 70 let, se léčí s onemocněním lupus. Otec, 67 let, zdráv. Bratr, 35 let, narozen s mozkovou obrnou, Aspergerův syndrom. Syn, 19 let, od dětství astma bronchiale, Gilbertův syndrom. Dcera, 22 let, od dětství myopie korigovaná brýlemi a atopický ekzém.

12.1.3 Gynekologická anamnéza

Menses od 11 let. V roce 2017 cca 9 měsíců silné krvácení i mimo menstruační cyklus. V roce 2018 zjištěn myom dělohy s následnou hysterektomií.

2 spontánní porody, první v roce 1998, druhý 2001.

12.1.4 Alergická anamnéza

Alergie na prach, pyly, trávy, ACP (acylpyrin).

12.1.5 Farmakologická anamnéza

Při bolestech zad Nimesil 100mg, Dimexol 200mg

12.1.6 Pracovní anamnéza

Žena pracuje jako referentka plánování v plzeňské firmě na plný úvazek.

12.1.7 Sociální anamnéza

Žije s manželem a dvěma dětmi v rodinném domě.

12.2 Souhrn lékařských diagnóz

J450-Astma převážně alergické

M545-Bolest dolní části zad

12.3 Fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou

12.3.1 Celkový vzhled, úprava zevnějšku a hygiena

Žena je upravená, čistá, nehty čisté a upravené.

12.3.2 Vědomí

Orientována místem, časem i osobou.

12.3.3 Dutina ústní a nos

Ústa i nos čistý, bez sekretu, povlaků, defektů.

12.3.4 Zuby

Stálý chrup, hygiena dutiny ústní dobrá.

12.3.5 Sluch

Slyší dobře, bez potíží.

12.3.6 Zrak

Zhoršený zrak při práci na PC a čtení, korigován brýlemi.

12.3.7 Chůze

Zcela mobilní, mimo ataky bolesti zad bez potíží.

12.3.8 Motorika

Jemná i hrubá motorika bez obtíží.

12.3.9 Řeč

Plynulá, bez potíží.

12.3.10 Svalová tuhost/pevnost

V normě, pohyb bez potíží.

12.3.11 Kůže

Bez patologického nálezu, přiměřeně hydratovaná.

12.3.12 Dýchání

18/min (eupnoe), pravidelné, mimo exacerbaci astmatu bez potíží, exacerbace vzniká většinou po delším působení psychického tlaku nebo po dráždění určitou noxou- např. květiny, prašné prostředí.

12.3.13 Krevní tlak

140/90 mmHg (mírná hypertenze)

12.3.14Puls

79/min (normokardie), pravidelný, dobře hmatný

12.3.15Tělesná teplota

36,5°C (normotermie)

12.3.16Saturace O_2

98% (v normě)

12.3.17Hmotnost

90 kg

12.3.18Výška

176 cm

12.3.19BMI

29 (lehká nadváha)

12.3.20Dieta

Číslo 3-racionální

12.3.21Vylučování

Poslední stolice v den zjišťování anamnézy a fyzikálního vyšetření, pravidelná, močení bez potíží.

12.3.22Kanyly, katetry, drény atd.

Ne

12.4 Objektivní pozorování sestrou

12.4.1 Bolest-metoda Numeric Rating Scale

Číselná hodnotící škála, pacient hodnotí svou bolet číslem od 0=žádná bolest, až 10=nesnesitelná bolest.

Vyhodnocení-během ataky bolestí zad udává žena bolest číslem 6-7, mimo ataku bolestí zad bez bolesti.

12.4.2 Vědomí-Glasgow Coma Scale

Otevření očí-spontánně-4 body

Nejlepší hlasový projev-adekvátní slovní projev-5 bodů

Nejlepší motorická odpověď-adekvátní motorická reakce-6 bodů

Vyhodnocení- 15 bodů (GCS 15), bez poruchy vědomí

12.4.3 Sebepéče, závislost na péči- Barthelův test základních všedních činností

Najedení, napití-10 bodů

Oblékání–10 bodů

Koupání–5 bodů

Osobní hygiena–5 bodů

Kontinence moči–10 bodů

Kontinence stolice–10 bodů

Použití WC–10 bodů

Přesun lůžko-židle–15 bodů

Chůze po rovině–15 bodů

Chůze po schodech–10 bodů

Vyhodnocení-100 bodů-nezávislý

12.4.4 Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání

Ochota spolupracovat-ochotna kontinuálně spolupracovat-0 bodů

Současné plicní onemocnění-infekce v průduškách-2 body

Prodělané plicní onemocnění-neprodělala žádné-0 bodů

Porucha imunity-lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí-1 bod

Orotracheální manipulace-žádné výkony v dýchacích cestách-0 bodů

Kuřák/pasivní kuřák-nekouří a nebývá v zakouřené místnosti-0 bodů

Bolest-nemá-0 bodů

Porucha polykání-žádná-0 bodů

Omezení pohybu-porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla-1 bod

Ohrožující povolání-nevykonává takové povolání-0 bodů

Intubační narkóza/respirátor-nebyla v posledních 3 týdnech-0 bodů

Stav vědomí-při vědomí-0 bodů

Hloubka dechu-dýchá bez námahy-0 bodů

Dechová frekvence-14-20 dechů za min.-0 bodů

Léky tlumící dýchání-žádné nedostává-0 bodů

Vyhodnocení-4 body-není ohrožena rizikem v oblasti dýchání

12.5 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Virgine Henderson

12.5.1 Dýchání

Mimo akutní exacerbaci astmatu pacientka subjektivně dýchá bez potíží, objektivně je dýchání klidné a pravidelné bez patologických zvuků.

12.5.2 Příjem potravy a tekutin

Subjektivně pacientka neměla ani nemá v oblasti stravování žádné potíže. Objektivně se stravuje pravidelně 3x denně. Jí sama, bez pomoci. Chrup má svůj. Stravu má pacientka pestrou. Tekutin vypije pacientka asi 1500 ml denně. Kávy vypije asi 2-3 šálky denně. Čaje vypije asi 3 šálky denně.

12.5.3 Vyprazdňování

Subjektivně pacientka nemá potíže s vyprazdňováním moče ani stolice. Objektivně se vyprazdňuje bez potíží obden. Stolice je pevná, bez příměsí.

12.5.4 Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně se pacientka cítí nezávislá na pomoci druhých. Objektivně pacientka chodí pravidelně na procházky se psem. Při všedních denních činnostech nepotřebuje pomoc, vše zvládá sama.

12.5.5 Spánek a odpočinek

Subjektivně se z důvodu snížení červených a bílých krvinek v důsledku útlumu tvorby kostní dřeně u pacientky vyskytuje zvýšená únava. Objektivně mívá potíže s usínáním a s buzením během noci.

12.5.6 Oděv, oblékání a svlékání

Subjektivně pacientka nemá potíže s oblékáním a svlékáním. Objektivně pacientka sama bez obtíží zvládá oblékání i svlékání oděvu. Oblečení je čisté a odpovídá aktuálnímu počasí.

12.5.7 Tělesná teplota

Subjektivně pacientka udává teplotní komfort. Objektivně má pacientka fyziologickou tělesnou teplotu.

12.5.8 Udržování upravenosti a čistoty těla

Subjektivně pacientka dodržuje osobní hygienu, nejméně jedenkrát denně se sprchuje. Objektivně je pacientka upravená a čistá.

12.5.9 Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování poškození sebe a druhých

Subjektivně se pacientka snaží vyvarovat vyvolávajícím faktorům astmatu a také faktorům, které u ní spouštějí exacerbaci. Objektivně se chování pacientky shoduje s léčebným a preventivním plánem a tím zvyšuje efektivitu péče.

12.5.10 Komunikace s ostatními osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně pacientka nemá potíže vyjádřit své emoce a obavy, dobře navazuje verbální kontakt. Objektivně v průběhu rozhovoru stále udržuje oční kontakt. V komunikaci nejeví žádné známky agresivity či pasivního chování.

12.5.11 Vyznání vlastní víry

Subjektivně je pacientka bez vyznání. Je pro ni důležitá podpora rodiny a zdraví. Objektivně pacientka komunikuje s rodinou a vzájemně se podporují.

12.5.12 Smysluplná práce

Subjektivně je pro pacientku smysluplná a důležitá péče o zdraví, jek své vlastní, tak i své rodiny. Objektivně se pacientka snaží dodržovat zásady správné výživy.

12.5.13 Hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace

Subjektivně pacientka relaxuje na procházkách a doma při sledování oblíbených seriálů. Objektivně svoji fyzickou kondici udržuje každodenní procházkou se psem.

12.5.14 Učení, objevování nového, zvídavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Subjektivně pacientka touží po stálém učení nových dovedností a znalostí. Objektivně pacientka pracuje jako referentka plánování, stále se vzdělává. Zajímá se o svůj

zdravotní stav, aktivně z různých zdrojů zjišťuje možnosti léčby a vylepšení zdravotního stavu. Zajímá se o zdravý životní styl.

12.6 Ošetřovatelské diagnózy

12.6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00093-únava

00095-porušený spánek

12.6.2 Rizikové ošetřovatelské diagnózy

00094-riziko intolerance aktivity

00152-riziko bezmocnosti

12.7 Plán ošetřovatelské péče

12.7.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00093-únava z důvodu poklesu krvinek a nedostatečného odpočinku z důvodu porušeného spánku projevující se usínáním během dne, nesoustředěností.

Cíl: pacientka se cítí odpočatě, má více energie, vykonává běžné činnosti bez deficitu energie a účastní se požadovaných aktivit.

Intervence: Posuď stupeň poruchy spánku. Promluv si s pacientkou o faktorech pomáhajících k odstranění únavy. Navrhni změnu životního stylu v souvislosti s únavou. Akceptuj pacientky stížnosti na únavu, nebagatelizuj je. Naplánuj s pacientkou realistická řešení únavy. Zařaď do harmonogramu dne i odpočinek. Zaměř se na zlepšení kvality spánku. Doporuč pacientce opatření ke snížení míry únavy (výživa, dostatek tekutin, doplňky výživy).

Realizace: Určila jsem mírný stupeň poruchy spánku. Vedla jsem s pacientkou dialog na téma faktory napomáhající k odstranění únavy, který zahrnoval doporučení o vyvážené stravě- vynechání mastných a těžkých chodů v odpoledních hodinách, dostatečném příjmu tekutin, zařazení spánkových rituálů do večerní rutiny atd. Domluvily jsme se s pacientkou na změně životního stylu- zdravější strava, dostatek tekutin, správné rozvržení aktivit během dne, dostatek odpočinku apod. Pacientce jsem věřila, když si ztěžovala na únavu, akceptovala jsem její potřebu odpočinku. Naplánovaly jsme s pacientkou kroky ke zmírnění únavy- spánkové rituály (před spaním vyvětrat pokoj, ve večerních

hodinách už nejíst, 2 hodiny před spánkem nekoukat do obrazovky mobilního telefonu a televize), správné rozvržení aktivit během dne, zahrnout do harmonogramu dne i dostatek odpočinku. Navrhla jsem kroky ke zlepšení kvality spánku- snížit teplotu v pokoji, zatemnit okna, chodit spát a vstávat každý den ve stejnou hodinu.

Zhodnocení ošetřovatelské péče: Pacientka se cítí méně unavená a více odpočatá, má více energie. Zná faktory napomáhající lepšímu spánku. Zařadila navržené spánkové rituály do svého denního života. Snaží se jíst vyváženou stravu, pít dostatek tekutin, vyřadit z jídelníčku mastné a těžké pokrmy. Přes den více odpočívá, nepřeceňuje své síly. Dokáže si efektivně rozvrhnout svůj den.

0095-porušený spánek z důvodu zvýšeného stresu v práci projevující se zvýšenou únavou, buzením v noci, špatným usínáním.

Cíl: U pacientky došlo ke zlepšení spánku a snížení únavy. Pacientka je více odpočatá, lépe usíná a nebudí se v noci. Přizpůsobuje denní aktivity svému aktuálnímu stavu únavy.

