

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA S CHRONICKOU
OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ (CHOPN)**

Bakalářská práce

Autor práce: **Šárka Dostálková**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2015

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**QUALITY OF LIFE WITH CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)**

Bachelor's thesis

Author: **Šárka Dostálková**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2015

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové
Podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu svému bakalářské práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc., za odborné rady a pomoc. Dále děkuji personálu plicního oddělení OLÚ Albertinum Žamberk za pomoc při zjišťování potřebných informací. Největší poděkování patří všem nemocným s CHOPN, kteří byli ochotni podělit se se mnou o své životní osudy, a bez jejichž pomoci by tato práce nikdy nevznikla.

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC	10
1.1 Definice chronické obstrukční plicní nemoci.....	10
1.2 Prevalence a mortalita chronické obstrukční plicní ne moci	11
1.3 Etiologie a patogeneze chronické obstrukční plicní nemoci.....	12
1.4 Klinický obraz a prognóza chronické obstrukční plicní ne moci	13
1.4.1 Stadia chronické obstrukční plicní nemoci.....	16
1.5 Diagnostika chronické obstrukční plicní ne moci	18
1.6 Prevence a prevence progrese chronické obstrukční plicní nemoci	22
1.7 Terapie chronické obstrukční plicní nemoci	23
1.7.1 Farmakologická terapie	26
1.7.2 Nefarmakologická terapie	28
1.8 Ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí	30
2 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ.....	34
2.1 Definice kvality života	34
2.2 Kvalita života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemoci	38
2.3 Měření a hodnocení kvality života pacientů	39
2.4 Hodnocení kvality života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí	42
2.4.1 Dotazníky používané k hodnocení kvality života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.....	42
2.4.2 Dosavadní výzkumy	43
II EMPIRICKÁ ČÁST	46
3 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ.....	46

3.1	Cíle práce	46
3.2	Metodika	47
3.2.1	Metodika výzkumného šetření	47
3.2.2	Charakteristika výzkumného souboru	48
3.2.3	Průběh výzkumného šetření	48
3.3	Výsledky dotazníkového šetření celého výzkumného celku	48
3.4	Výsledky dotazníkového šetření zkoumajícího kvalitu života pacientů podle stádia jejich onemocnění	72
3.5	Diskuze	92
	ZÁVĚR	101
	ANOTACE	104
	POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE	105
	SEZNAM ZKRATEK	109
	SEZNAM OBRÁZKŮ	112
	SEZNAM GRAFŮ	113
	SEZNAM TABULEK	114
	SEZNAM PŘÍLOH	117
	PŘÍLOHY	118

ÚVOD

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) patří mezi nemoci, jež se stávají významným celosvětovým problémem chronické mortality a také morbidity. V současnosti je CHOPN celosvětovou čtvrtou nejčastější příčinou smrti, avšak předpokládá se, že do roku 2020 by se mohla stát již třetí nejčastější příčinou. CHOPN je vyvoláno zejména vlivem faktorů vnějšího prostředí, mezi něž patří především tabákový kouř, který je považován za nejčastější příčinu vzniku nemoci, dále pak znečištěné životní prostředí a také rizikové pracovní prostředí. Chronická obstrukční plicní nemoc je onemocněním závažným a markantně se šířícím, zejména mezi kuřáky cigaret. Z toho důvodu se autorka práce domnívá, že osvětová činnost o této nemoci by měla být velmi intenzivní a především rizikové skupiny by měly být informovány přednostně.

Mezi hlavní projevy této nemoci patří dechové potíže, a to konkrétně dušnost, kašel a vykašlávání sputa, které s progresí nemoci získávají na intenzitě. Zpočátku jsou dechové obtíže spojeny se zvýšenou tělesnou námahou, později se manifestují i v klidových situacích. Onemocnění tak má celoživotně progredující charakter vedoucí k invaliditě a předčasné smrti. Je třeba také uvést, že svými příznaky a průvodními symptomy výrazně ovlivňuje veškeré oblasti života. Ani přes pokroky moderní medicíny není možné nemoc vyléčit či ji alespoň zastavit, medicína dokáže průběh onemocnění pouze zpomalit, minimalizovat příznaky, oddálit komplikace a zlepšit tak celkovou kvalitu života pacientů s CHOPN.

Právě kvalita života a hodnocení kvality života pacientů se od nedávné doby dostávají do výzkumné optiky lékařů a badatelů. Popis zdravotního stavu samotným pacientem totiž přináší změny v medicinském přístupu k pacientovi, byť je kvalita života oblastí dost obtížně definovatelnou a do značné míry individuální. Zhoršení kvality života je však jedním z hlavních důvodů, proč nemocní vyhledají lékařskou pomoc (van den Bloom in Salajka et al., 2005).

Předložená bakalářská práce se věnuje onemocnění CHOPN a kvalitě života pacientů trpících touto nemocí. Práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části práce jsou definovány základní užívané pojmy a terminologie, a to jak o problematice onemocnění CHOPN, tak i o kvalitě života jako takové. První kapitola podává definici CHOPN, prevalenci a mortalitu nemoci, dále

popisuje její klinický obraz a prognózu, uvádí diagnostiku, prevenci i terapii nemoci a možné komplikace. Jedna z podkapitol je věnována problematice ošetřovatelství, ošetřování pacientů s CHOPN a roli ošetřovatelského personálu v procesu terapie těchto pacientů. Druhá kapitola se zaměřuje na kvalitu života, je popsán termín jako takový a dále pak to, co pod kvalitou života vnímáme v souvislosti s CHOPN. Příslušná část kapitoly je věnována hodnocení kvality života a dotazníkům, za jejichž pomoci se hodnotí kvalita života pacientů s CHOPN. Pozornost je rovněž věnována i dalším obdobným dosavadním výzkumům, které na stejné téma proběhly.

V empirické části studie jsou uvedeny hlavní i dílčí cíle práce a rovněž výzkumné hypotézy: hlavním cílem předložené bakalářské práce je zmapovat kvalitu života pacientů stížených chronickou obstrukční plicní nemocí a za pomoci St. George's Respiratory Questionnaire Czech zjistit, v jakých oblastech CHOPN ovlivňuje kvalitu života pacientů. Jedna podkapitola definuje metodiku výzkumného šetření, dále pak charakterizuje výzkumný soubor a popisuje provedené výzkumné šetření. Třetí podkapitola interpretuje získané výsledky výzkumného dotazníkového šetření, které jsou následně rozebrány a analyzovány v diskuzi. Tato analýza je provedena jednak pro celý výzkumný vzorek jako takový, bez ohledu na jednotlivá stadia nemoci, a jednak také podle jednotlivých stadií nemoci, což znamená, že je možné porovnat výsledná skóre pro každé stadium a porovnat je mezi sebou.

Hlavním úkolem předložené bakalářské práce je podat celostní pohled na problematiku života s CHOPN, jakožto i na rozsah subjektivně vnímaných omezení v různých oblastech života pacientů.

S progresí nemoci se kvalita života pacienta čím dál více snižuje a i z toho důvodu je třeba tomuto problému věnovat pozornost, což je již v poslední době činěno: hodnocení kvality života pacienta se také stalo významnou součástí hodnocení celkového zdravotního stavu (Vondra, Malý, 2003). Na první pohled se může zdát, že sledování a hodnocení kvality života má význam jen pro pacienta samotného, avšak není tomu tak. Ohodnocení aktuální kvality života pacienta může být významným přínosem nejen pro jeho individuální terapii a respektování léčebného režimu, ale i pro terapii pacientů se stejnou diagnózou.

Užitým dotazníkem posuzujícím subjektivně kvalitu života pacientů je tak možné ukázat, že termín kvalita života je velmi široký a každým vnímaný jinak, každý pacient vnímá jiné oblasti života jako důležité. Tuto skutečnost by měl mít

ošetřovatelský a lékařský personál vždy na mysli a reflektovat individuální vnímání každého pacienta.

Hodnocení kvality života pacientů je dnes rovněž považováno za užitečné zejména z důvodu získání informací o efektivnosti léčebné a ošetřovatelské péče. Koncept kvality života ovlivněné zdravotním stavem pomáhá určit ty aspekty kvality života, jež ovlivňují zdravotní stav. Ačkoliv u zdravého jedince bude ovlivnění minimální, u nemocného člověka bude pravděpodobně naopak hrát významnou roli.

Na téma kvalita života pacientů i o nemoci CHOPN existuje velké množství odborné literatury, a to jak české, tak i zahraniční. Pro teoretickou část práce byla využita literatura obecného charakteru popisující onemocnění, jeho diagnostiku, terapii, prevenci a progresi, dále také popisující kvalitu života jako takovou a metody jejího měření. Výsledky praktické části pak byly diskutovány a porovnány s řadou konkrétních studií zkoumajících kvalitu života pacientů s CHOPN, které byly v minulých letech provedeny.

Autorku k volbě tohoto tématu vedla skutečnost, že se s pacienty trpícími CHOPN ve své ošetřovatelské praxi často setkává a má tak možnost vidět proměny a zhoršování jejich zdravotního stavu a rovněž i mechaniku zhoršování kvality života.

Autorka doufá, že předložená práce přispěje k tematice zkoumání kvality života pacientů s CHOPN a demonstruje, jak je důležité přistupovat k nemocným s individuálním přístupem, jenž pomůže nejen v lepším určování a cílení léčby, ale přispěje i ke kvalitnější prožitému životu.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce se skládá ze dvou kapitol. První kapitola je věnována chronické obstrukční plicní nemoci, druhá pak kvalitě života obecně a kvalitě života pacientů s CHOPN.

Cíle teoretické části práce jsou: 1. definovat pojem chronická obstrukční plicní nemoc, její prevalenci a mortalitu, 2. charakterizovat klinický obraz CHOPN a prognózu jejího průběhu, 3. popsat diagnostiku, terapii a prevenci CHOPN, 4. vysvětlit ošetrovatelskou péči o pacienty s CHOPN, 5. definovat pojem kvalita života a pojem kvalita života související se zdravím, 6. popsat způsoby měření a hodnocení kvality života, 7. charakterizovat specifika kvality života pacientů s CHOPN a způsoby jejího zjišťování, 8. shrnout výsledky dosavadních výzkumů kvality života pacientů s CHPN v České republice.

1 CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOC

1.1 Definice chronické obstrukční plicní nemoci

Chronická obstrukční plicní nemoc (česká zkratka CHOPN, angl. zkratka COPD) je zánětlivé, léčitelné, ale nevyлéčitelné onemocnění, které postihuje především dýchací soustavu jedinců starších 40 let. Bývá jednou z hlavních příčin snížení kvality života pacientů, mortality a morbidit. Charakteristické pro toto onemocnění je omezení vzdušného proudu v průduškách, tedy bronchiální obstrukce, vyvolaná vdechováním škodlivých látek, zejména vdechováním tabákového kouře (Vondra et al., 2011).

Definice nemoci se postupně vyvíjela dle aktuálního stavu medicínského výzkumu a dle důrazu na klinické, funkční, patologické či epidemiologické hledisko nemoci. Porovnejme dvě definice: první je z roku 1996, druhá z roku 2006. Viktor Kašák uvádí, že CHOPN je „*obstrukce dýchacích cest způsobená chronickou bronchitidou nebo plicním emfyzémem, (která) progreduje, je částečně reverzibilní a může být spojena s bronchiální hyperreaktivitou*“ (Kašák, 2006, s. 11).

Světová iniciativa o chronické obstrukční plicní nemoci (2007, s. 19–20) pak nemoc definuje jako „*léčitelné onemocnění, kterému lze předcházet a které má významné mimoplicní účinky, jež mohou přispívat k jeho závažnosti u jednotlivých*

nemocných. Jeho plicní složka je charakterizována omezeným průtokem vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), který není plně reverzibilní. Bronchiální obstrukce obvykle progreduje a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí na škodlivé částice a plyny.“

Z mnoha důvodů je CHOPN finančně nákladnou nemocí, a to jak pro přímé náklady (zdravotní péče, včetně diagnostiky a léčby), tak i na nepřímé náklady (finanční důsledky ztráty zaměstnání, náklady na ošetřování, invaliditu, apod.) (Dindoš, 2011).

1.2 Prevalence a mortalita chronické obstrukční plicní nemoci

CHOPN je velmi častým onemocněním, které je významnou příčinou chronické morbidity i mortality jak u nás, tak ve světě. Jiří Homolka (2006) uvádí, že v současnosti je celosvětovou čtvrtou nejčastější příčinou smrti, avšak v roce 2020 by mohla být již třetí nejčastější příčinou, a to v důsledku prodlužování lidského života, respektive z důvodu expozice rizikovým faktorům, jako je například kouření (viz dále).

Závažnost CHOPN ilustruje i skutečnost, že Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) vyhlásila 19. listopad jako Světový den boje proti chronické obstrukční plicní nemoci (Kašák, 2006).

Celosvětově CHOPN trpí přibližně 600 milionů pacientů, u populace ve věku nad 40 let se onemocnění vyskytuje v 8–19 %, v celé populaci v 5–10 % (Vondra et al., 2011), v České republice je to asi 8 % dospělé populace, tedy přibližně 800 tisíc obyvatel (Dindoš, 2011), výskyt však pomalu stoupá. „Průměrný vzestup od roku 1980 do roku 2000 u obou pohlaví dohromady je o 63 %, u mužů však jen o 14 %, ale u amerických žen dokonce o 182 %.“ (Vondra, 2007)

Mortalita (úmrtnost) je poměrně vysoká: celosvětově se jedná o tři miliony pacientů za rok, v České republice pak jde o dva tisíce úmrtí ročně (Vondra et al., 2011). Na CHOPN se umírá desetkrát více než na astmatické nemoci a úmrtnost mužů je až čtyřikrát větší než žen (Salajka et al., 2005). V absolutních číslech to v České republice v roce 2008 znamenalo celkem 1122 mužů a 716 žen (Dindoš, 2011).

Ačkoliv se v posledních letech prevence CHOPN výrazně zlepšila, na trh byly uvedeny nové preparáty, zvýšil se počet nemocných léčených oxygenoterapií, do ambulantní péče se zavádí plicní rehabilitace, apod., růst počtu nemocných se

nezastavil. Vondra přiznává, že není jasné, „*proč mortalita tak příznivě klesala, proč opět významně stoupá a také proč progreduje nepříznivá úmrtnost našich i slovenských žen*“ (Vondra, 2007).

1.3 Etiologie a patogeneze chronické obstrukční plicní nemoci

Vznik CHOPN je způsoben kombinací vnějších a vnitřních rizikových faktorů. Vnějšími faktory jsou nejčastěji tabákový kouř přijímaný jak pasivně, tak aktivně, těžké respirační infekce, znečištěné životní prostředí, zplodiny spalování či vlivy profesního zatížení, například expozice prachu či profesním chemikáliím, které bývají často podceňovaným rizikovým faktorem (Světová iniciativa o CHOPN, 2007).

U kuřáků je jednoznačně výskyt dechových obtíží, morbidity i mortality výrazně vyšší, neboť CHOPN je až z 90 % zapříčiněna kouřením cigaret (Pauk, 2007) a bylo prokázáno, že CHOPN vzniká až u 50 % kuřáků. Stupeň prožívaných obtíží pak souvisí s množstvím vykouřených cigaret. „*Věk začátku kouření, spotřeba cigaret vyjádřená balíčkoroky a současné kouření jsou faktory, které předpovídají vznik CHOPN.*“ (Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s CHOPN, 2007) Ačkoliv se uvádí, že méně rizikové je kouření doutníků a dýmek, jsou rizika vyšší než u nekuřáků: kuřáci doutníků nebo dýmky mají větší morbiditu i mortalitu na CHOPN než nekuřáci, ale menší než kuřáci cigaret (Zatloukal, 2007; Navrátil, 2008).

Mezi vnitřní faktory hostitele patří věk, pohlaví, hyperaktivita dýchacích cest a také genetické faktory, kterými mohou být deficit alfa₁-antitrypsinu, hypogamaglobulinemie či dysgamaglobulinemie (Zatloukal, 2007; Klener et al., 2001). U osob s těžkým hereditárním defektem alfa₁-antitrypsinu – kuřáků i nekuřáků – „*dochází k předčasnému a zrychlenému rozvoji panlobulárního emfyzému a ke zhoršování plicních funkcí*“ (Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s CHOPN, 2007).

1.4 Klinický obraz a prognóza chronické obstrukční plicní nemoci

Průběh CHOPN má nejprve nenápadný a pomalý vývoj, latence nemoci je dlouhodobá, od vykouření první cigarety k úmrtí na CHOPN může uplynout i půl století (Kašák, 2006).

Jak již bylo uvedeno, jde o nemoc, jež kombinuje poruchy malých dýchacích cest (chronickou bronchitidu) s obstrukcí a destrukcí plicního parenchymu (emfyzém, tj. rozedma plic) v různé intenzitě v závislosti na pacientovi (Šafránková, Nejedlá, 2006).

V osobní anamnéze často nalezneme fakt, že pacient dlouhodobě (po více než 20 let) kouřil více než 20 cigaret denně a podobné potíže se často vyskytují i u rodičů či sourozenců. Významnou je také anamnéza pracovního prostředí, tj. kontakt se škodlivinami ve vzduchu, parami, prachy, plyny, apod. (Salajka et al., 2005).

Pro chronickou bronchitidu je charakteristický zánětlivý edém s degenerací chrupavek malých bronchů. Obstrukce a nerovnoměrná distribuce vzdušného proudění jsou způsobeny kolapsem stěny průdušek. V případě postižení průdušek jde konkrétně o zúžení jejich průsvitu pod 2 mm (tzv. obstrukční bronchitida), což je považováno za nejcharakterističtější patologický příznak CHOPN. V důsledku rozdílu mezi ventilací a perfuzí dochází k hypoxemii, vazokonstrikci a plicní hypertenzi provázenými porušenou výměnou plynů, výdechovou dušností a cyanózou (modrofialové zbarvení kůže a sliznic zapříčiněné vyšší hladinou /více než 50g/l/ redukovaného hemoglobinu v krvi). Na sliznici dochází k hypertrofii žlázek a k tvorbě hlenu, jenž bývá provázena produktivním kašlem (Šafránková, Nejedlá, 2006).

V případě emfyzému plic jde o anatomickou alteraci s ireverzibilní a progredující dilatací dýchacích cest distálně od terminálních bronchiolů, společně s destrukcí alveolární stěny. Tenkostěnné cysty vyplněné vzduchem (buly; bulózní emfyzém) vznikají jako následek poškození alveolárních a lobulárních sept. Destrukci alveolární stěny a redukcí kapilárního řečiště nastává ztráta elasticity plic a dále také expirační obstrukce, objevuje se hyperinflace plic spojená se zvýšením RV/TLC poddajnosti a snížením difuzní plicní kapacity, přičemž však hodnoty krevních plynů jsou v normálu (Klener et al., 2001).

V poslední době se také u pacientů s CHOPN začíná zvažovat vliv oxidantů a antioxidantů, oxidační stres je vnímán jako důležitý činitel zesilující záněty. U pacientů s CHOPN dochází k poklesu antioxidační kapacity a oxidační stres tak má

na plíce závažné následky – stimuluje tvorbu hlenu, unikání plazmy z cév, inaktivace antiproteáz a aktivace prozánětlivých genů. „Oxidační stres je zodpovědný za snížení aktivity histon deacetylázy v plicní tkáni u nemocných s CHOPN, což může vést ke zvýšené expresi prozánětlivých genů a též ke snížení protizánětlivého účinku kortikosteroidů.“ (Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s CHOPN, 2007)

V závislosti na výše uvedených dvou znacích je CHOPN rozdělována na tzv. CHOPN pink-puffer (růžový a dušný) a CHOPN blue-bloater (modrý a nafouklý). Většina pacientů má však klinický typ smíšený, jak uvádí Krofta (2005). Klener et al. (2001) je odlišují následně:

Tab. 1: CHOPN: pink-puffer a blue-bloater

	Blue-bloater (převažuje bronchitida)	Pink-puffer (převažuje emfyzém)
Klinický obraz	<ul style="list-style-type: none"> • nižší věk, zpravidla pod 40 let, • pyknický habitus, • obezita, • cyanotický, kašlající, • perimaleolární otoky, • kašel s hnisavou expektorací (vykašlávání hlenu), • široký hrudník, • expirační pískoty či inspirační vrzoty na plicích, 	<ul style="list-style-type: none"> • vyšší věk, nad 60 let, • astenický habitus, • úbytek hmotnosti, • růžový – supějící, • klidová dušnost, • dlouhý a úzký hrudník, • vydechování našpulenými rty, • tendence opírat se o podložku při výdechu,
RTG vyšetření	<ul style="list-style-type: none"> • zmožená kresba, • bránice v normě, • srdce normální velikosti, 	<ul style="list-style-type: none"> • zvýšená transparence, • nízko uložená bránice, • srdce úzké, svislé,
Funkce	<ul style="list-style-type: none"> • objemy malé, • celková kapacita plic a reziduální objem zmenšený. 	<ul style="list-style-type: none"> • objemy plic zvětšené, • celková kapacita a reziduální objem zvětšený.

