

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Gabriela Prchalová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ÚSKALÍ EDUKACE U NEMOCNÝCH S ASTHMA
BRONCHIALE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václava Zvarďonová Maříková

PLZEŇ 2015

Prohlášení

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

V Plzni dne 15. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Václavě Zvarďonové Maříkové za vstřícnost, věnovaný čas a podnětné konzultace k bakalářské práci. Poděkování patří také respondentům, kteří byli ochotni podílet se na spolupráci, a mým blízkým, za podporu a toleranci.

Anotace

Příjmení a jméno: Prchalová Gabriela

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale

Vedoucí práce: Mgr. Václava Zvarďoňová Maříková

Počet stran – číslované: 71

Počet stran – nečíslované: 13

Počet příloh: 3

Počet použitých zdrojů: 24

Klíčová slova: asthma bronchiale, edukace nemocných, úskalí

Souhrn:

Bakalářská práce, s názvem Úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale, prověřuje úroveň stávající edukace pacientů trpících průduškovým astmatem, s cílem najít problematické aspekty edukace. V teoretické části popisuje historii a definici astmatu, jeho příčiny, příznaky, prevenci, diagnostické metody, současnou klasifikaci a léčbu. Dále obecně charakterizuje edukační proces a následně seznamuje s edukací pacientů s astmatem a příčinami nedodržování léčebného režimu. Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkumné šetření. Hlavním cílem práce je vyhledat úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale.

Annotation

Surname and name: Gabriela Prchalová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The education difficulties of patients with asthma bronchiale

Consultant: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

Number of pages – numbered: 71

Number of pages – unnumbered: 13

Number of appendices: 3

Number of sources used: 24

Keywords: asthma bronchiale, education of patients, difficulties

Summary:

This Bachelor's work, named The education difficulties of patients with asthma bronchiale, is proving the current level of education of asthmatic patients, with the aim to find problematic aspects of education. The theoretical part describes history as well as definition of asthma, its causes, symptoms, prevention, diagnostic methods, present classification and treatment. Then describes in general education process, and acquainting with education of asthmatic patients and also causes of non-following the treatment regime. The practical part concentrates on quantitative research. The main aim of the work is to find difficulties education of patients with asthma bronchiale.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ASTHMA BRONCHIALE.....	11
1.1 Astma v historii.....	11
1.2 Definice astmatu	11
1.3 Etiologie a rizikové faktory	12
1.4 Projevy, příznaky a exacerbace astmatu	12
1.5 Prevence astmatu	13
1.6 Diagnostika astmatu.....	14
1.6.1 Průkaz bronchiální obstrukce	14
1.6.2 Průkaz reverzibility bronchiální obstrukce.....	15
1.6.3 Průkaz příčiny nemoci	16
1.6.4 Stanovení tíže nemoci.....	16
1.7 Zvláštní klinické formy astmatu	17
1.8 Léčba astmatu	18
1.8.1 Nefarmakologická léčba	18
1.8.2 Farmakologická léčba.....	18
1.8.3 Lázeňská léčba.....	19
2 EDUKACE	20
2.1 Edukační proces v ošetrovatelství.....	21
2.1.1 Oblasti edukace.....	22
2.1.2 Formy edukace	22
2.1.3 Typy edukace.....	22
2.1.4 Metody a pomůcky k edukaci.....	23
2.1.5 Fáze edukačního procesu.....	23
2.2 Komunikace zdravotníků v edukaci	25
2.3 Zásady a faktory podporující edukaci.....	25
2.4 Bariéry v edukačním procesu	25
3 EDUKACE NEMOCNÝCH S ASTMATEM.....	26
3.1 Příklad edukačních diagnóz, cílů, intervencí	27
3.2 Edukace pacienta k domácí léčbě akutní exacerbace	27
3.3 Doporučovaná opatření.....	28
3.4 Příčiny nedodržování léčebného režimu	28
3.5 Organizace podporující edukaci	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30

4	FORMULACE PROBLÉMU	30
5	CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU	30
6	METODA SBĚRU DAT	31
7	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	32
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	32
9	ANALÝZA ÚDAJŮ	33
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	64
11	DISKUSE	67
	ZÁVĚR.....	71

ÚVOD

Asthma bronchiale může postihnout osoby všech věkových kategorií, v mnoha případech začíná již velmi časně v dětství. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění průdušek, jehož příčiny nejsou zatím přesně určeny. Nárůst počtu astmatiků v posledních desetiletích současně s rodinným výskytem svědčí pro genetický základ nemoci, který je dále ovlivněn řadou vlivů a vnějších podnětů. Vyskytuje se ve všech zemích světa, častější je ale jednoznačně v zemích ekonomicky rozvinutých. Tato skutečnost je vysvětlována hlavně vyšší pravděpodobností styku s alergizujícími látkami, zhoršujícím se životním prostředím i změnou způsobu života.

Astma v současné době nelze zcela vyléčit. Podstata nemoci je však podrobně popsána a farmakologický trh nabízí k dispozici řadu velmi účinných léků, jejichž správné podávání dokáže onemocnění velice příznivě ovlivnit. K tomu dochází včasnou, účinnou, vhodně naordinovanou léčbou a dodržováním preventivních opatření. Je důležité, aby pacient porozuměl své diagnóze, neboť současný pohled na astma předpokládá, že léčbu vlastně vede sám pacient, který svou nemoc dobře chápe a dokáže tak reagovat na většinu situací.

K tomu samozřejmě potřebuje dostatek informací, rad, pokynů a měl by zvládat určité dovednosti. Srozumitelná a průběžná edukace mu umožní nejen rozeznávat různé fáze jeho nemoci, ale i na ně patřičně reagovat. Pokud je nemocný, případně členové jeho rodiny, informován o své diagnóze a obeznámen s léčebným režimem na odpovídající úrovni, je více pravděpodobné, že léčebný proces bude efektivní. Není - li astma pod kontrolou, což znamená, že není správně a dostatečně léčeno, má pacient vinou nestabilní nemoci mnohdy zbytečně nižší kvalitu života.

První kapitola teoretické části bakalářské práce seznamuje s historií astmatu a jeho definicí, příčinami vzniku nemoci, rizikovými faktory, projevy a příznaky, prevencí, diagnostickými metodami a léčbou. V další kapitole pak obecně charakterizuje edukaci a edukační proces. Závěr teorie je věnován edukaci astmatických pacientů a příčinám nedodržování léčebného režimu.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na výzkumné šetření. Kvantitativní průzkum probíhal pomocí dotazníkové metody. Strukturovaný dotazník obsahoval 28 uzavřených a polouzavřených otázek.

K volbě tohoto tématu mě vedla současná praxe v plicní ambulanci, kde se s astmatickými pacienty denně setkávám. V tomto zařízení provádí edukaci ve velké většině případů lékař, všeobecná sestra výjimečně. Zajímala mne úroveň edukace astmatiků a pohled na informace i znalosti a dovednosti, které ke své diagnóze mají. Hlavním cílem mé práce je najít problematická hlediska v edukaci k onemocnění asthma bronchiale u již informovaných a poučených pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ASTHMA BRONCHIALE

Asthma bronchiale patří mezi civilizační choroby, která postihuje osoby všech věkových kategorií. Výskyt onemocnění celosvětově dramaticky vzrůstá, častější je v ekonomicky vyspělejších zemích. V současné době se odhaduje, že jím trpí 300 miliónů obyvatel naší planety. V České republice je to kolem 800 000 jedinců. Vysoké procento zastupují děti a adolescenti, kteří jsou léčeni především v alergologických ambulancích. (18, str. 13)

1.1 Astma v historii

Průduškové astma, latinsky *asthma bronchiale* postihuje lidstvo odedávna. Pojem astma pochází z řečtiny a znamená dušnost, záducha. Nejstarší známý dokument, zmiňující se o průduškovém astmatu, je papyrus přes 3500 let starý, nalezený ve staré Číně. Rukopis dlouhý asi 20 metrů obsahuje popis příznaků nemoci a způsob výroby léčivého dýmu z bylin. Ve 2. století n. l. se Galén domníval, že astma způsobuje sekrece hlenu z mozku do plic. Z 12. století se dochovala kniha Pojednání o astmatu od Moisese Maimonidese, ve které popisuje astma jako chorobu projevující se záchvaty dušnosti. Až koncem 17. století se vysvětlení příčin vzniku přiblížilo dnešní realitě. Pokrok v pochopení nemoci nastal v 19. století a o sto let později se významně rozvinuly teorie o dějích, které při ní probíhají. (24, str. 9)

V posledních letech názory na příčiny a vznik onemocnění vycházejí z nejmodernějších klinických a laboratorních poznatků. Podle buněčných dějů ve sliznici dýchacích cest došlo k zásadnímu poznání významu zánětu u astmatu. V současné době je astma bronchiale chápáno jako nemoc dlouhodobého rázu, která probíhá i v době, kdy nejsou zjištěny žádné funkční změny a pacient je bez potíží. (18, str. 13)

1.2 Definice astmatu

Všeobecně respektovaná definice astmatu z roku 2002 zní:

"Asthma bronchiale je definováno jako chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, kde mají roli mnohé buňky a buněčné částice. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperreaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíže na hrudi a kašle, zvláště v noci nebo časně ráno. Tyto epizody jsou obvykle spojeny

s variabilní obstrukcí, která je často reverzibilní buď spontánně, nebo vlivem léčby." (20, str. 212)

1.3 Etiologie a rizikové faktory

Na vzniku průduškového astmatu se podílí genetická dispozice v kombinaci s negativním vlivem vnějšího prostředí. Podkladem onemocnění je chronický zánět stěny průdušek, provázený bronchiální hyperreaktivitou. Tuto nadměrnou dráždivost mohou vyvolat různé látky a vlivy. (13, str. 39)

Vliv na vývoj astmatu mají faktory, které lze třídit na predisponující (zvyšující náchylnost ke vzniku choroby), příčinné a spolupůsobící. Podle povahy provokujících a spouštěcích faktorů lze astma dělit na alergické a nealergické.

K predisponujícím rizikovým faktorům patří atopie, což je vrozená dispozice k nepřiměřené odpovědi na alergeny vnějšího prostředí tvorbou abnormálního množství protilátek IgE. Druhým predisponujícím faktorem je pohlaví. V dětském věku mají větší pravděpodobnost k propuknutí nemoci chlapci. V dospělosti je rozdíl mezi ženami a muži vyrovnaný.

Příčinné rizikové faktory se mohou stát induktory, které dokážou navodit (indukovat) zánět průduškové stěny a tím i vyvolat onemocnění astmatem. Příčinnými rizikovými faktory jsou domácí i venkovní alergeny, virové infekce, některé profesní dráždivé látky a fyzikálně - chemické škodliviny.

Podněty, které nejsou sami o sobě schopny onemocnění vyvolat, ale výrazně se podílí na jeho projevech (exacerbacích) jsou faktory spolupůsobící. Vlivy, které vyvolávají nebo udržují astmatické potíže u pacienta s již rozvinutým astmatem se označují jako spouštěče (triggery). Spolupůsobícími rizikovými faktory a spouštěči mohou být infekce dýchacího ústrojí, nosní polypy, extrémní emoce, tělesná námaha, počasí, klimatické vlivy, znečištěné ovzduší, kouření aktivní i pasivní, strava, zpětný tok žaludečních šťáv do jícnu (gastroesofageální reflux), nízká porodní hmotnost, dráždivé plyny, aerosoly, výpary a některé léky (acetylsalicylová kyselina v lécích, betablokátory). (24, str. 49) (13, str. 39)

1.4 Projevy, příznaky a exacerbace astmatu

Astma se může vyvinout v jakémkoli věku. Příčinou astmatických obtíží jsou tři rozhodující změny zužující průsvit průdušek, které jsou ve své podstatě projevem zánětu.

Jsou jimi edém stěny průdušek, konstriktce (spasmus) hladké svaloviny a dyskriinie, což je tvorba nadměrného množství a/nebo velmi vazkého hlenu (23, str. 31)

Astma se projevuje velmi rozmanitým klinickým obrazem. Škála příznaků může být různorodá a často se onemocnění skrývá za příznaky zcela netypické. Projevy astmatu ovlivňuje tíže nemoci, věk pacienta a jeho celkový způsob života. (24, str. 75)

Klinické projevy nemoci jsou příznaky obstrukce průdušek nebo exacerbace (vzplanutí) astmatu, dříve označované jako akutní astmatický záchvat. Typickými příznaky astmatu jsou opakující se stavy dušnosti, pískoty na hrudníku, svíravý pocit nebo pocit tíhy na hrudníku a dráždivý kašel, který může být někdy jediným příznakem nemoci. Tyto potíže se většinou objevují v noci nebo nad ránem. Při nedostatečné léčbě dochází k velké variabilitě stavu s rychlým rozvojem příznaků. (21, str. 166)

Za exacerbaci astmatu se označuje stav postupně zhoršující se dušnosti, zkráceného dechu, kašle, hvízdavého dýchání či pocitu tíže na hrudníku, nebo i některá kombinace těchto příznaků, častá je dechová tíseň. Pojem exacerbace je dnes upřednostněn pro zdůraznění stálé přítomnosti všech příznaků astmatu i v době, kdy je pacient bez obtíží. Pojetí akutní astmatický záchvat nevyjadřuje chronicitu nemoci. (19, str. 13) Pokud se exacerbace vyskytují více než dvakrát ročně v průběhu třech po sobě jdoucích let, považují se za časté. Neléčená nebo nevhodně zvolená léčba exacerbace astmatu může skončit i letálně, proto je nutné ji včas rozeznat, správně stanovit stupeň její tíže, ihned začít efektivní léčbu a sledovat její účinnost. Důležité je zvážit, zda je možné léčbu pacienta zvládnout v jeho domácích podmínkách, v ambulanci nebo je nutná hospitalizace. (21, str. 212) (18, str. 180)

1.5 Prevence astmatu

Prevence bronchiálního astmatu spočívá v poklesu incidence alergických chorob včetně astmatu, omezení rizika vzniku astmatu u osob s alergickou nemocí, snížení tíže astmatu, redukce vzniku exacerbací a počtu nemocných s nejtěžšími formami astmatu. (11, str. 45)

Primární prevence astmatu je založena především na ovlivnění časně senzibilizace. Alergická přecitlivělost vzniká v prenatálním a časném postnatálním životě, proto se primární prevence, zahrnující úpravu prostředí a imunologickou intervenci, týká hlavně jedinců v prvních letech po narození. Budoucím matkám s atopií či astmatem se

doporučuje omezit expozici potravinovým alergenům a alergenům vnějšího prostředí již v průběhu těhotenství. Po narození by mělo dítě pobývat v okolí snižujícím vznik přecitlivělosti a mělo by být co nejdéle kojeno. (11, str. 46) (24, str. 95-96)

Sekundární prevence u astmatu je orientována na pacienty s již vzniklým onemocněním. Jejím cílem je prevence příznaků, exacerbací, komplikací astmatu a dosažení kontroly nad astmatem. Sekundární prevenci je možno rozdělit na farmakologickou, což je podávání preventivní protizánětlivé léčby, a nefarmakologickou, která spočívá v dodržování režimových opatření znamenajících odstranění nebo omezení spouštěčů astmatických obtíží a aktivním i pasivním nekouřením. (11, str. 46)

Do terciální prevence je možné zahrnout lázeňskou léčbu, používání čističek vzduchu, zvlhčovačů, ionizátorů.

1.6 Diagnostika astmatu

Diagnostika astmatu zahrnuje průkaz přítomnosti nemoci, stanovení její tíže a proces rozpoznání příčiny nemoci.

Podezření na astma vzniká, pokud nemocný udává některý z astmatických příznaků. Taktéž může být vodítkem jejich sezónní výskyt a existence nemoci asthma bronchiale u pokrevních rodinných příslušníků pacienta. Rozhodující význam k odhalení nemoci, její tíže a příčině, má vždy kvalitně provedená anamnéza. Ve většině případů pak k objektivizaci postačí fyzikální vyšetření, funkční vyšetření plic v časových odstupech, alergologické vyšetření realizované kožními testy a zjišťováním specifických IgE v krvi, popřípadě také specifickými bronchoprovokačními testy, dále posouzení projevů nemoci a/nebo množství medikace potřebné k jejich odstranění. (23, str. 50)

1.6.1 Průkaz bronchiální obstrukce

Při diagnostice bronchiální obstrukce jsou důležité anamnestické údaje dušnosti a kašle, přicházejících nebo se zhoršujících mnohdy v určitých souvislostech. Ty mohou napovědět, zda se na bronchiální obstrukci podílí více bronchospasmus, zánětlivý otok či dyskrinie. Dále pak fyzikální nález difuzních pískotů a vrzotů na plicích, někdy označovaných jako spastické fenomény, které mohou být slyšitelné i během usilovného výdechu.

Bronchiální obstrukce se též prokazuje dobře provedeným a správně interpretovaným spirometrickým vyšetřením, které však do značné míry závisí na spolupráci pacienta. Spirometrie zjišťuje funkci plic, tedy jak dobře jsou plíce schopné nádechu a výdechu. Měří se přístrojem, který zakreslí dýchání jako graf závislosti objemu plic na čase. Pomocí grafu zaznamenává vitální kapacitu plic, to znamená množství vzduchu vydechnutého po maximálním nádechu, a vteřinovou (usilovnou) vitální kapacitu, což je část vitální kapacity vydechnuté během první vteřiny usilovného výdechu. Zdravý člověk je schopen vydechnout během první vteřiny více než 80% vitální kapacity.

Tam, kde jsou předpokládány různé důvody pro horší spolupráci při spirometrii, je vhodné indikovat specializovanější vyšetření, nejčastěji bodypletyzmografii, která umožňuje získat řadu dalších ukazatelů. Bodypletyzmoğraf měří hodnoty podobné těm spirometrickým, je však schopen hodnotit i úsilí, které pacient vyvíjí. To proto, že vedle průtoku vzduchu v čase posuzuje ještě rozdíl tlaků v ústech a distálně v dýchacích cestách. (23, str. 51-52)

1.6.2 Průkaz reverzibility bronchiální obstrukce

Odebráním anamnestických údajů je možné zjistit za jakých okolností kašel a dušnost polevují. Zda spontánně, například po ukončení konkrétní činnosti či expozice alergenů, nebo po léčbě. Fyzikálním vyšetřením plic lze určit vymizení pískotů a vrzotů a to opět samovolně, nebo po podávání léků. Zde je však důležité zhodnotit celkový stav nemocného, neboť vymizení pískotů a vrzotů může naopak znamenat výrazné zhoršení obstrukce, kdy pacient nemá dostatek sil zúženými průduškami prohnat vzduch.

Taktéž funkční vyšetření s uskutečněním bronchodilatačního testu napomůže k průkazu reverzibility bronchiální obstrukce. Test se realizuje pomocí spirometrie a spočívá v tom, že před a po podání bronchodilatačního léku je provedena spirometrie. Hodnoty plicních funkcí se pak porovnávají před a po podání léku.

U některých pacientů se však nedaří bronchiální obstrukci objektivizovat, neboť v průběhu vyšetřování nemusí být přítomna. V tomto případě se astma potvrzuje nálezem bronchiální hyperreaktivity, která dokazuje výraznou spontánní variabilitu plicních funkcí nebo reakci na jinak podprahové podněty (smích, pláč, změna teploty či fyzická námaha). K prokázání bronchiální hyperreaktivity lze použít sériová měření vrcholové výdechové

rychlosti pomocí jednoduchých výdechoměrů nebo různé typy nespecifických bronchoprovokačních testů, například test šestiminutovou fyzickou zátěží. (23, str. 55-56)

1.6.3 Průkaz příčiny nemoci

Při prokazování příčiny astmatu je třeba odlišit četné, většinou všeobecně působící trigger (spouštěče) od určitých, někdy pro pacienta specifických induktorů nemoci. Toto se provádí pečlivou a konkrétně cílenou anamnézou, kožními alergenovými testy, zjišťováním specifických protilátek v krvi (IgE), stanovením počtu eozinofylů v krvi a ve sputu, změřením koncentrace oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu (FENO) a expozičními a speciálními bronchoprovokačními testy. (23, str. 56-60)

1.6.4 Stanovení tíže nemoci

Intermitentní, lehké perzistující, středně těžké perzistující a těžké perzistující, to jsou čtyři stupně stanovující tíži astmatu dle současné klasifikace, kterou zavedla GINA v roce 1995. K příslušnému stupni se astma zařazuje před zahájením léčby na základě klinických projevů nebo na základě skladby a intenzity léčby nutné k plné kontrole nemoci.