Intervence: Posuď faktory porušeného spánku. Posuď souvislost mezi porušeným spánkem a základním onemocněním. Zjisti, jaké má pacientka spánkové rituály. Poskytni pacientce informace o poruchách spánku. Pozoruj pacientku při spánku, všímej si okolností, dokumentuj délku spánku. Zajímej se o pacientky pocity týkající se zhoršeného spánku. Doporuč pacientce vynechání nevhodných pokrmů a nápojů před spaním. Seznam pacientku s metodami relaxace, navrhni jejich zařazení do spánkových rituálů. Informuj pacientku o úpravě pokoje vedoucí k zlepšení spánku. Eliminuj rušivé vlivy během spaní.

Realizace: Řešila jsem s pacientkou faktory vedoucí ke zhoršenému spánku. Zjistila jsem souvislost mezi zhoršeným spánkem a projevy astmatu- při obtížích, dušnosti atd. se pacientka častěji budí ze spaní. Zjistila jsem spánkové rituály pacientky a doporučila jí zařadit do nich eliminaci tučných jídel ve večerních hodinách, vynechání alkoholu a kofeinových nápojů, zařazení relaxačních technik. Poskytla jsem pacientce brožurky a letáčky o poruchách spánku. Pozorovala jsem pacientku při spánku a zjistila, že se v noci častěji budí v důsledku hluku či jiných rušivých faktorů. Naslouchala jsem pacientce, když se svěřovala s pocity únavy a nedostatku energie na aktivity, které by si přála provozovat.

Informovala jsem pacientku o vhodných úpravách pokoje- vhodná teplota, zatemnění místnosti, eliminace hluku a rušivých elementů atd.

Zhodnocení ošetřovatelské péče: Pacientka usíná bez potíží, v noci se budí jen minimálně. Po probuzení se cítí odpočatá. Přizpůsobuje denní režim svému aktuálnímu stavu únavy. Pacientka zařadila do svých spánkových rituálů relaxaci, vynechání kofeinových nápojů ve večerních hodinách, před spaním v pokoji vyvětrá, okna zatemní.

12.7.2 Rizikové ošetřovatelské diagnózy

00094-riziko intolerance aktivity z důvodů respiračních potíží

Cíl: Pacientka chápe, že v případě akutní exacerbace astmatu může dojít ke ztrátě schopností vykonávat běžné činnosti. Pacientka zná situace, za kterých přivolat pomoc zdravotníka. U pacientky nedojde k porušení běžných aktivit.

Intervence: Posuď příčiny vedoucí k omezené aktivitě. Seznam pacientku se souvislostí mezi nemocí a aktivitou. Informuj pacientku o možných problémech při vykonávání aktivit. Zajisti pacientce pomůcky k aktivitám. Seznam pacientku s možností požádání o pomoc při omezení aktivit.

Realizace: Posoudila jsem, že příčinou vedoucí k omezení aktivit u pacientky je akutní exacerbace astmatu. Vysvětlila jsem pacientce tuto souvislost a seznámila jsem jí s aktivitami, které mohou být během exacerbace omezené. Doporučila jsem pacientce různé pomůcky k lepšímu vykonávání běžných činností během zhoršení příznaků jejího onemocnění (brčko na pití, hůl v případě vratké chůze atd.). Ujistila jsem pacientku, že v případě potíží, zhoršení příznaků nemoci, akutní exacerbaci, omezení aktivit může kdykoliv přivolat a požádat o pomoc.

Zhodnocení ošetřovatelské péče: Pacientka chápe, že může dojít k omezení aktivit při zhoršení příznaků jejího onemocnění. Pacientka ví, že při jakýchkoliv potížích může přivolat pomoc. U pacientky téměř nedochází k omezení aktivit.

00152-riziko bezmocnosti z důvodu nemoci, zhoršení příznaků nemoci

Cíl: Pacientka se aktivně zapojuje do léčby. Pacientka otevřeně mluví o svých pocitech. Pacientka zná situace, při kterých se cítí bezmocná.

Intervence: Seznam se s okolnostmi a s důvodem pocitu bezmoci u pacientky. Sleduj pacientky verbální a neverbální projevy. Naslouchej pacientce a akceptuj její pocity. Udělej si čas na rozhovor s pacientkou. Podporuj pacientku ve vyjadřování svých pocitů a emocí. Vysvětli pacientce její spoluodpovědnost za léčbu, co může udělat pro zlepšení svého stavu. Doporuč častější setkávání s přáteli a rodinou.

Realizace: Seznámila jsem se s okolnostmi a důvodem pocitu bezmocnosti, který pramení z pocitu ztráty kontroly nad svým onemocněním při zhoršení příznaků nebo při akutní exacerbaci. Vypozorovala jsem, že je pacientka při zhoršení příznaků nemoci více nervózní, podrážděná, vystrašená, nesoustředěná. Naslouchala jsem pacientce a vedla s ní rozhovory o jejích pocitech. Podporovala jsem pacientku ve vyjadřování pocitů, nebagatelizovala jsem je. Vysvětlila jsem pacientce, co může ona sama udělat pro zlepšení jejího stavu- dodržovat léčbu, vyvarovat se rizikovým činnostem a látkám zhoršující příznaky atd. Doporučila jsem pacientce častější setkávání s přáteli a rodinou, pro rozptýlení a vytržení z nemoci.

Zhodnocení ošetřovatelské péče: Pacientka se aktivně zapojuje do léčby, snaží se předcházet exacerbacím astmatu. Pacientka se nebojí vyjádřit své pocity a obavy. Pacientka zná situace, při kterých u ní dochází k pocitům bezmocnosti a snaží se jim aktivně předcházet.

12.8 Edukační plán

Tabulka 1- Edukační plán

Edukační plán				
Účel	Edukovat pacientku o důležitosti a prospěšnosti dechové rehabililtace			
Cíl	Pacientka si uvědomuje důležitost a prospěšnost dechové rehabilitace, dokáže předvést, jakým způsobem bude rehabilitaci provádět			
Pomůcky	Letáky, brožurky, odborná literatura, rozhovor s fyzioterapeutem			
Výukové metody	Rozhovor, názorná ukázka, videa			
Druh cíle	**Specifické cíle**	**Hlavní body plánu**	**Časová dotace**	**Hodnocení**
K	Pacientka chápe, jak dechová rehabilitace probíhá	Pacientce je vysvětlena technika dechové rehabilitace	15 minut	Pacientka chápe význam, prospěch a průběh dechové rehabilitace
A	Pacientka předvádí snahu o pochopení principu dechové rehabilitace	Fyzioterapeut pacientce doporučí vhodnou techniku rehabilitace	15 minut	Pacientka spolupracuje při vykonávání dechové rehabilitace
P-M	Pacientka předvede naučené techniky dechové rehabilitace	Pacientka zvládne vykonat dechovou rehabilitaci	10 minut	Pacientka zvládne předvést techniky dechové rehabilitace

K= kognitivní, A= afektivní, P-M= psychomotorický

12.9 Rozhovor- respondentka č. 1

12.9.1 Anamnéza

Pacientka, se kterou proběhlo první výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci, se narodila v roce 1975 v Plzni, žije v Chotěšově a od dětství trpí onemocněním astma bronchiale.

Otec pacientky, narozen v roce 1952, je zdráv. Matka, narozená v roce 1949, se léčí s onemocněním lupus. Bratr, narozený v roce 1985, narozen s dětskou mozkovou obrnou, trpí Aspergerovým syndromem.

Pacientka v dětství trpěla četnými infekcemi, od 10 let léčena pro astma bronchiale. Cca 10 let trpí bolestmi zad způsobenými posunem 4 plotének bederní páteře. V roce 2018 zjištěn a následně operován myom dělohy, řešeno hysterektomií. Od roku 2019 léčena na hemotologicko-onkologické ambulanci FN Plzeň pro útlum činnosti kostní dřeně. Pacientka trpí alergií na prach, pyly, trávy a ACP.

Pacientka studovala na základní škole v Plzni, dále na gymnáziu v Plzni a nyní pracuje na plný úvazek jako referentka plánování ve firmě v Plzni.

12.9.2 Přepis rozhovoru

Psychická problematika

1. Jaké byly Vaše pocity, když Vám lékař sdělil diagnózu astma bronchiale?

„Jako dítě jsem úplně všemu nerozuměla a mísily se ve mně pocity strachu, co mě čeká, co všechno budu muset měnit a omezit a pocitu zlosti a vzteku, proč tuhle nemoc musím mít zrovna já. Ale zároveň i trochu uklidnění, když jsem věděla, proč se to děje, proč se v noci dusím, že se to dá léčit…“

2. Prožívala jste v souvislosti s nemocí někdy úzkost?

„Určitě, protože v dřívější době v podstatě nebyly žádné preventivní léky, jen pro zmírnění již probíhajícího záchvatu, takže ty záchvaty byly hodně intenzivní, nikdy jsem nevěděla, kdy přijdou a často jsem končila v nemocnici. A hlavně jsem ve svém okolí viděla, co dělají s lidmi kortikoidy, jejich vedlejší účinky…“

3. Prožívala jste v souvislosti s nemocí někdy strach?

„Ano. Záchvaty byly naprosto neočekávané, nástup dušnosti velmi rychlý, stávalo se, že ačkoli jsem měla inhalátor hned u postele, nestačila jsem pro něj ani sáhnout. Někdy trvaly záchvaty velmi dlouho a nešly zmírnit.“

4. Jaké pocity jste prožívala po informování o režimových opatřeních při astma bronchiale?

„Byla tam určitá omezení, ale většinou jsem to brala jako fakt, že je to zkrátka nutnost, se kterou stejně nemůžu nic udělat.“

5. Jaké pocity jste měla po informování o režimových opatřeních v domácnosti?

„Jako dítě jsem vnímala starost rodičů třeba s finančními náklady, například výměna koberců za jiné povrchy, také jsme museli zřídit elektrický zvonek, dráty byly nataženy mezi ložnicí rodičů až k mé posteli, abych v případě záchvatu mohla přivolat pomoc a tak dále…“

6. Jaké pocity jste měla po informování o režimových opatřeních ve volnočasových aktivitách?

„V té době jsem ještě hodně sportovala, hrála jsem volejbal, a mrzelo mě, že se nemůžu účastnit všech tréninků, zápasů a společných aktivit s družstvem, například odjet sama na soustředění.“

Sociální problematika

7. Jak jste přizpůsobila domácí prostředí režimovým opatřením?

„Všechno běžné – úklid, větrání, nemáme v bytě zvíře, ani my, ani nikdo z okruhu našich příbuzných a známých nekouří.“

8. Jak jste přizpůsobila volnočasové aktivity režimovým opatřením?

„V současné době žádné omezení nemám, chodíme na procházky, jezdíme na výlety, jen si vybíráme nekuřácké a čisté prostředí. Vždy je nutnost mít s sebou inhalátor, kdyby byl potřeba.“

9. Je nutné dodržovat režimová opatření v pracovním procesu?

„Při mé práci v kanceláři není potřeba nic zvláštního dodržovat, jsem v čistém prostředí, v celé budově je zákaz kouření.“

10. Kouříte?

„Ne.“

11. Pohybujete se v prostředí, kde se kouří?

„Ne, a pokud to můžu aspoň trochu ovlivnit, nechodím do zakouřených prostor. Dnes už je naštěstí i většina restaurací nekuřácká a je vždy možnost výběru prostředí.“

12. Omezují Vás režimová opatření v běžném životě?

„V současné době, kdy jsem dobře kompenzovaná, už jen minimálně. V podstatě jediný problém v běžném životě mám při výběru květin do bytu, některé druhy mi vyvolávají potíže, ale je jich málo a je to drobnost v porovnání s opatřeními v minulosti…“

13. Jak ovlivňuje astma bronchiale aktivity ve Vašem rodinném životě?

„Nijak zvlášť, dělám vše obvyklé, máme společné rodinné a sportovní aktivity, jen se vyhýbám rizikům, jako například pachy chemikálií, zakouřené prostory, atd.“

14. Jak ovlivnilo astma bronchiale Vaše zájmové aktivity?

V minulosti hodně, když jsem se zadýchala například při sportu, následoval záchvat, nemohla jsem být venku při sekání trávy, v mlze a tak dále. Ale teď už v podstatě žádné omezení nemám, pouze mít stále u sebe inhalátor.“