Zdroj: Klener et al., 2001, s. 287; Krofta, 2005, s. 101.

Jedním z hlavních příznaků CHOPN je dušnost, která se zpočátku vyskytuje pouze při námaze, jako je například chůze do schodů, do kopce, rychlejší chůze. V pokročilém stadiu nemoci představuje dušnost problém i při vykonávání běžných každodenních aktivit, při oblékání, hygieně, apod. Nakonec nemocnému znemožňuje

i opouštět domov. V pokročilých stádiích nemoci (jde o stadium III. a IV.) se objevují i pískoty a pocity tíhy na hrudníku (Světová iniciativa o CHOPN, 2007).

Češka (2010) dále uvádí, že v případě CHOPN je významným faktorem také extrapulmonální (mimoplicní) zánět, který může zhoršit jak exacerbaci, tak i přidružené choroby, neboť tento systémový zánět se rozšíří. Identifikovat jej je možné v laboratoři, a to uvolněním zánětlivých mediátorů (C reaktivní protein, interleukin 6, tumor nekrotizující faktor alfa) společných pro CHOPN i pro přidružené choroby.

Mezi nejrozšířenější komplikace patří respirační insuficience, při níž respirační systém nedokáže zabezpečit zevní dýchání, dále plicní embolie, vzácněji pneumotorax (Musil, 1999) či cor pulmonale, označující hypertrofii pravé komory srdeční, respektive hypertenzi v plicnici, a projevující se rozšířením krčních žil a otokem dolních končetin. V tomto případě platí, že tam, kde se nachází hypertenze, se brzy objeví i hypertrofie (Susa, 2001). Je-li kyslíkový dluh dlouhodobějšího charakteru, je patrná cyanóza rtů a celého obličeje i paličkovité prsty (Kolek et al., 2005). V pokročilých stádiích se mohou objevit také hubnutí až anorexie, respirační kachexie, fraktury žeber způsobené kašlem, depresivní stavy, apod. (Krofta, 2005).

1.4.1 Stadia chronické obstrukční plicní nemoci

„Poslední verze klasifikace CHOPN vycházející z iniciativy GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, pozn. autorky) rozděluje CHOPN podle závažnosti bronchiální obstrukce zjištěné spirometrií na 4 stadia“ (Pauk, 2011):

- I. Lehké stadium: porucha funkcí vzdušného proudění průduškami je mírná ($FEV_1 > 80\%$ náležité hodnoty, $FEV_1/FVC < 0,70$), kašel může být vleklý, dochází k tvorbě a vykašlávání sputa, většinou bez dušnosti.
- II. Středně těžké stadium: nejčastější stadium nemoci; střední zhoršení funkcí (FEV_1 mezi 50–80 % n. h., $FEV_1/FVC < 0,70$), pacienti vnímají zhoršování zejména při tělesné zátěži, kašel, vykašlávání.
- III. Těžké stadium: plicní funkce jsou snižené přinejmenším o polovinu (FEV_1 mezi 30–50 % n. h., $FEV_1/FVC < 0,70$), pacient je dušný už při mírné zátěži.
- IV. Velmi těžké stadium: funkce plic je méně než 30 % normy ($FEV_1/FVC < 0,70$), dušnost nastává i v klidu, může dojít také k srdečnímu selhání (Vondra et al., 2011; Krofta, 2005).

Vladimír Vondra (2005) ve svém článku uveřejňuje, že je vhodné dělit stadia do pěti stupňů, přičemž tímto pátým je nultý stupeň znamenající *„rizikový stav a odpovídající dřívějšímu pojmu prostá chronická bronchitida, tj. bronchitida s normálními hodnotami plicních funkcí“*.

Názorně je klasifikace CHOPN podle tíže publikována Paukem (2011):

Tab. 2: Klasifikace CHOPN podle tíže

Stadium	Spirometrická charakteristika	Klinická charakteristika
I: lehké	FEV ₁ /FVC < 0,70 FEV ₁ ≥ 80 % NH	pacient s chronickými nebo bez chronických příznaků (kašel, expektorace); pacient si ještě nemusí uvědomovat, že jeho funkce plic je již abnormální
II: středně těžké	FEV ₁ /FVC < 0,70 50 % ≤ FEV ₁ < 80 % NH	pacient s chronickými nebo bez chronických příznaků (kašel, expektorace); příznaky obvykle progredují a objevuje se námahová dušnost+ v tomto stadiu většinou pacient vyhledává lékařskou pomoc pro dušnost nebo pro exacerbaci
III: těžké	FEV ₁ /FVC < 0,70 30 % ≤ FEV ₁ < 50 % NH	pacient s chronickými nebo bez chronických příznaků (kašel, expektorace), typické je zhoršení dušnosti, která limituje pacienta v jeho denních aktivitách; exacerbace se opakují a prakticky vždy ovlivňují kvalitu života
IV: velmi těžké	FEV ₁ /FVC < 0,70 FEV ₁ < 30 % NH nebo FEV ₁ < 50 % + PH, CP nebo RI	kvalita života je zjevně velmi zhoršena, exacerbace mohou být život ohrožující

NH – náležitá hodnota, PH plicní hypertenze, CP – cor pulmonale, RI – chronická respirační insuficience

Zdroj: PAUK, 2011.

Musíme si však být vědomi toho, že průběh nemoci je velmi variabilní. CHOPN tak můžeme rozdělit i podle výskytu příznaků. Nejprve se CHOPN projevuje dušností při námaze, později i v klidu, celkovou slabostí a také inspiračním postavením hrudníku. Nemocný k dýchání využívá pomocných dýchacích svalů, je cyanotický. Dále se vyskytuje kašel, následně s expektorací sputa. Přítomnost kašle je ovlivněna stadiem nemoci, v raných fázích se objevuje po ránu, později po celý den. V této fázi nemoci dochází k poklesu oxygenace, tachykardii a cyanóza se zhoršuje. Dále jsou patrné respirační infekce, především akutního rázu, hypoxémie při námaze, následně i v klidu

a ve spánku, chronická respirační insuficience, apod. Ve stadiu akutní exacerbace je patrné výrazné zhoršení klidové dušnosti a kašle. Teplota stoupne nad 38,5° C, dýchání i srdeční frekvence jsou zrychlené (dýchání nad 25/min., tepová frekvence na 110/min.). Terminálním stadiem je respirační selhání, jemuž předchází zástava dýchání, zmatenost, kóma (Krofta, 2005; Šafránková, Nejedlá, 2006).

Jak již bylo uvedeno, CHOPN není vyléčitelná, je však léčitelná a prognóza nemoci v časných stadiích se výrazně pozitivně mění, pokud pacient respektuje doporučení lékaře: přestane kouřit, chodí na rehabilitaci, dostává vhodnou medikaci a oxygenoterapii (Krofta, 2005). V pozdějších stadiích nemoci je již prognóza vážnější a v případě, že hodnota FEV₁ klesne pod jeden litr, je doba přežití maximálně pět let (Kašák, 2006).

Pacienti s CHOPN v těžkých a velmi těžkých stadiích umírají ve většině případů na respirační selhání nebo v lehkých a středně těžkých stadiích na kardiovaskulární nemoci a rakovinu plic (Pauk, 2011).

1.5 Diagnostika chronické obstrukční plicní nemoci

Diagnostika CHOPN je podle světové organizace GOLD stále ještě nedostatečná. Je to jak vlivem samotných pacientů, kteří domnívají, že potíže jsou způsobeny kouřením či věkem, a k lékaři tedy často přicházejí pozdě (Vondra et al., 2011), tak i lékaři, kteří nemoc podceňují, nepátrají po ní cílenými otázkami a zaměňují ji například za astma a záněty či karcinomy plic (Vondra, 2007). Vliv má také skutečnost, že CHOPN začíná vlastně nenápadně, a to postupně narůstající dušností (Pauk, 2011).

Právě odlišení CHOPN od astmatu má pro další léčbu, respektive pro zahájení léčby, velký význam, protože *„mylně zahájená léčba perzistujícího astmatu pouze beta₂-agonisty neovlivní adekvátně zánět“* (Vondra, Vondrová, 2012, s. 351). Ačkoliv se CHOPN objevuje zpravidla až po 40. roce věku jedince, *„geneticky podmíněná varianta CHOPN s panlobulárním emfyzémem při alfa₁-antitrypsinovém defektu může vzniknout již v mládí“* (Vondra, Vondrová, 2012, s. 351). Vondra s Vondrovou (2012) přehledně uvádějí i klinické a laboratorní rozdíly mezi CHOPN a astmatem:

Tab. 3: Klinické a laboratorní rozdíly mezi CHOPN a astmatem

	CHOPN	Astma
Vznik	většinou po 40. roce věku	kdykoli v dětství
Začátek a rozvoj	pozvolný, postupný	často náhlý začátek
Alergie	nebývá	častá osobní i rodinná
Kuřák nebo bývalý kuřák	v 70 % případů	méně často
Suchý kašel	méně častý	záchvatovitý, noční, hlavně mimo nachlazení
Chronický produktivní kašel	častý	vzácný
Dušnost	častá, progredující	měnlivá, často náhlá
Pískoty (hlavně v noci)	vzácné	časté (též s dušností)
Měnivost příznaků během 24 hodin a mezi dny	malá	častá
Bronchiální hyperreaktivita	u menšiny, mírná	velmi častá, výrazná
Eozinofily v krvi a ve sputu	vzácně, nebo	chybí častěji
Neutrofilie v krvi a ve sputu	častěji	ojedinele
Obstrukční porucha	vždy neúplně reverzibilní	většinou zcela reverzibilní

Zdroj: Vondra, Vondrová, 2012, s. 351.

Diagnostika CHOPN je rozsáhlá a obsahuje množství možných diagnostických kroků. Každopádně včasná diagnostika a následně tedy i včasná léčba mají nesporné farmakoekonomické výhody (Dindoš, 2011). Vondra et al. (2011) uvádějí tyto diagnostické kroky k určení diagnózy:

- zhodnocení stupně kašle a vykašlávání,
- posouzení vykašlaného sekretu,
- stanovení stupně zadýchávání (dušnosti),
- zpřesnění vztahu k rizikům (kouření, povolání, věk, apod.),
- vyšetření a posouzení dalšího diagnostického postupu,
- zajištění změření plicních funkcí (spirometrické vyšetření), rtg. hrudníku,
- zajištění vyšetření vykašlaného sekretu,
- zpřesnění stadia nemoci.

„Nemocní trpí zejména na podzim a v zimě nebo v průběhu interkurentní respirační infekce kašlem s expektorací sputa. S progresí onemocnění se projeví

i dušnost po námaze, která je nejčastějším příznakem nejenom bronchiální obstrukce, ale i příznakem počínající plicní hypertenze. Často je provázena hvízdavým dechem, rychlou únavností a někdy se může objevit i lehká cyanóza. Hrudník je v inspiračním postavení, v pokročilých stadiích má až soudkovitý tvar, nadklíčkové jamky jsou vyplněny a také náplň krčních žil je výraznější. Pacienti si stěžují na pískoty a tíhu na hrudníku, která často bývá po zátěži.“ (Dindoš, 2011, s. 262)

Při anamnéze je pacient dotazován na to, zda je kuřák, event. jak dlouho kouří a kolik vykouří cigaret denně, dále na prodělaná respirační onemocnění, např. astma bronchiale či chronickou bronchitidu, apod. (Šafránková, Nejedlá, 2006). Následně je třeba se v anamnéze zaměřit na zjištění expozice dalším rizikovým faktorům, zvláště *„pasivní kouření, kontakt s chemikáliemi a prachy, typ domácího vytápění včetně krbů, ptáme se na výskyt CHOPN a ostatních plicních nemocí v rodině, anamnézu respiračních onemocnění a respiračních infekcí, na předchozí exacerbace a hospitalizace pro respirační potíže“* (Pauk, 2011).

Fyzikální vyšetření je u počínajících stadií nemoci jen málo přínosné, u pokročilejšího stadia již nalzáme prodloužené expirium, někdy s nálezem pískotů, vrzotů a někdy i chropů (Pauk, 2011). Pomocí fyzikálního vyšetření prováděného poslechem a pohledem lze pak definovat, zda se jedná spíše o chronickou bronchitidu anebo o emfyzém. Chronickou bronchitidu je možné diagnostikovat přítomností hypersekrecí hlenu většinou spojenou s chronickým kašlem trvajícím nejméně tři měsíce v roce (sezónní exacerbace na jaře a v létě mezi projevy CHOPN neřadíme), a to po dva po sobě následující roky. Zároveň je však doporučováno vyloučit jiné plicní či kardiální příčiny těchto stavů (Klener et al., 2001). U těchto pacientů pozorujeme pískoty a vrzoty po celých plicích a prodloužený výdech, naopak u nemocných s převládajícím emfyzémem pozorujeme soudkovitý hrudník, hypersonorní poklep a oslabené dýchání (Kolek et al., 2005).

Spirometrické vyšetření metodou smyčky průtok / objem (F/V) patří mezi základní diagnostické nástroje, které by měli podstoupit všichni pacienti i s pouhým podezřením na CHOPN. Jde o neinvazivní vyšetření ověřující schopnost plic nadechnout a vydechnout. Výsledkem je graf ukazující objem plic v závislosti na čase. Nejdůležitějšími ukazateli jsou tzv. usilovná vitální kapacita (FVC) zobrazující *„maximální objem vzduchu usilovně vydechnutý po maximálním nádechu“* (Kašák, 2006, s. 49), jednosekundová vitální kapacita (FEV₁), což je maximálně vydechnutý

objem vzduchu v litrech za jednu sekundu po maximálním nádechu, a Tiffeneauův index (FEV_1/FVC).

Nejprve je provedena spirometrie, poté jsou pacientovi inhalační cestou, ideálně s inhalačním nástavcem, podány 400 mikrog salbutamolu. Bronchodilatační reakce je hodnocena po půl hodině od podání bronchodilatační látky. „*Při hodnocení křivky průtok / objem je velmi důležité neposuzovat pouze získané ventilační hodnoty, ale také samotný tvar křivky, její výdechovou i nádechovou část.*“ (Pauk, 2011) Pauk (2011) dále uvádí, že u nemocných v II. a vyšším klinickém stadiu jsou nalézány postbronchodilatační hodnoty usilovné jednosekundové vitální kapacity (FEV_1) snížené pod 80 % předpokládaných náležitých hodnot. Bronchodilatační odpověď je pak u pacientů s CHOPN málo reverzibilní a dalším typickým rysem onemocnění je přítomnost postupného a trvalého snižování plicních funkcí v čase (pokles FEV_1 o 30–50 ml/rok a více), nicméně je třeba mít na paměti, že rychlost poklesu je individuální a je výrazně vyšší u pacientů s deficitem alfa₁-antitrypsinu, u aktivních kuřáků a u jedinců vystavených nějaké rizikové expozici.

Dalšími parametry jsou také PEF (maximální výdechová rychlost), definující maximální průtok vzduchu v litrech za jednu sekundu, MEF 25 a MEF 75, určující výdechovou rychlost v litrech za jednu sekundu odečítanou v první čtvrtině, polovině a třech čtvrtinách FVC. Na základě zjištěných hodnot je možné stanovit stadium nemoci (Salajka et al., 2005; Kašák, 2006).

Dalšími vyšetřeními jsou například vyšetření krevních plynů, které je doporučováno pacientům s $FEV_1 < 50$ %, se selháváním srdce anebo respirační insuficiencí, dále pak zobrazovací metody vyšetření, jako například skiagram hrudníku a CT, EKG či ECHO, které mohou posloužit zejména k vyloučení jiných diagnóz, anebo vyšetření stanovující deficit alfa₁-antitrypsinu (Světová iniciativa o CHOPN, 2007). Doporučují se také mikrobiologická vyšetření dýchacích cest (Susa, 2001) a vyšetření na zatížení námahou, například pendlovací test, šestiminutový test chůze, apod. (Krofta, 2005).

Pokud je diagnóza správně provedena a medikace je dobře nastavena, pacient s CHOPN se nachází ve stabilizované fázi nemoci, cítí se dobře, nemá větší záchvaty dušnosti a volně odkašlává. Nemoc však probíhá ve fázích, kde se klidové fáze střídají se zhoršením stavu, s tzv. akutní exacerbací, při níž dochází k celkovému zhoršení zdravotního stavu, zvýšenému vykašlávání, zhoršení dušnosti, apod. (viz výše) (Kolek et al., 2005).

1.6 Prevence a prevence progresse chronické obstrukční plicní nemoci

Prevence může být rozdělena na primární, sekundární a terciární. Ideálním případem předcházení CHOPN je samozřejmě eliminace veškerých faktorů ovlivňujících nemoc, což je však prakticky nemožné. Není totiž proveditelné odstranit vliv dědičnosti.

V rámci primární prevence je možné vést mládež k nekuřáctví, nezdržovat se ve znečištěném prostředí, apod., tedy předcházet vzniku choroby.

Významnější je však sekundární prevence čili odstranění rizikových faktorů, jako je vyvarování se aktivnímu i pasivnímu kouření, omezení expozice profesionálním škodlivinám a škodlivinám ve znečištěném prostředí. Patří sem i zvyšování obranyschopnosti organismu proti nemocem.

Pacientovi je většinou doporučeno odvykání kouření za pomoci nějakého preparátu, například formou podání Champixu (vareniclin), jenž je velmi účinný (až 44 %) a ve srovnání s jinými preparáty (např. Zyban) až o třetinu levnější, tříměsíční terapie vyjde na 5800 Kč (Dindoš, 2011).

Terciární prevence se snaží zastavit progresi nemoci, jde tedy především o dodržování terapie, do velké míry souvisí i se sekundární prevencí, neboť vylučuje či alespoň snižuje působení rizikových faktorů (Klener et al., 2001; Kašák, Koblížek, 2008). Možné je také očkování proti chřipce, které při aplikaci jedenkrát ročně snižuje úmrtnost na CHOPN o 50 %. U osob starších 65 let a více se rovněž doporučuje pneumokoková vakcína (Musil, Vondra, Konštacký, 2008).

V České republice se na prevenci CHOPN zaměřuje České občanské sdružení proti obstrukční plicní nemoci (ČOPN), které aktivně provozuje osvětu a cíleně na CHOPN upozorňuje, například i veřejnými aktivitami během Světového dne boje proti CHOPN.

1.7 Terapie chronické obstrukční plicní nemoci

Jak již bylo několikrát uvedeno, CHOPN není možné zcela vyléčit či zastavit, je možné jen zpomalit její průběh a oddálit komplikace a terminální stadium onemocnění. Správně určenou léčbou je možné zmírnit příznaky choroby a pacientovi zlepšit kvalitu života. Zároveň je třeba si být vědom skutečnosti, že léčba se vztahuje nejen na pacienta samotného, ale i na jeho rodinné příslušníky a nejbližší okolí, neboť pokročilejší stadia choroby nemocnému výrazně ztěžují život a je nutná pomoc okolí.

V posledních pěti letech se cíle léčby CHOPN nemění, jsou jimi:

- *„zmírnění nebo odstranění příznaků,*
- *prevence progresu nemoci,*
- *zlepšení tělesné zdatnosti, zvýšení tolerance fyzické zátěže,*
- *zlepšení celkového zdravotního stavu (zlepšení kvality života),*
- *prevence a léčba komplikací,*
- *prevence a léčba exacerbací,*
- *snížení úmrtnost“ (Vondra, Vondrová, 2012, s. 354).*

První podmínkou léčby je vyloučení všech rizikových faktorů: zcela zanechat kouření, dále pak vyloučit i pasivní kouření a styk se škodlivinami v ovzduší. Kašák (2006) uvádí, že právě zanechání kouření má na zpomalení vývoje nemoci největší vliv. Dále je nutno užívat farmakoterapii a absolvovat rehabilitaci, oxygenoterapii, neinvazivní ventilaci anebo chirurgickou léčbu.