Klasifikace astmatu

Stupeň 1 - *intermitentní* (přechodné): u pacienta objevují příznaky méně než 1x týdně, v noci maximálně 2x měsíčně, nejsou závažné a funkce plic je v normě.

Stupeň 2 - *lehké perzistující* (přetrvávající): u tohoto stupně se příznaky vyskytují alespoň 1x týdně, noční projevy více než 2x za měsíc, funkce plic je v normě, ale během dne může být mírně kolísající.

Stupeň 3 - *středně těžké perzistující*: nemocný pociťuje obtíže častěji než 2x týdně, příznaky ho omezují v běžných denních fyzických činnostech a narušují mu spánek, pravidelně potřebuje úlevové léky, dochází u něho ke zhoršení funkce plic pod normální hodnotu 80%.

Stupeň 4 - *těžké perzistující*: zde je výskyt trvalých dechových obtíží, časté exacerbace a noční projevy astmatu, potíže s výkonem tělesné zátěže, hodnoty funkce plic klesají pod 60%. (24, str. 81-82)

Od roku 2006 se ještě uplatňuje navazující třístupňová klasifikace podle úrovně kontroly nad astmatem:

Astma pod kontrolou: nemocný nemá žádné denní ani noční příznaky, není nucen používat úlevové léky, má normální plicní funkce, neprodělavá žádné exacerbace a není omezen ve vykonávání aktivit.

Astma pod částečnou kontrolou: pacient má denní nebo noční příznaky a používá úlevové léky více než dvakrát týdně, je omezen v aktivitách, funkce plic má pod 80% náležitých hodnot a prodělal jednu nebo více exacerbací v posledních 12 měsících.

Astma pod nedostatečnou kontrolou: u nemocného vyskytují tři nebo více znaků astmatu pod částečnou kontrolou nebo měl exacerbaci v posledním týdnu.

Klasifikace astmatu se může měnit. Tíže astmatu se týká delšího časového období, trvajících měsíce až roky. Úroveň kontroly nad astmatem se hodnotí v kratším čase, řádově ve dnech až týdnech. Podle klasifikace astmatu se stanovuje jeho léčba, která však musí být naordinována každému pacientovi individuálně. Je nutno přihlížet k fenotypu astmatu, k dalším pacientovým diagnózám, k pracovnímu zařazení i sociálnímu zázemí. (19, str. 15) Fenotyp, obecně znamenající souhrn všech pozorovatelných vlastností a znaků živého organismu, je dělen na eozinofilní a alergický, kdy je dominujícím znakem přítomnost klinicky významné alergie - typ I, eozinofilní a nealergický, dominujícím znakem je přítomnost klinicky významné eozinofilie - typ II, neeozinofilní, kdy chybí přítomnost eozinofilie i klinicky významné alergie, jsou však přítomny bronchiální hyperreaktivita a typické příznaky astmatu - typ III, a fenotyp neurčený - typ IV. (18, str. 62)

1.7 Zvláštní klinické formy astmatu

Astma má své zvláštní klinické formy, které se mohou i vzájemně kombinovat. *Profesní astma* vzniká ve výkonu povolání, při trvalé expozici látkám, které zhoršují již existující onemocnění. *Noční astma* se demonstuje noční dušností a je častým projevem nedostatečné kontroly nad astmatem. *Sezónní astma* souvisí s výskytem určitých vzdušných alergenů. Dále forma *Kašel jako ekvivalent astmatu*, kdy je kašel jediným příznakem nemoci, projevuje se často pouze v noci a nálezy během dne mohou být normální. Při vysušení a ochlazení dýchacích cest hyperventilací v průběhu fyzické zátěže se může objevit *Astma vyvolané námahou*. Obtíže vyvolané kyselinou acetylsalicylovou a z ní odvozených léků způsobují *Astma vyvolané aspirinem*. Pokud se nemoc zhoršuje

před nebo v průběhu menstruace, jedná se o *Premenstuační astma*. Onemocnění asthma bronchiale vzniklé u seniorů nad 65 let se nazývá *Astma seniorů*. Jestliže standardní léčbou nelze dosáhnout ani udržet kontrolu nad astmatem označuje se onemocnění jako *Obtížně léčitelné astma*. *Smrtelné astma* je fatální obtížně léčitelné astma a *Téměř smrtelné astma* se projevuje častými těžkými život ohrožujícími záchvaty. *Kortikodependentní astma* je léčené kortikosteroidy, většinou perorálními. *Kortikorezistentní astma* nereaguje na léčbu kortikosteroidy. (21, str. 170-172)

1.8 Léčba astmatu

Hlavní cíle léčby bronchiálního astmatu jsou hodně podobné charakteristice astmatu pod plnou kontrolou. Jsou to dosažení kontroly symptomů a udržení astmatu ve formě bez příznaků, zabránění stavům akutního zhoršení s projevy rozvinuté bronchiální obstrukce, dosažení normální funkce plic, umožnění plnohodnotného života včetně schopnosti plné tělesné zátěže, snaha předejít vzniku nevratných bronchiálních změn s rozvojem plicní rozedmy a rizikem chronické dechové nedostatečnosti, dále zamezení vzniku invalidity a úmrtí na astma a předcházení či minimalizace nežádoucích účinků léčby. (24, str. 102)

Astma je u větší části pacientů poměrně dobře léčitelné, pouze u nemocných s obtížně léčitelným astmatem je těžké dosáhnout kontroly.

1.8.1 Nefarmakologická léčba

Za nefarmakologickou léčbu jsou považována režimová opatření, která zamezují expozici vyvolavatelů nebo spouštěčů astmatu. Mezi režimová opatření patří nekouřit a nepobývat v zakouřeném prostředí, vyhýbat se lékům a potravinám i potravinovým aditivům způsobujících potíže, snížit nebo se nevystavovat škodlivinám v domácím i pracovním prostředí, eliminovat expozici alergenů roztočů domácího prachu, domácích zvířat, pylů a venkovních i domovních plísní. (19, str. 22)

1.8.2 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je složena z podávání úlevových a kontrolujících antiastmatik. Úlevová antiastmatika - bronchodilatancia, působí krátkodobě a rychle odstraňují zúžení průdušek a s tím spojené obtíže. Kontrolující antiastmatika mají preventivní a protizánětlivý účinek. Do této skupiny řadíme inhalační kortikosteroidy, inhalační beta-agonisty s dlouhodobým účinkem nebo jejich fixní kombinace,

antileukotrieny, theofylliny s prodlouženým účinkem, systémové kortikosteroidy, anti-IgE. Kontrolující antiastmatika je nutno naordinovat od druhého stupně astmatu (lehkého perzistujícího) pravidelně, denně, a to i v bezpříznakovém období. V užívání léků proti astmatu je upřednostněna inhalační cesta, kdy pomocí různých systémů - inhalátorů, se účinné léky dostávají přímo do průdušek, mají rychlý nástup působení a snižují možné nežádoucí účinky. Lék, jeho vhodnou dávku i léčebný režim by měl být pro každého pacienta vybírán individuálně. Důležité je též zvolit patřičný inhalační systém a pacienta naučit správnou inhalační techniku. Velký význam má i její pravidelná kontrola, neboť chybné inhalační podání léku mnohdy bývá příčinou neschopnosti dosáhnout a udržet astma pod kontrolou.

V České republice jsou v současnosti dostupné inhalační systémy v podobě aerosolových dávkovačů, které se mohou používat samostatně nebo s nástavcem a správná inhalační technika vyžaduje souhru mezi aktivací systému a nádechu. Dalšími jsou dechem aktivované aerosolové dávkovače, kdy odpadá nutnost koordinace. Také inhalátory pro práškovou formu léku mají snadnější použití a dělíme je na jednodávkové, kdy se do systému vkládá vždy jedna kapsle s lékem, a mnohodávkové, u kterých je v systému připraven určitý počet dávek. Poslední dostupnou formou jsou ultrazvukové nebo kompresorové nebulizátory, v nichž úlevové léky určené k nebulizaci produkují vlhké aerosoly, které se poměrně v krátkém čase deseti až dvaceti minut dostávají do perifernějších částí průdušek. (19, str. 23,24)

Náklady na léky kontrolující astma jsou vysoké, výdaje na neléčené nebo nesprávně léčené astma jsou však ještě vyšší. Hlavní důvod vysokých nákladů je zhoršení stavu při nekontrolovaném astmatu a následná hospitalizace na lůžkách JIP či ARO. Správně volená účinná léčba a neméně důležitá efektivní edukace, vyúsťují v klinickou kontrolu nad astmatem, méně zatíží zdravotně sociální systém a zlepší kvalitu života nemocných. (21, str. 217)

1.8.3 Lázeňská léčba

Do komplexní péče o astma patří též lázeňská léčba, která léčebnými metodami pomáhá upravit celkový stav pacienta. K těmto metodám patří intenzivní inhalace minerálních vod a lékových i bylinných směsí, dechová rehabilitace, fyzioterapie ovlivňující organismus koupelemi, masážemi, elektroterapií, rehabilitací a speciálním cvičením. Velice příznivě na organismus působí balneoterapie uplatňující k léčbě

minerálních vod, koupelí, pitných kúr. Při lázeňském pobytu jsou doporučovány vhodné diety a úprava životosprávy. Dalšími možnými metodami jsou aeroterapie využívající léčbu čistým vzduchem, helioterapie příznivého slunečního záření, talasoterapie působení mořské vody a přímořského klimatu. Také speleoterapie, což je léčba v jeskyních, kde je minimální množství alergenů, bakterií, prachových částic a vhodné iontové složení vzduchu o stálé teplotě a vlhkosti. S ozdravným pobytem úzce souvisí klimatoterapie, která využívá léčebných míst s mimořádně příznivým podnebím nebo léčebnými podmínkami. V indikačním seznamu lázeňské péče o astmatiky jsou lázně Jeseník, Karlova Studánka, Luhačovice, Mariánské Lázně, Jánské Lázně, Lázně Kynžvart. Lázeňské pobyty jsou též zaměřeny na edukaci k onemocnění asthma bronchiale. (24, str. 157-159)

2 EDUKACE

Změna konceptu ošetrovatelství v posledních letech minulého století přinesla vedle velkého pokroku v oblasti techniky, rozvoje farmaceutického průmyslu a nabídky zdravotnických prostředků, také výraznou změnu v přístupu zdravotníků k pacientovi. V léčebném procesu se uplatňuje model spolupráce, kdy pacient na základě výchovy a vzdělávání přebírá určitou míru odpovědnosti za své zdraví a tím se snižují náklady na zdravotní péči. Dobře informovaný pacient má aktivní přístup ke své léčbě, která se tím stává úspěšnější a rekonvalescence kratší. (8, str. 27-29)

Pro výchovu a vzdělávání se užívá výraz edukace, který byl převzat z anglického termínu education. Je odvozen z latinského slova educo, educare znamenajícího vychovávat, vypěstovat a ve své podstatě vyjadřuje proces vzdělávání a výchovy. Podle Juřeníkové lze definovat edukaci jako...*"proces soustavného ovlivňování chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech"*... (4, str. 9)

Významnou roli v edukaci pacientů, která je velmi důležitou součástí léčebné a ošetrovatelské péče, má kromě medicínských poznatků rovněž pedagogika, věda zkoumající zákonitosti výchovy a vzdělávání. Taktéž se zde uplatňují poznatky a zkušenosti z oblasti psychologie, etiky, sociologie a především z komunikace. (8, str. 23-24)

Pokud se vlivem chronického onemocnění nebo závažného úrazu změny podmínky v životě pacienta, musí se s těmito skutečnostmi naučit žít. Lékař a všeobecná sestra mu mohou pomoci ve vybudování nových stereotypů. K tomu je nutno předat pacientovi odpovídající úroveň informací o jeho zdravotním stavu, o příčinách onemocnění a možnostmi jejich odstranění, o způsobu léčby a léčebném režimu. U pacienta by mělo dojít k pocítění určité míry zodpovědnosti za své zdraví a pochopení role v péči o svoji osobu. Je důležité nemocnému poskytnout návod na nový životní styl a dodat mu určitou dávku reálného optimismu, aby byly zmírněny pacientovi úzkosti, nejistoty a obavy z budoucnosti. (8, str. 28-29)

2.1 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukačním procesem v ošetrovatelství se rozumí výchovně vzdělávací činnost v oblasti zdravého životního stylu, ochrany zdraví a prevence. Týká se všech stránek člověka ve zdraví a nemoci. Je to celoživotní proces, který by měl začínat již v dětství zdravou výchovou i vlastními vzory chování.

Významnou součástí edukačního procesu je učení. To probíhá prostřednictvím libovolné činnosti, na kterou působí čtyři základní rozhodující faktory. Jedním z nich je edukátor, jenž vyučuje a instruuje. Edukátor by měl mít profesní i osobnostní předpoklady a ve zdravotnictví jím bývá nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, nutriční terapeut a fyzioterapeut. Další činitel je vzdělávající se jedinec - edukant, kterým je ve zdravotnickém prostředí nejčastěji pacient. Také jím může být zdravotník prohlubující si své vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání. Edukantem je jedinec bez rozdílu věku, charakterizovaný vlastnostmi fyzickými (např. věk, pohlaví, zdravotní stav a jiné), kognitivními (např. inteligence, styl učení, schopnosti) a afektivními (např. potřeby, postoje, motivace), a dále sociálním postavením, etnicko-kulturním a rodinným prostředím, náboženským vyznáním. (4, str. 10) Působení edukátora, zaměřené na postoje, názory, hodnoty a zájmy edukanta by mělo probíhat na vhodně voleném a ničím nerušeném místě, které je dalším faktorem a označujeme ho edukačním prostředím. Tím by nejlépe měla být samostatná, tichá a patřičně osvětlená místnost s příjemnou atmosférou a teplotou. Posledním určujícím vlivem jsou edukační konstrukty, ovlivňující průběh a kvalitu edukačního procesu. Jsou jimi plány, předpisy, zákony, edukační standardy a materiály. (4, str. 10)

2.1.1 Oblasti edukace

Charakter výchovy a vzdělávání závisí na tom, zda je vykonáván v ambulantním nebo nemocničním zařízení. V ošetrovatelství je hlavním cílem edukace prevence. Edukační činnost je rozdělena do oblastí primární, sekundární a terciální. Primární je orientována na zdravé osoby a jejím cílem je předcházení nemoci, podpora a udržení zdraví. Sekundární prevence hraje důležitou roli při výchově a vzdělávání pacientů s určitým onemocněním. Prostřednictvím této činnosti, označované jako edukace pacientů, se usiluje o zlepšení zdravotního stavu a zamezení rozvoje komplikací. Edukace je orientována na změnu chování v léčebném procesu, úpravu životosprávy a nácvik konkrétních ošetrovatelských výkonů. Do oblasti sekundární prevence je řazena i edukace příslušníků rodiny. Do komplexní zdravotní péče patří také terciální prevence, kam spadá například fyzioterapie, ergoterapie, balneoterapie. Jejím cílem je udržení soběstačnosti, zlepšení kvality života a předcházení dalším komplikacím. (8, str. 7, 23) (4, str. 11)

2.1.2 Formy edukace

Realizace edukačního procesu může probíhat individuálně, skupinově, hromadně nebo formou distančního učení. Při volbě formy edukace je vždy přihlíženo ke stanovenému cíli, obsahu probíraného tématu, specifickým potřebám pacienta a k možnostem pro edukaci v rámci zdravotnického zařízení. U individuálního působení, které je ve zdravotnictví nejvíce užívané, je nespornou výhodou jednotlivý přístup k potřebám pacienta a vysoká zpětná vazba mezi edukátorem a edukantem. U formy individuálního působení se uplatňuje metoda rozhovoru, konzultace, praktického nácviku, výkladu, telefonického poradenství. U formy skupinové, kde je různý počet členů (ideálně 3-5), dobře působí vzájemná spolupráce a výměna zkušeností a názorů jednotlivých edukantů. Tato forma je nejčastěji využívána ve svépomocných skupinách nebo v lázeňství. Hromadná forma je zaměřena na velkou skupinu a její typickou metodou je přednáška. (4, str. 34-36)

2.1.3 Typy edukace

Edukace je rozdělena na typ základní, reedukační a komplexní. Základní edukace se provádí u pacienta, kterému byla nově stanovena diagnóza, kdy vůbec nezná její problematiku. Zde by mělo dojít ke změně hodnot a postojů. Úkolem reedukace je pokračovat a rozvíjet znalosti k onemocnění, opakovat, aktualizovat a prohlubovat je i napravovat mylné informace. V komplexní edukaci, která pro určité diagnózy probíhá

nejčastěji v kurzech, jsou systematicky předávány ucelené instrukce k zlepšení nebo udržení zdraví a nácvik dovedností v některých ošetrovatelských výkonech. (8, str. 34)

2.1.4 Metody a pomůcky k edukaci

Edukační metoda je způsob předávání znalostí a dovedností, který podněcuje edukanta k efektivnímu splnění cíle. Při volbě metody je věnována pozornost osobnosti edukanta, jeho dosavadním znalostem, zkušenostem, dovednostem. Zohledňuje se jeho aktuální zdravotní a psychický stav a prostředí k uskutečnění edukace. Mezi nejčastěji užívané metody ve zdravotnictví patří přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuse, konzultace, práce s textem, brainstorming a brainwriting, e-learning. (4, str. 37-48)

Výukové pomůcky zvyšují účinnost edukace zprostředkováním názorné podoby obsahu učiva. Pro účely edukace ve zdravotnictví můžeme uplatnit učební pomůcky v podobě textové (učebnice, letáky, brožury, časopisy, noviny), vizuální (fotografie, obrazy, diapozitivy, modely a тренаžéry, zdravotnický materiál), auditivní (zvukové záznamy), audiovizuální (televizní pořady, výukové filmy), počítačové edukační programy a internet (interaktivní výukové programy). (4, str. 48-49)

2.1.5 Fáze edukačního procesu

Posuzování vzdělávacích potřeb, stanovení edukačních diagnóz, plánování edukačního procesu, jeho realizace a vyhodnocení klientových vědomostí - pět etap edukačního procesu, který probíhá v logické návaznosti jako cílevědomý, řízený a plánovaný proces. Jeho důkladná příprava, průběh a vyhodnocení souvisí s povinnostmi a kompetencemi sestry. Uskutečnění a výsledek podmiňuje vzájemné působení a ovlivňování. (5, str. 25)

Fáze posuzování

Prvním krokem k úspěšné edukaci je sběr a rozbor údajů o pacientovi. Sestra provádějící edukaci tyto údaje získává během rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a také z dokumentace. (5, str. 25) Pak analyzuje připravenost a ochotu pacienta učit se a přijmout změnu, jeho názory na hodnotu zdraví, motivaci k akceptování a uskutečňování změny, věk, úroveň vzdělání pacienta, společensko-ekonomické faktory. (8, str. 33)

Fáze diagnostická

Ve druhé etapě stanoví sestra na základě získaných informací o pacientovi edukační diagnózu. Edukační diagnóza přesně definuje jeho konkrétní problémy a potřeby. Dělena je podle důležitosti vzhledem k potřebám a prioritám pacienta. Sestra také rozhodne jaký typ edukace, metodu a pomůcky použije. (5, str. 26)

Fáze plánování

V této fázi je hlavním záměrem sestavit edukační plán, který musí být upravován podle aktuálních potřeb pacienta. Při jeho tvorbě se stanovují cíle, které směřují k upevnění zdraví nebo k odstranění zdravotního problému. (5, str. 26) Edukační cíle jsou kategorizovány do oblasti kognitivní (vzdělávací), afektivní (postojové, hodnotové), psychomotorické (výcvikové, praktická cvičení). (4, str. 28) Výchovně-vzdělávací cíle musí být správně určené a jasně zformulované a realizované ve spolupráci s pacientem. Vymezené cíle by měly mít formu doporučení, zákazy jsou kontraproduktivní. Při plánování edukace by měla sestra přihlížet k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu pacienta. (5, str. 27)

Edukační plán musí obsahovat pořadí edukačních témat dle jejich důležitosti, učební cíle v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické, měly by být vhodně voleny edukační metody a pomůcky, dobře promyšlený obsah edukace, harmonogram i způsob vyhodnocení výsledků. (8, str. 34)

Fáze realizace

Ve fázi realizace edukačního plánu dochází k uskutečnění naplánovaných činností. Na začátku je nutné pacienta motivovat ke splnění stanoveného cíle. Po té mu předat nové poznatky a odpovídat na případné dotazy. V dalším kroku se procvičují dovednosti a opakují předané informace. Následným testováním a prověřováním lze zjistit úroveň pochopení a zájmu pacienta o edukační téma. V konečné fázi je snaha o to, aby získané vědomosti a dovednosti uměl použít. (4, str. 21)

Fáze vyhodnocení

Rozhodující moment nastává v poslední fázi, a tou je vyhodnocení výsledků. Sestra, provádějící edukaci, průběžně hodnotí úroveň dosažených výsledků a nakonec provede závěrečné zhodnocení. Ověří si, zda pacient pochopil cíl edukace, osvojil si nové poznatky a dovednosti, uzpůsobil doporučené zásady léčby a je schopen je dodržovat.