15. Jakým aktivitám se věnujete v současné době?

„Běžným aktivitám, jako každý zdravý člověk, turistika, cestování, práce na zahradě, rádi jezdíme s rodinou na výlety, podnikáme i výšlapy do hor, samozřejmě se příliš nepřeceňuji, ale rozhodně se ani nijak neomezuji v aktivitách.“

16. Jaký vliv má astma bronchiale na Váš pracovní proces?

„Žádný vliv, pracuji v kanceláři v čistém prostředí a moje práce je fyzicky nenáročná.“

17. Která režimová opatření je pro Vás těžké dodržovat?

„Myslet každý den na pravidelné užití inhalátoru. Občas se mi stane, že zapomenu a některý den vynechám. Naštěstí lék působí dlouhodobě a žádné potíže si tím nezpůsobuji.“

18. Respektuje Vaše rodina omezení vyplývající z onemocnění astma bronchiale?

„Ano. Respektuje a při případných potížích mi pomáhají. Jelikož i syn má stejnou diagnozu, respektujeme se navzájem a vycházíme si vstříc.“

19. Přizpůsobuje rodina aktivity Vašim režimovým opatřením?

„V podstatě není třeba nějaké omezení, pouze výběr prostředí, kde se budeme pohybovat. Jinak není potřeba omezovat žádné fyzické aktivity, všechno probíhá naprosto běžně.“

20. Je pro Vás při léčbě důležitá podpora rodiny?

„Jistě a nejen při léčbě. Podpora a dobré vztahy v rodině jsou pro každého astmatika důležité, protože při psychické pohodě je i zdravotní stav mnohem lepší.“

Problematika dodržování léčby a správné užití inhalátoru

21. Jak dodržujete režimová opatření doporučená lékařem?

„Dodržuju předepsanou medikaci, chodím na pravidelné kontroly, vyhýbám se zakouřeným prostorám, snažím se žít zdravě, momentálně nemám relativně žádná omezení.“

22. Dodržujete pravidelnou léčbu, abyste předcházela astmatickému záchvatu?

„Ano, každodenní užití inhalátoru plus pravidelné kontroly u lékařky.“

23. Docházíte na pravidelné kontroly k lékaři?

„Ano, docházím. Chodím ke stejné lékařce už od dětství, zná mě dobře, zkoušely jsme různé změny léků, až jsme dospěly k léku, který užívám teď a jsem maximálně spokojená, záchvaty v podstatě úplně ustoupily a jsem bez potíží.“

24. Bylo pro Vás těžké zařadit léčbu astma bronchiale do Vašeho denního režimu?

„Ze začátku, v dětství, trochu ano, měla jsem období vzdoru, kdy jsem odmítala léčbu, ale postupem času jsem to vzala jako fakt, zkrátka to tak je.“

25. Znáte správnou techniku použití Vašeho inhalátoru?

„Myslím, že ano. Byla jsem u lékařky názorně poučena, vše mi podrobně vysvětlila a ukázala.“

26. Kdo Vás seznámil s použitím Vašeho inhalátoru?

„Má lékařka, alergoložka, u které se léčím už od dětství.“

27. Předvedla Vám lékařka praktickou ukázku použití Vašeho inhalátoru?

„Ano, lékařka mi vše podrobně vysvětlila, jak praktické použití inhalátoru, techniku použití, tak i z lékařského hlediska, jak funguje, co obsahuje, jaké má účinky. Nechala mě použití vyzkoušet na vzorku v ordinaci.“

28. Opakuje Vám vysvětlení správné techniky užívání inhalátoru při pravidelných prohlídkách?

„Není potřeba, vše funguje v pořádku. Ale ze začátku se mě ptala, jestli vše chápu, jestli chci něco znovu vysvětlit nebo ukázat.“

29. Popište postup aplikace z Vašeho inhalátoru.

„Odklopím víčko, cvaknu do strany pro nadávkování, vydechnu, dám do úst a nadechnu se, po aplikaci si vyčistím zuby.“

12.9.3 Shrnutí

Pacientka popisuje, že jako dítě po sdělení diagnózy astma bronchiale pociťovala strach a také vztek, proč tímto onemocněním trpí právě ona. V dětství v souvislosti s onemocněním prožívala často pocity úzkosti i strachu, zejména proto, že léky nebyly ještě tak účinné, jako jsou dnes, exacerbace byly velmi intenzivní, neočekávané a nebylo výjimkou, že nešly efektivně zmírnit. Pacientka musela být po akutní exacerbaci často hospitalizována. Pociťovala strach z braní kortikoidů, protože viděla, jaké účinky měly na lidech v jejím okolí. Na režimová opatření reagovala tak, že zkrátka musí být a brala je jako fakt. Jako dítě většinu režimových opatření zajišťovali rodiče a tak vnímala starost, že rodičům finančně přitěžuje, když museli měnit vybavení bytu za jiné, které odpovídalo požadavkům režimových opatření. Ráda sportovala a cítila lítost, když se nemohla účastnit všech

sportovních aktivit, kterých se dřív účastnila a také, že nemohla odjet s ostatními dětmi na soustředění apod.

V domácím prostředí se snaží dodržovat režimová opatření běžným úklidem, častým větráním apod. Ve svých volnočasových aktivitách žádné omezení nevnímá, jen u sebe musí neustále nosit inhalátor. V minulosti jí astma bronchiale výrazně ovlivňovalo zájmové aktivity, zadýchání při sportu způsobilo akutní exacerbaci, sekání trávy nebo mlha omezovalo její pobyt venku. V současné době se věnuje turistice, práci na zahradě, cestování a rodinným výletům. V pracovním procesu žádné vetší omezení nevnímá, v celé budově, kde pracuje, je zákaz kouření. Pacientka nekouří a snaží se vyhýbat zakouřeným prostorům. V současné době je její stav dobře kompenzován a tak ji režimová opatření v běžném životě omezují jen minimálně. Snaží se vyhýbat rizikům, která by mohla způsobit akutní exacerbaci astma bronchiale, jako jsou například pachy chemikálií, zakouřené prostory apod. Jako nejtěžší vnímá myslet na pravidelné užití léků. Rodina respektuje to, že pacientka musí dodržovat určitá režimová opatření, podpora rodiny je v léčbě pro pacientku velmi podstatná.

Léčbu a režimová opatření se pacientka snaží dodržovat tak, jak má, užívá předepsanou medikaci a dochází na pravidelné kontroly k lékaři. Zařadit léčbu do běžného denního režimu bylo v dětství složitější, prožívala fázi vzdoru a odmítání léčby, postupně došlo k adaptaci na léčebný proces a nyní léčbu nevnímá jako problém. Se správnou technikou užití inhalátoru pacientku seznámila její lékařka na alergologii, vše vysvětlila a názorně předvedla. Opakovanou edukaci ale nyní již neprovádí. Pacientka při popisu postupu aplikace léku z jejího inhalátoru neuvedla všechny potřebné kroky, v jejím postupu chybí zadržení dechu po aplikaci léku.

12.10 Rozhovor- respondentka č. 2

12.10.1Anamnéza

Pacientka, se kterou proběhlo druhé výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci, se narodila v roce 1997 v Plzni, žije v Třemošné a onemocněním astma bronchiale trpí od dětství.

Otec pacientky, narozen v roce 1975, je zdráv. Matka, narozená v roce 1976, se léčí s onemocněním astma bronchiale autoimunním onemocněním štítné žlázy a hypertenzí. Sestra, narozená v roce 2001, je zdráva.

Pacientka v dětství prodělala běžné dětské choroby. Od 1,5 roku léčena pro astma bronchiale po prvním astmatickém záchvatu. V roce 2013 prodělala infekční mononukleózu. Pacientka trpí alergií na jarní pyly, trávy a psy.

Pacientka studovala na základní škole v Plzni, dále na Střední zdravotnické škole v Plzni a nyní studuje na vysoké škole.

12.10.2Přepis rozhovoru

Psychická problematika

1. Jaké byly Vaše pocity, když Vám lékař sdělil diagnózu astma bronchiale?

„Astma mám od narození, takže lékař sděloval diagnózu matce, ta to pak postupem času vysvětlovala mně. Jelikož mám astma odjakživa, neměla jsem kvůli tomu žádné negativní pocity, přišlo mi to tak normální, ani jsem si nepřipadala nemocná nebo že by mě to nějak ovlivňovalo. Pamatuju si jen, že jsem chodila s matkou k lékařce, ta mi dělala spirometrii. Když jsem byla malá, měla jsem takový krásný žlutý nástavec na inhalátor s medvídky, z toho jsem měla radost.“

2. Prožívala jste v souvislosti s nemocí někdy úzkost?

„Nepamatuji si, že bych někdy prožívala v souvislosti s nemocí úzkost, nepřipouštěla jsem si, že jsem nemocná, přišla jsem si normální, zdravá.“

3. Prožívala jste v souvislosti s nemocí někdy strach?

„Ne, na žádný astmatický záchvat si nepamatuji, protože jsem byla moc malá a od té doby jsem žádný neměla, jen se mi občas hůře dýchá, ale strach nemám.“

4. Jaké pocity jste prožívala po informování o režimových opatřeních při astma bronchiale?

„O režimových opatřeních říkala lékařka matce, takže ta to potom doma nějak zavedla, takže já jsem neprožívala žádné negativní pocity, protože to tak doma prostě bylo.

5. Jaké pocity jste měla po informování o režimových opatřeních v domácnosti?

„Byla jsem smutná, bylo mi líto, že jsem nemohla mít doma žádného domácího mazlíčka, sice jsme měli psa, kterého rodiče pořídili ještě před mým narozením, ale já chtěla třeba papouška nebo králíka, ale to jsem nemohla. Taky jsem měla ráda koně, chtěla jsem jezdit na koních a bohužel to nešlo, kvůli astmatu, protože by mi vadilo seno.“

6. Jaké pocity jste měla po informování o režimových opatřeních ve volnočasových aktivitách?

„Hodně mě to štvalo, na základní škole mě docela bavilo běhat, ale paní učitelka mě nechtěla nechat běhat dlouhé vzdálenosti, protože se bála, že dostanu astmatický záchvat a mě to mrzelo, chtěla jsem běhat jako ostatní a takhle jsem byla odstrčená a nějak ve mně zůstalo, že bych kvůli astmatu neměla dělat nic namáhavého, abych nedostala astmatický záchvat, takže jsem postupem času zlenivěla. V dětství jsem nedělala žádný sport, teď bych za to byla ráda, když bych něco dělala od dětství jako ostatní. Myslím, že kvůli astmatu nemám žádný vztah ke sportu a jsem taková nemotorná. Všichni se báli, že když budu dělat něco namáhavého, že dostanu astmatický záchvat a pak to ve mně nějak zůstalo, přitom si myslím, že jsem mohla sportovat jako všichni ostatní.“

Sociální problematika

7. Jak jste přizpůsobila domácí prostředí režimovým opatřením?

„Nemám nikde vystavené žádné zbytečné věci, na které by se chytal prach a častěji uklízím, aby nikde nebyl prach a špína.

8. Jak jste přizpůsobila volnočasové aktivity režimovým opatřením?

„Když se chystám na nějakou namáhavou činnost, na nějaký sport, tak se ujistím, že mám s sebou Ventolin a když například někam jdeme do kopce, například na Sněžku, tak se snažím postupovat pomalu, abych to udýchala.“

9. Je nutné dodržovat režimová opatření v pracovním procesu?

„Ano.“

9a. Jaká režimová opatření v pracovním procesu je vhodné dodržovat?