Ján Dindoš (2011, s. 263) uvádí účinný léčebný plán CHOPN, jenž se skládá ze čtyř částí:

1. *„Vyhodnocení stavu nemoci a jejího monitorování.*
2. *Redukce rizikových faktorů (kouření).*
3. *Léčba stabilizované fáze CHOPN.*
4. *Léčba exacerbace.“*

Základním přístupem je přidávání farmak v závislosti na závažnosti nemoci (Dindoš, 2011). Stupňovitou léčbu demonstrují Vondra s Vondrovou (2012, s. 355) v přehledné tabulce:

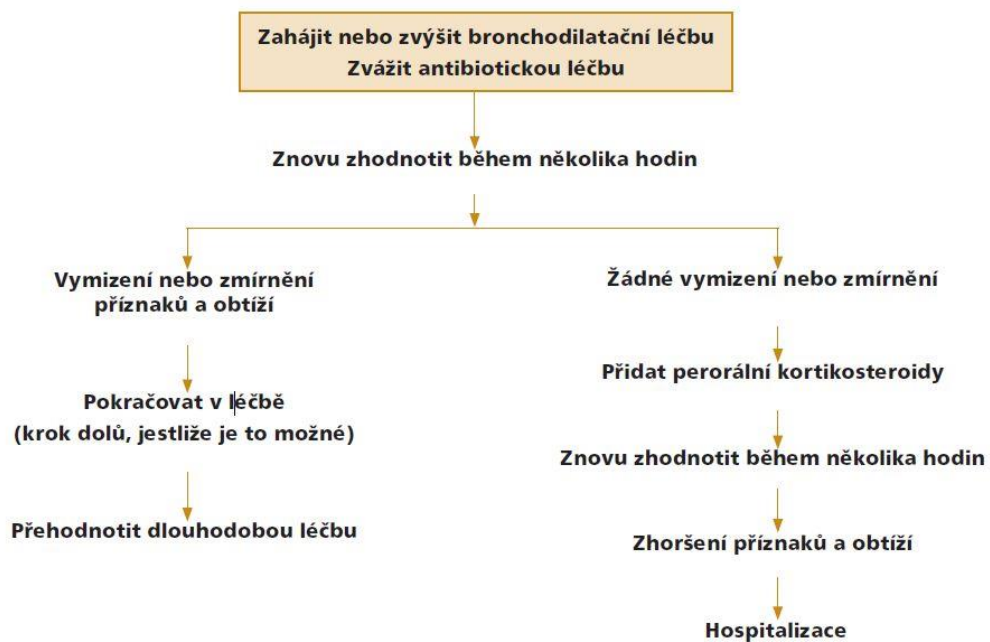
Tab. 4: Stupňovitá léčba dle stadií CHOPN

Stadia CHOPN			
lehké (I)	střední (II)	těžké (III)	velmi těžké (IV)
			přidat
			dlouhodobě kyslík při chronickém respiračním selhání, zvážit chirurgickou léčbu
		přidat	
	přidat	inhalační kortikosteroidy při opakovaných exacerbacích	
	pravidelně jednu nebo více bronchodilatancií s dlouhodobým účinkem, (pokud je potřeba) přidat rehabilitaci		
přidat			
bronchodilatancia s krátkodobým účinkem, podle potřeby redukce rizikových faktorů: protichřipková, event. pneumokoková vakcína, pravidelná tělesná aktivita			

Zdroj: Vondra, Vondrová, 2012, s. 355.

Musil, Vondra a Konštický (2008) tvrdí, že přesná kritéria pro domácí a nemocniční léčbu nejsou přesně stanovena, a dodávají, že vždy záleží na lékaři a schopnosti nemocného vyrovnat se se svou nemocí. Nicméně ambulantní léčba by se měla řídit podle tohoto algoritmu:

Obr. 1: Algoritmus pro domácí léčbu exacerbace CHOPN



Zdroj: Musil, Vondra, Konštický, 2008, s. 11.

Při zhoršení stavu je třeba zvážit hospitalizaci, v některých případech rovnou přijetí na jednotku intenzivní péče (JIP). Musil, Vondra a Konštický jako indikace k vyšetření v nemocnici nebo hospitalizaci pro akutní exacerbaci CHOPN uvádějí:

- „výrazné zvýšení intenzity příznaků, např. náhlý začátek klidové dušnosti,
- těžká CHOPN,
- začátek nových fyzikálních příznaků (např. cyanóza, periferní otoky),
- exacerbace se nemírní po počáteční léčbě,
- závažná komplikující onemocnění,
- časté exacerbace,
- nově se vyskytující arytmie,
- diagnostické nejasnosti,
- pokročilejší věk,
- nedostatečná domácí podpora“ (Musil, Vondra, Konštický, 2008, s. 12).

Pro přijetí na JIP pak tyto indikace:

- „těžká dušnost, která neadekvátně odpovídá na počáteční intenzivní léčbu,
- změny mentálního stavu (zmatenost, letargie, kóma),
- perzistující nebo zhoršující se hypoxemie ($PaO_2 < 6,7$ kPa, 50 mm Hg) přes podávání kyslíku; anebo těžká nebo zhoršující se hyperkapnie ($PaCO_2 > 9,3$ kPa, 70 mm Hg); anebo těžká nebo zhoršující se respirační acidóza ($pH < 7,3$ kPa),
- nutnost invazivní mechanické ventilace,
- hemodynamická nestabilita, potřeba vasopresorické podpory“ (Musil, Vondra, Konštický, 2008, s. 12).

Není možné určit, jak dlouho trvá optimální délka hospitalizace nemocných s exacerbací CHOPN, neboť k této problematice ještě neexistují dostatečné klinické údaje. Propuštění do domácího ošetřování se doporučuje v případech, kdy jsou splněny následující podmínky:

- „inhalační beta₂-agonisty netřeba užívat častěji než po 4 hodinách,
- nemocný, jestliže byl před exacerbací doma, je schopen chůze po místnosti,
- nemocný je schopen jíst a spát bez častého buzení pro dušnost,
- nemocný je klinicky stabilní po 12–24 hodin,

- *arteriální krevní plyny jsou stabilní po dobu 12–24 hodin,*
- *nemocný (nebo poskytovatel domácí péče) je zcela obeznámen se správným užitím léků,*
- *sledování nemocného a domácí péče byly zřízeny (např. návštěvy zdravotní sestry, dodávka kyslíku, zajištění stravy),*
- *nemocný, rodina a lékař jsou přesvědčeni, že nemocný může být léčen úspěšně doma“ (Musil, Vondra, Konštický, 2008:14).*

U propuštěných pacientů je stále třeba kontrolovat jejich zdravotní stav, v následujících třech měsících po propuštění z nemocnice musí být kontrolovány arteriální krevní plyny anebo pulzní, na zvážení je domácí oxygenoterapie. Nemocného je vhodné poučit o prevenci, zvláště se zdůrazněním zanechání kouření, je-li toto případ, dále pak možnosti vakcinace (chřipka, pneumokoková vakcína), apod. (Musil, Vondra, Konštický, 2008).

1.7.1 Farmakologická terapie

Farmaceutické přípravky jsou indikovány v závislosti na aktuálním stadiu nemoci.

Základní farmakologickou terapií je podávání bronchodilatačních přípravků, a to buď perorálně či inhalačně. Druhý způsob je vhodnější, byť náročnější na edukaci pacienta. Inhalací se lék dostane přímo a rychleji do postižených částí dýchacího systému (Šnorek, 2004).

První skupinou léčiv jsou bronchodilatancia, která se dle potřeby využívají jak k prevenci, tak ke zmírnění příznaků. Jde o:

- beta₂-agonisty, ovlivňující relaxaci hladkého svalstva průdušek stimulací beta₂-adrenergických receptorů. Patří sem:
 - fenoterol podávaný v dózovaném aerosolu (dávka 100 až 200 mcg), který účinkuje 4 až 6 hodin (Berotec), v inhalaci formou nebulizace je třeba podat dávku vyšší (500 až 1250 mcg),
 - salbutamol podávaný v dózovaném aerosolu (dávka 100 až 200 mcg) rovněž s účinkem 4 až 6 hodin, v inhalačním roztoku je dávka až 2,5 mg (Ventolin, Ecosal),

- terbutalin podávaný jen turbuhaleru, v dávce 250–500 mcg, nebo jako roztok do inhalace v dávce 250 až 500 mcg. I jeho účinek je 4 až 6 hodin (Bricanyl) (Dindoš, 2011),
- anticholinergika blokující acetylcholinový účinek na M receptorech:
 - ipratropium v dávce 40 až 80 mcg (inhalačním roztoku je dávka 250 až 500 mcg) s účinkem 6 až 8 hodin, od stadia II jsou indikována inhalační bronchodilatancia s dlouhodobým účinkem (Formoterol v dávce 12–24 mcg s účinkem 12 hodin, Foradil, Formano, Atimos, Formoterol Easyhaler, Formovent),
 - salmeterol v dávce 50–100 mcg, jehož účinek trvá až 12 hodin,
- methylxantiny (teofylin), jež mají malou terapeutickou šíři a účinek se dostavuje až při téměř toxických dávkách, léčba však vychází měsíčně na velmi nízkou částku, cca 220 Kč. Dávkování je dvakrát 1 tableta (Afonilum SR, Euphyllin CR, Theo-Plus) v dávce 100 až 400 mg dle tolerance pacienta a za zjišťování sérových hladin teofylinu, přičemž optimální dávka je mezi 8 až 15 mg/l. (Dindoš, 2011).

Vhodnou je však také kombinace léků s různým mechanismem a délkou trvání účinku, neboť je tak možné zvýšit stupeň bronchodilatace a naopak snížit nežádoucí účinky (Světová iniciativa o CHOPN, 2007).

Druhou skupinou jsou kortikosteroidy, zejména inhalační kortikosteroidy, které jsou indikovány pacientům s intenzivními potížemi, tedy v pokročilém stadiu nemoci, a zlepšení stavu je zde prokázáno (Kašák, 2006). Systémové kortikosteroidy mají v případě léčby CHOPN menší léčebný efekt než v případě astmatu. Krofta (2005) uvádí, že vzhledem k mnoha nežádoucím efektům a k tomu, že doposud nebyla prokázána prospěšnost dlouhodobého užívání kortikosteroidů, nejsou tyto přípravky příliš doporučovány. Nicméně u pacientů, kteří trpí častými exacerbacemi, je pravidelná léčba inhalačními kortikosteroidy vhodná (Krofta, 2005). V případě léčby exacerbace jsou kortikosteroidy (Prednison) podávány podle potřeby po dobu 10 až 14 dnů, a to ve spojení s ATB. Lehčí formu je možné léčit ambulantně, u těžkých případů je nutná hospitalizace, a to z důvodu přidružených komplikací, konkrétně pravostranné srdeční dekompenzace s otoky. Vhodná ambulantní léčba nejprve zvyšuje dávky a frekvence krátkodobě působících bronchodilatancií a následně přidává glukokortikoidy per os nebo intravenózně. K hospitalizaci dochází až při zhoršení stavu, např. zhoršení

dušností, tachypnoe nad 30 dechů za minutu, závažné bronchiální obstrukci, objevení se cyanózy či periferních otoků, nedostatečné domácí podpoře, apod. (Dindoš, 2011).

Kromě kortikosteroidů a ATB se podávají i aminofylin, b₂-mimetika, oxygenoterapie a případně i anticholinergika a mukolytika, v případě nutnosti je pacient připojen na ventilátor (Susa, 2001).

Pacientům se dále doporučuje každoročně opakované očkování proti chřipce, jež snižuje závažnost CHOPN až o 50 %, obecně nepříliš účinné a standardně ordinované užívání mukolitik (Světová iniciativa o CHOPN, 2007), výjimečná je velmi finančně nákladná substituční léčba alfa₁-antitrypsinem, která je indikována jen mladým nemocným s vrozeným deficitem AAT, u nichž byl prokázán emfyzém (Kašák, 2006). Naopak antitusika nejsou pro jejich antioxidační efekt doporučována (Krofta, 2005), podobně se jako neúčinné ukázalo profylaktické podávání antibiotik (Dindoš, 2011).

1.7.2 Nefarmakologická terapie

Již několikrát byla zmíněna nutnost přestat kouřit, což je základním předpokladem v léčbě i prognóze onemocnění.

Možnou terapií je dále buď kontrolovaná krátkodobá oxygenoterapie, jež je indikována všem hospitalizovaným nemocným s exacerbací, anebo dlouhodobá domácí oxygenoterapie, která je předepsána pacientům s respirační insuficiencí chórického charakteru (Vondra et al., 2011). Domácí oxygenoterapie zkvalitňuje celkový stav pacienta a je aplikována kyslíkovými koncentrátory a rezervoáry tekutého kyslíku. Oxygenoterapie bývá indikována od IV. stadia nemoci a je pak aplikována denně, bez přerušování a dlouhodobě, nejméně po dobu 15 hodin s průtokem 2 litry za minutu (Susa, 2001).

Další variantou je chirurgická léčba, k níž se přistupuje až v posledním stadiu onemocnění. Konkrétně se jedná o bulektomii, volumoredukční operaci či transplantaci plic, které však pacientovi přinášejí velká rizika a komplikace (Světová iniciativa o CHOPN, 2007). Bulektomie znamená odstranění velkých bul stlačujících parenchym, jež se nepodílejí na výměně plynů. Při volumoredukční operaci je provedena resekce části plic či plic, čímž je snížena hyperinflace.

Samozřejmou součástí terapie by měla být také individuálně sestavená a nejméně dvoutměsíční rehabilitace (Vondra, 2005) zahrnující nejen fyzioterapii, ale

i úpravu životního stylu, denního režimu a rovněž stravování. Je totiž nutné změnit celkový přístup k životu a dodržovat cvičení a zdravý režim i doma. Pacienti s těžkým stadiem choroby ubírají výrazně na váze, včetně úbytku svalové hmoty, proto je nutné výživu konzultovat s odborníkem (Dindoš, 2011).

Fyzioterapie při CHOPN se začíná využívat zejména v posledním desetiletí a její vliv je patrný téměř ve všech aspektech kvality života: dochází ke zlepšení fyzické kondice, ventilačních parametrů, efektivity kašle, mobility hrudníku, snížení bronchiální obstrukce, dušnosti, atd. Mezi nejčastější fyzioterapeutické postupy patří relaxační příprava, korekční fyzioterapie špatného držení těla a svalových disbalancí, inhalační techniky, dechová gymnastika, kondiční cvičení a trénink tělesné zdatnosti či fyzikální terapie. Relaxační příprava pacienty učí využívat úlevové polohy, které ulehčují dýchání a působí korekčně na držení těla. Významné jsou také aktivity nastavení celkové postury, kam můžeme zařadit Vojtovu reflexní terapii, jež stimulací reflexních zón navodí *„svalovou rovnováhu aktivací hlubokého stabilizačního systému páteře a správnou funkci celkové muskulatury, která má souvislost se správnou funkcí bránice“* (Ondřejík, 2006). Plicní rehabilitace zlepšuje zejména pocity dušnosti, únavy a svalové vyčerpanosti. Rehabilitace také snižuje hmotnost pacienta a má blahodárný vliv i na deprese a úzkosti a pozitivně tak ovlivňuje kvalitu života (Kašák, 2006). U nemocných s CHOPN je doporučováno kondiční cvičení v délce 20 až 30 minut třikrát týdně (Klener et al., 2001). O účinnosti rehabilitace svědčí britská studie, která ukázala, že *„pacienti, kteří docházeli na rehabilitaci, byli signifikantně méně dnů v nemocnici než pacienti, kteří byli bez rehabilitace“* (Dindoš, 2011, s. 263).

Na pacienty s CHOPN má tělesná aktivita a správně zvolený druh sportu velmi pozitivní vliv. Mezi vhodné aktivity patří vytrvalostní sporty, jako je běh, jízda na kole, rychlá nebo alpská chůze, a také vodní sporty (Ondřejík, 2006).

Ján Dindoš (2011) uvádí přehled zlepšení stavu pacientů s CHOPN z pohledu farmakoekonomiky:

Tab. 5: Cíle zlepšení stavu CHOPN z pohledu farmakoekonomiky

Prevence progresu choroby	Zákaz kouření, adekvátní léčba
Odstranění symptomů	Bronchodilatancia, rehabilitace, nekouření
Zlepšení tolerance námahy	Adekvátní léčba bronchodilatační a rehabilitace
Zlepšení kvality života	Dtto a rehabilitace, nebo chirurgické řešení, nekouření
Prevence a léčba komplikací	Očkování, rehabilitace, správná léčba a nutrice pacienta, nekouření
Prevence a léčba exacerbací	Dtto a včasná hospitalizace
Redukce mortality	Dtto a včasná hospitalizace

Zdroj: Dindoš, 2011, s. 262.

1.8 Ošetřovatelská péče o pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí

Jak již bylo několikrát uvedeno, CHOPN je vážnou nemocí, jež mnohdy zásadním způsobem ovlivňuje života pacienta, který se stává závislým na pomoci druhých a až nesoběstačným. Hlavním úkolem ošetřovatelského personálu je tak pokus o předcházení, event. odstranění či zmírnění, problematických oblastí. Ošetřovatelství rozlišuje čtyři oblasti potřeb podle specifických diagnostických faktorů, jde o potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Dále jsou rozlišovány potřeby na funkční a dysfunkční, a to za pomoci diagnostického systému vyvinutého Mezinárodní severoamerickou asociací pro sesterské diagnózy (North American Association for Nursing Diagnosis – International, NANDA) (Marečková, 2006). Tento systém definuje 11 domén:

1. Podpora zdraví – např. předcházení zanedbávání sebe sama, snaha zlepšit péči o vlastní zdraví, neefektivní péči o vlastní zdraví, apod.;

2. Výživa – např. nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu, nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu, porucha polykání, riziko nestabilní glykemie, apod.;
3. Vylučování a výměna – např. funkční inkontinence, stresová inkontinence moři, zácpa, riziko zácpy, průjem, atd.;
4. Aktivita/odpočinek – např. nespavost, nedostatek spánku, sedavý způsob života, zhoršená pohyblivost na lůžku, prodloužení pooperačního zotavení, únava, snaha zlepšit sebekéči, apod.;
5. Percepce/kognice – např. potulka, chronická zmatenost, zhoršená paměť, nedostatečné znalosti, snaha zlepšit komunikaci, atd.;
6. Sebepercepce – např. riziko oslabení lidské důstojnosti, beznaděj, bezmocnost, situačně snížená sebeúcta, atd.;
7. Vztahy mezi rolemi – např. riziko zátěže v roli pečovatele, narušené rodičovství, efektivní kojení, snaha zlepšit vztah, atd.;
8. Sexualita – sexuální disfunkce, neefektivní vzorec sexuality, snaha o lepší průběh porodu, riziko narušení vztahu matky k plodu;
9. Zvládání/tolerance zátěže – např. posttraumatický syndrom, stresový syndrom z přemístění, úzkost, strach, truchlení, atd.;
10. Životní principy – např. snaha zvýšit naději, morální strádání, duchovní strádání, konflikt při rozhodování, apod.
11. Bezpečnost/ochrana – např. riziko infekce, riziko aspirace, neefektivní průchodnost dýchacích cest, apod. (Herdman, 2010).

Na základě výše uvedených příznaků CHOPN můžeme určit nejčastější ošetrovatelské diagnózy:

- *„omezení průchodnosti dýchacích cest z důvodu zúžení dýchacích cest a tvorby hlenu;*
- *poruchy výměny plynů v plicích v důsledku destrukce plicních sklípků;*
- *poruchy dýchání z důvodu vlastního onemocnění;*
- *snížená výkonnost v důsledku nemoci;*
- *snížená sebekéče z důvodu dechových obtíží;*
- *úzkost, strach z důvodu dechových obtíží a perspektivy dalšího života s omezením“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 80).*

Pokud se nemocný nenachází v pokročilém stadiu nemoci, anebo netrpí akutními problémy, nalézá se většinou v domácím ošetřování. Při zhoršení stavu pacienta dochází k jeho hospitalizaci na interní oddělení, v závažném stavu na jednotce intenzivní péče. Zde přechází ošetrovatelská péče na sestru a ošetrovatelský personál.