Dosažené výsledky může zjistit pozorováním, kontrolními otázkami, provedením určitého ošetrovatelského výkonu. (8, str. 35) Při hodnocení nejdříve poukáže na pozitiva, pochválí a povzbudí, a po té přistupuje ke kritice. Sestra hodnotí i sama sebe jako edukátora, při čemž může využít zpětné vazby od edukanta. Pokud nedošlo ke splnění cílů nebo jen částečně je třeba učební plán opakovat nebo pozměnit. (5, str. 28-30)

2.2 Komunikace zdravotníků v edukaci

Vztah mezi ošetrovatelským personálem a pacientem začíná již první návštěvou zdravotnického zařízení. Základem vytváření kvalitního partnerského vztahu je dobrá komunikace. Komunikace verbální je dorozumívání pomocí slov či písmem. Je při ní důležité příjemné přátelské chování, upoutání pozornosti ve vzájemném rozhovoru, povzbuzování, pochvala a zpětná vazba, empatie, uklidnění a zvládnutí obav. Také poskytnutí jednotlivě přizpůsobených informací, stanovení společných cílů a priorit, které se mohou vzájemně lišit. Velký význam má i komunikace neverbální, tedy komunikace beze slov, kterou se mnohdy přenáší více informací než komunikací slovní. Mezi nástroje neverbální komunikace patří například přístup a postoj zdravotníků k pacientovi, tón jejich hlasu, gesta a též délka čekací doby nebo vybavení zdravotnického zařízení. (11, str. 76)

2.3 Zásady a faktory podporující edukaci

Podporujícími faktory úspěšné edukace ze strany pacienta je vnitřní motivace, snaha o zlepšení postoje k vlastnímu zdraví a ochota vzdělávat se. Edukátor by měl být k edukaci dobře připraven, mít promyšleně sestavený edukační plán s možností opakování důležitých poznatků a také vhodný prostor a dostatek času k realizaci výchovně-vzdělávací činnosti. Dobrý výsledek edukace závisí nejvíce na správně motivovaném pacientovi, což je úkolem sestry. Motivy a motivace lze využít na začátku i v průběhu edukace. Při vstupní motivaci jsou pacientovi předány informace a vysvětlením poznatků v praxi sestra usiluje o vzbuzení zájmu o dané učební téma. Využívá k tomu rozhovor, povídání, motivační ukázky a demonstrace. V průběžné motivaci se sestra snaží o udržení pozornosti a zájmu pacienta prostřednictvím povzbuzení a pochvaly, což je velmi důležitá zpětná vazba podporující žádoucí chování. (5, str. 70-72)

2.4 Bariéry v edukačním procesu

Naplánovaný edukační proces nemusí být uskutečněn z důvodu zhoršení zdravotního stavu účastněných nebo jiných neočekávaných okolností. Provedení edukace

můžou nepříznivě ovlivnit edukační bariéry - překážky nebo komplikace znesnadňující či zabraňující dosažení edukačního cíle. (4, str. 56)

Možné překážky ze strany zdravotnického systému jsou neúčast lidského přístupu ošetřujícího personálu, nevhodná komunikace s pacientem a opomíjení jeho potřeb, podceňování edukačního procesu ze strany zdravotníků, nejednotnost edukace, negativní vliv prostředí (sociální izolace, ztráta soukromí, důstojnosti, sebekontroly), nedostatek času, spěch, rychlé propuštění pacienta z nemocnice, negativní osobnostní předpoklady edukátorů, neschopnost týmové spolupráce, deficit v oblasti edukace ve vzdělávacích programech sester. (8, str. 37)

Edukační bariéry ze strany pacienta mohou být způsobeny charakterem nemoci, stresem, poruchami smyslového vnímání, změnou psychiky, věkem, emocemi, bolestí, špatnou adaptací na nemoc, popřením potřeby edukace, nízkou motivací, zápornými osobnostními rysy pacienta, neschopností nést zodpovědnost, kulturními, jazykovými a etnickými odlišnostmi. (8, str. 38)

3 EDUKACE NEMOCNÝCH S ASTMATEM

V dnešním přístupu k léčbě onemocnění asthma bronchiale je kladen velký důraz na vybudování dobrého partnerského vztahu a dlouhodobou spolupráci mezi zdravotníkem a pacientem i jeho rodinou. Také je současně zvyšována zodpovědnost pacienta za jeho zdraví a podporována schopnost samostatně se rozhodnout při řešení náhlých zdravotních problémů. Snahou je, aby pacient jen pasivně nepřijímal lékařská doporučení, ale stal se aktivním spolupracujícím společníkem. (11, str. 75)

Edukace pacientů s diagnózou asthma bronchiale a jejich rodinných příslušníků je specifickou a neoddělitelnou součástí ošetrovatelské péče. Jedná se o proces plánovaný a cílevědomý, zaměřený na zlepšení kvality života s tímto onemocněním. Bez správně provedené edukace nelze dosáhnout aktivní spolupráce při terapii. Edukací a zapojením pacienta do léčby se zvyšuje šance na dosažení celoživotní kontroly astmatu. Obsahem edukace jsou informace o podstatě nemoci a okolnostech vzniku astmatických potíží, o léčbě nemoci a rozdílech mezi preventivními a úlevovými léky, též o způsobech sebekontroly, hodnocení příznaků a možných komplikacích. Důležité jsou znalosti pravidel první pomoci při zhoršení astmatu, pokyny pro prevenci a režimová opatření. Pacienty

a někdy i příslušníky jeho rodiny je třeba naučit praktickým dovednostem v péči o astma, nejčastěji je to aplikace léků inhalačními systémy. Také je důležité nemocnému pomoci při změně návyků a případně pozitivně ovlivňovat postoj k nemoci, zvýšení sebedůvěry a uspokojení. (11, str. 76)

3.1 Příklad edukačních diagnóz, cílů, intervencí

Edukační diagnózy: Ochota doplnit deficitní vědomosti, Ochota ke zlepšení léčebného režimu, Efektivní léčebný režim.

Edukační cíle: Kognitivní: Pacient zná příčiny vzniku, léčbu a komplikace nemoci asthma bronchiale, zná okolnosti vzniku akutních astmatických potíží, zná svůj individuální postup při léčbě astmatu. Psychomotorické: Pacient umí správně používat inhalátor svého inhalačního léku, pravidelně dochází ke svému plicnímu lékaři, umí dechové cviky. Afektivní: Pacient dodržuje režimová opatření, dbá na zdravý životní cíl, vyvaruje se situací vyvolávajících astmatické potíže.

Edukační intervence: 1. Uvést pacienta do problematiky vysvětlením anatomie a fyziologie dýchacích cest. 2. Informovat pacienta o příčině vzniku, komplikacích a léčbě astmatu a za jakých okolností může dojít k akutním astmatickým potížím. 3. Přiblížit pacientovi léčbu různých stadií astmatu a případných astmatických potíží. 4. Vysvětlit pacientovi mechanismus účinku léků v dýchacích cestách a naučit ho používat inhalátory jeho léků. 5. Sdílet pacientovi doporučená režimová opatření a motivovat ho k jejich dodržování. 6. Poučit pacienta o průběhu návštěv lékaře. 7. Vysvětlit pacientovi nutnost přiměřené pohybové aktivity, dechového cvičení a poskytnout mu edukační materiál. (17)

3.2 Edukace pacienta k domácí léčbě akutní exacerbace

Pacienta v rámci edukace poučíme, že je nutné zahájit léčbu akutní exacerbace včas, už při výskytu varovných signálů a nečekat na rozvoj obtíží. Brzkým podáním bronchodilatačních léků ještě před plným vyvinutím exacerbace, je možné často nárůst obtíží zastavit a výrazně snížit riziko rozvoje skutečně těžkého stavu. Každý pacient i jeho blízcí by měli znát přesný postup zvládnutí exacerbace, dávky a frekvenci podání úlevové léčby a instrukce k počínání při neustupujících či narůstajících potížích. (18, str. 182)

3.3 Doporučovaná opatření

Mezi doporučená opatření při léčbě astmatu patří pravidelné kontroly ošetřujícím lékařem a to i v případě bez potíží, užívat naordinované léky dle jeho pokynů, vyhýbat se stresu, předcházet infekci dýchacích cest a v době epidemií nepobývat v přeplněných místnostech, případně se nechat naočkovat proti chřipce. Dále nekouřit a nezdržovat se v zakouřeném prostředí, vyhýbat se prašnému ovzduší a místům se zvýšeným výskytem alergenů, lůžkoviny mít antialergické a často je měnit. Uklízet v domácnosti, pracovat s barvami za použití filtrační masky, utírat prach vlhkým hadrem, vysávat kvalitním přístrojem s vysokou filtrací, nepoužívat pronikavě vonící výrobky, provádět dechovou rehabilitaci, sportovat, posilovat obranyschopnost organismu. Nevhodné je chovat domácí zvířata.

3.4 Příčiny nedodržování léčebného režimu

Je obecně známo, že pacienti trpící chronickým onemocněním, mezi které asthma bronchiale patří, užívají předepsané léky a řídí se dalšími doporučeními svého lékaře nejvýše v 50% případech. Častou příčinou nedodržování léčebného režimu u astmatického pacienta je z různých důvodů nesprávně provedená nebo nedostatečná edukace a nezájem nemocného o tyto poznatky. Pokud pacient neporozumí své nemoci nebo nezíská důkladné informace a instrukce od zdravotníků, vyhledává je dnes pomocí internetu nebo je dostává od jiných pacientů a mnohdy bývají zkreslené a nehodnověrné. Problémem jsou i nevyjádřené nebo neprodiskutované obavy a starosti, také nespokojenost nebo nedůvěra ke zdravotníkům. Dalším negativním faktorem je komplikovaný režim užívání léků (jejich časté užívání nebo větší počet), odpor k lékům a obava z jejich nežádoucích účinků, vyšší úhrada léků nebo jen prostá zapomnětlivost. U astmatu se preferují léky podávané inhalačně a mají různé aplikační formy. Pokud není správně provedena edukace s nácvikem dovedností a pacient má problémy s inhalační technikou, často se stává, že užívá léky nesprávně. Překážkou v dodržování léčebného režimu je také podcenění tíže astmatu, negativní postoj k nemoci a léčbě, někdy i pocit méněcennosti z důvodu stigmatizace. (11, str. 76)

3.5 Organizace podporující edukaci

Za účelem šíření povědomí o bronchiálním astmatu mezi zdravotníky i veřejnost a zlepšení péče o pacienty s tímto onemocněním byla v roce 1993 založena GINA (Global Initiative for Asthma), která vydala mezinárodní program Globální strategie péče o astma

a jeho prevenci. V tomto dokumentu byla představena zcela nová koncepce celkové péče o nemocné s asthma bronchiale. Dokument byl v České republice přeložen v roce 1996 a zároveň vznikla obdoba této organizace s názvem Česká iniciativa pro astma (ČIPA). Hlavní cíle této společnosti jsou poskytovat údaje odborné a laické veřejnosti o nových poznatcích astmatu, o jeho diagnostice, prevenci a léčbě, organizovat a podporovat edukační aktivity k tomu určené, pořádat semináře a mediální kampaně, vydávat odborné tiskové materiály specializované na celkovou problematiku nemoci s důrazem na edukaci astmatiků. GINA v roce 1998 vyhlásila poprvé WAD - World Astma Day - světový den astmatu. Tento den, který bývá vždy začátkem května po celém světě, letos je datován na 5. 5. 2015, je věnován aktivitám směřovaným na informování široké veřejnosti o problematice alergie a astmatu. (11, str. 5) Pro dětské pacienty, rodiče a zdravotníky podílející se na léčbě alergie a astmatu v dětském věku existuje v Brně organizace Sdružení pro alergické a astmatické děti (SAAD). Po celé ČR je též řada společenství pro astmatiky, zabývajících se edukací. (24, str. 161)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Péče o nemocné s astmatem vyžaduje všestranný přístup. Současný vývoj v oblasti poznání nemoci a její léčby nabízí velmi účinné prostředky. Sebelepší lék však nesplní očekávání, pokud nemocný nepřevzme určitou část odpovědnosti za své zdraví, což mu významně pomáhá v prevenci zdravotních problémů a v zajištění produktivního a fyzicky aktivního života. K tomu potřebuje dostatek znalostí a dovedností, které jsou mu předávány prostřednictvím edukace. Edukace u astmatických pacientů by se měla stát nikdy nekončícím dějem, který začíná už při stanovení diagnózy.

Pracuji v plicní ambulanci a s pacienty trpícími nemocí asthma bronchiale se setkávám denně. Jsou mezi nimi nově příchozí, někteří dochází jen při potížích, ale převážná většina navštěvuje ordinaci letitě a pravidelně. Edukaci k jejich onemocnění v tomto zařízení provádí téměř výhradně lékař. Účinnost edukace ovlivňuje mnoho skutečností, mezi které patří její vhodné načasování a edukační forma. Je nutné přihlédnout k věku nemocného a jeho kognitivním i motorickým schopnostem, také ke zdravotnímu i psychickému stavu. Důležité je pozitivně ovlivňovat postoj k nemoci a pacienta motivovat ke zlepšení léčebného režimu. Cílem edukace je spolupracující pacient, aktivně zapojený do preventivního a léčebného procesu osvojením si vědomostí, postojů a zručností.

Jaká jsou úskalí ve stávající edukaci poskytované v ambulantní plicní ordinaci pacientům s diagnózou asthma bronchiale?

5 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU

Hlavní cíl: Zmapovat úroveň stávající edukace u pacientů s diagnózou asthma bronchiale a na základě poznatků vyhledat problematické aspekty v edukaci.

Dílčí cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti pacientů o nemoci asthma bronchiale, získanou prostřednictvím edukace.

Předpoklad 1: Většina pacientů vnímá úroveň edukace jako dostačující.

Otázky: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Kritérium pro většinu: 60 % a více respondentů

Kritérium pro dostačující: Většina odpoví kladně nebo správně na 4 ze 7 otázek

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaká forma edukace pacientům nejlépe vyhovovala.

Předpoklad 2: Většině pacientů vyhovuje edukace ústní formou od lékaře.

Otázky: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Kritérium pro většinu: 60 % a více respondentů

Dílčí cíl 3: Zjistit míru zodpovědnosti pacientů dodržovat léčebný režim.

Předpoklad 3: Většina pacientů dostatečně dodržuje léčebný režim v oblasti doporučených opatření.

Otázky: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

Kritérium pro většinu: 60 % a více respondentů

Kritérium pro dostatečně: Většina odpoví kladně na 4 ze 7 otázek

Dílčí cíl 4: Zjistit, jaký postoj zaujmají nemocní ke své diagnóze.

Předpoklad 4: Většina pacientů se s diagnózou smířila a přijala důsledky onemocnění.

Otázky: 26, 27, 28

Kritérium pro většinu: 60 a více % respondentů

6 METODA SBĚRU DAT

Pro své průzkumné šetření jsem použila kvantitativní formu výzkumu a údaje získávala od respondentů prostřednictvím anonymních dotazníků. Strukturovaný dotazník obsahoval 28 otázek a byl určen pro pacienty s diagnózou asthma bronchiale, navštěvujících plicní ambulanci na Poliklinice Bory Plzeň. Otázky jsem zvolila uzavřené a polouzavřené. První čtyři otázky jsem směřovala ke zjištění identifikačních údajů o respondentovi, zbývající se týkaly tématu výzkumného šetření. V otázkách 5 - 11 jsem si ověřovala úroveň informovanosti pacientů o nemoci asthma bronchiale, získanou prostřednictvím edukace. V otázkách 12 - 18 jsem zkoumala nejlépe vyhovující formu

edukace, a v otázkách 19 - 25 míru zodpovědnosti pacientů dodržovat léčebný režim. V posledních třech otázkách 26 - 28 jsem se zajímala o postoj nemocných ke své diagnóze. Písemné dotazování sloužilo k potvrzení nebo vyvrácení čtyř stanovených předpokladů. Vzor dotazníku je zařazen v přílohách.

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Dotazníkového šetření se účastnili ženy i muži bez věkového omezení. Osloveni byli pacienti s diagnostikovaným onemocněním asthma bronchiale, kteří v době probíhajícího výzkumu přišli do plicní ambulance na Poliklinice Plzeň. Respondenty jsem osobně seznámila s důvody průzkumu a požádala je o vyplnění dotazníku.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Průzkumné šetření, schválené vlastníky plicních ambulancí na Poliklinice Bory Plzeň, jsem realizovala v období od prosince 2014 do února 2015. Žádosti o umožnění a povolení k výzkumu jsou zařazeny v přílohách. Dotazníky, které jsem respondentům osobně předávala, byly vyplňovány v čekárně a odevzdávány do připravené uzavřené schránky. Nejprve jsem provedla pilotní studii. Prvních 10 dotazníků jsem zkontrolovala pro ověření srozumitelnosti otázek, odstranila chyby a vyřadila.

Předpokládaný vzorek jsem stanovila na 120 respondentů. Rozdala jsem celkem 135 dotazníků, návratnost činila 96 %. 14 dotazníků bylo pro neúplnost vyplněných údajů vyloučeno. Počet správně vyplněných dotazníků zařazených k analýze byl 115.

Získané údaje z průzkumného šetření jsou matematicky zpracovány a výsledná data jsou prezentována pomocí tabulek a grafického znázornění.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

Přehled identifikačních údajů:

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	71	62 %
Muži	44	38 %
Celkem respondentů	115	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka číslo 1 uvádí jednotlivý počet dotazovaných žen a mužů. Ženy jsou zastoupeny v počtu 71 (62 %) a muži v počtu 44 (38 %).

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk - ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Věk - muži	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 19	1	1 %	méně než 19	1	1 %
20 - 30	2	1,5 %	20 - 30	5	4 %
31 - 40	15	13 %	31 - 40	11	10 %
41 - 50	11	10 %	41 - 50	3	2,5 %
51 - 60	18	15,5 %	51 - 60	7	6 %
61 - 70	16	14 %	61 - 70	13	11 %
71 - a více	8	7 %	71 - a více	4	3,5 %
Celkem respondentů	71	62 %		44	38 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 znázorňuje věkové rozložení žen a mužů. Věkové kategorie jsou rozděleny do sedmi skupin. Největší skupinu u žen tvoří kategorie mezi 51 - 60 lety, v počtu 18 žen (15,5 %). Další kategorie 61 - 70 má počet 16 žen (14 %), 31 - 40 počet 15

žen (13 %), 41 - 50 počet 11 žen (10 %). Menší je věková skupina 71 - a více s počtem 8 žen (7 %), kategorii 20 - 30 zastupují 2 ženy (1,5 %) a kategorii do 19 let 1 žena (1 %).

Největší skupinu u mužů tvoří kategorie 61 - 70 let počtem 13 (11 %) a kategorie 31 - 40 počtem 11 mužů (10 %). Kategorie 50 - 60 je obsazena 7 muži (6 %), skupina 20 - 30 let 5 muži (4 %), skupina 71 a více let 4 muži (3,5 %). Skupinu 41 - 50 let zastupují 3 muži (2,5 %) a pouze 1 muž 1 (1 %) je v kategorii do 19 let.

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	10	9 %
střední bez maturity, vyučen(a) bez maturity	54	47 %
střední s maturitou, vyučen s maturitou	34	29,5 %
vyšší odborné	2	1,5 %
Vysokoškolské	15	13 %
Celkem	115	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 ukazuje vzdělání respondentů. Nejvíce z nich, a to 54 dotazovaných (47 %), má nejvyšší dokončené vzdělání střední bez maturity nebo vyučení bez maturity. Respondentů se středním vzděláním s maturitou či vyučením s maturitou je 34 (29,5 %), s vysokoškolským vzděláním 15 (13 %), se základním 10 (9 %) a s vyšším odborným 2 (1,5 %).