„Myslím si, že podobně jako doma- žádné kytky, často utírat prach, větrat a tak.“

10. Kouříte?

„Ne.“

11. Pohybujete se v prostředí, kde se kouří?

„Ne.“

12. Omezují Vás režimová opatření v běžném životě?

„Ano, chtěla bych mít kočku, ale bohužel to kvůli astmatu nejde. Rychleji se zadýchám, nezvládnu udýchat věci, co ostatní zvládnou v klidu. Asi do 18 jsem chodila k jedné doktorce, která mi dělala spirometrii, ta nevycházela moc dobře, ale snažila se to změnit. Pak jsem přešla k jiné doktorce, ta se snažila, zkoušela různé inhalátory a ještě mi zjistila alergii na psy, o které jsem předtím nevěděla. Nakonec mi našla inhalátor, který mi astma zlepšil, a začala jsem bydlet bez psa. Pořád to není ono, ale já jsem ani předtím nepociťovala, že je něco špatně, jen jsem se prostě občas zadýchala. Prý už si na to plíce zvykly, jak jsem předtím nebyla dostatečně léčená a už to asi nepůjde úplně ovlivnit nějakou lepší léčbou, ale aspoň něco.“

13. Jak ovlivňuje astma bronchiale aktivity ve Vašem rodinném životě?

„Teď už se nenechávam astmatem moc ovlivňovat, při léčbě docela zvládam všechny aktivity v rodinném životě, výlety a sport.“

14. Jak ovlivnilo astma bronchiale Vaše zájmové aktivity?

„V dětství hodně, vlastně i teď, mrzí mě, že jsem od dětství nedělala nějaký sport jako ostatní děti. Zkoušela jsem různé jiné aktivity, jako třeba dramatický kroužek nebo školní sbor, keramiku, ale u ničeho jsem dlouho nevydržela. Myslím, že nějaký sport by mě bavil a měla bych k němu i teď v dospělosti nějaký vztah. V dospělosti jsem šla vyzkoušet ježdění

na koni, ale bohužel kvůli senu a dusnu ve stáji jsem musela skončit, protože se mi nedýchalo dobře a i to bylo fyzicky hodně náročné.“

15. Jakým aktivitám se věnujete v současné době?

„V současné době se ničemu nevěnuju, ale není to kvůli astmatu, ale mám teď hodně práce a nezbývá mi moc času na nic dalšího, ale v létě ráda plavu, jezdíme na chalupu na Šumavu, tam ráda chodím na procházky do lesa a doma si ráda čtu.“

16. Jaký vliv má astma bronchiale na Váš pracovní proces?

„Myslím, že žádný.“

17. Která režimová opatření je pro Vás těžké dodržovat?

„Asi to častější utírání prachu, nemám moc ráda uklízení a také ty domácí mazlíčky, protože bych doma měla ráda kočku.“

18. Respektuje Vaše rodina omezení vyplývající z onemocnění astma bronchiale?

„Ano.“

19. Přizpůsobuje rodina aktivity Vašim režimovým opatřením?

„Ano, matka a babička taky mají astma, takže to tak máme v rodině, že je všechno nějak přizpůsobené.“

20. Je pro Vás při léčbě důležitá podpora rodiny?

„Ano, díky matce a babičce jsem věděla, že v tom nejsem sama.“

Problematika dodržování léčby a správné užití inhalátoru

21. Jak dodržujete režimová opatření doporučená lékařem?

„Častěji utírám prach, peru povlečení a prostěradlo kvůli roztočům, peru záclony a častěji vysávám koberec. Když jsem ještě bydlela u rodičů, kde byl s námi v bytě pes, tak se mi hůře dýchalo a vycházela mi horší spirometrie, takže jsem si nepořídila žádného domácího mazlíčka.“

22. Dodržujete pravidelnou léčbu, abyste předcházela astmatickému záchvatu?

„Ano, dodržuji.“

23. Docházíte na pravidelné kontroly k lékaři?

„Ano.“

24. Bylo pro Vás těžké zařadit léčbu astma bronchiale do Vašeho denního režimu?

„Ne, je to pro mě už od dětství automatické jako čištění zubů, nemusím na to myslet a nezabere to moc času.“

25. Znáte správnou techniku použití Vašeho inhalátoru?

„Myslím, že ano.“

26. Kdo Vás seznámil s použitím Vašeho inhalátoru?

„Lékařka.“

27. Předvedla Vám lékařka praktickou ukázku použití Vašeho inhalátoru?

„Ano.“

28. Opakuje Vám vysvětlení správné techniky užívání inhalátoru při pravidelných prohlídkách?

„Ne.“

29. Popište postup aplikace z Vašeho inhalátoru.

„Takže ho protřepu, potom to vdýchnu dovnitř a potom si vypláchnu pusu.“

12.10.3Shrnutí

Pacientka popisuje, že astma má už od útlého dětství a tak si nevzpomíná na své pocity po sdělení diagnózy. Nepamatuje si na stav před astma bronchiale a tak jí potíže s ním spojené přišly normální. Strach nebo úzkost spojenou s akutní exacerbací neměla, na žádný velký astmatický záchvat si nevzpomíná, zažila je v raném dětství, nyní se projevuje dušnost po vyprovokování nějakou noxou či látkou. Z režimových opatření, která byla doma zavedena, byla smutná, přála si mít domácího mazlíčka, papouška

nebo králíka, ale toho jí rodiče kvůli astma bronchiale nechtěli dovolit. Měli doma jen psa, kterého rodiče pořídili ještě před narozením pacientky. Jako dítě také chtěla jezdit na koních, to bohužel kvůli astma bronchiale také nešlo. Režimová opatření týkající se volnočasových aktivit jí také velmi omezovala. Ráda běhala, bohužel jí učitelé nechtěli nechávat běhat dlouhé vzdálenosti, kvůli strachu z astmatického záchvatu. Cítila se tím odloučená od ostatních spolužáků a měla poté pocit, že kvůli astma bronchiale nesmí dělat nic namáhavého, takže od sportu ustoupila a nyní jí to velmi mrzí, protože by nějaký sport ráda dělala.

Domácí prostředí přizpůsobila režimovým opatřením tím, že nemá v bytě žádné zbytečné věci, které by chytaly prach, 3x v týdnu uklízí, utírá prach atd. Ve volnočasových aktivitách vnímá režimová opatření tak, že s sebou musí neustále nosit svůj inhalátor, když se chystají na nějakou namáhavější činnost, tak se snaží nepřeceňovat své síly a např. při výstupu do kopců postupovat pomalu, aby se příliš nezadýchala. Pacientka si myslí, že je potřeba dodržovat režimová opatření i v pracovním procesu. Nekouří a vyhýbá se místům, kde se kouří. Vnímá, že ji režimová opatření omezují v životě např. tím, že si vždy přála mít kočku, ale kvůli astma bronchiale ji mít nemůže, dále tím, že se při určitých činnostech zadýchá rychleji než ostatní a nezvládne kvůli tomu určité činnosti dokončit s ostatními. Při vyšetřeních u lékařky jí vždy spirometrické vyšetření vycházelo se špatnými výsledky a na základě těchto výsledků lékařka udělala alergologické testy a zjistila alergii na psy. Lékařka poté zvolila jiný druh léku, který pacientce příznaky astma bronchiale zlepšil, a také se odstěhovala od rodičů, kde byl v bytě pes. Při současné léčbě má příznaky jen mírné a tak nevnímá téměř žádné potíže při rodinných aktivitách. Volnočasové aktivity jí astma bronchiale ovlivnilo tím, že se nyní nevěnuje žádnému sportu, protože v dětství jí od sportu všichni odrazovali, protože se báli, aby pacientka neměla astmatický záchvat. V dospělosti vyzkoušela svou vysněnou jízdu na koních, ale bohužel musela po velmi krátké době skončit, protože jí vadilo seno a dusno ve stájích. V současné době se tak žádným volnočasovým aktivitám nevěnuje, ale dodává, že to není jen z důvodu, že jí to astma bronchiale nedovoluje, ale je to také tím, že nyní nemá moc volného času. V létě ráda jezdí na chatu, kde chodí na procházky do lesa, ráda plave a čte si. Režimové opatření, které je pro pacientku těžké dodržovat je častější uklízení, které nemá ráda a také to, že nemůže mít žádné domácí mazlíčky. Rodina pacientky respektuje režimová opatření vyplívající z jejího onemocnění a přizpůsobují aktivity a prostředí režimovým opatřením, protože kromě pacientky trpí onemocněním astma bronchiale

i pacientky maminka a babička. Podpora rodiny je pro ni důležitá a díky mamince a babičce ví, že na problematiku astma bronchiale není sama.

Režimová opatření doporučená lékařem dodržuje tím, že častěji utírá prach, pere povlečení, záclony, častěji vysává a nepořídila si žádného domácího mazlíčka. Pravidelnou léčbu a kontroly u lékařky dodržuje. Zařadit léčbu do denního režimu pro pacientku nebylo těžké, protože léčbu má do denního režimu zařazenou již od raného dětství a vnímá to stejně, jako například čištění zubů. Pacientka si myslí, že zná správnou techniku užití jejího inhalátoru. S touto technikou jí seznámila lékařka, která pacientce předvedla i praktickou ukázku užití. Opakovanou edukaci již lékařka ale neprovádí. Při postupu aplikace léku z inhalátoru pacientka neuvedla všechny potřebné kroky, vynechala hluboký výdech před aplikací a poté zadržení dechu po aplikaci.

13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

13.1 Rozbor a srovnávání rozhovorů

Hlavní kategorie dat:

1. Pocity

2. Aktivity

3. Rodinný život

4. Režimová opatření

5. Terapie

6. Inhalační léčba

7. Postup použití inhalačních léků

13.1.1 Pocity

Obě respondentky se shodly na tom, že v souvislosti s astma bronchiale v jejich životě převyšují spíše negativní pocity, i přes to se ale nacházejí u respondentek i pocity pozitivní. U R1 převyšují pocity strachu, vzteku, zlosti, úzkosti, obav, lítosti a pocit vyloučení z kolektivu a to především v dětství. Objevuje se u ní ale také pocit naděje, když se dozvěděla, že trpí onemocněním astma bronchiale a její záchvaty dušnosti měly příčinu a opodstatnění. Pocitu naděje napomohl také fakt, když se dozvěděla, že nemoc se dá léčit a astmatickým záchvatům se dá předejít. V dětství cítila obavy spojené se starostí rodičů, kteří měli náhle velké finanční náklady na přizpůsobení bytu, kde byla nutná výměna koberce za jiný povrch nebo zřízení elektrického zvonku, který měla R1 u postele a v případě záchvatu se mohla dozvonit na rodiče v ložnici. V dětství prožívala období vzdoru, kdy pociťovala vztek a v jeho důsledku odmítala léčbu. Astma bronchiale ji také v dětství vyloučilo ze sportovního kolektivu, kam docházela a to jí způsobovalo lítost. V současnosti téměř žádné negativní pocity neprožívá a astma bronchiale jí nyní indisponuje jen minimálně. R2 udává, že na žádné negativní pocity v souvislosti s astma bronchiale si nevzpomíná, protože jím trpí už od velmi raného dětství a léčba začala velmi brzo, proto si ani nevzpomíná na žádný velký astmatický záchvat. Objevovaly se u ní proto pocity radosti z hezkého žlutého nástavce na inhalátor s medvídky. Když se v dětství chtěla

zapojovat do kolektivních sportů a do běhání, astma jí tuto činnost znemožňovalo a tak se cítila vyloučená z kolektivu a měla pocity lítosti. Cítila vztek, že jí paní učitelka ve škole nedovolovala běhat s ostatními dětmi, protože se bála, že respondentka dostane astmatický záchvat, přestože běhání respondentku velmi bavilo. R2 Byla smutná, protože jako dítě si přála domácího mazlíčka, kterého jí rodiče nedovolili, kvůli astma bronchiale. Společnými pocity pro R1 i R2 jsou lítost a vztek.

13.1.2 Aktivity

R1 i R2 shodně uváděly, že jim v současné době astma bronchiale ovlivňuje jejich aktivity jen minimálně. Co se týká rodinných aktivit, R1 i R2 se věnují běžným aktivitám, jako jsou procházky a výlety s rodinou. R1 se ve volném čase věnuje práci na zahradě, turistice, cestování s rodinou a s přáteli, ale také například výšlapům do hor, kdy musí ale přizpůsobit tempo svým možnostem. U všech sportovních i nesportovních aktivit je pro R1 i R2 nutností s sebou mít vždy inhalátor. R1 uvádí, že je pro ni důležitý výběr prostředí, kde se aktivitám věnuje, snaží se volit čisté a nekuřácké prostředí a obklopovat se lidmi, kteří nekouří. V dětství ovlivňovalo aktivity R1 astma bronchiale hlavně tím, že nemohla pokračovat ve sportu, kterému se do té doby hodně věnovala, při zadýchání dostávala záchvaty astmatu a astma omezovalo i její pobyt venku, kdy se musela vyhýbat místům, kde se sekala tráva, nemohla být venku v mlze apod. R2 uvádí, že se v současnosti věnuje běžným aktivitám, jako jsou výlety, sportování, plavání, procházky v lese a četba. V dětství se R2 kvůli astma bronchiale sportu věnovat nemohla a zkoušela proto jiné zájmové činnosti, jako byly například školní sbor, dramatický kroužek, keramika nebo jízda na koni. Žádná z aktivit, o kterých mluvila, ji nezaujala, bavila ji jen jízda na koni, které se ale věnovat nemohla kvůli senu a prašnému vzduchu ve stájích. R2 uvádí shodně s R1, že se pro aktivity snaží volit nekuřácká prostředí a mít u sebe vždy inhalátor.