Sestra pravidelně sleduje pacientovy životní funkce (puls, krevní tlak, teplota, dech), zajišťuje jeho vyprazdňování, sleduje pacientovu hydrataci a podává mu ordinovanou stravu a medikaci a zajišťuje aplikaci inhalačních roztoků či léčbu kyslíkem. Sestra sleduje pacientovu saturaci (měřena pulsním oxymetrem), přičemž u CHOPN pacientů se hodnota saturace může pohybovat kolem 85 % (oproti běžné normě 95–99 %). Obstarává pacientovu hygienickou péči. Zodpovědná je také za pacientův klidný spánek a dostatečný odpočinek. Veškeré informace zapisuje do pacientovy ošetrovatelské dokumentace.

Sestra je povinna zajišťovat péči o dýchací cesty pacienta, naučit jej, aby správně dýchal, prováděl dechovou gymnastiku a rehabilitaci, a dohlížet na správné odkašlávání s hlubokým prodýcháváním. Pokud pacient není schopen odkašlávat hlen, sestra jej musí z dýchacích cest odsát, event. k uvolnění hlenu použije roztoky (Alpa nebo kafrová mast) či masáže. Samozřejmě by také mělo být pravidelné větrání a zvlhčování vzduchu.

Správné dýchání je spojeno se správnými polohami pacienta, tzv. úlevovými polohami. Pacienti většinou neradi mění polohu, měli by tak mít k dispozici antidekubitní matraci, za jejíž pomoci je možné předcházet otlakům na kůži. Vhodných pozic je více, s jejich nácvikem či umístěním do dané pozice pacientovi pomáhá sestra. Na lůžku pacient zaujímá tzv. Fowlerovu polohu, pokud je v křesle, je v poloze ortopedické, jež zlepšuje ventilaci plic. V této poloze pacient sedí na lůžku, dolní končetiny má volně svěšené dolů z lůžka, rukama se opírá o stůl či podložku, čímž při dýchání užívá pomocné dýchací svaly a zmírňuje tak pocit dušnosti. V tzv. jezdecké pozici pacient sedí na židli, trupem je otočený k opěradlu, nohy má rozkročeny, lokty opřené o opěradlo a narovnaná záda. V tzv. pozici vozky sedí pacient na okraji židle, dolní končetiny má rozkročeny a ruce podírají hlavu nebo je má opřeny o kolena. V poloze posturální drenáže je pacient nahnut přes okraj lůžka, event. přes polštář, a hrudník má níže než dolní končetiny a odkašlává. V obdobné poloze polohovací drenáže má pacient podloženy dolní končetiny a hrudník je výše. K lepšímu odkašlávání a uvolňování sekretu tak dochází vlastní vahou pacienta. Pokud není pacient sám schopen odkašlávat, je třeba, aby odsání sekretu z dýchacích cest provedla sestra

pomocí odsávacího přístroje (Šafránková, Nejedlá, 2006; Ondřejík, 2006; Mikšová, Froňková, Hernová, Zajíčková, 2006; Workman, Bennett, 2006).

Onemocnění CHOPN je závažnou chorobou, která postupně zhoršuje kvalitu života pacientů, a to ve všech oblastech života.

2 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S CHRONICKOU OBSTRUČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ

Pojem kvalita života se v poslední době čím dál častěji objevuje v souvislosti s hodnocením účinnosti léčby pacientů. Ačkoliv se na první pohled může zdát, že jde jen o jakousi módní vlnu, není tomu tak. Ohodnocení aktuální kvality života pacienta může být významným přínosem nejen pro jeho individuální terapii, ale i pro terapii ostatních pacientů se stejnou diagnózou.

Jak jsme již uvedli, CHOPN více či méně ovlivňuje kvalitu života nemocného. S progresí nemoci se kvalita života pacienta čím dál více snižuje a i z toho důvodu je třeba tomuto problému věnovat pozornost. Hodnocení kvality života pacienta se také stalo významnou součástí hodnocení celkového zdravotního stavu (Vondra, Malý, 2003). V tomto případě totiž nejde o objektivní hodnocení kvality života, ale o subjektivní hodnocení aktuálního zdravotního stavu jednotlivých pacientů, tedy o to, co oni sami považují za zlepšení či zhoršení. Z pohledu zdravotnického personálu jde o to, jak pacientům nejen prodloužit život, ale jak prodloužit kvalitní život.

2.1 Definice kvality života

Pojem kvalita života není jednoznačně vymezený a sestavit definici termínu je značně obtížné. Můžeme nalézt mnoho definic z pohledu různých vědních oborů (psychologie, sociologie, apod.), které mají společné to, že kvalita života by měla obsahovat informace o psychickém, fyzickém i sociálním stavu člověka, a to ze subjektivního pohledu konkrétního člověka (Slováček et al., 2004).

Ačkoliv termín kvalita života začal být používán již od 20. let 20. století (Mareš et al., 2006), do podvědomí se dostal až v 60. letech minulého století v souvislosti s proslavem prezidenta Lyndona B. Johnsona, který uvedl, že *„cíle nemusíme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají.“* (Mareš et al., 2006, s. 11)

V minulosti byla úspěšnost léčby měřena na základě četnosti hospitalizace, morbidity a mortality, dnes se však tento přístup mění a důraz je kladen právě na subjektivní pocity pacienta, hodnotí se celkový zdravotní stav, vztah k léčbě, uspokojení

ze zdravotního stavu, apod. (Vondra, Malý, 2003). Stává se totiž, že pro pacienty je důležitější kvalita života než kvantita, tj. než jeho délka (Salajka, 2006).

Obecně je kvalita života vnímána a zjišťována na třech úrovních, a to jako:

- souhrn objektivních indikátorů (např. kvalita života v konkrétní zemi),
- souhrn subjektivních indikátorů (např. kvalita života konkrétního jedince),
- kombinace objektivních a subjektivních indikátorů (Mareš et al., 2006).

Definice kvality života tak může znít takto: „*kvalita života je dána nejen zdravotním stavem, věkem a sociálně ekonomickými podmínkami, ale ovlivňuje ji také psychické vnímání, přání, očekávání a cíle jednotlivce i kulturnost spolu s odlišným hodnotovým systémem v různých geografických oblastech světa*“ (Vondra, Malý, 2005). Jinými slovy jde o „*úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Týká se hlavně potřeb a spokojenosti v životě*“ (Jesenský, 2000, s. 81) či o „*hodnocení pocitů jednotlivce při vnímání svého života, jak jej prožívá, zda může žít obvyklým způsobem v lidské společnosti, jak pociťuje rozdíl mezi tím, co si může dovolit, co by si přál, aby mohl a směl*“ (Vondra, Malý, 2003, s. 496). Kvalita života osoby je pak vnímáním individuálního postavení jedince v kontextu kulturního a hodnotového systému, v němž osoba žije a ve vztahu k jejím cílům, očekáváním, apod. (Salajka, 2006). Je tedy patrné, že koncept kvality života pojímá širokou škálu různých oblastí zkušeností člověka – od fyzických funkcí až po oblast spojenou s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí (Gurková, 2011).

Je tedy jasné, že kvalitu života ovlivňuje více proměnných, jež se mění v čase a prostoru. František Salajka et al. (2006) jako proměnné uvádějí fyzický stav, funkční schopnosti, psychologické parametry, celkovou spokojenost, sociální interakci, ekonomické a pracovní faktory a religiozitu.

Termín kvalita života je většinou vnímán v pozitivních konotacích, užití slova kvalita k tomu automaticky trochu svádí. Kvalita života je však spojována i s negativními konotacemi, zejména v případě, že kvalitu života porovnáváme s kvalitou, jíž chceme dosáhnout, anebo s kvalitou života jiných osob, apod. Salajka (2006) přetiskuje tabulku nazvanou Míra negativního ovlivnění života různými událostmi publikovanou Testovou, v níž jsou ukázány míry vlivu negativních událostí na kvalitu života, kde jsou negativně hodnoceny například změny ve způsobu spánku

(-16 bodů), potíže s nadřazeným (-23), propuštění z práce (-47), úmrtí blízkého člena rodiny (-63), rozvod (-73), úmrtí manžela/manželky (-100).

Proměnné ovlivňující kvalitu života je možné rozdělit na subjektivní (to, co jedinec aktuálně pocítuje, například intenzita, trvání a dynamika symptomů nemoci, přítomnost bolesti, prognóza onemocnění, apod.) a objektivní, jež nesouvisí přímo se zdravím, ale ovlivňují jej (možnosti vyplývající z okolního světa, například místo bydlení, dostupnost zdravotní péče). Jde tedy o věk, zdravotní a psychický stav, sociální a ekonomické podmínky, atd.

Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného shrnuli také Slováček et al. (2004):

Tab. 6: Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

Faktor	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	Do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění, event. i nežádoucími účinky aplikované terapie.
Funkční zdatnost	Zahrnuje především stav tělesné aktivity (performace status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofským. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.
Psychický stav	Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.
Spokojenost s léčbou	Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.
Sociální stav	Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi, apod.

Zdroj: Slováček et al., 2004, s. 7.

Zároveň je třeba mít na paměti, že vnímání proměnných může být rozdílné, například osoba žijící v objektivně špatných podmínkách, avšak subjektivně pozitivně naladěna, žije subjektivně kvalitnější život než jedinec, který žije v objektivně dobrých podmínkách, ale subjektivně je naladěn negativně (Mareš et al., 2006). Salajka (2006)

také upozorňuje na to, že běžní lidé často nemají představu o tom, co by vlastně mělo být kvalitou života a ztotožňují ji se štěstím nebo se spokojeností.

Mnoho autorů se shoduje na tom, že do velké míry je vnímání ovlivněno zdravotním stavem. Právě tato oblast vystupuje v oblasti zdravotnictví, kde se v současnosti velmi často traktuje otázka prodloužení lidského života, tedy to, do jaké míry jsou měsíce anebo roky prodlouženého života kvalitní (Mareš et al., 2006).

S výše uvedeným souvisí právě i tzv. subjektivní pohoda, jež není možné chápat pouze jako duševní pohodu, ale jako jakousi aktuální pohodu vymezenou hodnocením života jako celku, životními oblastmi (např. rodina) důležitými pro konkrétní osobu (kognitivní složka) a emocionálním komponentem (afektivní složka), která představuje pocit štěstí (Gurková, 2011).

Kvalitu života tak můžeme znázornit následujícím schématem:

Obr. 2: Interakce faktorů ovlivňujících kvalitu života



Zdroj: Salajka, 2006, s. 16.

Obecně modelů kvality života nalezneme mnoho, ve zdravotnictví se nejčastěji užívají strukturálně-dynamické modely, jež nejlépe informují o vlivu choroby nebo úrazu na kvalitu života (Mareš et al., 2006).

2.2 Kvalita života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí

Předmětem této práce je zhodnocení kvality života pacientů s CHOPN, jde tedy o přesně definovanou skupinu osob a do hodnocení jsou zahrnuty všechny aspekty života, tedy nejen fyzické, ale i psychické, sociální, apod. aspekty. Významnou roli proto hrají i hodnoty každého pacienta, jeho priority, očekávání od života, přesvědčení, atd.

Z výkladu v předchozí kapitole vyplývá, že mezi nejvýraznější obtíže nemocných s CHOPN patří dušnost, jež v tomto případě nápadně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Je třeba na ni pohlížet z pohledu dušnosti jako fyziologického vjemu, jako výsledku aktivace dechového centra stimulací periferních receptorů a jako subjektivně vnímanou reakci jednotlivce. Salajka uvádí, že dušnost jako hlavní obtíž hodnotí i další autoři, například Mahler a Ferrerová. Dále také zmiňuje, že kategorie dušnosti je svým způsobem neobjektivní, protože je do velké míry ovlivňována vynaloženým úsilím pacienta. Chronicky nemocný již zná své meze, zná svou toleranci námahy a tedy i hranici dušnosti. Činnostem, při nich dušnost přesahuje jeho meze, se tedy pokud možno vyhýbá (chůze po schodech x výtah). Významným faktorem je také hmotnost, přičemž pacient s nadváhou může být dušný i při malé námaze, což není důsledkem CHOPN, ale důsledkem obezity (Salajka, 2006).

Norbert Pauk (2011) snížení kvality života pacientů s CHOPN znázornil na následující obrázku, kde je CHOPN zařazeno do patogenetických souvislostí.

Kvalitu života lze zjišťovat třemi metodologickými přístupy: kvalitativním (např. individuální rozhovory, diskuse v ohniskových skupinách, kresby, možností je široká řada), kvantitativními (např. dotazníky) nebo smíšenými (kombinace obou předchozích).

K hodnocení kvality života se nejčastěji používají dotazníky, jež můžeme nejobecněji rozdělit na tři typy:

- generické (obecné) dotazníky zjišťující celkový stav člověka; umožňují srovnávat kvalitu života zdravých osob s nemocnými osobami anebo srovnávat kvalitu života pacientů s různými nemocemi; jsou široce použitelné bez ohledu na věk, pohlaví, apod.
- specifické dotazníky určené pacienty s konkrétním onemocněním (s CHOPN, diabetem, astmatem, infarktem myokardu, cévní mozkovou příhodou, HIV/AIDS atd.),
- smíšené dotazníky, které mají část generickou a část specifickou.

Další možností rozdělení dotazníků je podle věku pacienta, existují dotazníky určené dětem, dospělým či seniorům. Byly vytvořeny rovněž dotazníky, které rozlišují míru individualizace, kterou respondentovi nabízejí. Konkrétně se jedná o dotazníky neumožňující individualizaci vůbec (všichni respondenti musí vyplnit stejné položky), dotazníky s blokem položek umožňujícím částečnou individualizaci a dotazníky umožňující plnou individualizaci.

Pro hodnocení kvality života je vytvořeno několik modelů. „Z generických dotazníků je nejčastěji užívaným *Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36)*“, který hodnotí osm základních oblastí/domén:

1. *„limitace ve společenských aktivitách,*
2. *limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů,*
3. *limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví,*
4. *tělesná bolest,*
5. *duševní zdraví,*
6. *limitace z důvodů citových,*
7. *vitalita,*
8. *obecný pocit zdraví*“ (Slováček et al., 2004).

Dále se jedná se například o dotazník World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) vytvořený Světovou zdravotnickou organizací, který zjišťuje šest oblastí/domén kvality života s příslušnými indikátory:

- fyzická kvalita života s indikátory:
 - prožívání bolesti,
 - subjektivní hodnocení energie a vytrvalosti,
 - schopnost uvolnit se, pohyblivost,
 - pracovní způsobilost,
- psychická kvalita života s indikátory:
 - prožívání pozitivních a negativních emocí,
 - sebehodnocení,
 - vztah k vlastnímu tělu,
 - schopnost koncentrace,
 - schopnost učit se, spirituální prožívání,
- nezávislost s indikátory:
 - aspekty omezení tělesné nezávislosti,
 - odkázanost na pomůcky nebo léky,
- sociální vztahy s indikátory:
 - subjektivní hodnocení osobních vztahů,
 - subjektivní hodnocení sexuálního života,
 - adekvátnost sociální opory
- prostředí s indikátorem:
 - sociální a fyzikální aspekty prostředí (bydlení, ekonomická situace, dostupnost zdravotní péče),
- náboženství/spiritualita s indikátorem:
 - náboženská a světonázorová přesvědčení.

Jiný model vznikl v Torontu a soustředí se na fyzické, duševní a spirituální oblasti života pacienta, na sounáležitost a adaptabilitu v dosahování osobních cílů a aspirací (Gurková, 2011).

V českém prostředí jsou nejčastěji využívány dotazníky SF-36, vytvořený se záměrem postihnout všeobecné koncepty zdraví, jež nejsou specifické pro žádné onemocnění, věk ani typ léčby, EQ-5D, který hodnotí objektivní a subjektivní ukazatele, a WHOQOLBref, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 (Gurková, 2011).

2.4 Hodnocení kvality života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí

Hodnocení kvality života související se zdravím znamená ve vztahu k hodnocení vývoje CHOPN a jejího ovlivnění, například léčbou, nový přístup (Vondra, Malý, 2003).

Již bylo naznačeno, že specifické dotazníky zohledňují konkrétní problémy kvality života pacientů a hodnotí ty faktory, které souvisejí s daným konkrétním onemocněním. V porovnání s generickými dotazníky jsou mnohem citlivější a validnější. Jak Gurková (2011) uvádí dále, jejich prostřednictvím však není možné hodnotit všeobecné oblasti celkové kvality života.

Vondra s Malým (2003, s. 496) uvádějí, že pojem kvalita života se často překrývá s funkčním stavem člověka a dodávají, že některé studie dokonce potvrdily, že *„dobře cílené dotazníky mohou dokonce lépe vystihnout kvalitu života než jednorázové funkční vyšetření plic“*.

2.4.1 Dotazníky používané k hodnocení kvality života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí

„V letech 1980–1990 se nejčastěji používaly k hodnocení kvality života u CHOPN všeobecné dotazníky, z nichž jen některé byly standardizované a měly zjištěnou validitu.“ (Vondra, 2005) Následně byla pro hodnocení kvality života pacientů s CHOPN vypracována řada standardizovaných dotazníků zaměřujících se jak na všeobecné příznaky onemocnění, tak i na specifické, respirační symptomy. Pravidelným vyplňováním a vyhodnocováním dotazníků je možno posuzovat vývoj nemoci a rozdíly mezi jejími stadii. Mezi obecné dotazníky patří Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP) a Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), mezi specifické pak St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ), Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), Breathing Problems Questionnaire (BPQ), Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLQ) (Vondra, Malý, 2003).

Jak uvádí Vondra (2005) *„hodnocení kvality života pomocí dotazníků znamená odlišný přístup k posuzování vlivu nemoci na člověka s respiračními obtížemi, než je tomu pomocí dosud nejčastějších ukazatelů, tj. hodnot plicních funkcí“*.

2.4.1.1. St. George Respiratory Questionnaire

Specifický standardizovaný St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ, respirační dotazník nemocnice sv. Jiří v Londýně) je nejpoužívanějším dotazníkem hodnotícím kvalitu života pacientů s CHOPN a je možné jej užít také pro pacienty s astmatem bronchiale. Dotazník je zaměřen na problémy s dýcháním, obsahuje 76 otázek, které jsou rozděleny do tří kategorií:

1. symptomy (8 otázek): otázky týkající se respiračních příznaků, jejich frekvence a závažnosti, jinými slovy vliv dýchacích potíží na kvalitu života;
2. aktivita (16 otázek): dotazy na činnosti, jež vyvolávají dušnost nebo jsou jejím vlivem limitovány, tj. vliv nemoci na fyzickou aktivitu;
3. důsledky (26 otázek): otázky dotazující se na sociální život a psychologické poruchy způsobené onemocněním, tj. dopad nemoci na každodenní život (Salajka, 2006).

Hodnoty skóre jsou od 0 do 100, nejlepší kvalita života je blízká 0 a nejhorší blízká 100. Pacienti s CHOPN často svým obtížím nevěnují velkou pozornost v počátečních stadiích a až s větší dušností při zátěži začínají hodnotit kvalitu života negativněji. Největší rozdíly se objevují u III. a IV., změny skóre kvality života podle tíže předložil Vondra (2005):

Tab. 7: Změny skóre kvality života podle tíže CHOPN

	CHOPN	0	I	II	III	IV	
SGRQ dotazník	Celkové skóre	30	36	38	50	62	p < 0,001
	dopad	11	11	14	21	26	p > 0,001

Zdroj: Vondra, 2005.

2.4.2 Dosavadní výzkumy

Výzkumů zabývajících se stejnou či obdobnou tematikou jako předložená bakalářská práce již proběhla celá řada, avšak hodnocení kvality života u bronchiální obstrukce nemá dlouhou tradici. První výzkumy probíhaly na konci 70. let minulého století, přičemž rozvoj nastal až v 90. letech. Přes počáteční nedůvěru se posléze ukázalo, že dotazníky hodnotící kvalitu života mohou podat cenné informace i v oblasti péče o nemocné, jinými slovy pomáhají zkvalitňovat péči o ně (Salajka, 2006).

V roce 1998 bylo v Praze 5 na oddělení TRN zrealizováno dotazníkové šetření SF-36 a SGRQ. Hospitalizovaní i ambulantně léčení pacienti byli rozděleni do pěti skupin na základě stadia nemoci, resp. procenta hodnot FEV_1 . Nejpočetněji zastoupenou skupinou byli pacienti s dlouhodobou domácí oxygenoterapií (DDOT). Výzkum prokázal, že s postupující nemocí klesá kvalita života ve všech oblastech, nemocní v těžkém stadiu CHOPN vykazovali nízké hodnoty v oblastech tělesné i sociální samostatnosti, vitality, apod. Rozdíl nebyl patrný v oblasti emocí, a to z toho důvodu, že variabilita odpovědí byla v porovnání s jinými oblastmi velmi velká. Výzkumné šetření také ukázalo, že nejcitlivějšími indikátory zhoršování kvality života jsou oblasti tělesných funkcí a celkového hodnocení zdravotního stavu, průměrné hodnoty ostatních sfér se příliš nezměnily. Dále vyplynulo, že kvalita života se zhoršuje s v závislosti na bronchiální obstrukci, pacienti s DDOT udávali kvalitu života horší, a to ve všech oblastech hodnocení (Špásová, 2000).