Tabulka 4: Délka léčby astmatu

Délka léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než rok	2	2 %
rok až pět let	17	15 %
šest až deset let	15	13 %
jedenáct až dvacet let	35	30 %
více než dvacet let	46	40 %
Celkem respondentů	115	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 znázorňuje, jak dlouho se respondenti s průduškovým astmatem léčí. Více než před dvaceti lety bylo asthma bronchiale diagnostikováno 46 respondentům (40 %). Velkou skupinu, počtem 35 (30 %), zastupují též respondenti, kteří se léčí s astmatem jedenáct až dvacet let. Skupinu léčící se rok až pět let tvořilo 17 dotazovaných (15 %), šest až deset let 15 (13 %) a méně než rok 2 (2 %).

Předpoklad 1 - Většina pacientů vnímá úroveň edukace jako dostačující.

Kritérium pro většinu - 60 % a více respondentů

Kritérium pro dostačující - Většina odpoví kladně nebo správně na 4 ze 7 otázek

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Kritéria hodnocení:

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 5 odpoví správně.

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 6 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 7 odpoví "nevyléčitelné".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 8 uvede odpověď "ano".

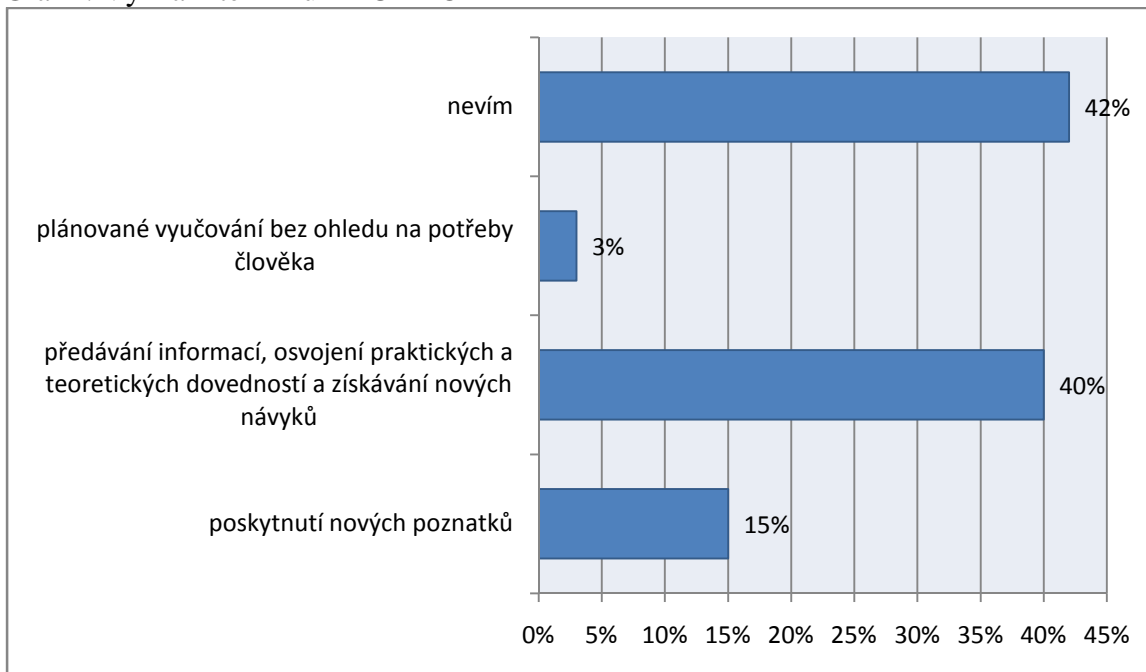
Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 9 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 10 odpoví "ano".

Domnívám se, že v otázce č. 11 vybere variantu "dostačující" 60 % respondentů.

Otázka č. 5: Co podle Vás nejlépe vystihuje termín EDUKACE?

Graf 1: Význam termínu EDUKACE

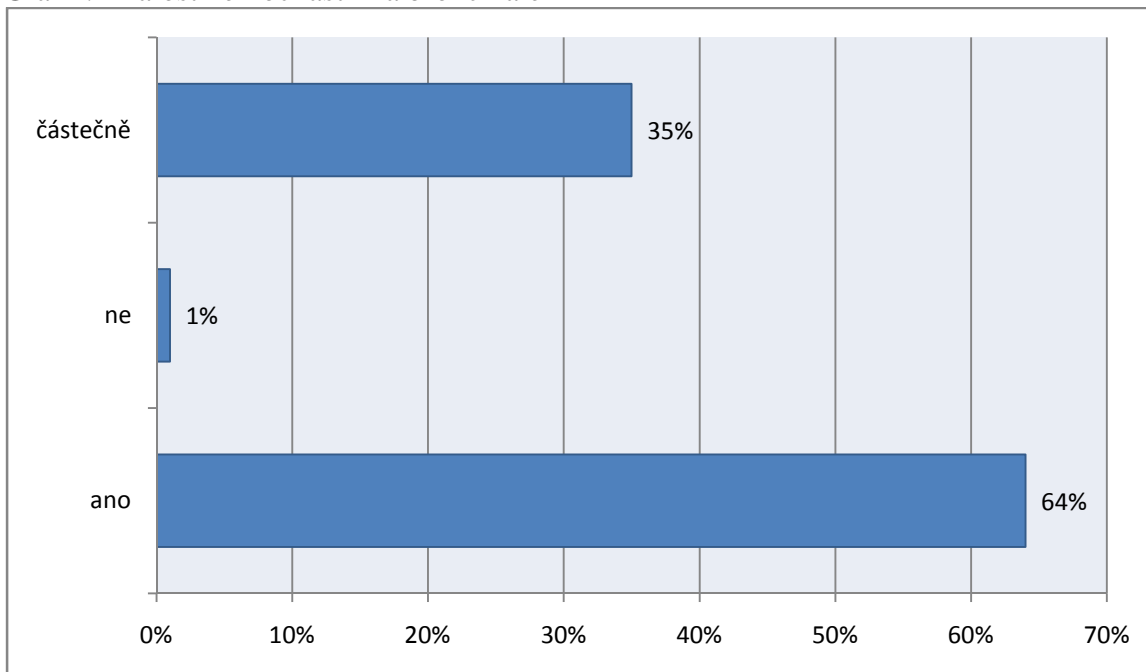


Zdroj: vlastní výzkum

Správnou představu, co znamená pojem EDUKACE, má z celkového počtu 115 odpovědí 46 respondentů (40 %). Odpověď "nevím" označilo 48 dotazovaných (42 %), chybné odpovědi "poskytnutí nových poznatků" 17 respondentů (15 %) a "plánované vyučování bez ohledu na potřeby člověka" 4 respondenti (3 %). Žádný nezvolil možnost "jiné (doplňte)".

Otázka č. 6: Víte, co je nemoc asthma bronchiale?

Graf 2: Znalost nemoci asthma bronchiale

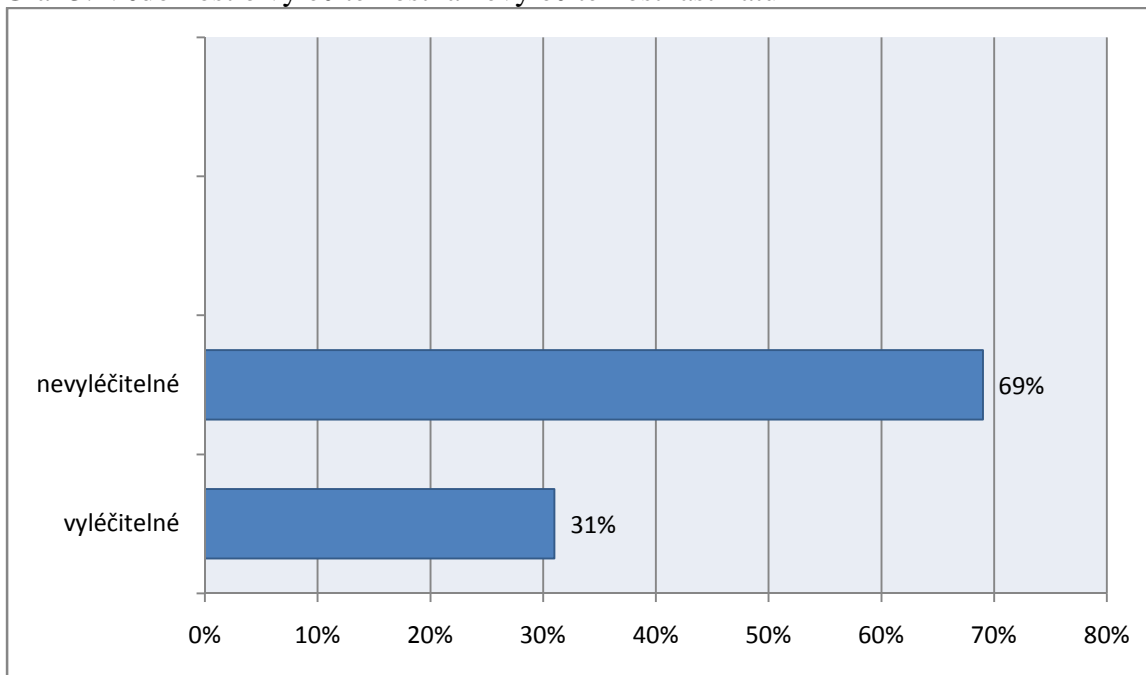


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka obecně zjišťovala vědomost dotazovaných, co je nemoc asthma bronchiale. 73 respondentů (64 %) odpovědělo, že to ví, možnost "částečně" vybralo 41 respondentů (35 %) a 1 respondent (1 %) udal, že to neví.

Otázka č. 7: Myslíte si, že nemoc asthma bronchiale je:

Graf 3: Vědomost o vyléčitelnosti a nevléčitelnosti astmatu

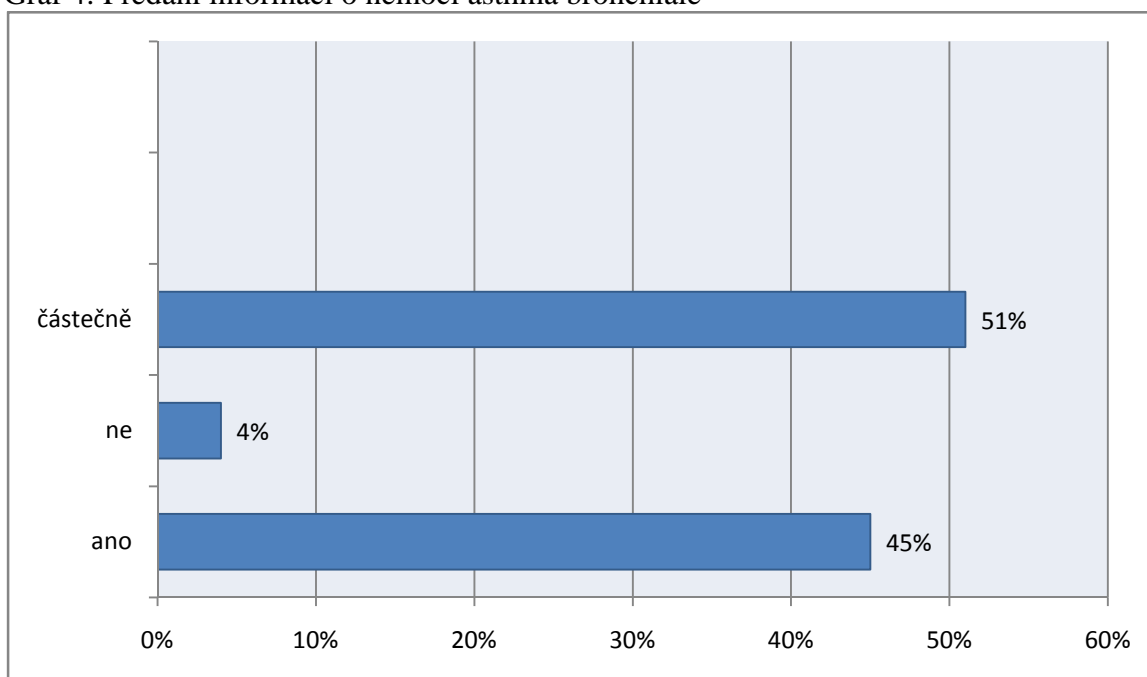


Zdroj: vlastní výzkum

Správnou znalost, že asthma bronchiale je nevléčitelné onemocnění má 79 respondentů (69 %). 36 respondentů (31 %) se chybně domnívá, že je onemocnění vyléčitelné.

Otázka č. 8: Byly Vám sděleny informace o nemoci asthma bronchiale (vznik, průběh, komplikace), způsob léčby a zvládnání komplikací?

Graf 4: Předání informací o nemoci asthma bronchiale

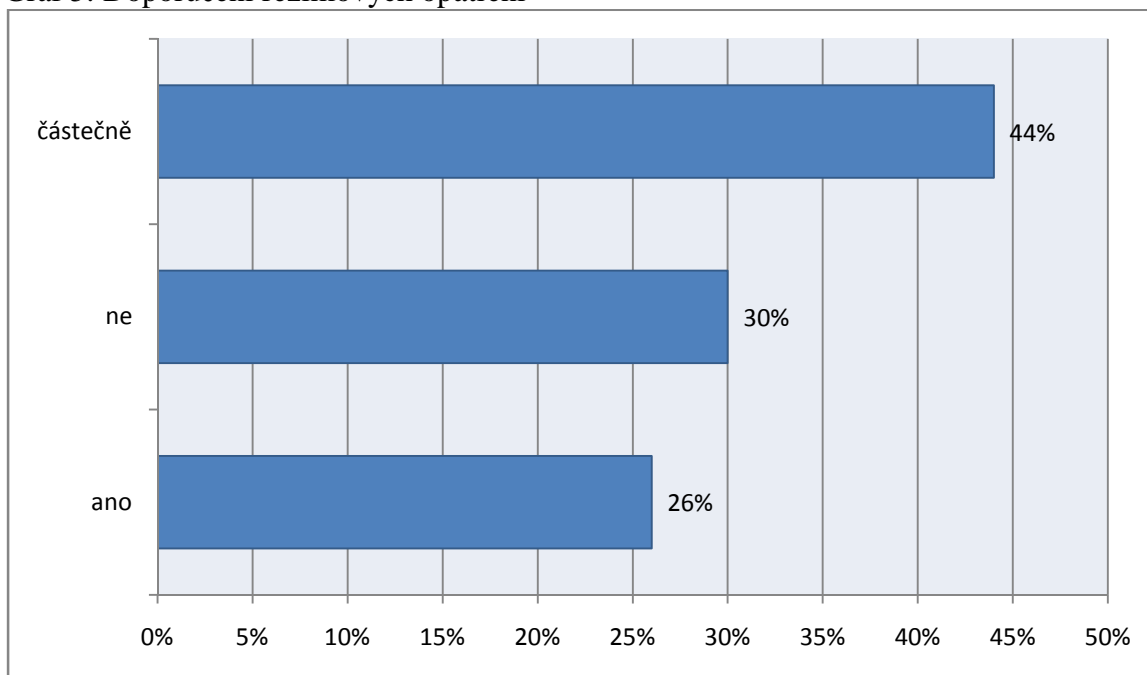


Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na otázku č. 8 vyplynulo, že 115 respondentům (100 %) byly úplné informace o nemoci asthma bronchiale sděleny 52 dotazovaným (45 %). Největšímu počtu, a to 59 respondentům (51 %), byly informace předány jen částečně a vůbec žádné informace nedostali 4 dotazovaní (4 %).

Otázka č. 9: Byla Vám prostřednictvím edukace doporučena režimová opatření (úprava domácího prostředí, vyhýbat se alergenům a kouření i pobytu v zakouřeném prostředí, přiměřeně sportovat, provádět dechovou rehabilitaci apod.)?

Graf 5: Doporučení režimových opatření

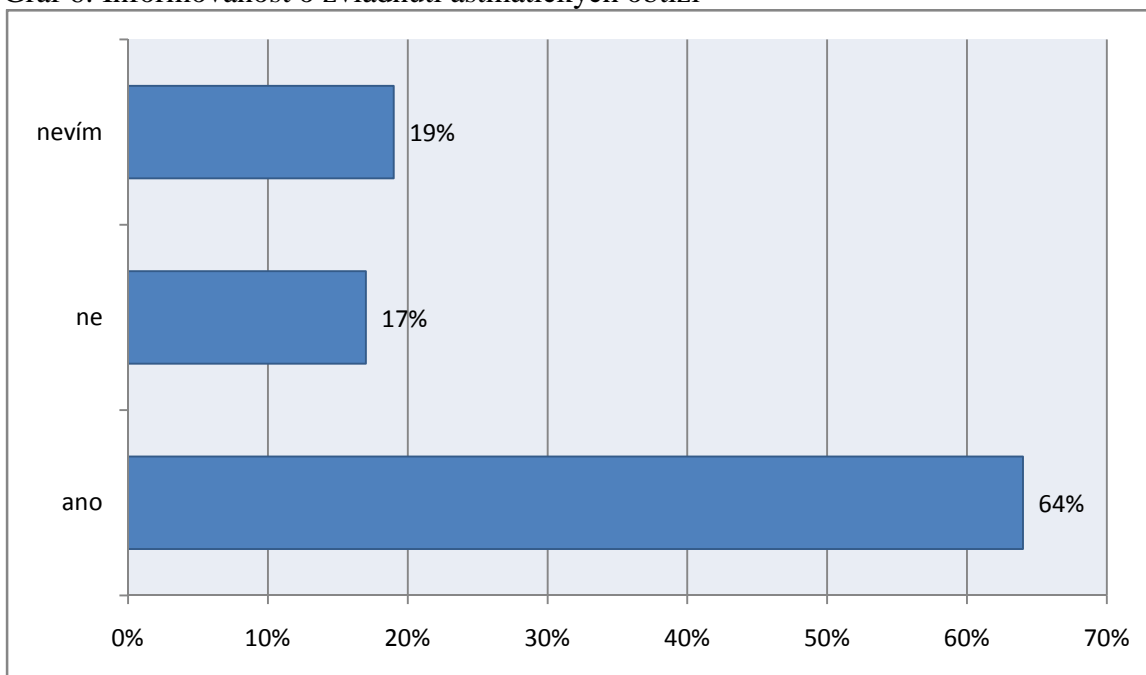


Zdroj: vlastní výzkum

Znalost o doporučených režimových opatřeních byla předána prostřednictvím edukace 30 respondentům (26 %). Největší část, a to 51 respondentů (44 %) uvedlo, že byli informováni pouze částečně. S doporučenými režimovými opatřeními nebylo vůbec seznámeno 34 dotazovaných (30 %).

Otázka č. 10: Máte Vy a Vaši nejbližší dostatek informací o zvládnutí akutních astmatických obtíží?

Graf 6: Informovanost o zvládnutí astmatických obtíží

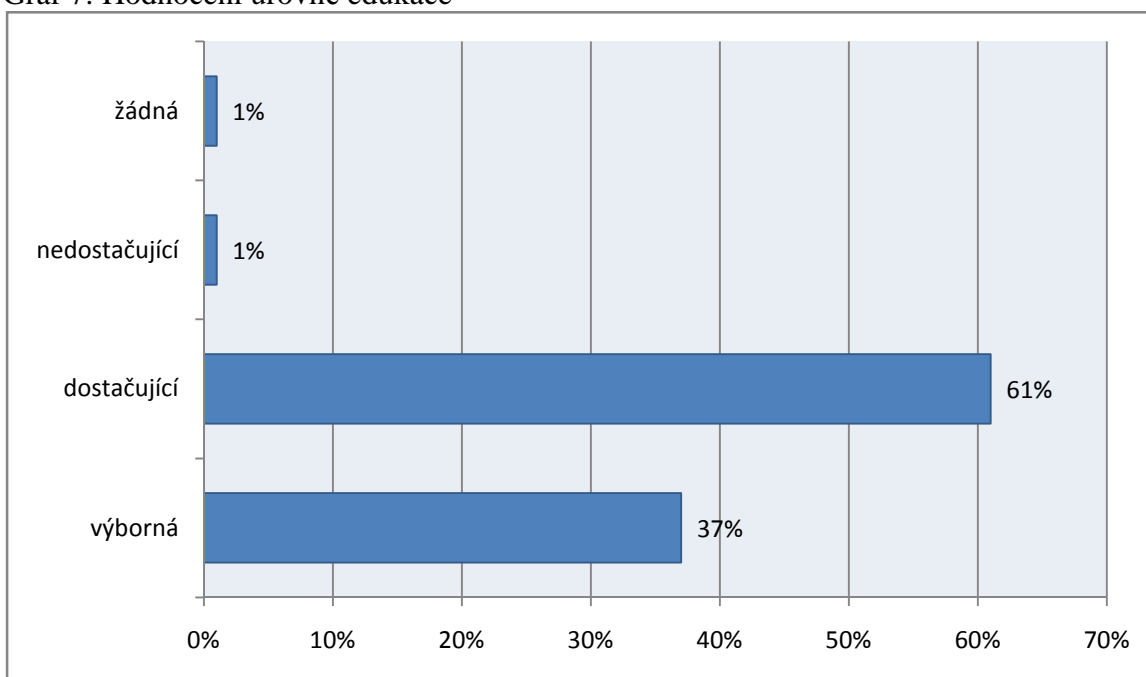


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 byla zaměřena na zjištění informovanosti o zvládnutí akutních astmatických obtíží nejen u samotných respondentů, ale i u jejich nejbližších. 73 dotazovaných (64 %) uvedlo, že dostatek informací mají, 20 respondentů (17 %) odpovědělo, že ne, a 22 respondentů (19 %) označilo možnost "nevím".