13.1.3 Rodinný život

R1 i R2 fungují v rodinném životě bez problémů, věnují se běžným činnostem a aktivitám, kterým se věnují i lidé, kteří onemocněním astma bronchiale netrpí. R1 i R2 se shodují na tom, že je pro ně podpora rodiny velmi důležitá a podstatná při dodržování léčby a režimových opatření. Rodiny R1 i R2 respektují opatření, která musejí dodržovat a snaží se přizpůsobovat činnosti a aktivity právě těmto opatřením. R1 uvádí, že je pro ni podpora rodiny nezbytná a myslí si, že podpora rodiny je důležitá nejen při léčbě a že dobré vztahy v rodině jsou pro každého člověka trpícího astmatem důležité, protože při dobré psychické pohodě se zlepšuje i zdravotní stav. R1 udává, že astmatem

trpí i její syn a proto si ve všech činnostech a aktivitách vycházejí vstříc s ním i s celou rodinou. R2 uvádí, že astmatem trpí i její matka a babička a proto mají vše přizpůsobené režimovým opatřením spojeným s astma bronchiale. R2 uvádí, že podpora rodiny je pro ni velmi důležitá a že díky matce a babičce, které mají stejné onemocnění, ví, že není na problematiku astma bronchiale sama.

13.1.4 Režimová opatření

R1 dodržuje režimová opatření úklidem, nemá žádné zvíře v bytě, vybírá květiny, které do bytu umístí, které jí nezhoršují příznaky nemoci a snaží se být důsledná v užívání každodenních léků, které občas zapomene užít. V pracovním procesu se snaží R1 dodržovat režimová opatření častým větráním a v celé budově, kde pracuje, je zákaz kouření. R1 i R2 nekouří a snaží se vyhýbat prostředí, ve kterém se kouří. R2 dodržuje režimová opatření zvýšeným úklidem, kam se řadí časté vysávání koberce, utírání prachu, praní ložního povlečení apod., nemá v bytě zbytečné věci, na které by se chytal prach apod. R2 nemá v bytě žádné zvíře, protože jí lékařka zjistila alergii na psy. V pracovním procesu si myslí R2, že je důležité dodržovat režimová opatření například častým větráním, utíráním prachu a žádnými květinami na pracovním místě.

13.1.5 Terapie

Terapii astma bronchiale dodržují R1 i R2 pravidelným užíváním inhalačních léků, docházením na pravidelné kontroly k lékařce a dodržováním doporučených režimových opatření. R1 měla v dětství s dodržováním léčby potíže, když prožívala období vzdoru a léčbu odmítala, v současnosti se snaží léky důsledně užívat. R2 s dodržováním léčby nikdy potíže neměla, léčbu zahájila již ve velmi raném dětství a uvádí, že je pro ni každodenní užívání léků přirozené stejně, jako například čištění zubů.

13.1.6 Inhalační léčba

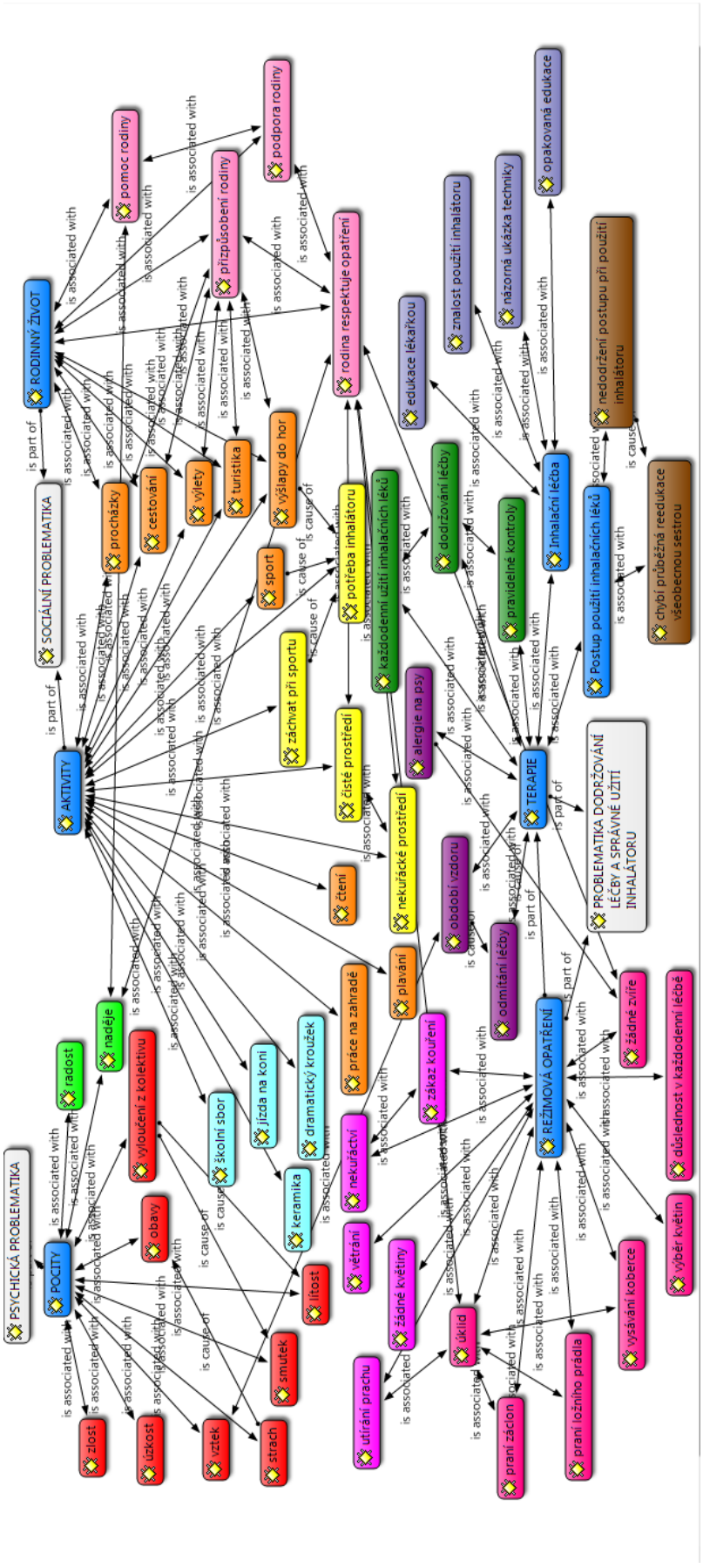
R1 i R2 uvádějí, že znají správný postup užití inhalátoru, postup jim vysvětlila lékařka, která provedla i názornou ukázku. R1 uvádí, že ji lékařka nechala vysvětlenou techniku zkusit na vzorku inhalátoru v ordinaci. R1 udává, že jí lékařka vše podrobně vysvětlila a poté techniku ukázala. U R1 i R2 ovšem chybí opakovaná edukace všeobecnou sestrou, technika užití inhalátoru jim byla vysvětlena pouze jednorázově.

13.1.7 Postup použití inhalačních léků

R1 popisuje užití inhalátoru takto: „Odklopím víčko, cvaknu do strany pro nadávkování, vydechnu, dám do úst a nadechnu se, po aplikaci si vyčistím zuby.“. V postupu, který R1 popisuje, nejsou dodrženy všechny potřebné kroky, v jejím postupu chybí zadrže-

ní dechu po aplikaci léku, což je důvod chybění průběžné reedukace. R2 popisuje užití inhalátoru takto: „Takže ho protřepu, potom to vdýchnu dovnitř a potom si vypláchnu pusu.“. V postupu R2 také nejsou dodrženy všechny potřebné kroky, vynechala hluboký výdech před aplikací a poté zadržení dechu po aplikaci. Chybný postup užití inhalátoru u R2 připisuji také chybějící průběžné reedukaci.

Obrázek 1- Kódování rozhovorů



Zdroj: vlastní

Výsledná podoba odpovědí obou respondentek a vztahy mezi nimi byly přepsány do kódů (Obrázek 1). Bílé kódy znázorňují hlavní rozdělení rozhovorů do 3 kategorií, které jsou u obou rozhovorů stejné, jsou to 'PSYCHICKÁ PROBLEMATIKA', 'SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA' a 'PROBLEMATIKA DODRŽOVÁNÍ LÉČBY A SPRÁVNÉ UŽITÍ INHALÁTORU'. Modré kódy znázorňují 5 hlavních (Pocity, Aktivity, Rodinný život, Režimová opatření a Terapie) a 2 vedlejší kategorie dat (Inhalační léčba a Postup použití inhalačních léků), které jsou také u obou rozhovorů stejné.

V první kategorii 'POCITY' jsou červenou barvou označeny všechny negativní pocity, zelenou barvou všechny pozitivní pocity. Společné kódy pro tuto kategorii u obou respondentek jsou kódy 'lítost' a 'vztek'.

Ve druhé kategorii 'AKTIVITY' jsou žlutou barvou označena opatření, která jsou pro respondentky nutná dodržovat při aktivitách, oranžovou barvou jsou označeny aktivity, které vykonávají respondentky v současné době a světle modře jsou označeny aktivity, které zkoušela R2 v dětství. Společné kódy pro tuto kategorii u obou respondentek jsou kódy 'výlety', 'procházky' a 'potřeba inhalátoru'.

Ve třetí kategorii 'RODINNÝ ŽIVOT' jsou růžově označeny kódy, které znázorňují podporu rodiny respondentek. Společné kódy pro tuto kategorii u obou respondentek jsou kódy 'podpora rodiny' a 'rodina respektuje opatření'.

Ve čtvrté kategorii 'REŽIMOVÁ OPATŘENÍ' jsou tmavě růžovou barvou označena režimová opatření, která respondentky dodržují v domácím prostředí, fialově jsou označena režimová opatření, která respondentky dodržují jak v domácím prostředí, tak i v pracovním. Společné kódy pro tuto kategorii u obou respondentek jsou kódy 'nekuřáctví', 'úklid' a 'žádné zvíře'.

V páté kategorii 'TERAPIE' jsou tmavě fialovou barvou označena specifika v léčbě respondentek a tmavě zelenou barvou jsou označeny kódy, které znázorňují dodržování léčby. Společné kódy pro tuto kategorii u obou respondentek jsou kódy 'pravidelné kontroly' a 'každodenní užití inhalačních léků'.

Ve vedlejší kategorii 'Inhalační léčba' je fialovomodrou barvou označena znalost užití inhalátoru, včetně toho, kdo respondentky s technikou seznámil a zda edukaci v tomto směru opakuje. Společné kódy pro tuto kategorii u obou respondentek jsou kódy 'znalost

techniky užití inhalátoru', 'edukace lékařkou', 'názorná ukázka techniky' a 'opakovaná edukace'.

Ve vedlejší kategorii 'Postup použití inhalačních léků' jsou hnědou barvou označeny kódy znázorňující chybný postup inhalace a chybění opakované edukace respondentek.

Kódy, které se vztahují k více hlavním kategoriím, jsou označeny šipkou, která naznačuje vztah kódu ke kategorii - konkrétně se jedná o kód 'vztek', 'naděje' a 'rodina respektuje opatření'.

Vyskytují se zde vztahy mezi jednotlivými kódy, jako souvislost (is associated with), součást (is part of) a příčina (is cause of).

DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na psychosociální problematiku pacientů s astma bronchiale. Zaměřit se při léčbě astma bronchiale i na pacientovu psychickou pohodu a sociální život je podle mého názoru nezbytné pro udržení dobré kvality života pacienta, neboť je to právě dobrá psychická pohoda, eliminace stresu a udržení sociálního života pacientů s astmatem, co ovlivňuje celou léčbu onemocnění. K výsledku hlavního cíle je dopracováno přes stanovené dílčí cíle a výzkumné otázky. Celkem bylo stanoveno 7 dílčích cílů a 7 výzkumných otázek. Pro sběr informací byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření formou kazuistiky a dvou polostrukturovaných rozhovorů. Otázky do rozhovorů byly rozděleny do 3 částí – Psychická problematika, Sociální problematika a Problematika dodržování léčby a správné užití inhalátoru a celkem bylo 29 otázek.

Výsledky výzkumného šetření byly komparovány s dostupnými kvalifikačními pracemi, které byly zpracované na podobné téma. Byly použity tyto kvalifikační práce: Ivana Fialová (2017) *Kvalita života pacienta s diagnózou asthma bronchiale*, Marie Szromková (2015) *Kvalita života pacientů s diagnózou astma bronchiale* a Bc. Michaela Krenkelová (2017) *Dětské astma: kvalita života „nemocných" rodin z pohledu sociologie zdraví a nemoci.* Některá tvrzení byla komparovaná s názory Jara Křivohlavého (2002) *Psychologie nemoci*.

V bakalářské práci byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Zjistit pocity pacientů, když se dozvěděli o své nemoci

Pocity pacientek se do jisté míry rozcházely. R1 uvedla, že v dětství prožívala hlavně negativní pocity, jako je zlost, strach, vztek, smutek nebo obavy. Uvedla ovšem i pozitivní pocity, a to naději, když se dozvěděla svou diagnózu a věděla, z čeho její zdravotní problémy pramení. Pocity, když se R1 dozvěděla o své nemoci, byly tedy spíše pozitivní. R2 oproti tomu uvedla, že v dětství žádné negativní pocity neprožívala, neboť si na první astmatický záchvat nevzpomíná, léčba se u ní zahájila velmi brzy a tak bylo její astma od dětství dobře kompenzované. Uvedla, že jako dítě měla radost z hezkého nástavce na inhalátor, který měla. R2 uvedla, že jediný negativní pocit u ní způsobuje to, že si kvůli astma bronchiale nemůže dovolit domácí zvíře. Pocity, které R2 měla, když se dozvěděla o své nemoci, byly také převážně pozitivní. R1 uvedla, že jako dítě cítila obavy spojené s finanční starostí rodičů, kteří museli přizpůsobit byt její nemoci.

Podobný názor ve své diplomové práci sdílí i Bc. Michalea Krenkelová. (KRENKELOVÁ, 2017) Překvapilo mě, že v současnosti respondentky žádné negativní pocity neuvádějí. Vyplývá to zřejmě z adaptace na nemoc, což je ve shodě s tvrzením Křivohlavého (2002). (Křivohlavý, 2002, str. 39)

Zjistit, jak pacienti reagují na dodržování režimových opatření

R1 i R2 uvedly, že na dodržování režimových opatření spojených s nemocí astma bronchiale reagují víceméně pozitivně. Vědí, že režimová opatření, která jim doporučil lékař, jsou podstatná k úspěšné léčbě a k dobré kontrole astmatu. R1 uvedla, že režimová opatření se snaží dodržovat úklidem, častým větráním, nemá doma žádné zvíře, ani ona, ani nikdo z rodiny a nejbližších přátel nekouří a snaží se být důsledná v každodenním užívání inhalačních léků, i když se jí to někdy nepodaří a některý den zapomene lék užít, její zdravotní stav to ovšem nezhorší, protože léky působí dlouhodobě. R2 uvedla, že se režimová opatření snaží dodržovat také častým úklidem, častým utíráním prachu, nemá doma žádné zbytečné věci, na které by sedal prach, častěji pere záclony a ložní prádlo, častěji vysává, také doma nemá žádné zvíře apod. Stejně jako R1, tak ani R2 nekouří a nekouří ani nikdo v jejím okolí. R1 i R2 se snaží vyhýbat místům, kde se kouří. R1 uvedla, že je pro ni důležitý výběr květin, které jí nezpůsobují potíže. R1 i R2 uvedly, že si myslí, že dodržení režimových opatření je důležité i v práci, týká se to např. úklidu, větrání, zákazu kouření apod. Nepřekvapilo mě, že R1 i R2 braly režimová opatření jako běžnou součást jejich životů, ovšem předpokládala jsem, že budou uvádět větší problémy s jejich dodržováním. Myslím si, že tomuto faktu pomohl také výběr respondentů, obě respondentky jsou ženy a ty bývají více pečlivé a zodpovědné a tento jejich přístup se promítá i do léčby astma bronchiale.

Zjistit, co prožívali pacienti po sdělení režimových opatření

Tento dílčí cíl s dílčím cílem předcházejícím jsou si podobné, snažila jsem se však zjistit, jakým způsobem respondentky reagují na to, že mají dodržovat určitá režimová opatření, ale také zjistit, jaké pocity prožívaly, když jim lékař sdělil, jaká všechna režimová opatření budou muset dodržovat. Pocity při sdělení režimových opatření nebyly téměř ani u jedné z respondentek negativní, což mě překvapilo. Domnívala jsem se, že při sdělení režimových opatření budou respondentky odpovídat, že cítily například určitý diskomfort, strach z nového a neznámého, obavy nebo velké omezení života, jaký znaly. Nic z tohoto mi ale respondentky nepotvrdily, strach ani obavy nepociťovaly a jediný negativní fakt byl,

že byly omezené ve sportu. R1 uvedla, že to bere zkrátka jako nutnost, fakt, který nemůže změnit. Uvedla ale také, že cítila určitou lítost, když se nadále nemohla účastnit sportovních aktivit, kterým se do té doby hodně věnovala. R2 uvedla, že žádné negativní pocity neprožívala, protože nemocí astma bronchiale trpí i její maminka a babička a tak měli doma všechno přizpůsobené režimovým opatřením už dříve. Jediné negativní pocity, které R2 měla, byly také spojené s omezením sportovních aktivit ve škole a fakt, že nemohla mít domácího mazlíčka.

Zjistit omezení v životě pacientů s astma bronchiale

Domnívala jsem se, že respondentky uvedou velké množství potíží a omezení, které jim astma bronchiale způsobuje. R1 uvedla, že jako jediné omezení, které vnímá v souvislosti s nemocí, je správný výběr květin, které si kupuje do bytu. Překvapilo mě, že astma bronchiale jí v podstatě žádná omezení nezpůsobuje. K podobnému výsledku došla i Marie Szromková ve své bakalářské práci. (Szromková, 2015) R2 naproti tomu uvedla, že se cítí být nemocí omezena, především proto, že si vždycky přála mít kočku, ale kvůli astma bronchiale to není možné, dále se cítí být omezena tím, že se při různých aktivitách rychleji zadýchá a přátele na ni musí čekat, přála si jezdit na koních, ale vadí jí seno prašný vzduch ve stájích a tak tuto aktivitu nemůže vykonávat. Podobný názor, že lidé, trpící nemocí astma bronchiale, jsou v životě v určitých směrech omezení, sdílí ve své bakalářské práci Ivana Fialová. (Fialová, 2017) R1 i R2 uvedly, že v dětství se kvůli astma bronchiale často cítily vyloučené z kolektivu, když se nesměly účastnit různých aktivit se třídou nebo s přáteli v různých spolcích.

Zjistit podporu rodiny při léčbě

Podpora rodiny, nejen při léčbě astma bronchiale, je podle mého názoru velmi důležitá. R1 uvedla, že je pro ni podpora rodiny velice důležitá a to i mimo léčbu, protože si myslí, že pokud jsou v rodině člověka trpícího nemocí astma bronchiale dobré vztahy, má to pozitivní vliv na celý průběh nemoci. Rodiny R1 i R2 v léčbě podporují, respektují režimová opatření, která musí respondentky dodržovat a přizpůsobují aktivity a prostředí těmto opatřením. R2 uvedla, že je pro ni podpora rodiny také velice důležitá, protože tak cítí, že není na problematiku astma bronchiale sama a vždy se může na své nejbližší obrátit. Tento výsledek mě nepřekvapil, podobné odpovědi od respondentek jsem očekávala.

Zjistit, jak pacienti dodržují léčbu

R1 i R2 uvedly, že léčbu se snaží v současné době dodržovat pravidelným užíváním léků, chozením na pravidelné kontroly k lékařce a dodržováním doporučených režimových opatření, kam se řadí vyhýbání zakouřeným prostorám, nekuřáctví, častý úklid apod. Tyto odpovědi jsem od respondentek očekávala. R1 ovšem v dětství procházela obdobím vzdoru a tak bylo dodržování léčby velice nedůsledné a docházelo ke zhoršení projevů astma bronchiale.

Zjistit, zda dokáže pacient správně použít svůj inhalátor

Tento cíl byl zvolen záměrně, protože si myslím, že pacienti trpící nemocí astma bronchiale mnohdy nevědí, jak svůj inhalátor správně použít, používají ho nesprávně a poté dochází ke špatné kontrole astmatu a lékař se snaží přijít na to, proč tomu tak je a hledá například jiné léky apod. R1 i R2 uvedly, že s technikou užití jejich inhalátoru je seznámila lékařka, což mě překvapilo, neboť toto se nachází i v kompetencích všeobecné sestry. Stejný názor sdílí ve své bakalářské práci Ivana Fialová a Marie Szromková. (Fialová, 2017; Szromková, 2015) R1 i R2 následně uvedly, že lékařka jim předvedla i názornou ukázku užití inhalátoru a R1 uvedla, že ji lékařka nechala vysvětlenou techniku zkusit na vzorku inhalátoru v ordinaci. R1 i R2 uvedly, že jim poté lékařka ani všeobecná sestra informace již dále neopakují, což je dle mého názoru nedostatečná edukace v oblasti správného užívání inhalátoru a tyto informace by měly být pacientům opakovány například každý rok nebo individuálně dle potřeby každého pacienta. R1 používá inhalátor pro práškovou formu léku a při otázce na postup užití inhalátoru neuvedla všechny potřebné kroky, v postupu chybí prudký a usilovný nádech při aplikaci léku a následně zadržení dechu na několik vteřin. R2 používá aerosolový inhalátor a při otázce na postup užití inhalátoru také neuvedla všechny potřebné kroky ke správné aplikaci léku, v potupu chybí hluboký a klidný výdech před aplikací, poté hluboký nádech při aplikaci léku a následně zadržení dechu na několik vteřin.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale. Z rozhovorů vyplynulo, že obě respondentky měly v dětství problémy s přijmutím své nemoci a s přijetím všech doporučených režimových opatření. Kladným výsledkem je, že v současnosti neudávají respondentky téměř žádné potíže spojené s astma bronchiale a vedou plnohodnotný život. Léčbu se snaží obě respondentky důsledně doržovat, i když obě uvedly špatný postup aplikace inhalačních léků. Navrhuji

zaměřit se na edukaci pacientů s astma bronchiale v této problematice. Hlavní cíl této práce byl splněn.

ZÁVĚR

V bakalářské práci je zkoumána psychosociální problematika života pacientů s nemocí astma bronchiale. Onemocnění nepostihuje pouze pacientův fyzický strav, ale také a hlavně stav psychický a sociální. Jak už bylo mnohokrát v práci řečeno, pacienti trpí v oblasti psychické a také sociální, protože astma bronchiale jim způsobuje stres, úzkosti, strach, pocit beznaděje, pocit, že jsou vyloučeni z kolektivu apod. Museli se, na úkor nemoci, vzdát oblíbených činností, ať už individuálních nebo těch provozovaných s rodinou a přáteli. Astma dokáže mnohé vzít, ale na straně druhé i dát, například radosti z malých věcí, jako je hezký nástavec na inhalátor v dětství nebo objevení nových aktivit a činností. Důležitým aspektem se jeví věkové období, ve kterém se onemocnění projevilo. U R1 se projevilo v období raného dětství a nikdo v rodině není diagnostikován s nemocí astma bronchiale a došlo k období vzdoru a odmítání léčby, což může souviset s procesem sebepojetí a identitou. Toto tvrzení je ve shodě s názory Křivohlavého (2002). (Křivohlavý, 2002, str. 131) U R2 se nemoc projevila také v raném dětství, ale nemoc mají diagnostikovanou i její maminka a babička, takže přijímala režimová opatření, která byla doma nastavená, jako samozřejmá. V období puberty a dospívání se více projevovala nespokojenost a problém s adaptací na onemocnění, když nemohla mít domácí zvíře, nesměla vykonávat činnosti, které ji bavily apod. V současné době se dle dodržování terapie i režimových opatření jeví obě respondentky jako adaptované na onemocnění, což je ve shodě s tvrzeními Křivohlavého (2002). (Křivohlavý, 2002, str. 39)

Teoretická část bakalářské práce obsahuje definici nemoci astma bronchiale, stručné nastínění anatomických poměrů dýchacích cest, etiologii nemoci, projevy a příznaky nemoci. Dále popisuje vyvolávající faktory, prevenci, základní dělení astma bronchiale, diagnostiku a léčbu nemoci. Následuje kapitola o ošetřovatelské péči o pacienta trpícího nemocí astma bronchiale a kapitola o psychosociální problematice pacientů s nemocí astma bronchiale.