Vondra s Malým (2003) provedli výzkum na 438 nemocných, jejichž výsledky dotazníkového šetření porovnali se 101 zdravými osobami, a to pomocí obecného dotazníku SF-36 a specifického dotazníku St. George Respiratory Questionnaire. Autoři došli k závěru, že kvalita života je výrazně zhoršena u pacientů v těžkém a velmi těžkém stadiu CHOPN, a to v oblastech fyzických, všeobecného hodnocení zdraví, vitality a narušení společenského života.

Tématika je velmi často zpracovávána i univerzitními studenty. Například Pavlína Boudová (2010) se ve své bakalářské práci zabývala kvalitou života pacientů s CHOPN. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí standardizovaného dotazníku St. George's Respiratory Questionnaire a výzkumný vzorek tvořilo padesát nemocných. Autorka sledovala rozdíly v hodnocení kvality života mezi pacienty v druhé a třetí fázi onemocnění, a to v oblasti tělesné aktivity, dýchacích obtíží a dopadu CHOPN na každodenní aktivity nemocného. Bylo zjištěno, že nemocní ve třetím stadiu mají výrazně horší kvalitu života než nemocní ve druhém stadiu CHOPN, největší rozdíl byl

v oblasti tělesné aktivity, dále v oblasti dopadu CHOPN na každodenní aktivity nemocného a nejmenší rozdíl byl v oblasti hodnotící dýchací potíže.

Rovněž i Dita Klikarová (2008) ve své bakalářské práci za použití kvantitativního výzkumu (dotazníku) i kvalitativního výzkumu (rozhovoru, kazuistiky) mapovala, jaká je kvalita života u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. Autorka zjistila, že kvalita života u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí je zhoršena zejména v důsledku dušnosti, kterou nejprve pocítují samotní nemocní a později je pozorována i objektivně prostřednictvím druhých. Klikarová uvádí, že kvalita života má měnící se tendenci a že subjektivní kvalita života nemusí souhlasit s objektivním pozorováním.

V roce 2014 byla na téma kvality života u pacientů s CHOPN vypracována Pavlínou Klímovou diplomová práce. Autorka použila dva dotazníky, a to českou verzi St. George's Respiratory Questionnaire a generický standardizovaný dotazník WHOQOL 100, které byly distribuovány 500 osobám, mužům i ženám. Klímová dotazníkovým šetřením zjistila, že pacienti prožívají negativní pocity, pocítují dýchací obtíže a omezení v oblasti běžných denních činností. Naopak šetření nepotvrdilo omezení v oblasti tělesné aktivity, v sociální oblasti a celkově výsledky šetření nepotvrdily autorčinu hypotézu, že pacienti s CHOPN pocítují svou kvalitu života jako špatnou.

Východiska předložená teoretické části práce poskytla rámec nutný k realizaci a pochopení empirického výzkumu. Teoretické podklady jsou ve výzkumu reflektovány a využity.

II EMPIRICKÁ ČÁST

3 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ

Cílem empirické části práce je zjištění všeobecné subjektivní kvality života vybrané skupiny nemocných s CHOPN, a to nezávisle na stadiu nemoci. V praktické části je vycházeno z toho, že u každého nemocného probíhá onemocnění s jinou intenzitou a v jiném životním kontextu a každý nemocný vnímá svoji nemoc a s ní spojené komplikace individuálně.

Popis a analýza subjektivně vnímané kvality života daného vzorku pacientů s CHOPN bude přínosným zdrojem informací pro lékařský, především však pro ošetrovatelský personál, který se tak bude moci detailněji seznámit s konkrétními aspekty života pacientů s CHOPN ztěžující jim život.

3.1 Cíle práce

Hlavní cíl empirické části práce zní takto: u vybraného souboru pacientů s CHOPN pomocí standardizovaného dotazníku (St. George's Respiratory Questionnaire, Czech version) zjistit, ve kterých oblastech a v jakém rozsahu zhoršuje CHOPN jejich kvalitu života.

Na základě teoretické části práce byly sestaveny dílčí cíle práce a k nim příslušné výzkumné hypotézy.

Dílčí cíle:

- zjistit, zda pacienti s CHOPN pociťují nějaké dýchací obtíže a v jakém rozsahu,
- zjistit, zda pacienti s CHOPN pociťují obtíže v oblasti běžných denních aktivit a v jakém rozsahu,
- zjistit, zda pacienti s CHOPN pociťují omezení v sociální oblasti a v jakém rozsahu,
- zjistit, jak pacienti s CHOPN hodnotí aktuální kvalitu svého života.

Výzkumné hypotézy, týkají vybraného souboru pacientů, byly vyvozeny na základě studia odborné literatury a z dosavadních výzkumů této problematiky (Salajka 2006; Zatloukal, 2007; Navrátil, 2008; Vondra et al., 2011; Krofta, 2005; Vondra, Malý, 2003; Musil, Vondra, Konštacký, 2008)

Výzkumné hypotézy:

Výzkumná hypotéza č. 1: Všichni pacienti s CHOPN pociťují některý typ dýchacích obtíží.

Výzkumná hypotéza č. 2: Alespoň tři čtvrtiny pacientů s CHOPN pociťují obtíže v oblasti běžných denních aktivit a činností.

Výzkumná hypotéza č. 3: Více než polovina pacientů s CHOPN pociťuje obtíže v sociální oblasti.

Výzkumná hypotéza č. 4: Třetina pacientů pociťuje vlastní zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný a brání jim ve většině činností, co by chtěli dělat.

3.2 Metodika

3.2.1 Metodika výzkumného šetření

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvantitativním výzkumným šetřením s využitím specifického standardizovaného dotazníku St. George's Respiratory Questionnaire Czech (SGRQ). Informace získané z dotazníkového šetření byly zpracovány a analyzovány.

Vyplnění dotazníku trvá přibližně 10 až 15 minut. Odpovědi na jednotlivé otázky dotazníku mají hodnoty ano – ne, popřípadě uvedení konkrétní odpovědi. Nízké hodnoty jednotlivých skóre odpovídají nízké kvalitě života, kdežto vysoké skóre znamená vysokou kvalitu života. V případě jedné otázky otevřeného typu, zjišťující oblasti, které činí pacientům s CHOPN nejvíce obtíží, jsou možné odpovědi velkého rozsahu. Naměřené hodnoty dotazníku jsou převáděny do podoby škály 0 až 100, přičemž čím nižší hodnota, tím lepší kvalita života pacienta, tj. nejlepší kvalita života je blízka 0 a nejhorší blízka 100.

Data získaná z výzkumného šetření byla zapsána do excelové tabulky a spočítána pomocí speciálního počítačového programu, který pro účely této bakalářské

práce poskytla St. George University of London. Navíc zapsaná data byla automaticky vyhodnocena pro jednotlivé respondenty (viz dále).

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo provedeno u 52 mužů ve věku 50 až 75 let. Kritéria pro výběr výzkumného souboru byla stanovena takto: muselo se jednat o mužské pacienty ve věku 50 až 75 let jednoho zdravotnického zařízení, konkrétně plicního oddělení Odborného léčebného ústavu (OLÚ) Albertinum Žamberk, jimž byla diagnostikována CHOPN, a byli zde hospitalizováni. Stadium nemoci nebylo rozhodujícím kritériem, pacienti proto spadali do všech stadií nemoci. Podmínkou byla česká národnost všech příslušníků výzkumného souboru, jež byla nutná pro porozumění a kvalitní vyplnění dotazníku v českém jazyce. Kritériem byl i informovaný souhlas s účastí ve výzkumném šetření.

3.2.3 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno od července do září 2014 na plicním oddělení OLÚ Albertinum Žamberk. Realizace výzkumu byla povolena příslušnými orgány (viz příloha č. 1).

Dotazníky byly rozdávány cílové skupině respondentů v ordinaci a hospitalizovaným pacientům na plicním oddělení OLÚ Albertinum Žamberk. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, z nichž se jich vrátilo 52; návratnost tedy činila 87 %. Z navrácených dotazníků nemusel být vyřazen žádný dotazník, neboť vyhodnocení počítá s tím, že nebudou všechny otázky zodpovězeny a je tomu přizpůsobeno, respektive je třeba zodpovědět stanovený minimální počet otázek. V kategorii symptomů je maximální počet nezodpovězených otázek dvě, v oblasti aktivity jsou tolerované čtyři nezodpovězené otázky a v kategorii důsledky je možné nezodpovědět šest otázek (Jones, Forde, 2009).

3.3 Výsledky dotazníkového šetření celého výzkumného celku

Po shromáždění vyplněných dotazníků byly odpovědi z české verze standardizovaného dotazníku SGRQ vyhodnoceny a získané podklady byly zpracovány do tabulek a grafů. Každá otázka byla vyhodnocena samostatně a následně také v kontextu celkového skóre kvality života pacientů s CHOPN. Výsledné získané hodnoty byly zpracovány podle manuálu k dotazníku SGRQ a podle absolutní četnosti (n_i) a relativní četnosti (%).

Úvodní otázka: Zhodnocení současného zdravotního stavu

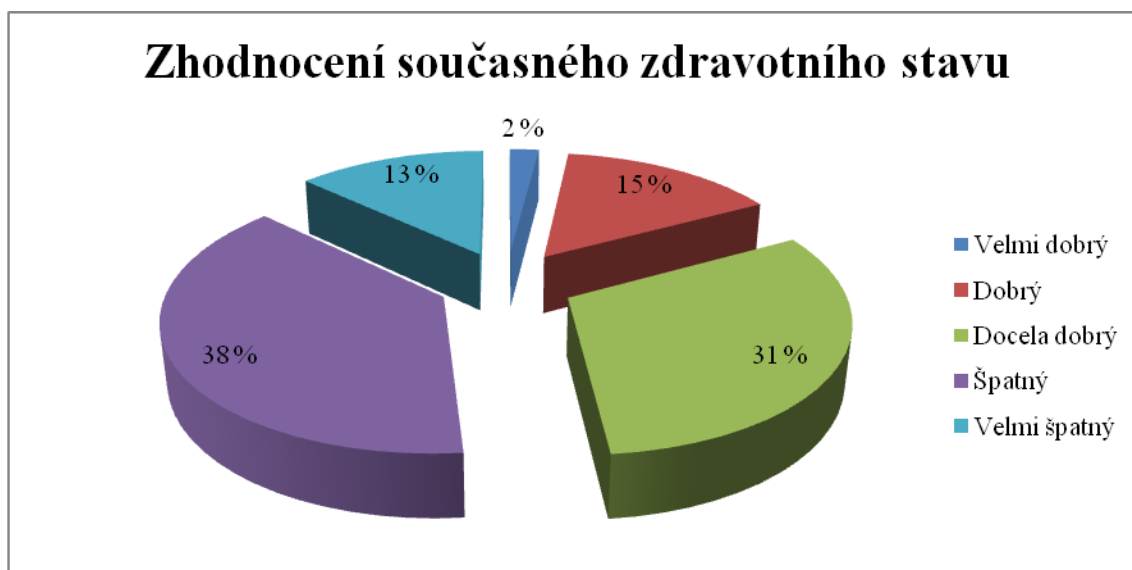
Tab. 8: Zhodnocení současného zdravotního stavu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi dobrý	1	2 %
Dobrý	8	15 %
Docela dobrý	16	31 %
Špatný	20	38 %
Velmi špatný	7	13 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Před začátkem vyplňování respondenti zodpověděli úvodní otázku týkající se na zhodnocení současného zdravotního stavu. Jeden respondent (2 %) označil současný stav za velmi dobrý, 8 respondentů (15 %) za dobrý, 16 dotázaných (31 %) za docela dobrý, 20 respondentů (38 %) za špatný a sedm dotázaných (13 %) za velmi špatný.

Graf 1: Zhodnocení současného zdravotního stavu



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

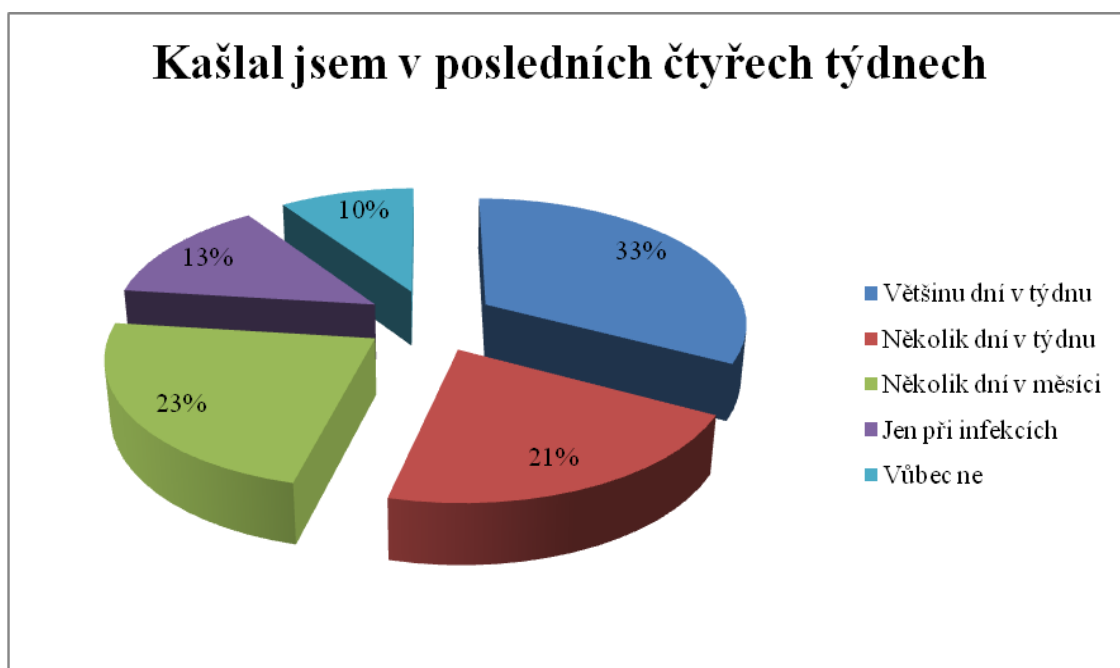
Otázka č. 1: Četnost kašlán v posledních čtyřech týdnech

Tab. 9: Kašlal jsem v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Většinu dní v týdnu	17	33 %
Několik dní v týdnu	11	21 %
Několik dní v měsíci	12	23 %
Jen při infekcích	7	13 %
Vůbec ne	5	10 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 2: Kašlal jsem v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Sedmnáct dotazovaných (33 %) uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech kašlalo většinu dní v týdnu, 11 respondentů (21 %) několik dní v týdnu, 12 osob (23 %) kašlalo několik dní v měsíci, sedm dotázaných (13 %) kašlalo jen při infekcích a pět osob (10 %) v posledních čtyřech týdnech nekašlalo vůbec.

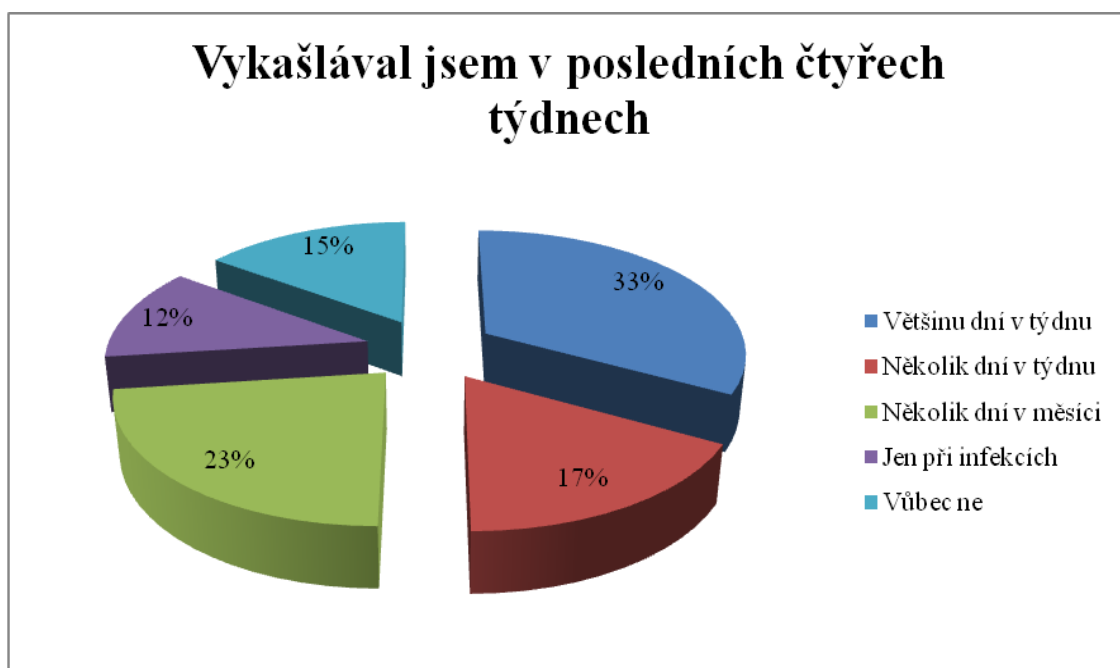
Otázka č. 2: Četnost vykašlávání v posledních čtyřech týdnech

Tab. 10: Vykašlával jsem v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Většinu dní v týdnu	17	33 %
Několik dní v týdnu	9	17 %
Několik dní v měsíci	12	23 %
Jen při infekcích	6	12 %
Vůbec ne	8	15 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 3: Vykašlával jsem v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Na otázku jak často v posledních čtyřech týdnech vykašlávali, odpovědělo 17 dotazovaných (33 %), že v posledních čtyřech týdnech vykašlávalo většinu dní v týdnu, devět respondentů (17 %) několik dní v týdnu, 12 osob (23 %) vykašlávalo několik dní v měsíci, šest dotázaných (12 %) vykašlávalo pouze při infekcích a osm respondentů (15 %) v posledních čtyřech týdnech nevykašlávalo vůbec.

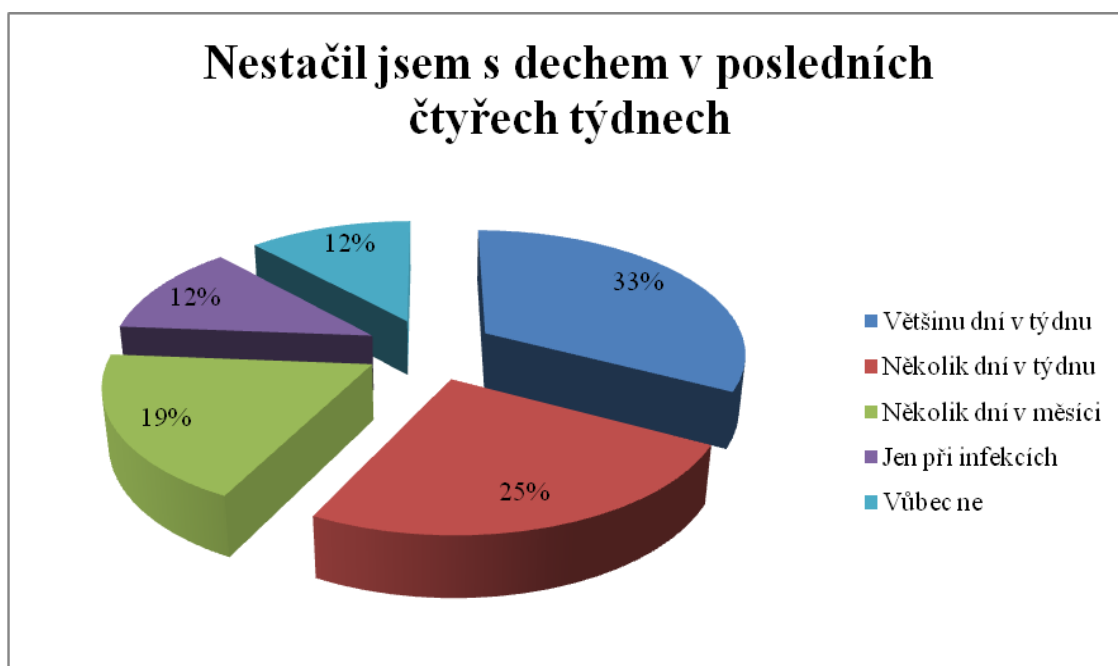
Otázka č. 3: Nedostatečný dech v posledních čtyřech týdnech

Tab. 11: Nestačil jsem s dechem v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Většinu dní v týdnu	17	33 %
Několik dní v týdnu	13	25 %
Několik dní v měsíci	10	19 %
Jen při infekcích	6	12 %
Vůbec ne	6	12 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 4: Nestačil jsem s dechem v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Ze všech respondentů jich 17 (33 %) uvedlo, že nestačilo s dechem většinu dní v týdnu. Třináct osob (25 %) nestačilo s dechem několik dní v týdnu, 10 respondentů (19 %) několik dní v měsíci a šest osob (12 %) nestačilo s dechem při infekcích a stejný počet respondentů uvedl, že za poslední čtyři týdny neměli pocit, že by jim nestačil dech.