Otázka č. 11: Jak celkově hodnotíte úroveň Vám předané edukace (informovanosti) o problematice asthma bronchiale?

Graf 7: Hodnocení úrovně edukace



Zdroj: vlastní výzkum

Celkovou úroveň předané edukace hodnotilo 70 dotazovaných (61 %) jako dostačující. Jako výbornou ji posuzovalo 43 respondentů (37 %), nedostačující 1 (1 %) respondent a odpověď "žádná" označil také 1 (1 %) respondent.

Předpoklad 2 - Většinu pacientů vyhovuje edukace ústní formou od lékaře.

Kritérium pro většinu: 60 % a více respondentů

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Kritéria pro hodnocení:

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 12 uvede odpověď "ústní a názorná forma".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 13 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 14 uvede odpověď "lékař".

Domnívám se, že 80 % respondentů v otázce č. 15 uvede odpověď "ano".

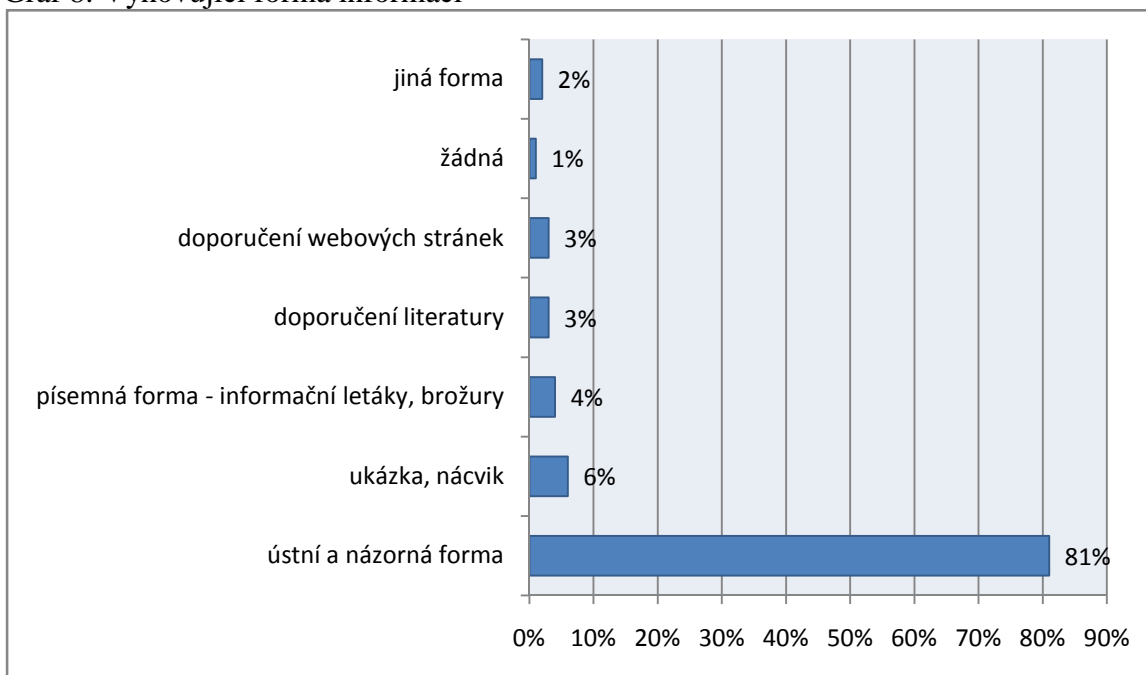
Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 16 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 17 uvede odpověď "ano, opakovaně, průběžně".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 18 uvede odpověď "ano".

Otázka č. 12: Jaká forma získání informací o nemoci asthma bronchiale Vám nejlépe vyhovovala?

Graf 8: Vyhovující forma informací

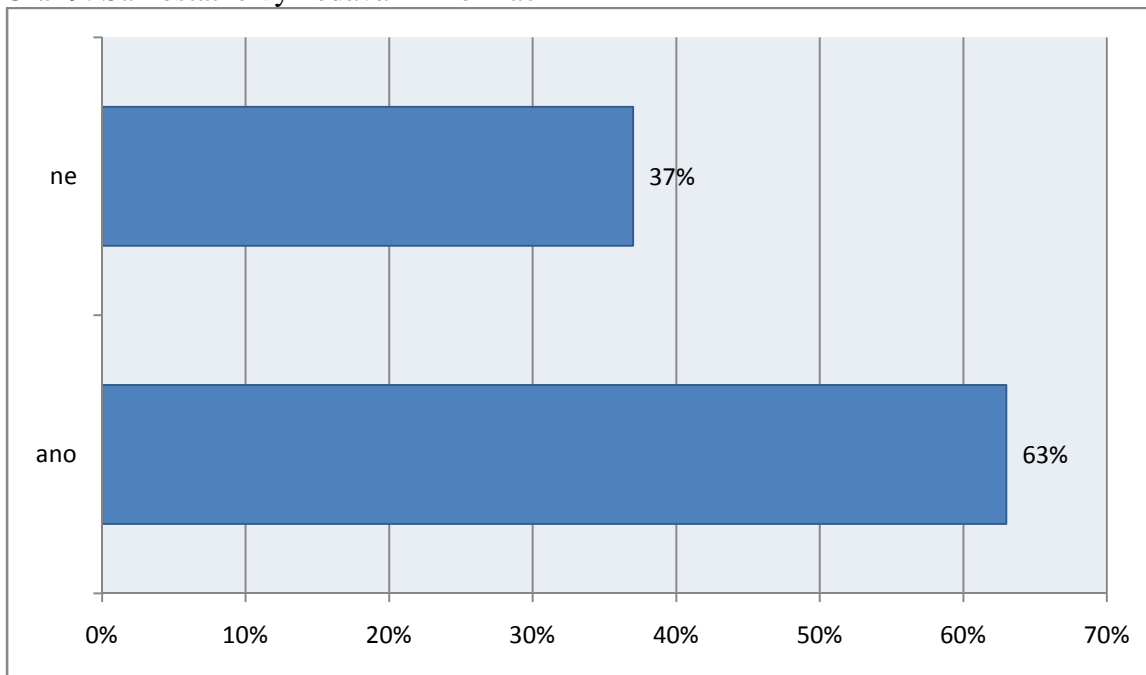


Zdroj: vlastní výzkum

Velká převaha s 93 respondenty (81 %) udala za nejlépe vyhovující předání informací ústní a názornou formou. Možnost "ukázka, nácvik" označilo 7 dotazovaných (6 %) a "písemná forma - informační letáky, brožury" 5 respondentů (4 %). Doporučení literatury uspokojilo 4 (3 %) a doporučení webových stránek 3 (3 %) respondenty. Odpověď "žádná" forma vybral 1 respondent (1 %) a do možnosti "jiná forma" 2 dotazovaní (2 %) připsali, že cedule a plakát v čekárně.

Otázka č. 13: Vyhledáváte si sami informace o nemoci asthma bronchiale?

Graf 9: Samostatné vyhledávání informací

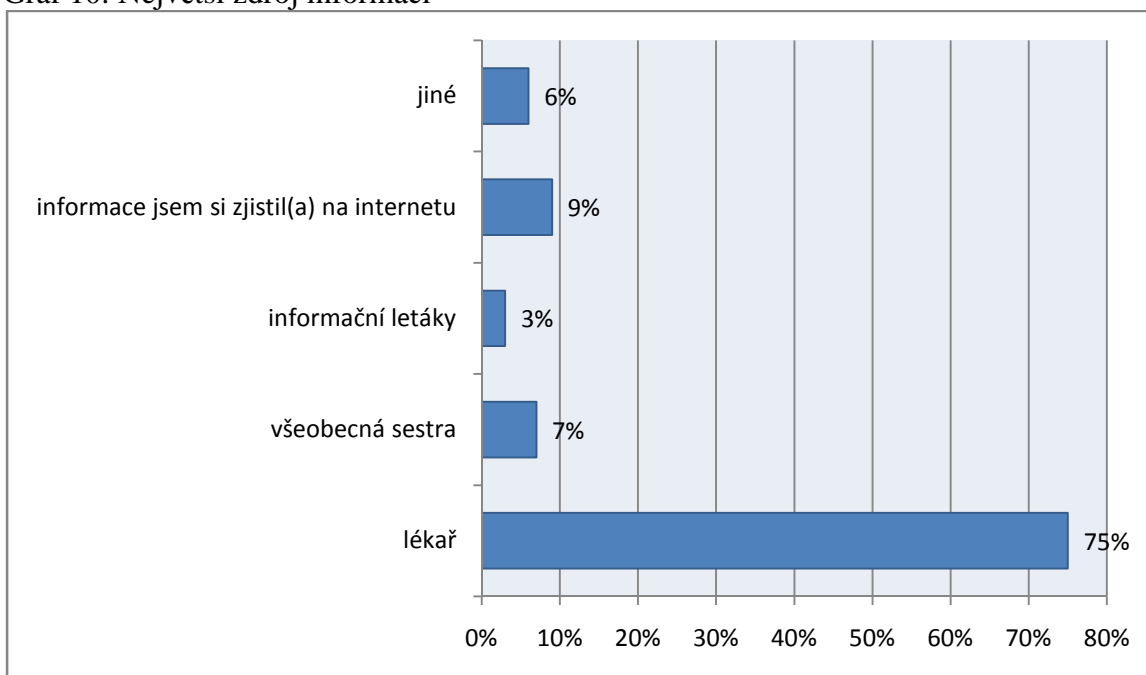


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 13 byl položen dotaz, zda si respondenti sami vyhledávají informace o nemoci asthma bronchiale. Odpověď "Ano" uvedlo 72 dotazovaných (63 %), zbylých 43 respondentů (37 %) informace samostatně nevyhledává.

Otázka č. 14: Kdo Vám poskytl nejvíce informací o asthma bronchiale?

Graf 10: Největší zdroj informací

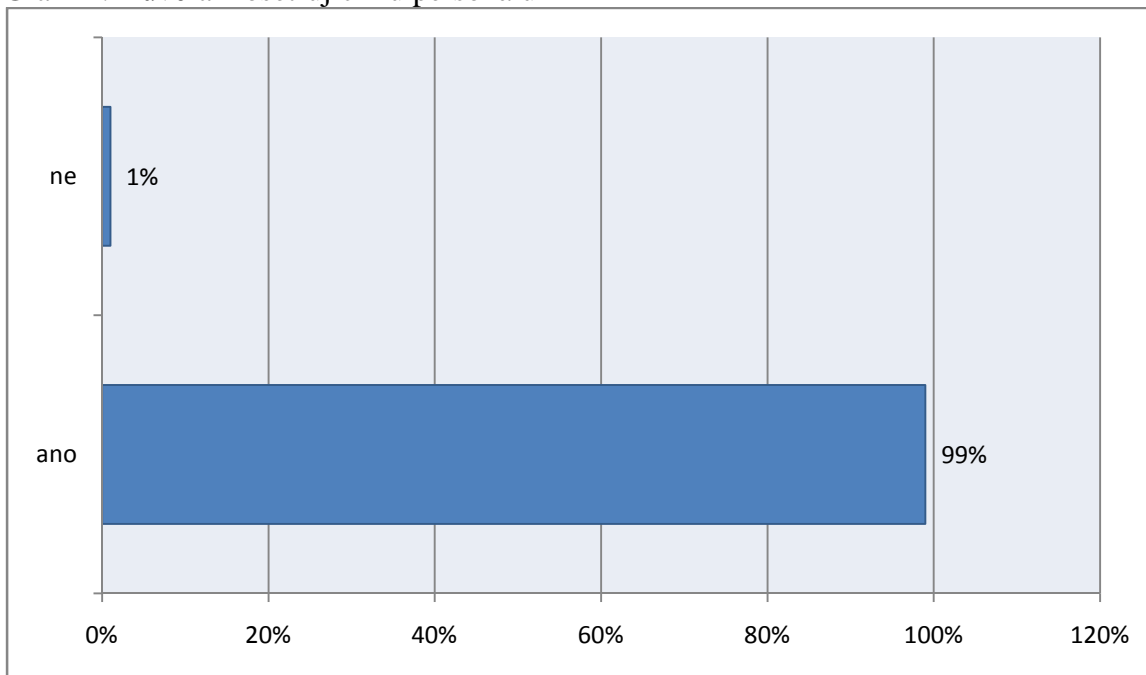


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 115 respondentů (100 %) na otázku, kdo byl největším poskytovatelem informací o asthma bronchiale, odpovědělo 86 z nich (75 %), že lékař. Všeobecná sestra předávala informace pouze 8 respondentům (7 %), z informačních letáků získali znalosti 4 dotazovaní (3 %) a z internetu 10 (9 %). Možnost "jiné" volilo 7 respondentů (6 %) a shodně připsali, že jim informace sdělil známý, trpící tímto onemocněním. Variantu "nikdo" žádný respondent neoznačil.

Otázka č. 15: Máte důvěru ve Vašeho plicního lékaře, sestru, ošetřující personál?

Graf 11: Důvěra k ošetřujícímu personálu

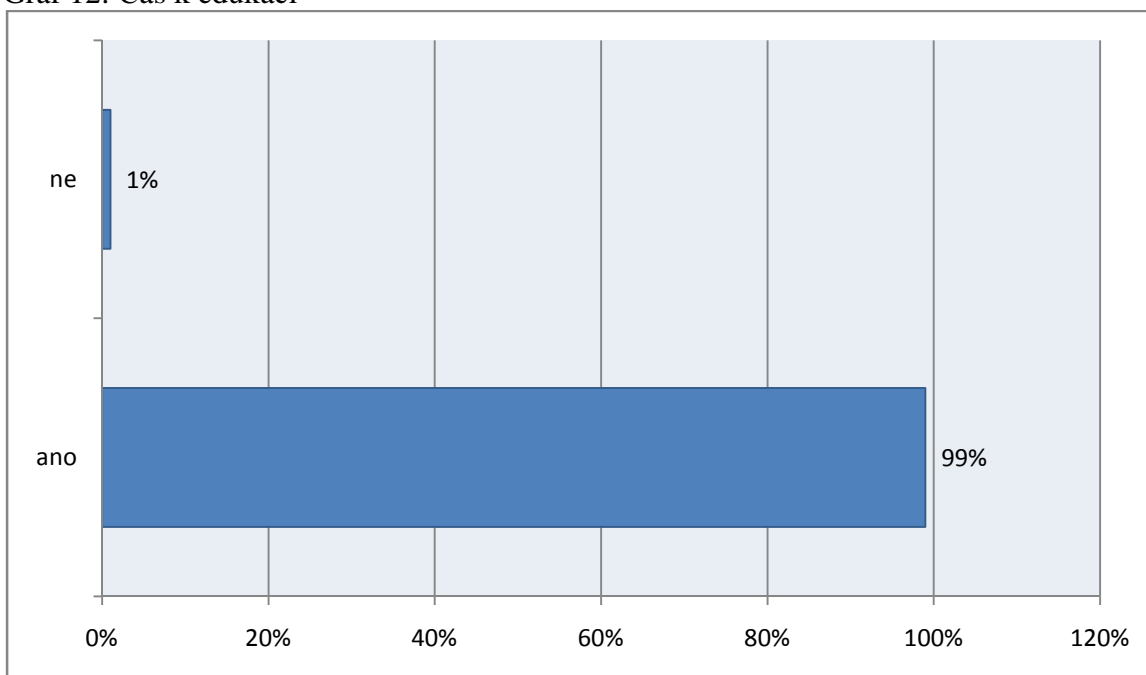


Zdroj: vlastní výzkum

Důvěru v ošetřujícího plicního lékaře a sestru má 114 respondentů (99 %), pouze 1 respondent (1 %) odpověděl, že k nim důvěru nemá.

Otázka č. 16: Byl Vám věnován dostatek času?

Graf 12: Čas k edukaci

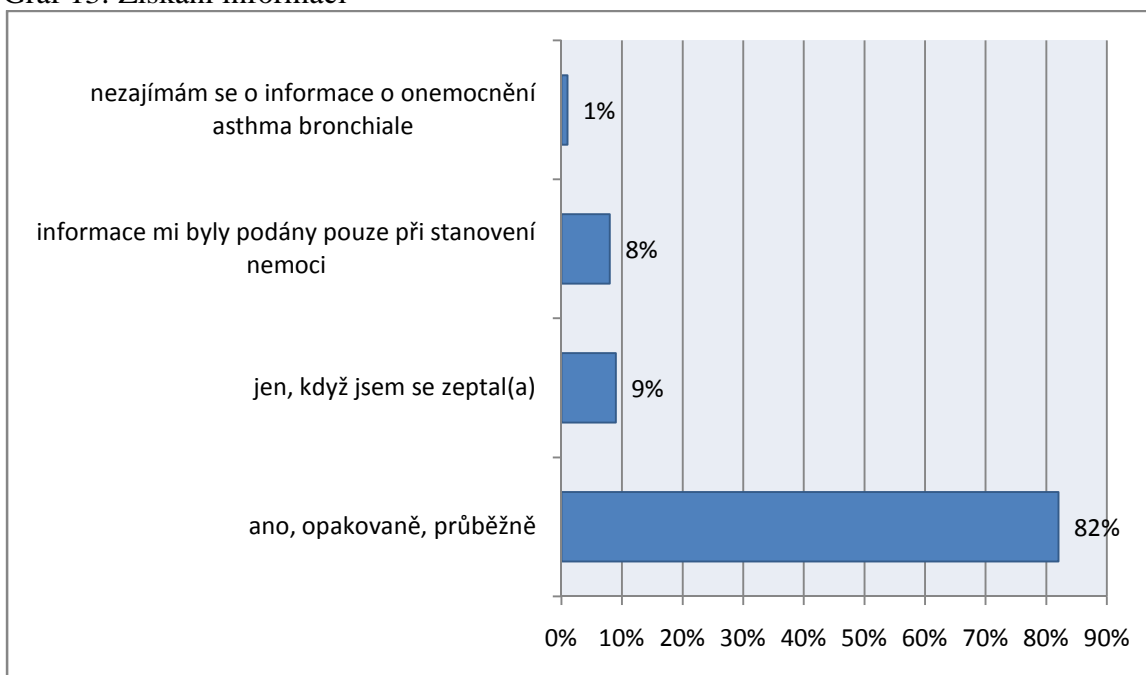


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 16 zkoumala, jak pacienti vnímali faktor času při edukaci. Vědomí, že jim byl dostatek času věnován, má 114 respondentů (99 %) a 1 respondent (1 %) udal, že mu dostatek času při podávání informací věnován nebyl.

Otázka č. 17: O nemoci asthma bronchiale jste získal(a) srozumitelné informace?