V empirické části bakalářské práce je popsána kazuistika jedné respondentky trpící nemocí astma bronchiale a vyhodnocení rozhovorů se dvěma respondentkami, které mají také diagnostikováno astma bronchiale. Byly analyzovány shody i rozdíly v odpovědích obou respondentek a vztahy mezi odpověďmi. Součástí analýzy rozhovorů je vizuální analýza dat vytvořená z kódování rozhovorů v programu Atlas.ti

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale. V rozhovorech byly respondentky tázány na otázky týkající se pocitů při sdělení diagnózy, dodržování režimových opatření, podpory rodiny, dodržování léčby a správného užití inhalačního systému. Ve většině odpovědí se respondentky shodovaly, byly ale i odpovědi, kde se jejich názor a zkušenosti rozcházely. Oběma respondentkám v současnosti astma větší problémy nezpůsobuje a žijí téměř plnohodnotným životem v důsledku dodržování efektivní terapie a dodržování režimových opatření. Stále u sebe však musí mít inhalátor s léky.

Bakalářská práce by mohla být začátkem v širším zkoumání psychosociálních aspektů edukace pacientů s nemocí astma bronchiale. Obě respondentky výzkumného šetření předkládané bakalářské práce v rozhovorech uvedly, že je lékařka ani všeobecná sestra po prvotní edukaci již dále neinformuje o správném užití inhalačního systému a informace jim opakovaně nepodávají, což je dle mého názoru nedostatečná edukace v oblasti správného užívání inhalátoru a tyto informace by měly být pacientům opakovány například každý rok nebo individuálně dle potřeby každého pacienta. V návaznosti na přesvědčení respondentek o správném použití inhalátoru a zjištěných zkušenostech, které vypovídaly o nepřesném dodržení zásad použití inhalátoru u obou respondentek, byl, jako výstup z bakalářské práce pro ošetřovatelskou praxi, vytvořen leták pro správnou aplikaci léku inhalátorem. Leták bude distribuován do ambulance praktického lékaře a poskytován pacientům jako podpora reedukace aplikace inhalační léčby. Komunikace všeobecné sestry s pacientem je podle mého názoru v této problematice velice důležitá.

V diskuzi byly výsledky výzkumného šetření porovnávány s výsledky výzkumných šetření jiných kvalifikačních prací. Nepodařilo se mi najít literaturu, která by zkoumala všechny cíle, které byly pro tuto práci stanovené, a to pacientovo vnímání režimových opatření spojených s astma bronchiale, dále jestli a do jaké míry je pro pacienty s astmatem důležitá podpora jejich rodiny a také literaturu, která by zkoumala edukaci o správném použití inhalačních systémů u pacientů s nemocí astma bronchiale.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

Knihy

1. BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetřovatel.* 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, a.s., [2016], ©2016. 332 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

2. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetřovatelská výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

3. KAŠÁK, Viktor. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře.* 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018], ©2018. 311 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 79. Jessenius. ISBN 978-80-7345-585-9.

4. KAŠÁK, Viktor a KAŠÁKOVÁ, Eva. *Inhalační systémy v léčbě nemocí s chronickou bronchiální obstrukcí*. Praha: Maxdorf, [2017], ©2017. 148 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-534-7.

5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: ©Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.

6. MARTINÁKOVÁ, Libuše a kol. *Příručka pro výzkumné sestry*. 1. vydání. Brno: Facta Medica s.r.o., 2015. 180 s. ISBN 978-80-88056-02-7.

7. NEUMANNOVÁ, Kateřina a kol. *Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc: možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 142 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4942-9.

8. SALAJKA, František a SEDLÁK, Vratislav. *Astma bronchiale: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2019*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2019], ©2019. 9 s. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. ISBN 978-80-88280-01-9.

9. TEŘL, Milan et al. *Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu*. 1. vyd. [Semily]: Geum, 2015. 63 s. ISBN 978-80-87969-08-3. Dostupné také z: http://www.csaki.cz/dokumenty/DP_diagnostiky_a_lecby_astmatu_2015.pdf

Časopisy

10. HRUBIŠKO, Martin. Je možný život s astmou bez kompromisov?. *Alergie*. 2015, roč. 17, č. 2, s. 110-112. ISSN 1212-3536.

11. KAŠÁK, Viktor. Astma dospělých v roce 2015. *Postgraduální medicína*. 2015, roč. 17, č. 3, s. 277-283. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/astma-dospelych-v-roce-2015-478817.

12. KRČMOVÁ, Irena a NOVOSAD, Jakub. Bronchiální astma - praktické aspekty. *Interní medicína pro praxi*. 2010, roč. 12, č. 4, s. 196-199. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/04/06.pdf.

13. KRYNSKÁ, Jana. Význam psychosociálních faktorů při hodnocení tíže bronchiálního astmatu a pro účelnou farmakoterapii. *Revizní a posudkové lékařství*. 2017, roč. 20, č. 3-4, s. 100-103. ISSN 1214-3170.

14. NALINA, N a CHANDRA, M. r. Sathish. Assessment of quality of life in bronchial asthma patiens. *International Journal of Medicine*. 2015, vol. 5, no. 1, s. 93-97. ISSN 2230-8598.

15. POPELKOVÁ, Patrice, GURKOVÁ, Elena a ŽIAKOVÁ, Katarína. Úskalí self-monitoringu v kontrole bronchiálního astmatu. *Studia pneumologica et phthiseologica*. 2012, roč. 72, č. 5, s. 228-233. ISSN 1213-810X.

16. PRACNOVÁ, Marie. Obtížně léčitelné bronchiální astma očima posudkového lékaře. *Revizní a posudkové lékařství*. 2013, roč. 16, č. 1, s. 27-33. ISSN 1214-3170.

17. PRCHALOVÁ, Eva. Kvalita života astmatických pacientů. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 2009, roč. 6, č. 3, s. 40-43. ISSN 1802-0518.

18. SMIEŠKOVÁ, Alena. Máme možnosť lepšie klasifikovať pacientov s astmou?. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 2013, roč. 10, (Mimor. Supl. 2), s. 27-30. ISSN 1802-0518

19. ŠPIČÁK, Václav. Dvacet let České iniciativy pro astma, o.p.s., můj život s ČIPA o.p.s. *Alergie*. 2016, roč. 18, č. 2, s. 77-78. ISSN 1212-3536.

20. ZELENKOVÁ, Jana. Kouření pacientů s asthma bronchiale. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 2, s. 40-41. ISSN 1801-464X.

Elektronické zdroje

21. Institut biostatiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, 2020. [online]. Praha: 4. 8. 2017. [cit. 24. 1. 2020]. Dostupné z: http:/www.klinickalogopedie.cz

22. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče* [online]. Hradec Králové: MultiMedia SoftWare, listopad 2006. [cit. 26.2.2020]. Dostupné z: https://ose.zshk.cz

Kvalifikační práce

23. FIALOVÁ, Ivana. *Kvalita života pacienta s diagnózou asthma bronchiale.* Plzeň, 2017. 87s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Václava Zvardoňová Maříková.

24. HESOVÁ, Lucie. *Specifika ošetřovatelské péče o dítě s astma bronchiale*. České Budějovice, 2018. 86 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

25. Bc. KRENKELOVÁ, Michaela. *Dětské astma: kvalita života „nemocných" rodin z pohledu sociologie zdraví a nemoci.* Plzeň, 2017. 111s. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

26. SOUKUPOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelská péče o dítě s diagnózou Astma bronchiale*. České Budějvice, 2012. 154 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

27. SZROMKOVÁ, Marie. *Kvalita života pacientů s diagnózou astma bronchiale.* Zlín, 2015. 92s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

28. ŠIŠMA, Martin. *Analýza dýchacích plynů: metody a přístroje*. Olomouc, 2013. 68 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné kultury. Vedoucí práce RNDr. Aleš Jakubec, Ph.D.

29. ŠTEFLOVÁ, Karolína. *Problematika ošetřovatelské péče u pacientů odkázaných na domácí oxygenoterapii a inhalační léčbu*. České Budějovice, 2016. 96 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Bc. Jitka Tomáš Otásková.

Studijní opory

30. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*. Ostrava, 2013. 88 s. Studijní opora. Ostravská univerzita v Ostravě.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A- Klasifikace dle Madona
- Příloha B- Beckův inventář úzkosti
- Příloha C- Informovaný souhlas
- Příloha D- Informační leták
- Příloha E- Rešerše

PŘÍLOHY

Příloha A – Klasifikace dle Madona

Tabulka 2- Klasifikace dle Madona

Stupeň 0	Není bolest ani reakce v okolí
Stupeň 1	Pouze bolest, není reakce v okolí
Stupeň 2	Bolest a zarudnutí
Stupeň 3	Bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
Stupeň 4	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. *Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče* [online]. Hradec Králové: MultiMedia SoftWare, listopad 2006. [cit. 26.2.2020]. Dostupné z: https://ose.zshk.cz

Příloha B – Beckův inventář úzkosti

Beckův inventář úzkosti

Jméno: …… Datum: .....

Předkládáme Vám seznam běžných symptomů úzkosti. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte, do jaké míry Vás jednotlivé symptomy obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška umístěním křížku na odpovídající místo v kolonce vedle každého symptomu.

Tabulka 3- Beckův inventář úzkosti

	vůbec	**mírně** moc mě to neru-šilo	**středně** bylo to nepří-jemné, ale dalo se to vydržet	**vážně** stěží jsem to vydržel(a)
	0	1	2	3
1.Mrtvení nebo mravenčení				
2.Pocit horka				
3.Vratkost no-hou				
4. Neschopnost odpočinku				
5.Strach z nejhorší udá-losti				
6.Závrať nebo pocit na omdlení				
7.Bušení srdce, zrychlený tep				
8.Neklid				

9.Zděšení				
10.Nervozita				
11.Pocit dušnosti				
12.Chvění rukou				
13.Třes				
14.Strach ze ztráty kontroly				
15.Namáhavé dýchání				
16.Strach ze smrti				
17.Panika				
18.Trávicí potíže nebo bolesti břicha				
19.Pocit na omdlení				
20.Zarudnutí v obličeji				
21.Pocení				

Zdroj: Institut biostatiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, 2020. [online]. Praha: 4. 8. 2017. [cit. 24. 1. 2020]. Dostupné z: http:/www.klinickalogopedie.cz.

Příloha C – Informovaný souhlas

PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ASTMA BRONCHIALE

STUDENT
Jana Petříková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: jpetriko@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:
Mgr. Lenka Kroupová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE
Cílem studie je zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.
Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ASTMA BRONCHIALE

STUDENT
Jana Petříková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: jpetriko@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:
Mgr. Lenka Kroupová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE
Cílem studie je zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.
Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já [redacted]
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: [redacted] Datum: 3. 3. 2020

Podpis studenta: Petříková Datum: 3. 3. 2020

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S ASTMA BRONCHIALE

STUDENT
Jana Petříková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: jpetriko@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:
Mgr. Lenka Kroupová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE
Cílem studie je zmapovat psychický stav a sociální život pacientů s astma bronchiale.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.
Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já ...[redacted]...
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:[redacted] Datum: 6. 3. 2020

Podpis studenta: Petříková Datum: 6. 3. 2020

Příloha D- Informační leták

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY V PLZNI

Umíte správně používat inhalátor k léčbě astma bronchiale?