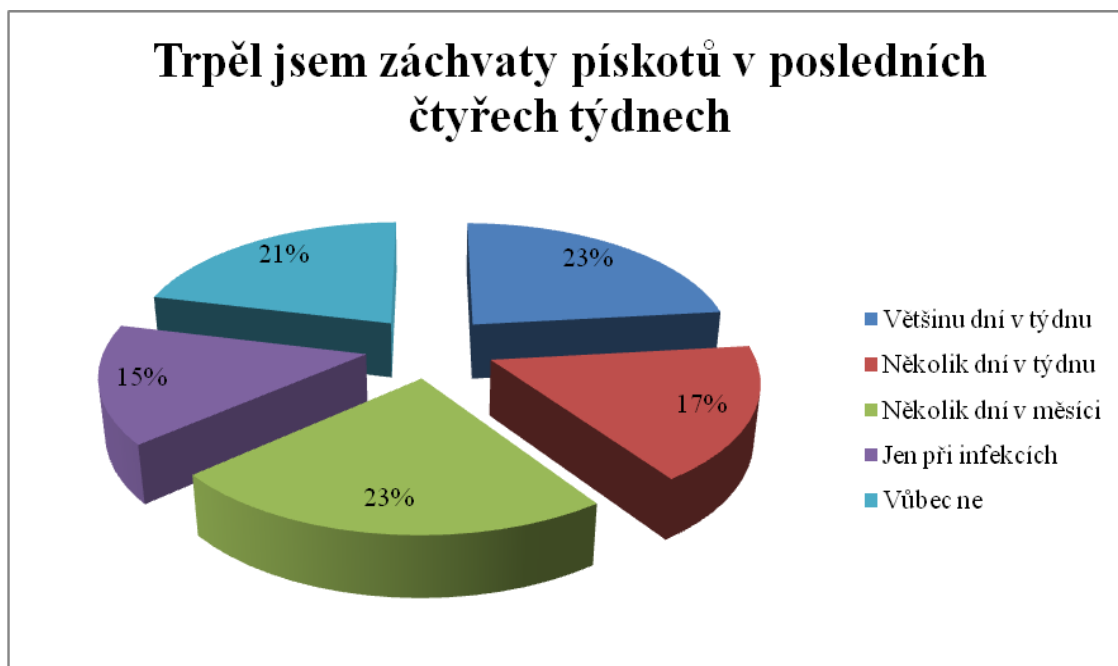
Otázka č. 4: Záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech

Tab. 12: Trpěl jsem záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Většinu dní v týdnu	12	23 %
Několik dní v týdnu	9	17 %
Několik dní v měsíci	12	23 %
Jen při infekcích	8	15 %
Vůbec ne	11	21 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 5: Trpěl jsem záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Dvanáct dotazovaných (23 %) uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech trpělo záchvaty pískotů většinu dní v týdnu, devět respondentů (17 %) několik dní v týdnu, 12 osob (23 %) trpělo záchvaty pískotů několik dní v měsíci, osm dotázaných (15 %) jen při infekcích a 11 osob (21 %) v posledních čtyřech týdnech záchvaty pískotů netrpělo vůbec.

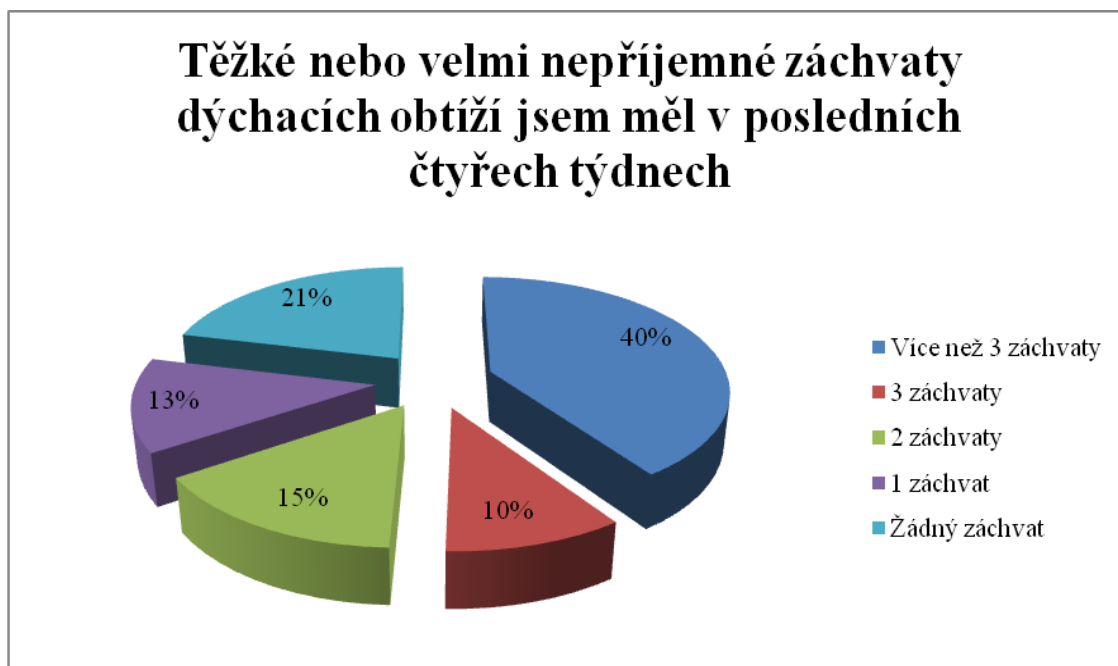
Otázka č. 5: Počet těžkých nebo velmi nepříjemných záchvatů dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech

Tab. 13: Těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty dýchacích obtíží jsem měl v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více než 3 záchvaty	21	40 %
3 záchvaty	5	10 %
2 záchvaty	8	15 %
1 záchvat	7	13 %
Žádný záchvat	11	21 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 6: Těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty dýchacích obtíží jsem měl v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Ze všech respondentů jich 21 (40 %) uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech mělo více než tři těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty, pět (10 %) mělo tři záchvaty,

osm dotázaných pacientů (15 %) prodělalo dva těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty, sedm (13 %) mělo jeden záchvat a žádný záchvat nemělo 11 dotázaných (21 %).

Otázka č. 6: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech

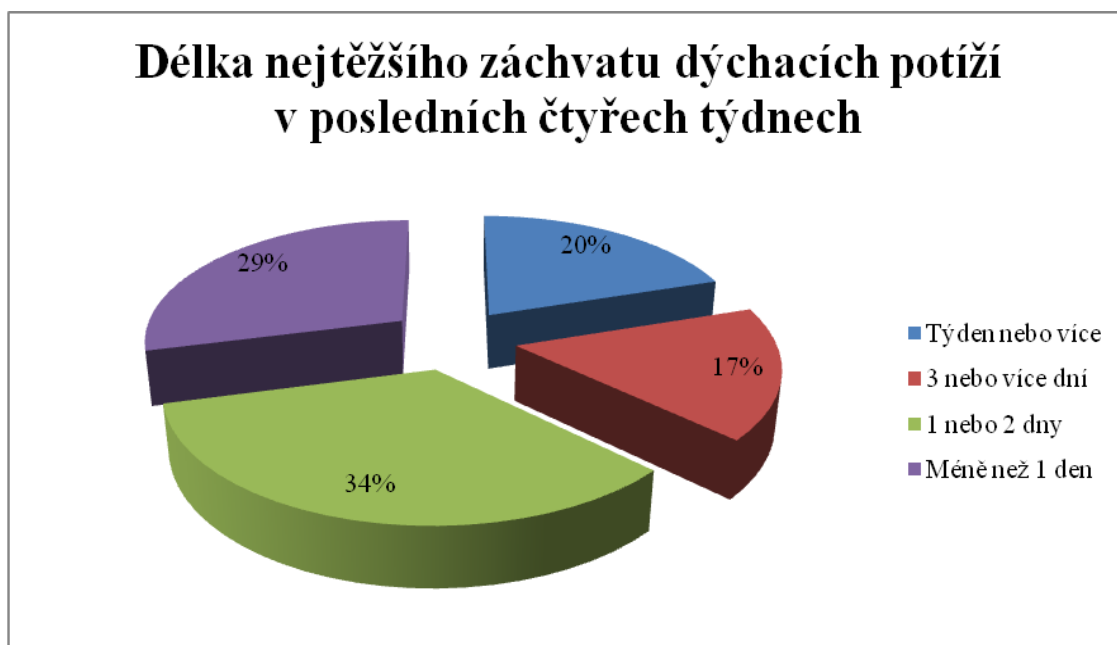
Tuto otázku zodpovídali pouze ti respondenti, kteří v posledních čtyřech týdnech měli záchvat, jednalo se o 41 dotázaných.

Tab. 14: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Týden nebo více	8	20 %
3 nebo více dní	7	17 %
1 nebo 2 dny	14	34 %
Méně než 1 den	12	29 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 7: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Na otázku jak dlouho trval nejtěžší záchvat dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech, odpovědělo 8 dotazovaných (20 %), že záchvat trval nejméně týden,

sedm respondentů (17 %) udalo délku záchvatu jako tři nebo více dní, 14 osob (34 %) mělo záchvat jeden nebo dva dny a 12 dotázaných (29 %) uvedlo, že záchvat trval méně než jeden den.

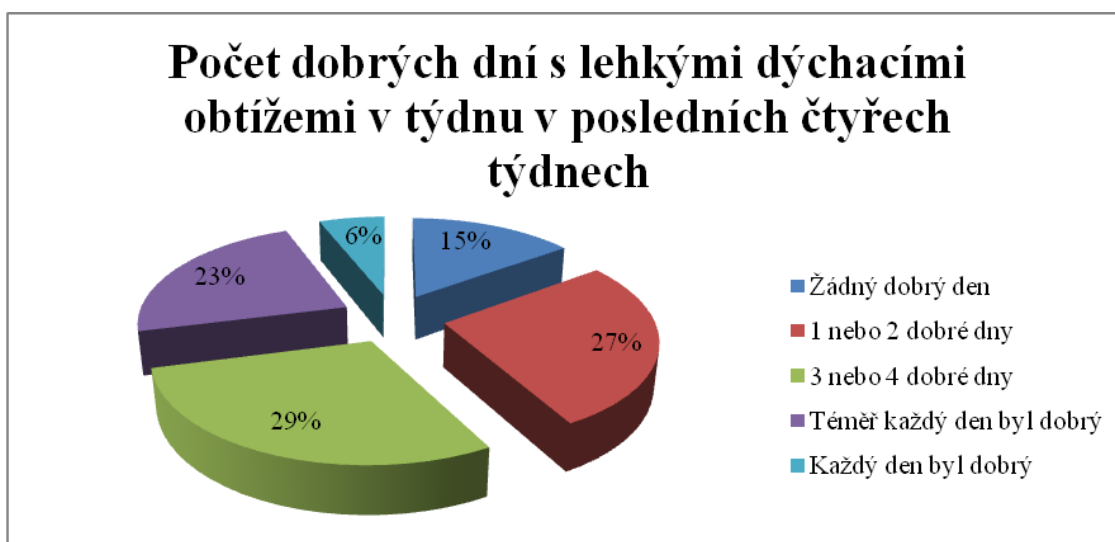
Otázka č. 7: Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech

Tab. 15 Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádný dobrý den	8	15 %
1 nebo 2 dobré dny	14	27 %
3 nebo 4 dobré dny	15	29 %
Téměř každý den byl dobrý	12	23 %
Každý den byl dobrý	3	6 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 8: Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Osm dotazovaných (15 %) uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech nemělo žádný dobrý den pouze s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu, 14 respondentů (27 %)

mělo jeden nebo dva dobré dny, 15 osob (29 %) mělo tři nebo čtyři dobré dny, 12 dotázaných (23 %) uvedlo, že téměř každý den byl dobrý a tři osoby (6 %) měly každý den dobrý.

Otázka č. 8: Jsou-li přítomny pískoty, jsou horší ráno?

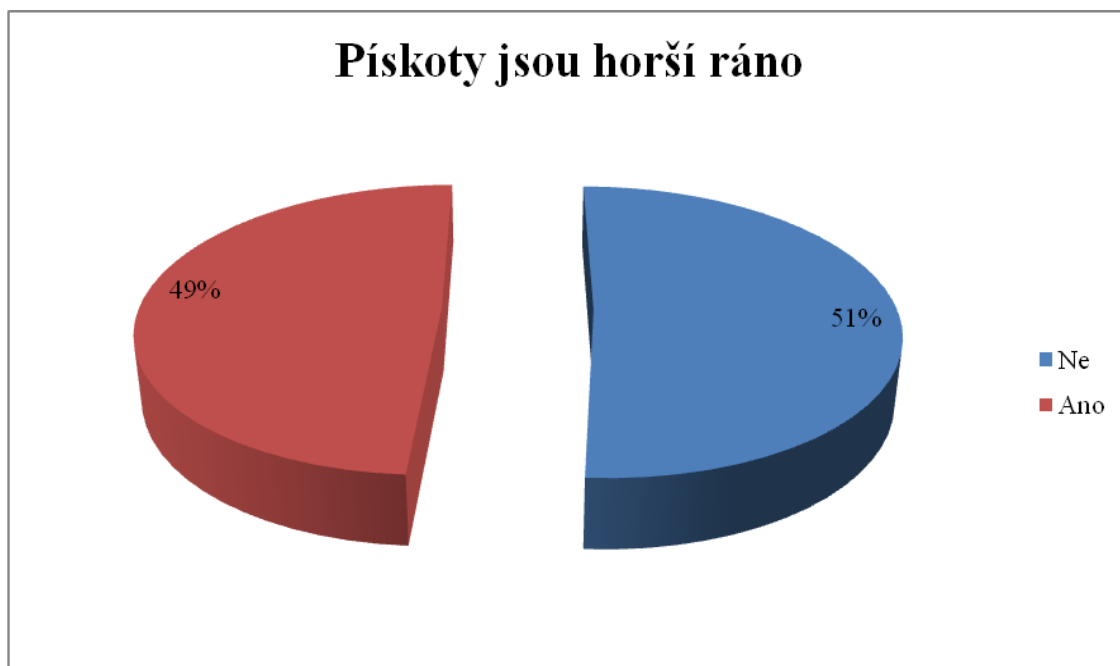
Na tuto otázku odpovědělo 37 respondentů, tedy 71 % z celkového počtu dotázaných.

Tab. 16: Pískoty jsou horší ráno

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	19	51 %
Ano	18	49 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 9: Pískoty jsou horší ráno



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Z těch, kteří trpí pískoty, 19 respondentů (51 %) uvedlo, že pískoty nejsou horší ráno, 18 osob (49 %) naopak pociťuje pískoty silněji ráno.

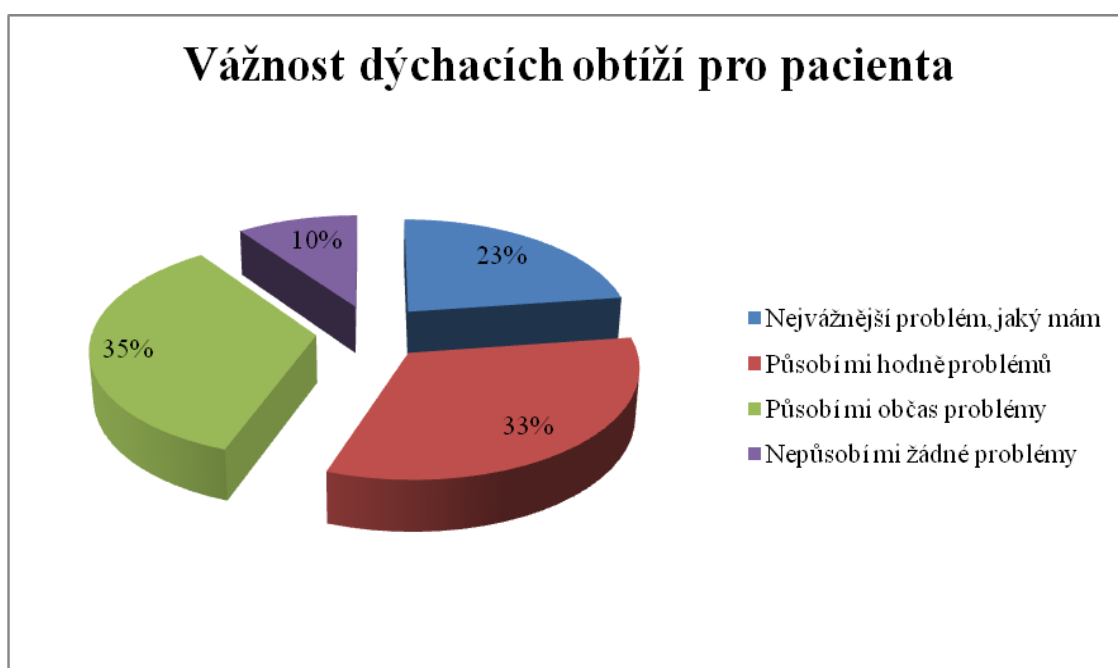
Otázka č. 9: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta

Tab. 17: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nejvážnější problém, jaký mám	12	23 %
Působí mi hodně problémů	17	33 %
Působí mi občas problémy	18	35 %
Nepůsobí mi žádné problémy	5	10 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 10: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Dvanáct dotazovaných (23 %) uvedlo, že dýchací potíže jsou největším problémem, který mají, 17 respondentů (33 %) označilo odpověď, že jim působí hodně problémů, 18 osobám (35 %) působí občas problémy a pěti dotázaný (10 %) nepůsobí žádné problémy.

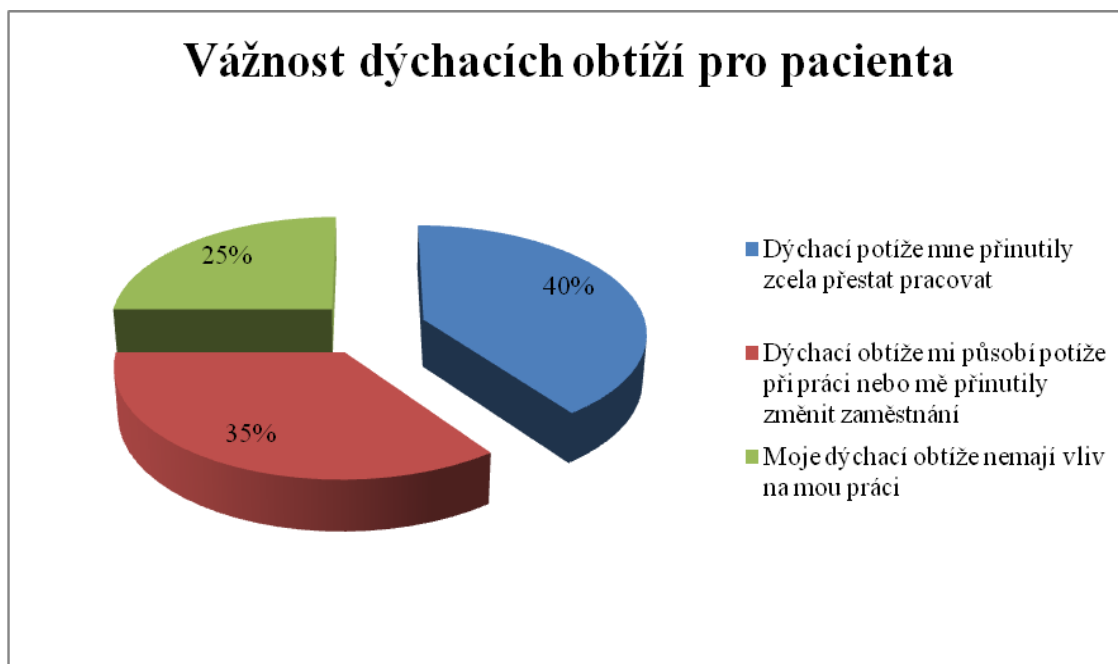
Otázka č. 10: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta v zaměstnání

Tab. 18: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dýchací potíže mne přinutily zcela přestat pracovat	21	40 %
Dýchací obtíže mi působí potíže při práci nebo mě přinutily změnit zaměstnání	18	35 %
Moje dýchací obtíže nemají vliv na mou práci	13	25 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 11: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Dvacet jedna respondentů (40 %) odpovědělo, že je dýchací potíže přinutily zcela přestat pracovat, 18 osobám (35 %) působí dýchací potíže při práci problém anebo z důvodu dýchacích obtíží musely tyto změnit zaměstnání. Naopak 13 osobám (25 %) dýchací obtíže neovlivňují práci žádným způsobem.