Graf 13: Získání informací

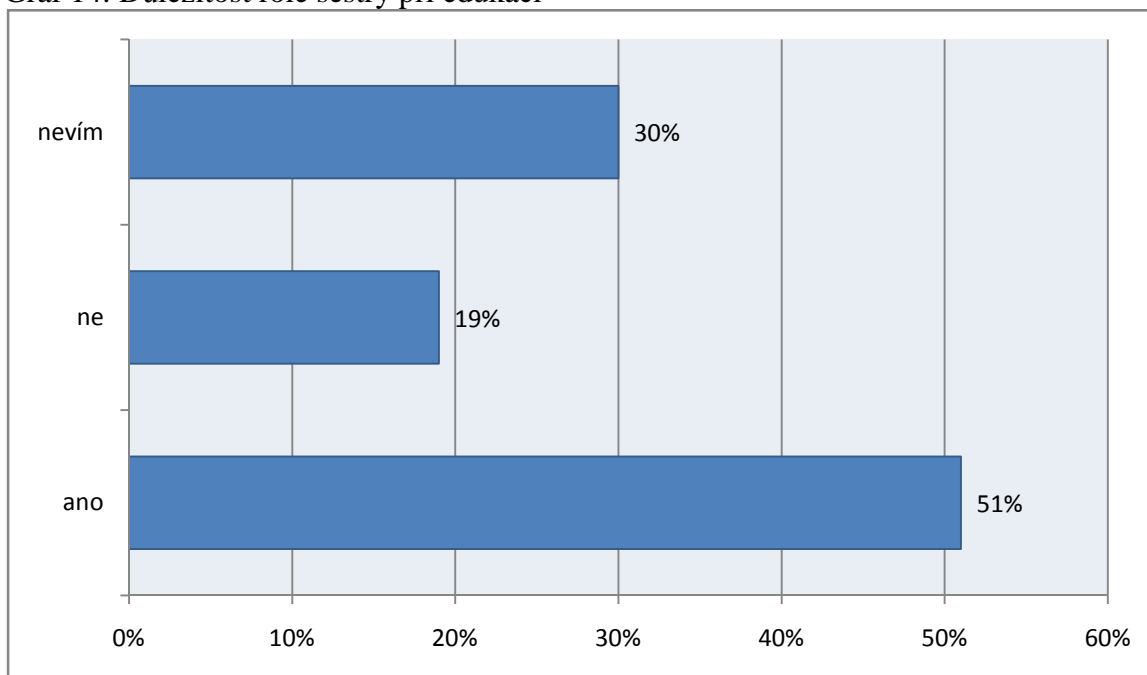


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda respondenti získali srozumitelné informace, odpovědělo 95 (82 %) z nich, že ano, opakovaně a průběžně. 10 respondentů (9 %) uvedlo, že informace jim byly sděleny jen po dotázání, 9 respondentům (8 %) byly podány pouze při stanovení nemoci a 1 dotazovaný (1 %) označil, že se o informace o asthma bronchiale nezajímá. Možnost "byl(a) jsem zahlcen(a) nesrozumitelnými informacemi" nevybral žádný z respondentů.

Otázka č. 18: Je podle Vás důležitá role všeobecné sestry při edukaci (předávání informací) k onemocnění asthma bronchiale?

Graf 14: Důležitost role sestry při edukaci



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 18, která zkoumala mínění respondentů na důležitost role sestry při edukaci, odpovědělo 58 dotazovaných (51 %), že ano. Za nedůležitou ji považuje 22 respondentů (19 %) a 35 respondentů (30 %) označilo možnost "nevím".

Předpoklad 3 - Většina pacientů dostatečně dodržuje léčebný režim v oblasti doporučených opatření.

Kritérium pro většinu: 60 % a více respondentů

Kritérium pro dostatečně: Většina odpoví kladně na 4 ze 7 otázek

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

Kritéria pro hodnocení:

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 19 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 20 uvede odpověď "mám prokázanou alergii a snažím se spouštěčům vyhýbat".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 21 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 22 uvede odpověď "ano, pravidelně, nikdy nezapomenu".

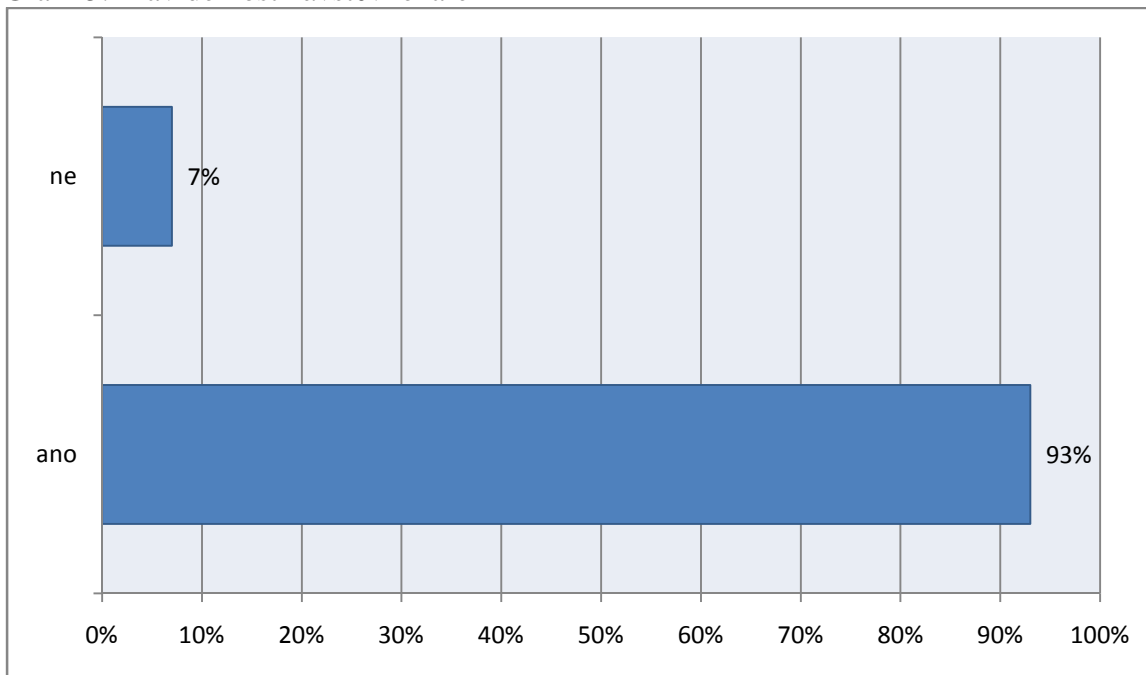
Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 23 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 24 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 25 uvede odpověď "vždy".

Otázka č. 19: Navštěvujete pravidelně svého plicního lékaře, přibližně 1 - 6 měsíců?

Graf 15: Pravidelnost návštěv lékaře



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 19 byl položen dotaz, zda pacienti pravidelně navštěvují svého plicního lékaře. Převážná většina v počtu 107 respondentů (93 %) toto doporučené opatření dodržuje. Pravidelné kontroly svým plicním lékařem neabsolvuje 8 dotazovaných (7 %).

Otázka č. 20: Máte prokázanou alergii? Pokud ano, vyhýbáte se jejím spouštěčům (alergeny nebo dráždivé látky, které astma zhoršují)?

Graf 16: Průkaz alergie a vyhýbání se spouštěčům



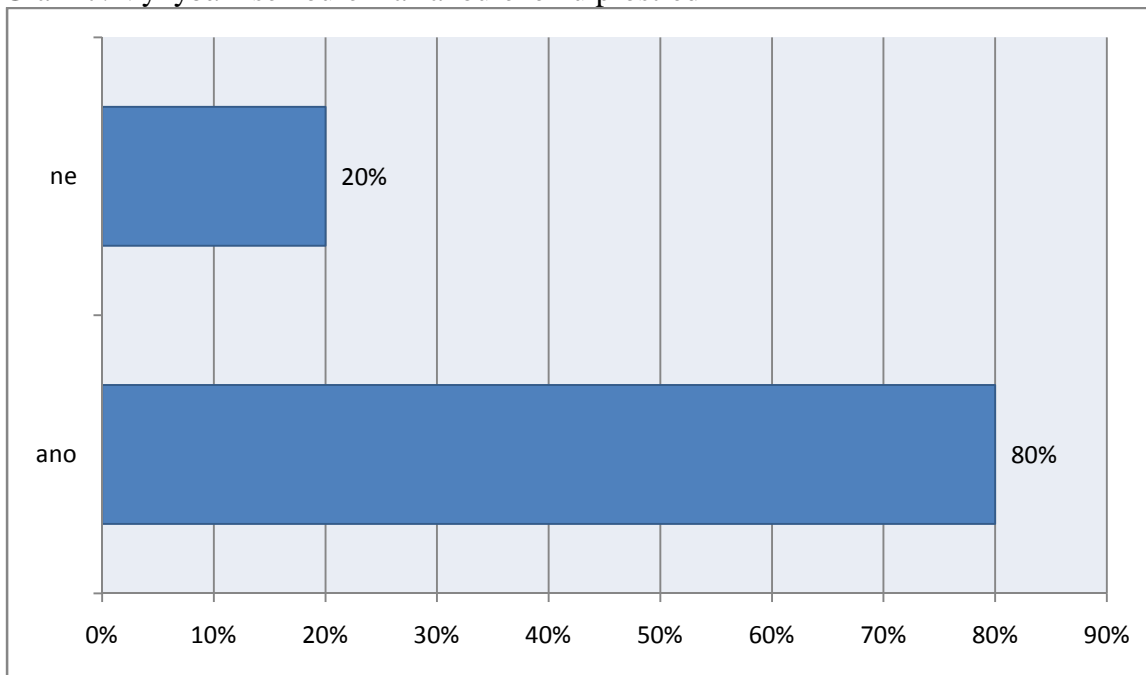
Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce, která směřovala ke zjištění průkazu alergie u respondentů a v případě jejího potvrzení, zda se respondenti vyhýbají kontaktu se spouštěcími faktory, odpovědělo 65 dotazovaných (57 %), že alergii prokázanou mají a snaží se spouštěčům vyhýbat. 16 respondentů udalo (14 %), že jsou alergičtí, ale neví, jak se mají spouštěčům vyhýbat. Alergií netrpí 28 respondentů (24 %) a 6 (5 %) neví, zda alergii mají.

Při hodnocení výsledků bylo nutné počítat 87 respondentů jako 100 %, neboť 28 dotazovaných uvedlo, že alergii nemají.

Otázka č. 21: Vyhýbáte se kouření a zakouřenému prostředí?

Graf 17: Vyhýbání se kouření a zakouřenému prostředí

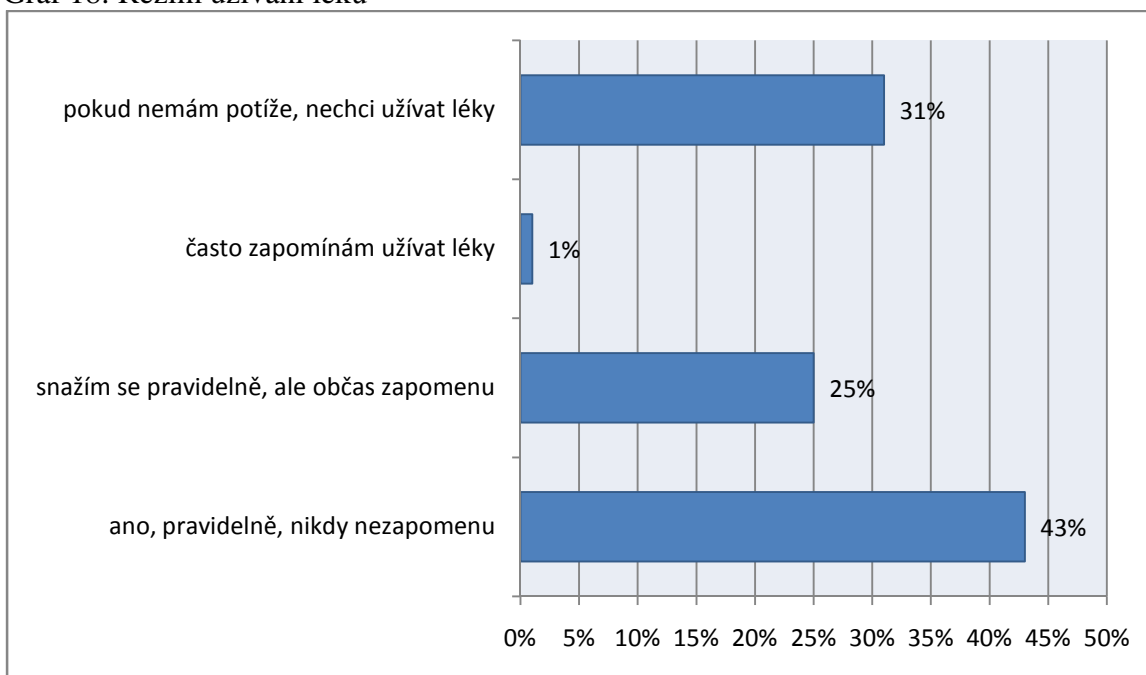


Zdroj: vlastní výzkum

V oblasti dodržování doporučených režimových opatření byl položen dotaz na vyhýbání se kouření a zakouřenému prostředí. Toto opatření respektuje 92 (80 %) a nedodrжуje 23 dotazovaných (20 %).

Otázka č. 22: Užíváte léky podle ordinace lékaře?

Graf 18: Režim užívání léků

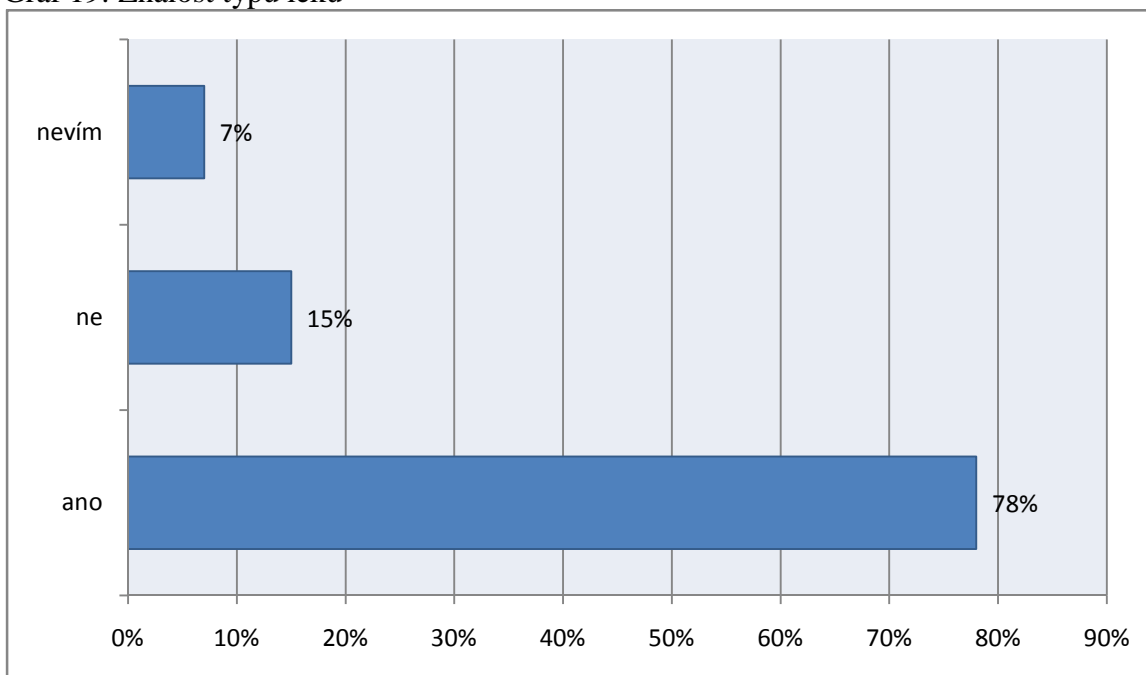


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 22 byla zaměřena na dodržování užívání léků podle ordinace lékaře. Pravidelně je užívá a nikdy nezapomene 49 respondentů (43 %). 29 respondentů (25 %) se snaží dodržovat pravidelnost v užívání léků, a často zapomíná užívat léky 1 (1 %) dotazovaný. Velká část, v počtu 36 respondentů (31 %), léky neužívá, protože nechce užívat léky, pokud nemá potíže. Strach z vedlejších účinků léků nemá žádný z dotazovaných.

Otázka č. 23: Máte předepsány léky protizánětlivé s preventivním účinkem pro dlouhodobé podávání?

Graf 19: Znalost typu léku

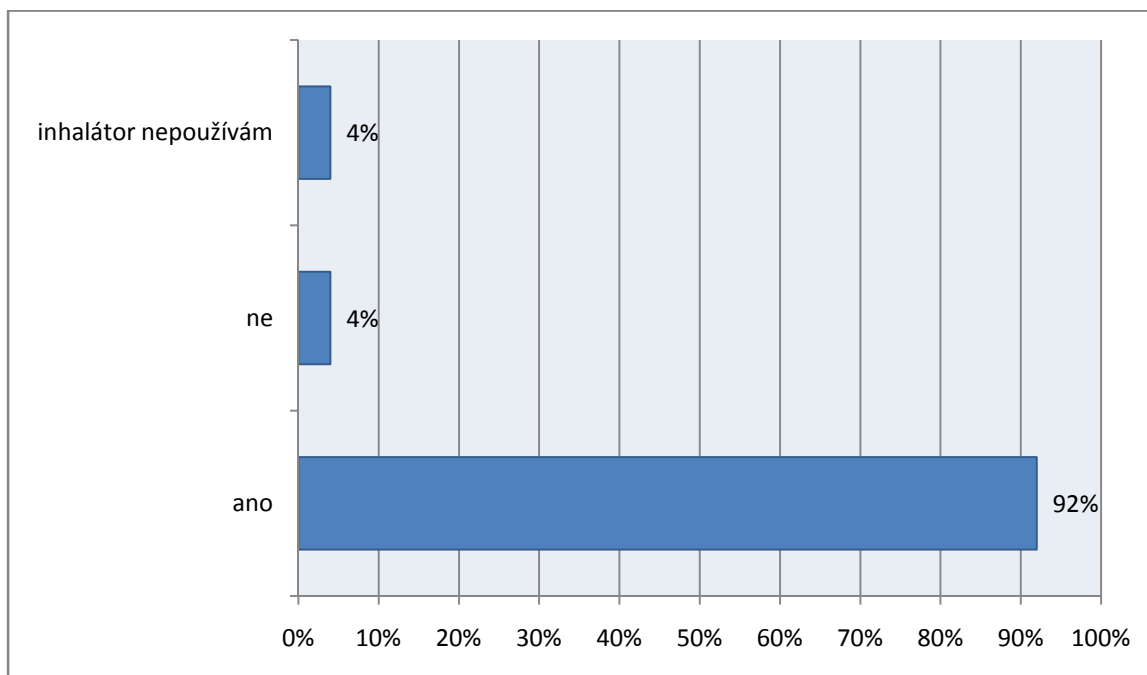


Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka č. 23 zjišťovala znalost typu léku, který respondenti užívají. Většina z nich počtem 90 dotazovaných (78 %) udávala, že mají předepsány léky protizánětlivé s preventivním účinkem pro dlouhodobé podávání. Tyto léky nemá předepsáno 17 respondentů (15 %), a o jaký typ užívaného léku se jedná, nevědělo 8 dotazovaných (7 %).

Otázka č. 24: Umíte správně používat inhalátor Vašeho léku a poznáte kolik dávek v něm ještě zbývá?

Graf 20: Dovednost v používání inhalátoru

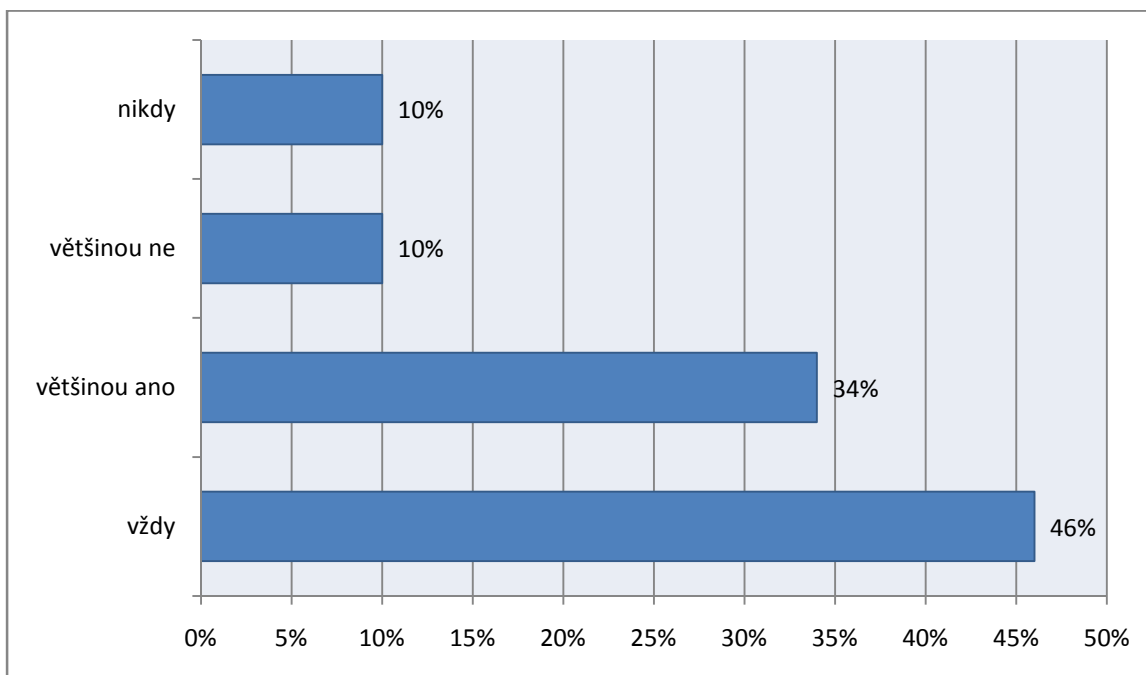


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 24 respondenti odpovídali, zda umí bez problémů používat inhalátor svého léku a poznají kolik dávek v něm ještě zbývá. Tuto dovednost zvládá 106 respondentů (92 %). 5 respondentů (4 %) udalo, že to neumí a 4 dotazovaní (4 %) inhalační systém nepoužívají.