Co je astma bronchiale?

- Dlouhodobé onemocnění dýchacích cest
- Způsobeno dlouhodobým zánětem dýchacích cest
- Projevuje se dechovými obtížemi
- Nejčastější projevy jsou dechový diskomfort a kašel
- Mezi příznaky se řadí dušnost (ztížené dýchání), pískoty při nádechu, pocit sevření hrudi
- Při astma bronchiale se může objevovat takéalergická rýma nebo atopický ekzém

Proč se k léčbě užívají inhalační léky?

- Inhalační léky se podávají do dýchacích cest pomocí inhalátoru
- Nástup účinku inhalačníchléků je velmi rychlý a mají minimální vedlejší účinky
- Léky působí přímo v místě zánětu v dýchacích cestách
- Existuje mnoho různých inhalátorů i léků, je proto důležité, aby lékař vybral nejvhodnější
- Pro léčbu je nezbytné inhalátor správně použít
- Inhalátory se dělí na aerosolové dávkovače a inhalátory pro práškovou formu léků

Správná technika použití inhalátoru

Aerosolové dávkovače:

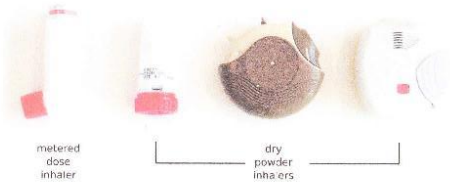
- Nejprve protřepejte inhalátor
- Před aplikací léku klidně a hluboce *vydechněte*
- Obemkněte rty těsně náustek inhalátoru
- Klidně a zhluboka se *nadechněte a současně při nádechu aktivujte inhalátor*
- Po nádechu *zadržte dech* přibližně na 5 sekund

Inhalátory pro práškovou formu léku:

- Obemkněte rty těsně náustek inhalátoru
- Proveďte usilovný, prudký a hluboký *nádech a současně aktivujte inhalátor*
- Inhalátor poté z úst vyjměte a *zadržte dech* na několik vteřin

Ukázka inhalačních systémů

Vlevo: Aerosolový inhalátor;
Vpravo: 3 inhalátory pro práškovou formu léku



Zdroj: TheConversation Trust (UK) Limited. *Yourasthmaisprobablycontributing to climatechange, but there's a betteralternative*[online]. March 25, 2018. [cit. 26. 1. 2020]. Dostupné z: http://www.theconversation.com/

Kdy použít inhalátor při astmatickém záchvatu?

- Nečekejte až na plné rozvinutí potíží
- Když pocítíte dušnost nebo některé z příznaků-pískoty při výdechu, tíže na hrudi atd., hned použijte inhalátor
- Jestliže po použití léku příznaky astmatického záchvatu neustoupí, vyhledejte lékaře

Zdroje:

KAŠÁK, Viktor. *Asthmabronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018], ©2018. 311 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 79. Jessenius. ISBN 978-80-7345-585-9.

NEUMANNOVÁ, Kateřina a kol. *Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc: možnosti koplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 142 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4942-9.

SALAJKA, František a SEDLÁK, Vratislav. *Astma bronchiale: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktickél ékaře 2019*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2019], ©2019. 9 s. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-01-9.

HESOVÁ, Lucie. *Specifika ošetřovatelské péče o dítě s astma bronchiale*. České Budějovice, 2018. 86 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotněsociální fakulta. Vedoucí práce doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Vytvořila: Jana Petříková

Příloha E – Rešerše

Knihy

1. KAŠÁK, Viktor. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018], ©2018. 31 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 79. Jessenius. ISBN 978-80-7345-585-9.
Sig. SVK PK: 31B87521; MDT 616.2- volný výběr

2. KAŠÁK, Viktor a KAŠÁKOVÁ, Eva. *Inhalační systémy v léčbě nemocí s chronickou bronchiální obstrukcí*. Praha: Maxdorf, [2017], ©2017. 148 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-534-7.
Sig. SVK PK: 31B80977; MDT 616.2- volný výběr

3. NEUMANNOVÁ, Kateřina a kol. *Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc: možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 142 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4942-9.
Sig. SVK PK: 31B87332; MDT 616.2- volný výběr

4. SALAJKA, František a SEDLÁK, Vratislav. *Astma bronchiale: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2019*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2019], ©2019. 9 s. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-01-9.
Sig. SVK PK: 392A48153

5. TEŘL, Milan et al. *Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu*. 1. vyd. [Semily]: Geum, 2015. 63 s. ISBN 978-80-87969-08-3. Dostupné také na: http://www.csaki.cz/dokumenty/DP_diagnostiky_a_lecby_astmatu_2015.pdf
nebo také sig. SVK PK: 391A65828; MDT 616.2- volný výběr

výzkum v ošetřovatelství/ ošetřovatelský výzkum

6. MARTINÁKOVÁ, Libuše a kol. *Příručka pro výzkumné sestry*. 1. vydání. Brno: Facta Medica, s.r.o., [2015], ©2015. 180 s. ISBN 978-80-88056-02-7.
Sig. SVK PK: 31B71430; MDT 614.2- volný výběr

Články, stati

7. ADLER, Iva. Onemocnění cest dýchacích může mít psychické pozadí. *Psychologie dnes*, 2010, roč. 16, č. 6, s. 34-36. ISSN 1212-9607.
Sig. SVK PK: 36A2148/2010

8. HRUBIŠKO, Martin. Je možný život s astmou bez kompromisov?. *Alergie*. 2015, roč. 17, č. 2, s. 110-112. ISSN 1212-3536.
Sig. SVK PK: 36A2312/2015

9. CHRASTINA, Jan a Šárka JEŽORSKÁ. Hodnotící a měřící nástroje u onemocnění astma bronchiale. *Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 2013, s. 39-46. ISBN 978-80-7464-264-7. Dostupné z: http://www.researchgate.net/publication/284327582_HODNOTICI_A_MERICI_NATROJ

E_U_ONEMOCNENI_ASTMA_BRONCHIALE_MESAURING_INSTRUMENTS_FOR_ASSESING_THE_ASTHMA.
10. KAŠÁK, Viktor. Astma dospělých v roce 2015. *Postgraduální medicína*. 2015, roč. 17, č. 3, s. 277-283. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/astma-dospelych-v-roce-2015-478817.
nebo také sig. SVK PK: 36A2349/2015

11. KINDLOVÁ, Dagmar. Zlepšení příznaků astmatu a kvality života nemocného po zavedení terapie omalizumabem. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 2015, roč. 12, č. 5, s. 16-18. ISSN 1802-0518.
Sig. SVK PK: 36A3431/2015

12. KRČMOVÁ, Irena a NOVOSAD, Jakub. Bronchiální astma – praktické aspekty. *Interní medicína pro praxi*. 2010, roč. 12, č. 4, s. 196-199. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/04/06.pdf.
nebo také sig. SVK PK: 36A2336/2010

13. KRYNSKÁ, Jana. Význam psychosociálních faktorů při hodnocení tíže bronchiálního astmatu a pro účelnou farmakoterapii. *Revizní a posudkové lékařství*. 2017, roč. 20, č. 3-4, s. 100-103. ISSN 1214-3170.
Dostupné prezenčně v čítárně bez předchozího objednání, pouze na vyžádání nebo také dostupné v SVK PK z db EBSCO nebo prostřednictvím vzdáleného přístupu z: http://svkpk.cz/eiz

14. NALINA, N a CHANDRA, M. r. Sathish. Assessment of quality of life in bronchial asthma patiens. *International Journal of Medicine*. 2015, vol. 5, no. 1, s. 93-97. ISSN 2230-8598.
Dostupné v SVK PK z db EBSCO nebo prostřednictvím vzdáleného přístupu z: http://svkpk.cz/eiz

15. PLUTINSKÝ, Ján. Individuálna liečba astmy- základ manažmentu astmatického pacienta. In: *Praktické skúsenosti s fixnou kombináciou flutikazónpropionát-formoterol z klinickej praxe*. 1. vydanie. Semily: Geum, [2016], ©2016, s. 18-19. Kazuistiky v respirológii. ISBN 978-80-87969-22-9.
Sig. SVK PK: 392A46404

16. POPELKOVÁ, Patrice, GURKOVÁ, Elena a Radka BUŽKOVÁ. Využití specifického nástroje měření kvality života pacientů s bronchiálním astmatem. *Ošetrovatelstvo*. 2013, roč. 3, č. 2, s. 56-61 [cit. 2019-05-07]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2013/02/2013-rocnik-3-cislo-2.pdf

17. POPELKOVÁ, Patrice, GURKOVÁ, Elena a ŽIAKOVÁ, Katarína. Úskalí self-monitoringu v kontrole bronchiálního astmatu. *Studia pneumologica et phthiseologica*. 2012, roč. 72, č. 5, s. 228-233. ISSN 1213-810X.
Sig. SVK PK: 35A497/2012

18. PRACNOVÁ, Marie. Obtížně léčitelné bronchiální astma očima posudkového lékaře. *Revizní a posudkové lékařství*. 2013, roč. 16, č. 1, s. 27-33. ISSN 1214-3170.
Sig. SVK PK: 36A3055/2013

19. PRCHALOVÁ, Eva. Kvalita života astmatických pacientů. Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 2009, roč. 6, č. 3, s. 40-43. ISSN 1802-0518.
Sig. SVK PK: 36A3431/2009

20. RASMUSSEN, Finn a Robert J. HANCOX. Mechanismy vlivu obezity na astma. *Current opinion in allergy and clinical imunology*. 2014, roč. 11, č. 3, s. 65-73. ISSN 1214-472X.
Sig. SVK PK: 36A3162/2014

21. SIXTOVÁ, Eva. Jak dnes astma omezuje pracovní schopnost nemocných v ČR. *Alergie*. 2015, roč. 17, č. 3, s. 175-180. ISSN 1212-3536.
Sig. SVK PK: 36A2312/2015

22. SMIEŠKOVÁ, Alena. Máme možnosť lepšie klasifikovať pacientov s astmou?. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 2013, roč. 10, (Mimor. supl. 2), s. 27-30. ISSN 1802-0518.
Sig. SVK PK: 36A3431/2013

23. SZROMKOVÁ, Marie. Kvalita života s astmatem bronchiale. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2015, č. 9, s. 31. ISSN 2336-2987.
Sig. SVK PK: 36A4259/2015

24. ŠPIČÁK, Václav. Dvacet let České iniciativy pro astma, o.p.s., můj život s ČIPA o.p.s. *Alergie*. 2016, roč. 18, č. 2, s. 77-78. ISSN 1212-3536.
Sig. SVK PK: 36A2312/2016

25. VONDRA, Vladimír, MALÝ, Marek a VONDROVÁ, Iveta. Úmrtnost na astma v ČR po r. 2000 a srovnání distribuce úmrtí podle věku a pohlaví v r. 2010 s vybranými evropskými zeměmi. *Alergie*. 2012, roč. 14, č. 1, s. 9-11. ISSN 1212-3536.
Sig. SVK PK: 36A2312/2012

26. ZELENKOVÁ, Jana. Kouření pacientů s astma bronchiale. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 2, s. 40-41. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2009

Elektronické dokumenty

27. Česká iniciativa pro astma [online]. Česká iniciativa pro astma, MeDitorial ©2007-2019 [cit. 2019-05-16]. Dostupné na: http://www.cipa.cz/

28. Český občanský spolek proti plicním nemocem [online]. Český občanský spolek proti plicním nemocem, ©[cit. 2019-05-16]. Dostupné na: http://www.copn.cz/

29. Průduškové astma, astma: Asthma bronchiale. In: www.anamneza.cz [online]. anamneza.cz, ©2003-2017 [cit. 2019-05-16]. Dostupné na: http://www.anamneza.cz/nemoc/Pruduskove-astma-Astma-Asthma-bronchiale-165-

30. SCHMIDT, D. a LINNEMANN, J. Asthma bronchiale (průduškové astma). Přel. Hana Pražáková. In: Allum: alergie, životní prostředí a zdraví [online]. 8. Januar 2016, 9:14 Uhr,

[cit. 2019-05-16]. Dostupné na: http://www.allum.cz/choroby/asthma-bronchiale-pruduskove-astma