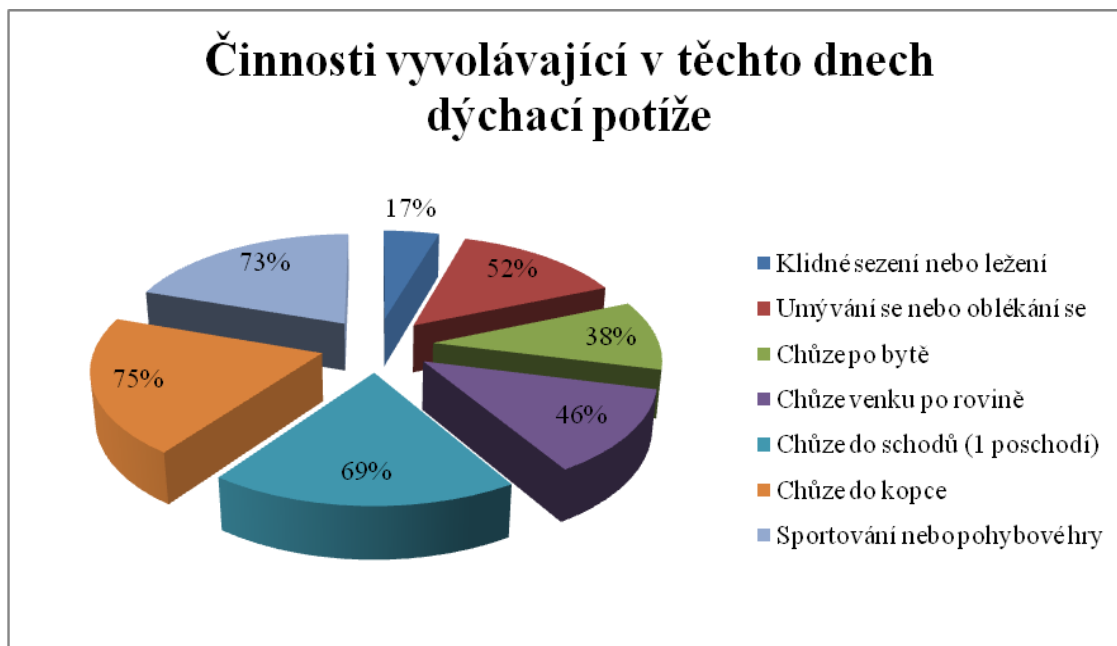
Otázka č. 11: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže

Tab. 19: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže

	Souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Nesouhlasím
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klidné sezení nebo ležení	9	17 %	43	83 %
Umývání se nebo oblékání se	27	52 %	25	48 %
Chůze po bytě	20	38 %	32	62 %
Chůze venku po rovině	24	46 %	28	54 %
Chůze do schodů (1 poschodí)	36	69 %	16	31 %
Chůze do kopce	39	75 %	13	25 %
Sportování nebo pohybové hry	38	73 %	14	27 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 12: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Z celkového počtu 52 respondentů jich devět (17 %) souhlasilo s tím, že klidné ležení nebo sezení u nich vyvolává dýchací obtíže. Dvacet sedm dotázaných (52 %) souhlasilo s tvrzením, že dechové obtíže vyvolává oblékání se nebo umývání se. 20 osob (38 %) uvedlo, že jim dechové potíže vyvolává chůze po bytě. Dvacet čtyři nemocní (46 %) souhlasili s tím, že dechové potíže vyvolává chůze venku po rovině. Třicet šest dotázaných (69 %) odpovědělo, že potíže způsobuje chůze do schodů. Třicet devět respondentů (75 %) souhlasilo s tím, že potíže podněcuje chůze do kopce a třicet osmi jedincům (73 %) vyvolává potíže sportování.

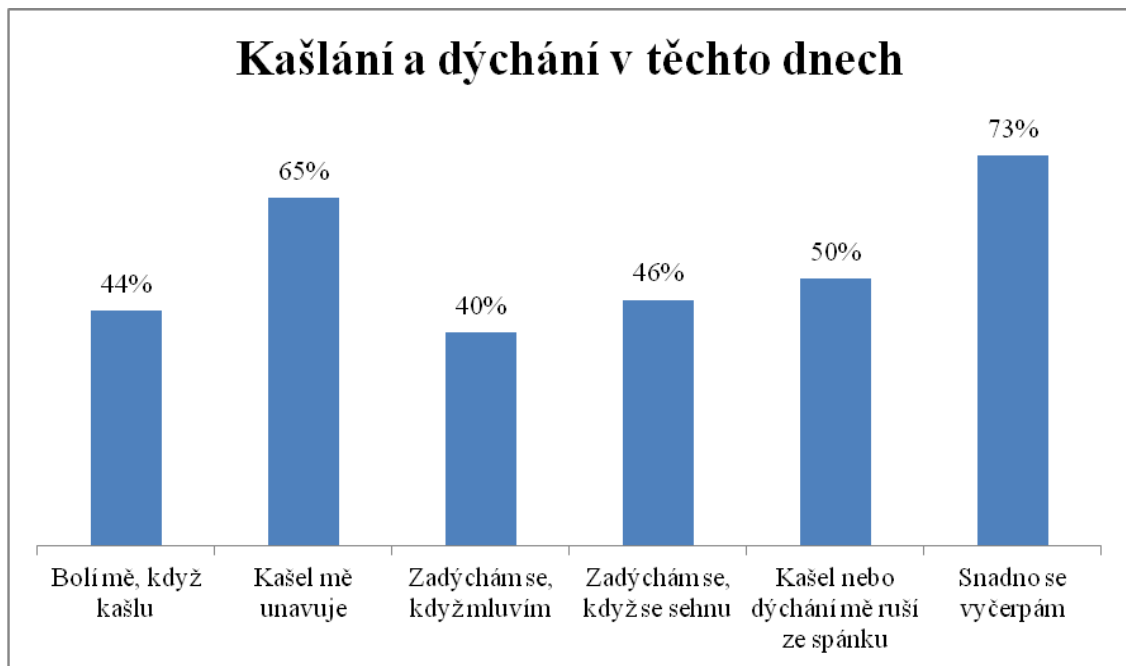
Otázka č. 12: Kašláni a dýchání v těchto dnech

Tab. 20: Kašláni a dýchání v těchto dnech

	Souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Nesouhlasím
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolí mě, když kašlu	23	44 %	29	56 %
Kašel mě unavuje	34	65 %	18	35 %
Zadýchám se, když mluvím	21	40 %	31	60 %
Zadýchám se, když se sehnou	24	46 %	28	54 %
Kašel nebo dýchání mě ruší ze spánku	26	50 %	26	50 %
Snadno se vyčerpám	38	73 %	14	27 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 13: Kašláni a dýchání v těchto dnech



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Dvacet tři respondentů (44 %) uvedlo, že je bolí při kašláni, 34 osob (65 %) odpovědělo, že je kašel unavuje, 21 respondentů (40 %) se při mluvení zadýchává a 24 osob (46 %) se zadýchává při sehnutí. Ze spánku kašel nebo dýchání ruší celou polovinu dotázaných (50 %) a 38 respondentů (73 %) odpovědělo, že se snadno vyčerpá.

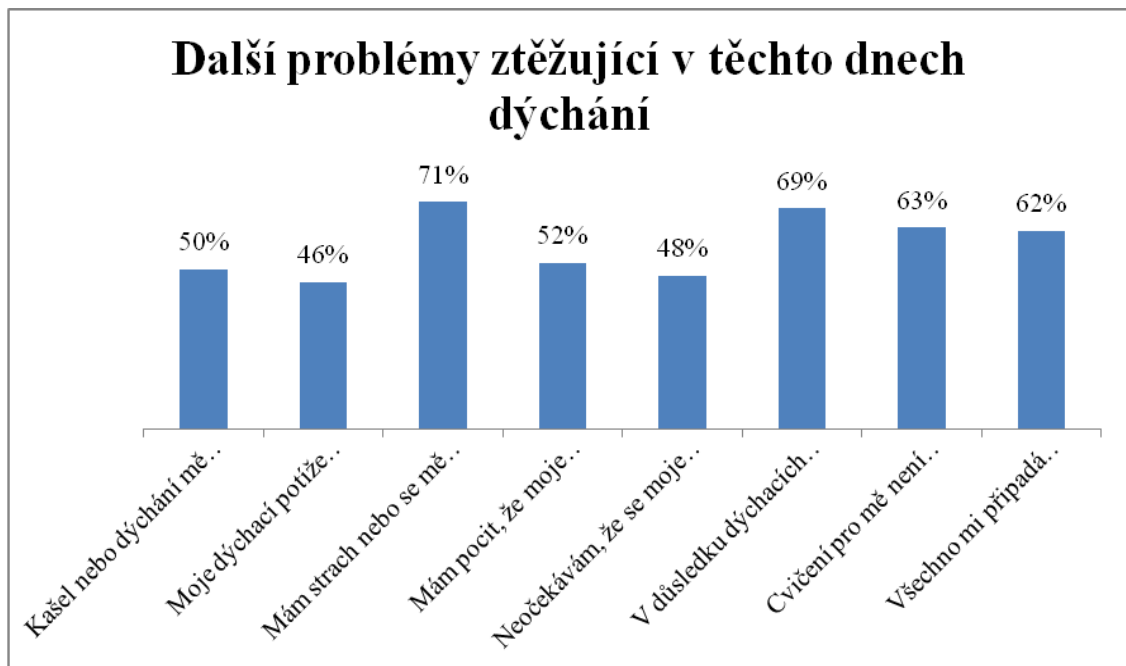
Otázka č. 13: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání

Tab. 21: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání

	Souhlasím Absolutní četnost	Souhlasím Relativní četnost	Nesouhlasím Absolutní četnost	Nesouhlasím Relativní četnost
Kašel nebo dýchání mě na veřejnosti přivádí do rozpaků	26	50 %	26	50 %
Moje dýchací potíže obtěžují mou rodinu, přátele nebo sousedy	22	46 %	30	54 %
Mám strach nebo se mě zmocňuje panika, nemohu-li popadnout dech	37	71 %	15	29 %
Mám pocit, že moje dýchací potíže jsou mimo moji kontrolu	27	52 %	25	48 %
Neočekávám, že se moje dýchací potíže vůbec kdylepší	25	48 %	27	52 %
V důsledku dýchacích obtíží mám chatrné zdraví nebo jsem invalidní	36	69 %	16	31 %
Cvičení pro mě není bezpečné	33	63 %	19	37 %
Všechno mi připadá příliš namáhavé	32	62 %	20	38 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 14: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Celá polovina respondentů (50 %) uvedla, že je kašel nebo dýchání na veřejnosti přivádějí do rozpaků, 22 osob (46 %) odpovědělo, že jejich dýchací potíže obtěžují jejich rodinu, přátele nebo sousedy, 37 respondentů (71 %) má strach nebo se jich zmocňuje panika, pokud nemohou popadnout dech, 27 osob (52 %) má pocit, že jejich dýchací potíže jsou mimo jejich kontrolu, 25 dotázaných (48 %) neočekává, že se jejich dýchací potíže ještě vůbec někdylepší, 36 osob (69 %) má v důsledku dýchacích obtíží chatrné zdraví nebo jsou invalidní. 33 osob (63 %) uvedlo, že cvičení pro ně není bezpečné a 32 respondentům (62 %) připadá všechno namáhavé.

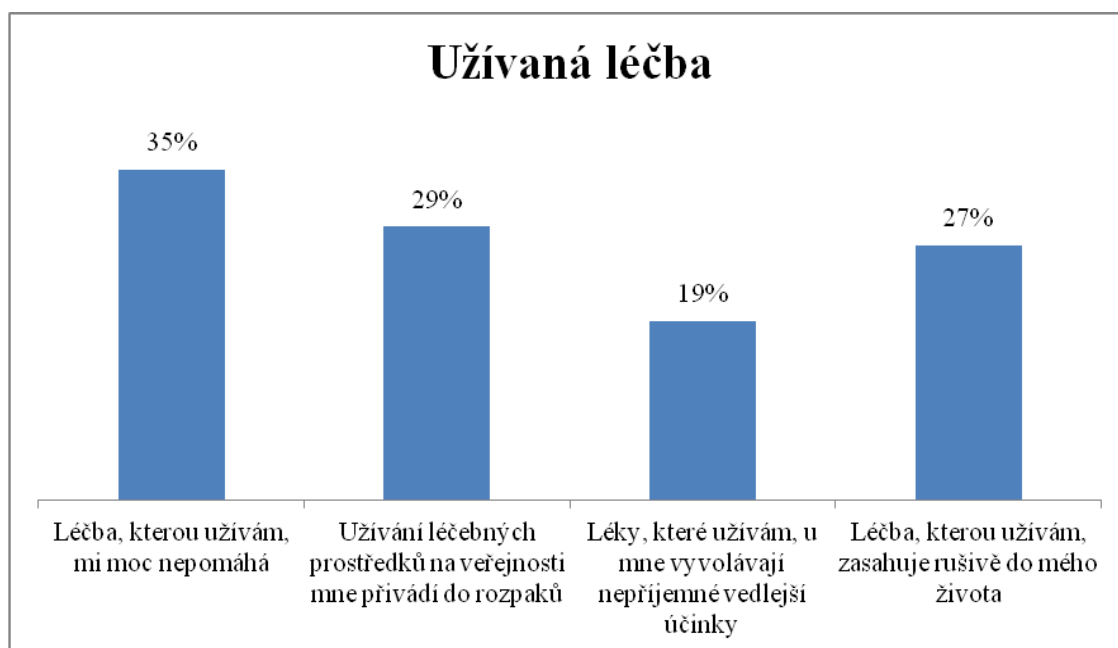
Otázka č. 14: Užívaná léčba

Tab. 22: Užívaná léčba

	Souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Nesouhlasím
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Léčba, kterou užívám, mi moc nepomáhá	18	35 %	34	35 %
Užívání léčebných prostředků na veřejnosti mne přivádí do rozpaků	15	29 %	37	71 %
Léky, které užívám, u mne vyvolávají nepříjemné vedlejší účinky	10	19 %	42	81 %
Léčba, kterou užívám, zasahuje rušivě do mého života	14	27 %	38	73 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 15: Užívaná léčba



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Osmnáct pacientů (35 %), kteří se účastnili výzkumu, uvedlo, že léčba, kterou užívají, jim moc nepomáhá. Patnáct respondentů (29 %) odpovědělo, že užívání léčebných prostředků na veřejnosti je uvádí do rozpaků. Deset jedinců (19 %) napsalo, že léky, jež užívají, u nich vyvolávají nepříjemné vedlejší účinky a 14 osob (27 %) vyznačilo možnost, že léčba, kterou užívají, zasahuje rušivě do jejich života.

Otázka č. 15: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže

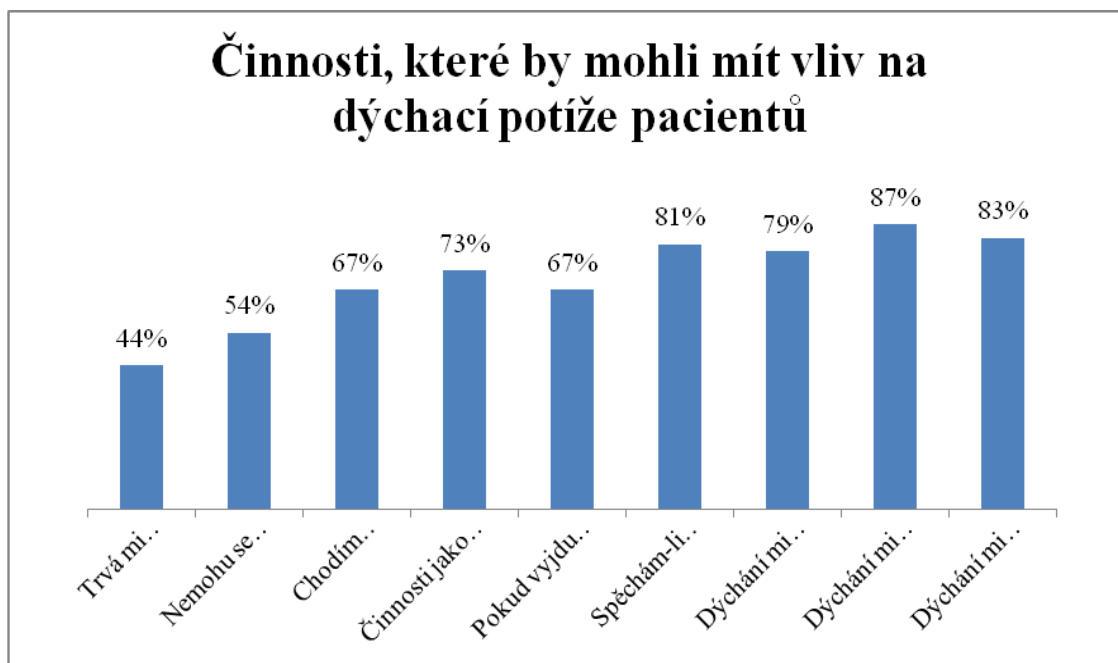
Tab. 23: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže pacientů

	Souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Nesouhlasím
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trvá mi dlouho, než se umyji nebo obleču	23	44 %	29	56 %
Nemohu se koupat nebo sprchovat nebo mi to trvá dlouho	28	54 %	24	46 %
Chodím pomaleji než ostatní lidé, nebo se zastavuji, abych si odpočinul(a)	35	67 %	17	33 %
Činnosti jako např. domácí práce mi trvají dlouho, nebo musím dělat přestávky na odpočinek	38	73 %	14	27 %
Pokud vyjdu jedno poschodí, musím jít pomalu nebo se zastavit	35	67 %	17	33 %
Spěchám-li nebo jdu-li rychle, musím se zastavit nebo zpomalit chůzi	42	81 %	10	19 %
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako chůze do kopce, vynášení věcí do schodů, lehké práce na zahrádce	41	79 %	11	21 %

(jako trhání plevele), tanec, hraní kuželek apod.				
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako nošení těžkých břemen, okopávání na zahrádce nebo odstraňování sněhu, poklus nebo rychlou chůzi (8 km/h), hraní tenisu nebo plavání	45	87 %	7	13 %
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako velmi těžkou tělesnou práci, běh, jízdu na kole, rychlé plavání nebo intenzivní sport	43	83 %	9	17 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 16: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže pacientů



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Dvacet tři respondentů (44 %) souhlasilo s tím, že jim trvá dlouho, než se umyjí nebo oblečou, 28 dotázaných (54 %) souhlasilo s tvrzením, že se nemohou koupat nebo jim to trvá dlouho. Třicet pět osob (67 %) uvedlo, že chodí pomaleji než ostatní lidé nebo se zastavují a odpočinou si. Domácí práce a obdobné činnosti vykonávají s přestávkami nebo trvají dlouho 38 osobám (73 %), 35 dotázaných (67 %) souhlasilo s tím, že při chůzi do prvního poschodí musí zpomalit nebo zastavit. Čtyřicet dva respondenti (81 %) uvedli, že pokud spěchají nebo jdou-li rychle, musejí zastavit nebo zpomalit. Čtyřicet jeden účastník výzkumu (79 %) zaškrtl, že dýchání jim ztěžuje činnosti jako je chůze do kopce, lehké práce na zahrádce, tanec, apod. Dýchání ztěžuje činnosti jako nošení těžkých břemen, okopávání na zahrádce nebo odstraňování sněhu, poklus nebo rychlou chůzi (8 km/h), hraní tenisu nebo plavání 45 dotázaným (87 %) a 43 respondentům (83 %) dýchání ztěžuje činnosti jako velmi těžkou tělesnou práci, běh, jízdu na kole, rychlé plavání nebo intenzivní sport.