Otázka č. 25: Máte u sebe inhalátor s úlevovým lékem pro případ akutních astmatických obtíží?

Graf 21: Okamžitá dosažitelnost úlevového léku



Zdroj: vlastní výzkum

Opatření okamžité dosažitelnosti úlevového léku, což znamená nošení ho stále při sobě, dodržuje ze 115 respondentů vždy 53 (46 %) z nich a většinou ho u sebe má 39 respondentů (34 %). Inhalátor s lékem většinou nenosí 11 respondentů (10 %) a nikdy ho u sebe nemá 12 dotazovaných (10 %).

Předpoklad 4 - Většina pacientů se s diagnózou smířila a přijala důsledky onemocnění.

Kritérium pro většinu: 60 % a více respondentů

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 26, 27, 28

Kritéria pro hodnocení:

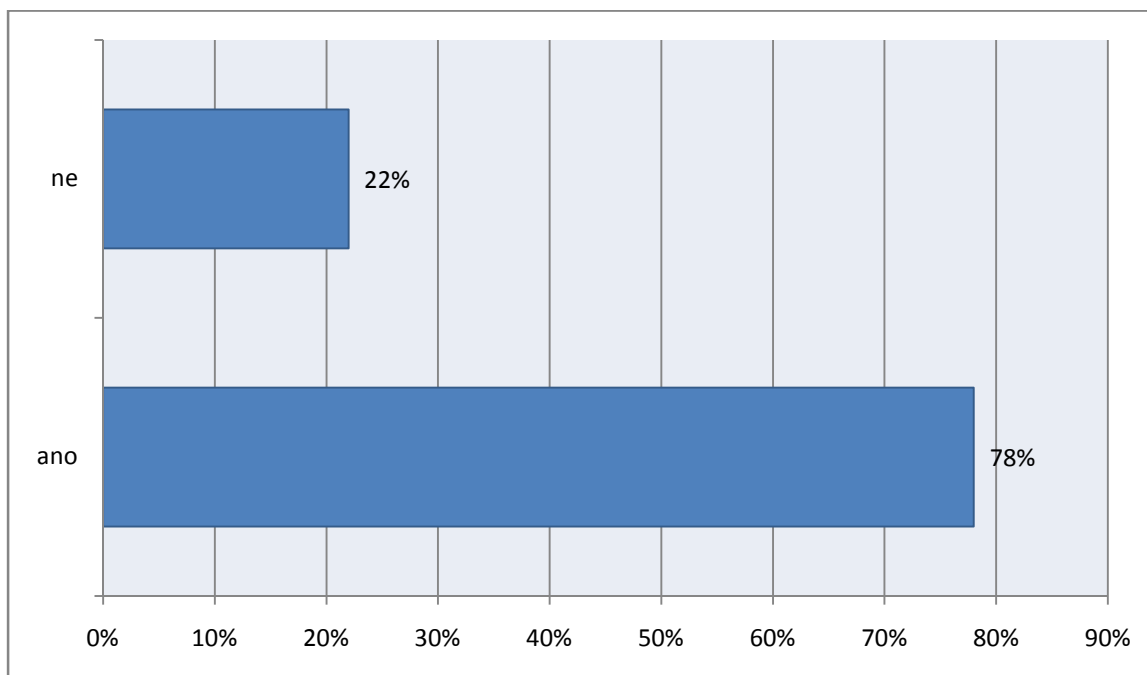
Domnívám se, 60 % respondentů v otázce č. 26 uvede odpověď "ano".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 27 uvede odpověď "ne" nebo "spíše ne".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 28 uvede odpověď "ano".

Otázka č. 26: Přijal(a) a smířil(a) jste se s onemocněním asthma bronchiale jako s celoživotní diagnózou?

Graf 22: Přijetí nemoci

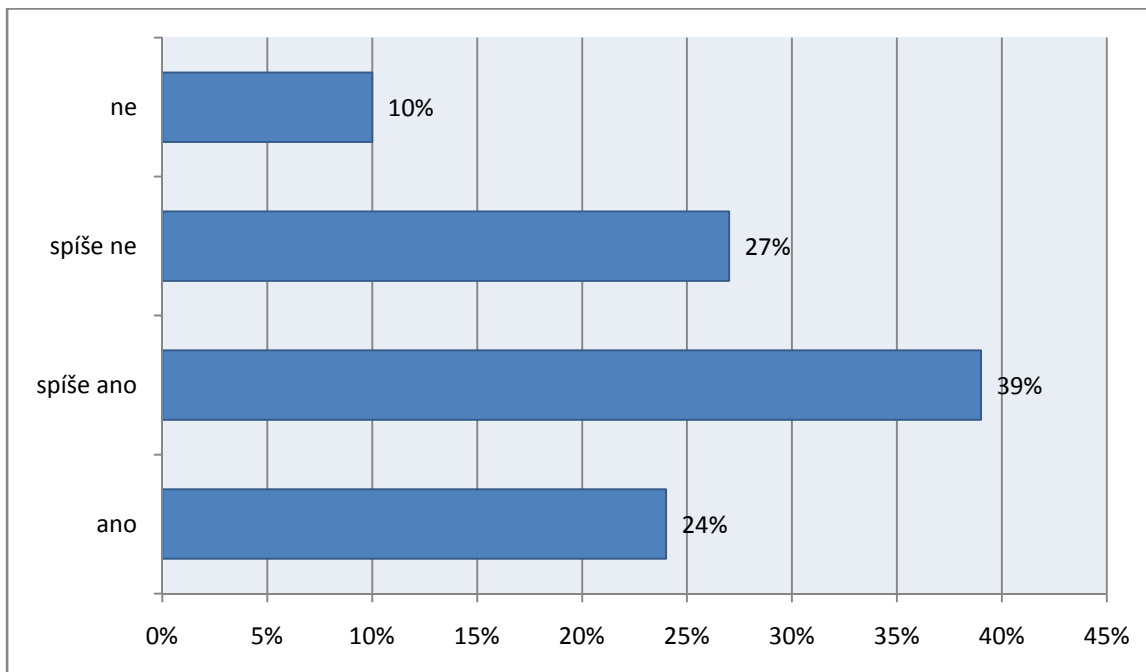


Zdroj: vlastní výzkum

Úkolem otázky č. 26 bylo zjistit postoj respondentů k nemoci. Zda jsou smířeni s diagnózou asthma bronchiale a přijali ji jako celoživotní onemocnění. Z celkového počtu se převážná většina, a to počtem 90 respondentů (78 %), s diagnózou smířila a nemoc přijala. 25 dotazovaných (22 %) uvedlo, že u nich ke smíření a přijetí nemoci nedošlo.

Otázka č. 27: Omezuje Vás asthma bronchiale v každodenních aktivitách?

Graf 23: Omezení astmatem

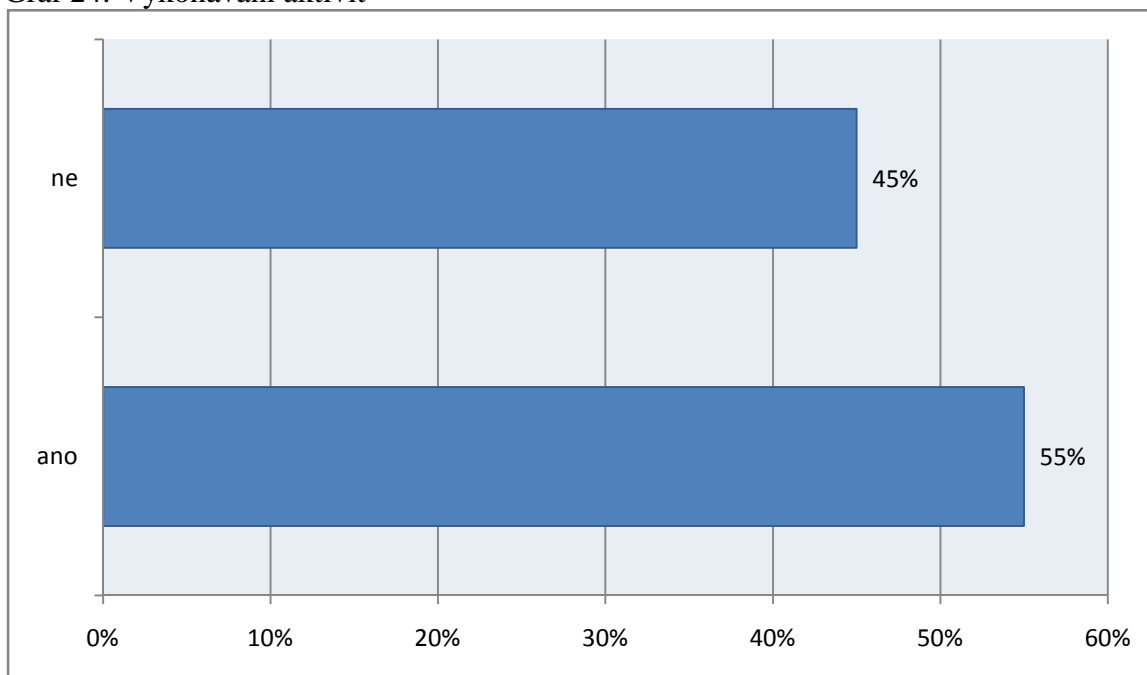


Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti uvést, zda je onemocnění asthma bronchiale omezuje v každodenních aktivitách. Odpověď ano označilo 28 dotazovaných (24 %), a 45 dotazovaných (39 %) uvedlo, že spíše ano. Omezení nepociťuje 11 respondentů (10 %) a onemocnění spíše neomezuje 31 respondentů (27 %).

Otázka č. 28: Provádíte dechovou rehabilitaci, sportujete, posilujete obranyschopnost organismu?

Graf 24: Vykonávání aktivit



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 28, která se zajímá o aktivní přístup k nemoci prováděním dechové rehabilitace, přiměřeným sportováním a posilováním obranyschopnosti organismu, odpovídali respondenti "ano" v počtu 63 (55 %), a v počtu 52 (45 %), že "ne".

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V prvních 4 otázkách jsem zjišťovala identifikační údaje, které jsem zaznamenala do tabulek. Anonymního výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 115 respondentů, zastoupených 71 ženami (62 %) a 44 muži (38 %), které jsem u obou pohlaví rozčlenila do 7 kategorií. Nejvíce žen bylo ve věkovém rozmezí 51 - 60 let, v počtu 18 žen (15,5 %) a u mužů to byla kategorie 61 - 70 let, v počtu 13 mužů (11 %). Dále bylo nejvíce respondentů se středním vzděláním bez maturity a vyučení bez maturity a to 54 (47 %). V poslední identifikační otázce jsem se ptala, jak dlouho se respondenti s průduškovým astmatem léčí. Délku léčby astmatu jsem rozdělila do 5 skupin. Největší skupinu tvořili respondenti léčící se více než dvacet let, počtem 46 respondentů (40 %).

Dílčí cíl 1 - Zjistit úroveň informovanosti pacientů o nemoci asthma bronchiale, získanou prostřednictvím edukace.

Předpoklad 1 - Většina pacientů vnímá úroveň edukace jako dostačující.

K dílčímu cíli 1 se vztahovaly otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

V otázce č. 5 jsem předpokládala, že více než 60 % respondentů zvolí správnou odpověď. Moje domněnka nebyla potvrzena, neboť správnou odpověď označilo 40 % dotazovaných. V následné otázce č. 6 jsem se domnívala, že 60 % respondentů uvede možnost "ano". Můj předpoklad byl potvrzen, dle mého očekávání 64 % pacientů volilo variantu odpovědi "ano". V otázce č. 7 jsem předpokládala, že 60 % respondentů vybere odpověď "nevléčitelné". Tato domněnka byla potvrzena, zmíněnou možnost označilo 69 % pacientů. V otázce č. 8 jsem očekávala, že 60 % dotazovaných odpoví "ano". Vybranou možnost označilo 45 % respondentů, čímž se moje domněnka nepotvrdila. Kritériem v otázce č. 9 bylo, že 60 % pacientů uvede odpověď "ano". Tento předpoklad se nepotvrdil, odpověď "ano" označilo pouze 26 % dotazovaných. V další otázce č. 10 jsem se domnívala, že 60 % respondentů zvolí možnost "ano", což se potvrdilo, zmíněnou odpověď vybralo 64 % pacientů. Závěrem jsem u otázky č. 11 stanovila kritérium, že 60 % pacientů označí možnost "dostačující". Tuto možnost uvedlo 61 % respondentů, což moje očekávání potvrdilo.

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

Dílčí cíl 2 - Zjistit, jaká forma edukace pacientům nejlépe vyhovovala.

Předpoklad 2 - Domnívám se, že většině pacientů vyhovuje edukace ústní formou od lékaře.

K dílčímu cíli 2 se vztahovaly otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

V otázce č. 12 jsem očekávala, že 60 % respondentů uvede odpověď "ústní a názorná forma". Takto označených odpovědí od dotazovaných bylo 81 %, tím byl můj předpoklad potvrzen. V otázce č. 13 jsem se domnívala, že 60 % respondentů vybere variantu odpovědi "ano". Toto bylo potvrzeno, zmíněnou odpověď označilo 63 % respondentů. V otázce č. 14 jsem předpokládala, že 60 % pacientů vybere odpověď "lékař". Tato domněnka se potvrdila, zmíněnou odpověď označilo 75 % respondentů. V dalších otázkách č. 15 a č. 16 jsem uvedla jako kritérium, že 60 % pacientů uvede odpověď "ano". V obou otázkách se mé očekávání potvrdilo, pacienti shodně 99 % označili tuto odpověď. V otázce č. 17 jsem předpokládala, že minimálně 60 % dotazovaných označí odpověď "ano, opakovaně, průběžně". Celkem tuto možnost vybralo 82 % pacientů, což moji domněnku potvrdilo. V závěrečné otázce jsem se domnívala, že respondenti označí variantu "ano". Můj předpoklad se nepotvrdil, zmíněnou odpověď vybralo 51 % pacientů.

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

Dílčí cíl 3 - Zjistit míru zodpovědnosti pacientů dodržovat léčebný režim

Předpoklad 3 - Většina pacientů dostatečně dodržuje léčebný režim v oblasti doporučených opatření.

K dílčímu cíli 3 se vztahovaly otázky č. 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

V otázce č. 19 jsem předpokládala, že 60 % respondentů označí alternativu "ano", což bylo potvrzeno 93 % takto volených odpovědí od dotazovaných. Dále jsem se domnívala, že 60 % pacientů uvede v otázce č. 20 odpověď "mám prokázanou alergii a snažím se spouštěčům vyhýbat". Domněnka potvrzena nebyla, tuto možnost označilo 57 % respondentů. Kritériem v otázce č. 21 bylo 60 % odpovědí pacientů "ano", což se

potvrdilo, 80 % respondentů vybralo tuto odpověď. V otázce č. 22 jsem předpokládala, že 60 % pacientů odpoví "ano, pravidelně, nikdy nezapomenu". Domněnka však potvrzena nebyla, takto označených odpovědí od respondentů bylo 43 %. V následující otázce č. 23 jsem se domnívala, že 60 % pacientů odpoví "ano". Tento předpoklad se potvrdil, uvedenou variantu vybralo 78 % dotazovaných. V otázce č. 24 jsem předpokládala v 60 %, že respondenti označí možnost "ano", což se potvrdilo 92 % takto označených odpovědí od dotazovaných. Závěrem jsem se domnívala, že 60 % pacientů zvolí odpověď "vždy". Můj předpoklad byl vyvrácen, tuto odpověď vybralo 46 % respondentů.

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

Dílčí cíl 4 - Zjistit, jaký postoj zaujímají nemocní ke své diagnóze.

Předpoklad 4 - Většina pacientů se s diagnózou smířila a přijala důsledky onemocnění.

K dílčímu cíli se vztahovaly otázky č. 26, 27, 28

Zvoleným kritériem v otázce č. 26 bylo, že 60 % pacientů uvede odpověď "ano". Vybranou možnost označilo 78 % dotazovaných, čímž byla moje domněnka potvrzena. V otázce č. 27 jsem předpokládala, že 60 % dotazovaných uvede odpověď "ne" nebo "spíše ne". Odpověď "ne" označilo 10 % a "spíše ne" 27 % respondentů, dohromady tedy 37 % respondentů, tím můj předpoklad potvrzen nebyl. Na závěr v otázce č. 28 jsem se domnívala, že 60 % pacientů označí možnost "ano". Tento předpoklad se nepotvrdil, uvedenou odpověď uvedlo 55 % respondentů.

Předpoklad 4 se na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky nepotvrdil.

11 DISKUSE

V této bakalářské práci jsem se zabývala tématem edukace nemocných s diagnózou asthma bronchiale. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit úroveň stávající edukace astmatických pacientů a vyhledat v ní problematická hlediska. Podkladem bylo zmapovat jednotlivé oblasti edukace a zjistit, jak pacienti vnímají současné znalosti a dovednosti, které k problematice astmatu mají. Na začátku jsem stanovila cíle výzkumu, na jejichž základě jsem určila výzkumné předpoklady a sestavila dotazník. Stanovené cíle byly ve výzkumném šetření splněny. Výsledky dotazníkového šetření jsem interpretovala v předchozí kapitole. V diskusi hodnotím a porovnávám zjištěné výsledky mé práce a doplňuji o vlastní myšlenky.

Zjištěním identifikačních údajů jsem dospěla ke skutečnosti, že pohlaví a vzdělání neovlivňuje zásadním způsobem edukaci astmatických pacientů. Věk určitě ano, ale vzhledem k tomu, že průzkum probíhal v ordinaci pro dospělé astmatiky, nemohu toto dostatečně posoudit. Při zpracování výsledků anonymního výzkumného šetření jsem sledovala, zda jsou patrné rozdíly v dodržování léčebného režimu mezi staršími a dlouhodobě léčenými pacienty a mladšími, léčenými kratší dobu. Domnívala jsem se, že starší a dlouhodobě se léčící pacienti, budou více dodržovat doporučená léčebná opatření než ti mladší, léčení krátce. Moje domněnka se však nepotvrdila, žádné větší rozdíly jsem neshledala.

P1 - V předpokladu 1 jsem očekávala, že většina pacientů vnímá úroveň edukace jako dostačující. K dílčímu cíli se vztahovaly otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. **Na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky se předpoklad 1 potvrdil.** Přestože je edukace v současné době považována za neoddělitelnou součást léčebného a ošetrovatelského procesu, velmi mne překvapila neznalost termínu EDUKACE. Zřejmě to může být i tím, že se tento termín používá relativně krátce a před pacienty se předávání informací, poznatků a dovedností takto často nenazývá. V dalších otázkách jsem zjišťovala vědomosti ohledně onemocnění asthma bronchiale. Většina respondentů na dotaz "co je nemoc asthma bronchiale" uvedla, že to ví, a na dotaz, zda je astma "vyléčitelné" nebo "nevléčitelné", odpověděla správně. Následující dvě vědomostní otázky byly směřovány k teoretickým znalostem vzniku, průběhu, komplikací astmatu, způsobu jeho léčby, zvládání komplikací a sdělení, jaká jsou doporučena režimová opatření. Největší výskyt odpovědí "částečně" mě přivedl k poznání slabé stránky edukace a stanovení **prvního**

úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale. Dále jsem se zajímala, zda jsou do edukace astmatických pacientů zapojeni i jejich nejbližší. Na dotaz, zda "mají dotazovaní a jejich nejbližší dostatek informací o zvládnutí akutních astmatických obtíží" byla u většiny respondentů označena odpověď "ano". Většina v tomto případě byla zastoupena 64 % dotazovaných, což sice odpovídalo mému kritériu k potvrzení předpokladu, ale domnívám se, že vzhledem k důležitosti těchto informací, je tento počet odpovědí nedostatečný. Tímto určuji **úskalí druhé**. V závěru oblasti teoretických znalostí převaha hodnocení "dostačující" (61 %) a "výborná" (37 %) mě přesvědčila, že jsou respondenti s předanou edukací spokojeni.

P2 - Předpoklad 2, zda pacientům vyhovuje edukace ústní formou od lékaře se mi potvrdil. K dílčímu cíli 2 se vztahovaly otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. Za nejlépe vyhovující formu edukace uvedla převážná většina respondentů (81 %) "ústní a názornou formu". To zřejmě dokazuje i odpověď na dotaz ohledně samostatného vyhledávání informací o nemoci asthma bronchiale, kdy 37 % dotazovaných informace nevyhledává. Zde se však ještě vyskytuje možnost nezájmu o informace k onemocnění. Z šetření vyplynulo, že pacientům poskytl nejvíce informací o diagnóze astmatu lékař. Označená varianta "všeobecná sestra" pouze v 7 % případů mě nutí k otázce, proč se sestra tak málo účastní edukačního procesu. Vysvětlení může být následující. Průzkum jsem prováděla v soukromém ambulantním zařízení, kde kompetence a pracovní náplň sestry určuje lékař. Také sem přichází velké množství pacientů a při plnění daných pracovních úkolů není na edukaci dostatečný prostor, což potvrzují i kolegyně z jiných plicních ambulancí. Autorky Venglářová a Mahrová v publikaci *Komunikace pro zdravotní sestry* píše ...*"příkladem může být nacpaná čekárna, která vytvoří situaci, kdy jsme lékařem i pacienty tlačeni k urychlení práce i za cenu snížení standardu poskytované péče"*... (9, str. 70) Jelikož považuji za nutné, aby se sestra více angažovala v edukaci, směřovala jsem další dotaz na názor respondentů ohledně role sestry při edukaci. Přestože pouze 51 % respondentů ji považuje za důležitou, stále si myslím, že všeobecná sestra musí výchovně působit na pacienta, a proto vymezuji **třetí úskalí**. Téměř stoprocentní odpověď respondentů na dotaz ohledně důvěry v lékaře a sestru potvrzuje domněnku, že tomu tak je. Také následující dotaz na dostatek věnovaného času k edukaci byl potvrzen 99 % kladných odpovědí. Z výsledku označených uvedených možností "ano, opakovaně, průběžně", v otázce týkající se způsobu předání srozumitelných informací, lze vyvodit spokojenost pacientů i v tomto směru.

P 3 - Předpoklad, že většina pacientů dodržuje léčebný režim v oblasti doporučených opatření, byl na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky potvrzen. K dílčímu cíli 3 se vztahovaly otázky č. 19, 20, 21, 22, 23, 24 a 25. K úspěšné léčbě onemocnění asthma bronchiale je nezbytné stálé dodržování doporučených opatření, mezi které patří pravidelné návštěvy plicního lékaře, a to i v bezpříznakovém období, tj. období bez potíží. Z výsledků vyplynulo, že převážná většina respondentů toto opatření dodržuje. Astma bývá velmi často doprovázeno alergiemi, proto je nutné vyhýbat se jejím spouštěčům. Předpokládala jsem, že většina dotazovaných (75 %) s prokázanou alergií tak činí, a moje domněnka byla potvrzena. Pouze 14 % respondentů uvedlo, že neví, jak se spouštěčům vyhýbat. Při hodnocení výsledků u tohoto dotazu jsem počítala s 87 respondenty jako 100 %, protože 28 respondentů uvedlo, že alergií netrpí a 6 neví, zda jsou alergičtí. Nutnost vyhýbaní se kouření a zakouřenému prostředí většina pacientů dodržuje. Na výsledek následujícího doporučení jsem byla velmi zvědavá, neboť jsem se domnívala, že dodržování tohoto opatření bude dalším úskalím edukace u astmatických pacientů. Moje domněnka byla potvrzena, pouze 43 % respondentů léky podle ordinace užívá "pravidelně a nikdy nezapomene". Užívání léků dle ordinace lékaře je nejdůležitějším předpokladem k úspěchu léčby astmatu a prevence rozvíjení astmatických obtíží. Tyto léky jsou protizánětlivé s preventivním účinkem, aplikují se převážně pomocí inhalátoru a užívá je většina astmatiků, proto jsem položila dotaz na znalost typu léku a dovednost používání inhalačního systému. Většina respondentů uvedla, že léky protizánětlivé s preventivním účinkem užívá, inhalátor umí správně používat a pozná, kolik dávek v něm ještě zbývá. Posledním zjištěním v oblasti doporučených opatření bylo, že pouze 46 % pacientů při sobě "vždy" nosí inhalátor s úlevovým lékem pro případ akutních astmatických obtíží. Na základě těchto poznatků definuji **čtvrté úskalí**, kterým je nedostatečné působení na důležitost pravidelného užívání léků dle ordinace lékaře a nutnost okamžité dosažitelnosti úlevového léku. Kolektiv autorů v publikaci Diagnostika, léčba a prevence průduškového astmatu v České republice: uvedení globální strategie do praxe je psáno...*"nespolupráci pacienta při léčbě nelze "vyléčit"- je nutné vyvíjet trvalé úsilí se snahou tuto spolupráci zlepšit"...*(11, str.76)

P 4 - U tohoto předpokladu jsem se domnívala, že se většina pacientů s diagnózou smířila a přijala důsledky onemocnění. K dílčímu cíli se vztahovaly otázky č. 26, 27 a 28. Přestože většina respondentů odpověděla "ano" na přímou otázku "Přijal(a)

a smířil(a) jste se s onemocněním asthma bronchiale jako s celoživotní diagnózou?"; předpoklad potvrzen nebyl. Následující odpověď na dotaz, týkající se omezení astmatem v každodenních aktivitách, mne zaujala. Zvolením možnosti "ano"(24 %) nebo "spíše ano"(39 %) se většina pacientů cítí diagnózou asthma bronchiale omezena. Přimělo mne to k zamyšlení, zda se tak děje následkem nesprávně volené nebo nedostatečné léčby, nedodržováním doporučených léčebných opatření nebo nepřijetím důsledků onemocnění. Již zmíněnou variantu "nepřijetí důsledků onemocnění" mi potvrdila i poslední otázka, ve které jsem se zajímala o přístup k onemocnění. Předpokládala jsem, že většina dotazovaných aktivně přistupuje k prevenci vzniku astmatických obtíží i tím, že provádí dechovou rehabilitaci, přiměřeně sportuje a posiluje obranyschopnost organismu, což se nepotvrdilo. Nedostatečnou motivaci nemocných s asthma bronchiale k aktivnímu přístupu k prevenci astmatických obtíží označuji **pátým úskalím.**

V edukaci pacientů s bronchiálním astmatem jsem našla pět úskalí. Neúplné teoretické informace o nemoci asthma bronchiale a doporučených režimových opatřeních, nedostatek znalostí u respondentů a jejich nejbližších ohledně akutních astmatických potíží, malá účast všeobecné sestry na edukaci, neuspokojivé působení na důležitost ohledně dodržování užívání léků dle ordinace lékaře a okamžité dosažitelnosti úlevového léku pro případ astmatických obtíží, nedostatečná motivace pacientů k aktivnímu přístupu k nemoci v oblasti pohybové aktivity.

Závěrem diskuse bych ráda zdůraznila, že tato studie vyhodnotila úroveň edukace k onemocnění asthma bronchiale skupiny dospělých pacientů v ambulantní péči. Edukace každého astmatického pacienta je složitým procesem, ve kterém je bezpodmínečně nutné respektovat jednotlivce a jeho individuální situaci jako celek.

Doporučení pro praxi

Poznatky, vyplývající z této studie, doporučuji uplatnit při přípravě prezentace na téma "Edukace pacientů s diagnózou asthma bronchiale pohledem ambulantní sestry". Obsahem prezentace bude celkový pohled na problematiku edukace všeobecnou sestrou v plicní ambulantní péči. Důraz bude kladen na úskalí nalezená v průzkumu této bakalářské práce a možnost jejich odstranění. Na přípravě prezentace se budu podílet společně s Mgr. Václavou Zvarďonovou Maříkovou a bude přednesena na Pneumologicko - Ftizeologickém semináři XLI. Mezikrajské pneumologické dny, konaném v kongresovém centru Darovanský dvůr 5. - 6. 6. 2015, nebo na nejbližší podobné vzdělávací akci.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat úroveň edukace u nemocných s diagnózou asthma bronchiale a v získaných poznatcích vyhledat úskalí. V teoretické části je stručně popsáno onemocnění asthma bronchiale, obecná charakteristika edukace i edukačního procesu a edukace pacientů s průduškovým astmatem. Praktická část práce je věnována kvantitativnímu výzkumnému šetření. Jeho úkolem bylo prověřit současnou míru edukace astmatických pacientů a najít v této edukaci možná problematická hlediska. Průzkum zjišťoval, jak pacienti vnímají edukaci, jakou formu edukace upřednostňují, zda jsou ochotni dodržovat léčebný režim a jaký je jejich postoj k onemocnění.

Na základě znalostí edukačních bariér, příčin nedodržování léčebného režimu, zkušeností z praxe a pozorování astmatiků, byla vyhledávána úskalí v edukaci u nemocných s asthma bronchiale. Ze zhodnocených údajů od respondentů jich bylo vymezeno celkem pět: neúplné teoretické informace o nemoci asthma bronchiale a doporučených režimových opatřeních, nedostatek znalostí u respondentů a jejich nejbližších ohledně akutních astmatických potíží, malá účast všeobecné sestry na edukaci, neuspokojivé působení na důležitost ohledně dodržování užívání léků dle ordinace lékaře a okamžitě dosažitelnosti úlevového léku pro případ astmatických obtíží, nedostatečná motivace pacientů k aktivnímu přístupu k nemoci v oblasti pohybové aktivity.

Vzhledem k stoupající prevalenci nemocných s asthma bronchiale, novým poznatkům o nemoci a účinnějším možnostem léčby, je téma edukace nemocných s diagnózou asthma bronchiale stále velmi aktuální. Z průzkumu vyplynulo, že většina respondentů je se stávající edukací spokojena a nejlépe jim vyhovuje ústní forma edukace. Možné řešení na odstranění nalezených úskalí je tedy průběžná edukace ústní formou prováděná zdravotníky, s důrazným působením na pacienty ve zjištěných problematických oblastech edukace.

SEZNAM ZDROJŮ

1. HONZÁK, Radkin. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 132 s. ISBN 80-246-1138-4.
2. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
3. JANOŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 169 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4715-940.
4. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712
5. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
6. MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-808-0633-264.
7. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
8. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
9. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
10. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-806-3193-X.
11. AL], [kolektiv autorů P. Brhel...et]. *Diagnostika, léčba a prevence průduškového astmatu v České republice: uvedení globální strategie do praxe*. Vyd. 1. Praha: Česká iniciativa pro astma, 2008. ISBN 978-808-6396-323.
12. ARSHAD, S a K BABU. *Asthma*. New York: Oxford University Press, 2009, ix, 149 p. Facts (Oxford, England). ISBN 01-992-1126-4.
13. AUTORŮ, Vítězslav Kolek a kolektiv. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1175-X.

14. ČÁP, Petr a Martin BREZINA. *Neinvazivní vyšetřování zánětu u astmatu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 149 s. ISBN 978-802-0420-923.
15. ČÁP, Petr a Vladimír VONDRA. *Akutní a chronický kašel: teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 159 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0428-141.
16. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
17. *Edukace klienta s astma bronchiale - Úvod* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=4>
18. KAŠÁK, Viktor. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. [i.e. 3. vyd.]. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-807-3453-558.
19. KAŠÁK, Viktor a Eva FEKETEOVÁ. *Průduškové astma v dospělosti*. Praha: Maxdorf, 2009, 40 s. Edice ČIPA. ISBN 978-807-3451-974.
20. KAŠÁK, Viktor a Vladimír KOBLÍŽEK. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha: Maxdorf, 2008, 520 s. Medicína naléhavých stavů. ISBN 978-807-3451-585
21. KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ. *Pneumologie*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2014, 607 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-879.
22. SMOLÍKOVÁ, Libuše a Miloš MÁČEK. *Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 194 s. ISBN 978-807-0135-273.
23. MILAN TEŘL, Ondřej Rybníček. *Asthma bronchiale v příčinách a klinických obrazech*. Vyd. 2. Cheb: Geum, 2008. ISBN 978-808-6256-597.
24. VIKTOR KAŠÁK, Petr Pohunek. *Překonejte své astma.2.,* přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-859-1296-1.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 2: Věk respondentů

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Tabulka 4: Délka léčby astmatu

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Význam termínu EDUKACE

Graf 2: Znalost nemoci asthma bronchiale

Graf 3: Vědomost o vyléčitelnosti a nevléčitelnosti astmatu

Graf 4: Předání informací o nemoci asthma bronchiale

Graf 5: Doporučení režimových opatření

Graf 6: Informovanost o zvládnání astmatických obtíží

Graf 7: Hodnocení úrovně edukace

Graf 8: Vyhovující forma informací

Graf 9: Samostatné vyhledávání informací

Graf 10: Největší zdroj informací

Graf 11: Důvěra k ošetřujícímu personálu

Graf 12: Čas k edukaci

Graf 13: Získání informací

Graf 14: Důležitost role sestry při edukaci

Graf 15: Pravidelnost návštěv lékaře

Graf 16: Průkaz alergie a vyhýbání se spouštěčům

Graf 17: Vyhýbání se kouření a zakouřenému prostředí

Graf 18: Režim užívání léků

Graf 19: Znalost užívaného léku

Graf 20: Dovednost v používání inhalátoru

Graf 21: Okamžitá dosažitelnost úlevového léku

Graf 22: Přijetí nemoci

Graf 23: Omezení astmatem

Graf 24: Vykonávání aktivit

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Žádost o povolení šetření

Příloha č. 2: Povolení k provedení šetření

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 1: Žádost o povolení šetření

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce v plicní ambulanci MUDr. Tamary Salcmanové a v plicní ambulanci MUDr. Vladimíra Makrlíka

Jméno a příjmení studenta: Gabriela Prchalová

Název školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor: Všeobecná sestra (kombinovaná forma)

Ročník: třetí

Akademický rok: 2014/2015

Název bakalářské práce:

Úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

Kontakt na vedoucí práce: marikova@fnplzen.cz

Jsem zaměstnána v plicní ambulanci Mudr. Tamary Salcmanové v pracovní pozici všeobecné sestry.

Metoda šetření:

Dotazník: Pro sběr informací pomocí dotazníku oslovím pacienty.

Cíl mé bakalářské práce: Najít úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale

Termín šetření: prosinec 2014 - únor 2015

Pracoviště, kde bude prováděno šetření: Plicní ambulance MUDr. Tamary Salcmanové a plicní ambulance MUDr. Vladimíra Makrlíka

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

V Plzni, dne 11. 11. 2014

Gabriela Prchalová

Příloha č. 2: Povolení k provedení šetření

Gabriela Prchalová

Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

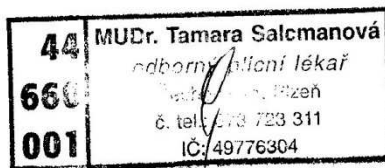
Povolení sběru informací v Plicní ambulanci MUDr. Tamary Salcmanové a v Plicní ambulanci MUDr. Vladimíra Makrlíka.

Na základě Vaší žádosti Vám povoluji Vaše dotazníkové šetření u pacientů plicní ambulance v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem "Úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale", za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření v plicní ambulanci:

- Osobně provedete svoje šetření
- Účast oslovených respondentů bude dobrovolná
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště

V Plzni, 18. 11. 2014



MUDr. Tamara Salcmanová

MUDr. Vladimír Makrlík



Příloha č. 3: Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Gabriela Prchalová. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra kombinované formy studia programu Ošetrovatelství na ZČU v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma "Úskalí edukace u nemocných s asthma bronchiale". Data v dotazníku jsou anonymní a použiji je pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Děkuji za ochotu a Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

1. Jste:

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- méně než 19
- 20 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 61 - 70
- 71 - a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- základní
- střední bez maturity, vyučen(a) bez maturity
- střední s maturitou, vyučen(a) s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Jak dlouho se léčíte s průduškovým astmatem (asthma bronchiale)?

- méně než rok
- rok až pět let
- šest až deset let
- jedenáct až dvacet let
- více než dvacet let

5. Co podle Vás nejlépe vystihuje termín EDUKACE?

- poskytnutí nových poznatků
- předávání informací, osvojení praktických a teoretických dovedností a získání nových návyků
- plánované vyučování bez ohledu na potřeby člověka
- nevím
- jiné (doplňte).....

6. Víte, co je nemoc asthma bronchiale?

- ano
- ne
- částečně

7. Myslíte si, že nemoc asthma bronchiale je:

- vyléčitelné
- nevyléčitelné

8. Byly Vám sděleny informace o nemoci asthma bronchiale (vznik, průběh, komplikace), způsob léčby a zvládání komplikací?

- ano
- ne
- částečně

9. Byla Vám prostřednictvím edukace doporučena režimová opatření (úprava domácího prostředí, vyhýbat se alergenům a kouření i pobytu v zakouřeném prostředí, přiměřeně sportovat, provádět dechovou rehabilitaci apod.)?

- ano
- ne
- částečně

10. Máte Vy a Vaši nejbližší dostatek informací o zvládnutí akutních astmatických obtíží?

- ano
- ne
- nevím

11. Jak celkově hodnotíte úroveň Vám předané edukace (informovanosti) o problematice asthma bronchiale?

- výborná
- dostačující
- nedostačující
- žádná

12. Jaká forma získání informací o nemoci asthma bronchiale Vám nejvíce vyhovovala?

- ústní a názorná forma
- ukázka, nácvik
- písemná forma - informační letáky, brožury
- doporučení literatury
- doporučení webových stránek
- žádná
- jiná forma (uveďte).....

13. Vyhledáváte si sami informace o nemoci asthma bronchiale?

- ano
- ne

14. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o asthma bronchiale?

- lékař
- všeobecná sestra
- informační letáky
- informace jsem si zjistil(a) z internetu
- nikdo
- jiné (doplňte).....

15. Máte důvěru ve Vašeho plicního lékaře, sestru, ošetřující personál?

- ano
- ne

16. Byl Vám věnován při podávání informací dostatek času?

- ano
- ne

17. O nemoci asthma bronchiale jste získal(a) srozumitelné informace?

- ano, opakovaně, průběžně
- jen, když jsem se zeptal(a)
- informace mi byly podány pouze při stanovení nemoci
- byl(a) jsem zahlcen(a) nesrozumitelnými informacemi
- nezajímám se o informace o onemocnění astma bronchiale

18. Je podle Vás důležitá role všeobecné sestry při edukaci (předávání informací) k onemocnění asthma bronchiale?

- ano
- ne
- nevím

19. Navštěvujete pravidelně svého plicního lékaře, přibližně 1 - 6 měsíců?

- ano
- ne

20. Máte prokázanou alergii? Pokud ano, vyhýbáte se jejím spouštěčům (alergeny nebo dráždivé látky, které astma zhoršují)?

- mám prokázanou alergii a snažím se spouštěčům vyhýbat
- mám prokázanou alergii, ale nevím, jak se spouštěčům vyhýbat
- ne, nemám prokázanou alergii
- nevím, zda mám alergii

21. Vyhýbáte se kouření a zakouřenému prostředí?

- ano
- ne

22. Užíváte léky podle ordinace lékaře?

- ano, pravidelně, nikdy nezapomenu
- snažím se pravidelně, ale občas zapomenu
- často zapomínám užívat léky
- pokud nemám potíže, nechci užívat léky
- mám strach z vedlejších účinků léků, proto léky neužívám

23. Máte předepsány léky protizánětlivé s preventivním účinkem pro dlouhodobé podávání?

- ano
- ne
- nevím

24. Umíte správně používat inhalátor Vašeho léku a poznáte kolik dávek v něm ještě zbývá?

- ano
- ne
- inhalátor nepoužívám

25. Máte u sebe inhalátor s úlevovým lékem pro případ astmatických obtíží?

- vždy
- většinou ano
- většinou ne
- nikdy

26. Přijal(a) a smířil(a) jste se s onemocněním asthma bronchiale jako s celoživotní diagnózou?

- ano
- ne

27. Omezuje Vás asthma bronchiale v každodenních aktivitách (sport, práce, sebeobsluha)?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

28. Provádíte dechovou rehabilitaci, sportujete, posilujete obranyschopnost organismu?

- ano
- ne