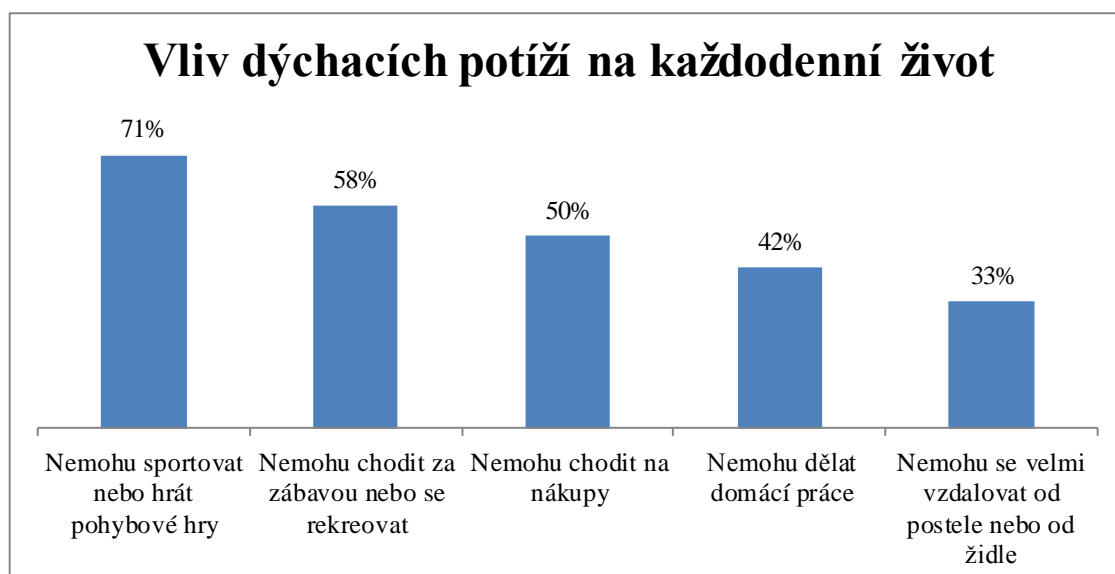
Otázka č. 16: Vliv dýchacích potíží na každodenní život

Tab. 24: Vliv dýchacích potíží na každodenní život

	Souhlasím Absolutní četnost	Souhlasím Relativní četnost	Nesouhlasím Absolutní četnost	Nesouhlasím Relativní četnost
Nemohu sportovat nebo hrát pohybové hry	37	71 %	15	29 %
Nemohu chodit za zábavou nebo se rekreovat	30	58 %	22	42 %
Nemohu chodit na nákupy	26	50 %	26	50 %
Nemohu dělat domácí práce	22	42 %	30	58 %
Nemohu se velmi vzdalovat od postele nebo od židle	18	33 %	37	67 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 17: Vliv dýchacích potíží na každodenní život



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Třicet sedm (71 %) respondentů uvedlo, že nemoc jim nedovolí sportovat ani hrát pohybové hry, 30 osobám (58 %) neumožňuje chodit za zábavou nebo se rekreovat, 26 osob (50 %) nemůže chodit na nákupy a 22 osobám (42 %) neumožňuje účastnit se domácích prací. Celé jedné třetině (18 osob, 33 %) nedovolí se vzdalovat z blízkosti postele či židle.

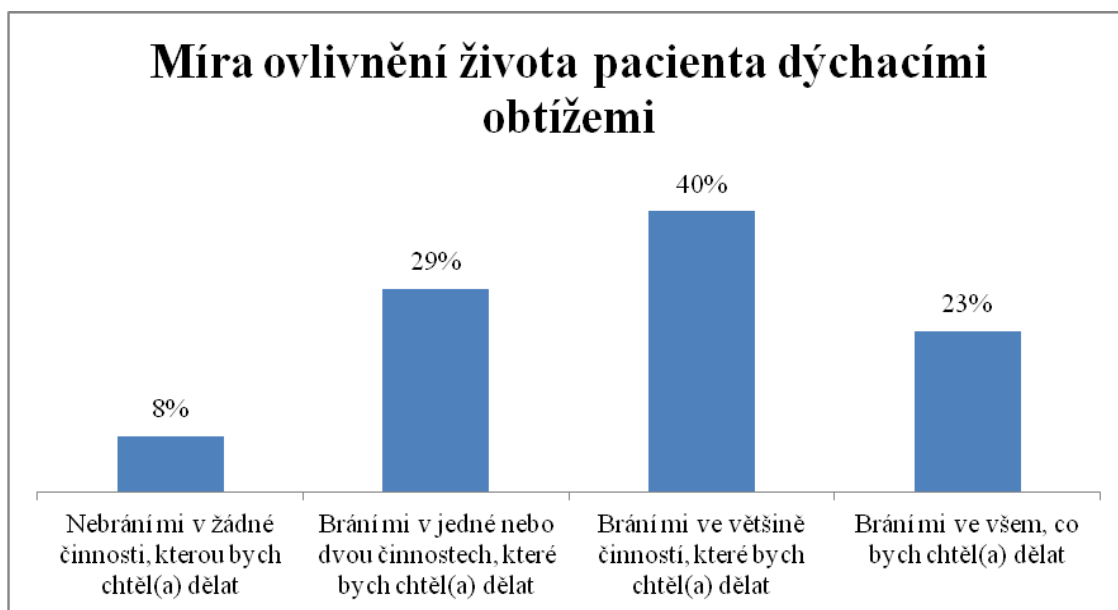
Otázka č. 17: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi

Tab. 25: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nebrání mi v žádné činnosti, kterou bych chtěl(a) dělat	4	8 %
Brání mi v jedné nebo dvou činnostech, které bych chtěl(a) dělat	15	29 %
Brání mi ve většině činností, které bych chtěl(a) dělat	21	40 %
Brání mi ve všem, co bych chtěl(a) dělat	12	23 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Graf 18: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi



Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Čtyři respondenti (8 %) uvedli, že jim dýchací obtíže nebrání v žádné činnosti, kterou by chtěli vykonávat, 15 osobám (29 %) brání v jedné nebo dvou činnostech, 21 dotázanému (40 %) dýchací obtíže brání ve většině činností, které by chtěli dělat, a 12 respondentů (23 %) souhlasilo s tím, že jim dýchací obtíže brání všem, co by chtěli dělat.

U poslední otázky mohli pacienti uvést oblasti, u nichž pociťují obtíže. Této možnosti využilo pouhých 12 respondentů. Uvedené odpovědi se do jisté míry opakovaly, pro pacienty je problematické:

- dojit na wc,
- dojit do jídelny,
- dojit na nákup,
- schůze do prudkého stoupání,
- pohyb do schodů (dvě patra),
- jízda na kole,
- péče o domácnost,
- trávení volného času – ruční práce,
- vycházky a venčení psa,
- houbaření,
- hlídání vnoučat,

- práce na zahradě,
- pobyt v zakouřených místnostech.

Jak bylo uvedeno výše, St. George Respiratory Questionnaire je rozdělen do tří oblastí, a to na otázky týkající se po symptomatických problémech, po obtížích při různých aktivitách a na otázky týkající se na důsledky potíží. Dle těchto kategorií je možné vytvořit průměrná schémata:

- výsledné skóre pro oblast hodnotící symptomy všech pacientů je vypočítáno jako průměr hodnot všech pacientů v kolonce symptomy a jedná se o hodnotu 59,204;
- výsledné skóre pro oblast aktivity všech pacientů je vypočítáno stejně a má hodnotu 63,075;
- výsledné skóre pro oblast důsledků nemoci všech pacientů je vypočítáno stejně a jedná se o hodnotu 53,675.

Celkové výsledné skóre je vypočítáno jako průměr hodnot všech pacientů a jedná se o hodnotu 57,351.

3.4 Výsledky dotazníkového šetření zkoumajícího kvalitu života pacientů podle stádia jejich onemocnění

Vzhledem k tomu, že stadium onemocnění nebylo rozhodujícím faktem pro participaci respondentů na výzkumu, podařilo se nám získat hodnocení kvality života od pacientů ve všech fázích onemocnění. Mezi respondenty byly čtyři pacienti (8 %) v I. stadiu onemocnění, 15 dotázaných (29 %) v II. stadiu, ve III. stadiu bylo 17 pacientů (33 %) a ve IV. stadiu bylo 16 respondentů (30 %).

Tab. 26: Počet respondentů podle jednotlivých stadií nemoci

Stadium nemoci	Počet respondentů	Počet respondentů v %
I. stadium	4	8 %
II. stadium	15	29 %
III. stadium	17	33 %
IV. stadium	16	30 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Vyhodnocení odpovědí v závislosti na jednotlivých stadiích nemoci přináší zajímavější informace o kvalitě života pacientů, neboť umožňuje porovnání jednotlivých stadií a progresu nemoci.

I zde jsme vyhodnotily každou otázku samostatně a následně také v kontextu celkového skóre kvality života pacientů s CHOPN. Výsledné získané hodnoty byly zpracovány podle manuálu k dotazníku SGRQ a podle absolutní četnosti (n_i) a relativní četnosti (%).

Úvodní otázka: Zhodnocení současného zdravotního stavu

Tab. 27: Zhodnocení současného zdravotního stavu v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Velmi dobrý	1	25 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Dobrý	3	75 %	5	33 %	0	0 %	0	0 %
Docela dobrý	0	0 %	7	47 %	6	38 %	3	19 %
Špatný	0	0 %	3	20 %	8	50 %	8	50 %
Velmi špatný	0	0 %	0	0 %	2	12 %	5	31 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V tabulce vidíme sebeevaluaci současného zdravotního stavu v závislosti na stadiu nemoci. V I. stadiu nemoci jeden pacient ohodnotil svůj stav jako velmi dobrý, tři (75 %) jako dobrý, ve II. stadiu pět pacientů (33 %) ohodnotilo stav jako dobrý, sedm (47 %) jako docela dobrý a tři (20 %) jako špatný. Ve III. stadiu šest pacientů (38 %)

udělilo svému stavu hodnotu docela dobrý, osm (50 %) špatný a dva (12 %) velmi špatný. Pacienti IV. stadia vnímají svůj stav jako docela dobrý ve třech případech (19 %), špatný v osmi (50 %) případech a jako velmi špatný v pěti případech (31 %).

Otázka č. 1: Četnost kašlán v posledních čtyřech týdnech

Tab. 28: Kašlal jsem v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Většinu dní v týdnu	0	0 %	0	0 %	7	41 %	10	63 %
Několik dní v týdnu	0	0 %	1	7 %	4	24 %	6	37 %
Několik dní v měsíci	0	0 %	6	40 %	6	35 %	0	0 %
Jen při infekcích	1	25 %	6	40 %	0	0 %	0	0 %
Vůbec ne	3	75 %	2	13 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V I. stadiu nemoci jeden pacient (25 %) kašle jen při infekcích a tři (75 %) nekašlou vůbec, ve II. stadiu dva pacienti (13 %) nekašlou nikdy, šest (40 %) kašle jen při infekcích a stejný počet dotázaných kašle několik dní v měsíci, jeden dotázaný (7 %) kašle několik dní v týdnu. Ve III. stadiu šest pacientů (35 %) kašle několik dní v týdnu, čtyři (24 %) kašlou několik dní v týdnu a sedm (41 %) kašle většinu dní v týdnu. Pacienti IV. stadia kašlou většinu dní v týdnu v deseti případech (63 %) a několik dní v týdnu v šesti případech (37 %).

Otázka č. 2: Četnost vykašlávání v posledních čtyřech týdnech

Tab. 29: Vykašlával jsem v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Většinu dní v týdnu	0	0 %	0	0 %	7	41 %	10	63 %
Několik dní v týdnu	0	0 %	0	0 %	4	24 %	5	31 %
Několik dní v měsíci	0	0 %	6	40 %	5	29 %	1	6 %
Jen při infekcích	1	25 %	4	27 %	1	6 %	0	0 %
Vůbec ne	3	75 %	5	33 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Na otázku jak často v posledních čtyřech týdnech vykašlávali, odpověděli tři dotázaní (75 %) v I. stadiu nemoci, že nevykašlávali vůbec a jeden (25 %) jen při infekcích, ve II. stadiu pět pacientů (33 %) v posledních čtyřech týdnech nekašlalo vůbec, čtyři (27 %) kašlali jen při infekcích a šest dotázaných (40 %) kašlalo několik dní v měsíci. Ve III. stadiu jeden pacient (6 %) vykašlával jen při infekcích, pět pacientů (29 %) vykašlávalo několik dní v měsíci, čtyři (24 %) vykašlávali několik dní v týdnu a sedm (41 %) vykašlávalo většinu dní v týdnu. Pacienti IV. stadia vykašlávali většinu dní v týdnu v deseti případech (63 %), několik dní v týdnu v pěti případech (37 %) a v jednom případě (6 %) několik dní v měsíci.

Otázka č. 3: Nedostatečný dech v posledních čtyřech týdnech

Tab. 30: Nestačil jsem s dechem v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Většinu dní v týdnu	0	0 %	0	0 %	8	47 %	9	56 %
Několik dní v týdnu	0	0 %	1	7 %	5	29 %	7	44 %
Několik dní v měsíci	0	0 %	8	53 %	2	12 %	0	0 %
Jen při infekcích	0	0 %	4	27 %	2	12 %	0	0 %
Vůbec ne	4	100 %	2	13 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Všichni respondenti (100 %) v I. stadiu nemoci odpověděli, že v posledních čtyřech týdnech vždy s dechem stačili, ve II. stadiu dva dotázaní (13 %) vždy s dechem stačili, čtyři (27 %) s dechem nestačili pouze v případech, že trpěli infekcí, osm (53 %) s dechem nestačilo několik dní v měsíci a jeden dotázaný (7 %) s dechem nestačil většinu dní v týdnu. Ve III. stadiu dva (12 %) dotázaní nestačili s dechem při infekcích a další dva několik dní v měsíci. Pět dotázaných (29 %) nestačilo s dechem několik dní v týdnu a téměř polovina (8 dotázaných, 47 %) nestačila s dechem většinu dní v týdnu. Respondenti v poslední IV. stadiu nemoci nestačili s dechem většinu dní v týdnu (9 dotázaných, 56 %) nebo několik dní v týdnu (7 dotázaných, 44%).

Otázka č. 4: Záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech

Tab. 31: Trpěl jsem záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Většinu dní v týdnu	0	0 %	0	0 %	2	12 %	10	63 %
Několik dní v týdnu	0	0 %	0	0 %	5	29 %	4	25 %
Několik dní v měsíci	0	0 %	1	7 %	9	53 %	2	13 %
Jen při infekcích	0	0 %	8	53 %	0	0 %	0	0 %
Vůbec ne	4	100 %	6	40 %	1	6 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

I v tomto případě všichni respondenti (100 %) v I. stadiu nemoci odpověděli, že v posledních čtyřech týdnech netrpěli záchvatem pískotů, ve II. stadiu šest dotázaných (40 %) záchvatem pískotů netrpělo vůbec, osm (53 %) pískoty trpělo pouze v případech, že trpěli infekcí, jeden dotázaný (7 %) s dechem nestačil několik dní v měsíci. Ve III. stadiu jeden (6 %) dotázaný netrpěl záchvaty pískotů vůbec, devět (53 %) jimi trpělo několik dní v měsíci. Pět dotázaných (29 %) záchvaty pískotů trpělo několik dní v týdnu a dva dotázaní (12 %) trpěli pískoty většinu dní v týdnu. V poslední IV. stadiu nemoci dva respondenti (13 %) trpěli pískoty několik dní v měsíci, čtyři (25 %) několik dní v týdnu a deset (63 %) většinu dní v týdnu.

Otázka č. 5: Počet těžkých nebo velmi nepříjemných záchvatů dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech

Tab. 32: Těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty dýchacích obtíží jsem měl v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Více než 3 záchvaty	0	0 %	0	0 %	10	59 %	11	69 %
3 záchvaty	0	0 %	0	0 %	1	6 %	4	25 %
2 záchvaty	0	0 %	2	13 %	5	29 %	1	6 %
1 záchvat	0	0 %	7	47 %	0	0 %	0	0 %
Žádný záchvat	4	100 %	6	40 %	1	6 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V I. stadiu nemoci všichni respondenti (100 %) odpověděli, že v posledních čtyřech týdnech těžkými či velmi nepříjemnými záchvaty netrpěli vůbec, ve II. stadiu šest dotázaných (40 %) taktéž záchvaty netrpělo vůbec, sedm (47 %) mělo jeden záchvat, dva dotázaní (13 %) měli dva záchvaty dýchacích potíží. Ve III. stadiu jeden (6 %) dotázaný netrpěl záchvaty vůbec, pět dotázaných (29 %) utrpělo dva záchvaty, jeden dotázaný (6 %) měl tři záchvaty dýchacích potíží a deset (59 %) mělo více než tři záchvaty. Ve IV. stadiu nemoci jeden dotázaný (6 %) měl dva záchvaty, čtyři respondenti (25 %) utrpěli tři záchvaty a jedenáct (69 %) mělo více než tři záchvaty.

Otázka č. 6: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech

Tuto otázku zodpovídali pouze ti z respondentů, kteří v posledních čtyřech týdnech měli záchvat, jednalo se o 41 dotázaných, devět z II. stadia, 16 z III. stadia a 16 ze stadia III.

Tab. 33: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Týden nebo více	0	0 %	1	6 %	7	44 %
3 nebo více dní	0	0 %	6	38 %	1	6 %
1 nebo 2 dny	2	23 %	9	56 %	3	19 %
Méně než 1 den	7	77 %	0	0 %	5	31 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Na otázku jak dlouho trval nejtěžší záchvat dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech, odpovědělo 41 dotázaných, přičemž u sedmi dotázaných (77 %) ve II. stadiu trval méně než jeden den, u dvou (23 %) trval jeden až dva dny, ve III. stadiu devět dotázaných (56 %) uvedlo, že mělo záchvat jeden nebo dva dny, šest osob (38 %) udalo délku záchvatu jako tři nebo více dní a jedné osobě (6 %) trval záchvat déle než týden. Ve IV. stadiu pět osob (31 %) udalo, že záchvat trval méně než jeden den, tři dotázaní (19 %) měli záchvat jeden nebo dva dny, jeden dotázaný (6 %) měl záchvat tři nebo více dní a u sedmi respondentů (44 %) záchvat trval nejméně týden.

Otázka č. 7: Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech

Tab. 34: Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Žádný dobrý den	0	0 %	0	0 %	4	24 %	4	25 %
1 nebo 2 dobré dny	0	0 %	1	7 %	6	35 %	7	44 %
3 nebo 4 dobré dny	0	0 %	4	27 %	7	41 %	4	25 %
Téměř každý den byl dobrý	1	25 %	10	67 %	0	0 %	1	6 %
Každý den byl dobrý	3	75 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V prvním stadium každý den dobrý měli tři dotázaní (75 %) a jeden respondent (25 %) uvedl, že téměř každý den byl dobrý, ve stadiu II odpovědělo deset dotázaných (67 %), že téměř každý den byl dobrý, čtyři (27 %) měli tři nebo čtyři dobré dny a jeden (7 %) odpověděl, že měl jeden nebo dva dobré dny. Ve III. stadiu sedm (41 %) odpovědělo, že měli tři nebo čtyři dobré dny, šest (35 %) jeden nebo dva dobré dny a čtyři dotázaní (24 %) neměli žádný dobrý den. V posledním stadiu čtyři dotázaní (25 %) měli tři nebo čtyři dobré dny, sedm (41 %) odpovědělo, že mělo jeden nebo dva dobré dny a další čtyři dotázaní (25 %) neměli žádný dobrý den. Zajímavé na odpovědích IV. stadia je to, že jeden pacient (6 %) odpověděl, že téměř každý den byl dobrý.

Otázka č. 8: Jsou-li přítomny pískoty, jsou horší ráno?

Na tuto otázku odpovědělo 37 respondentů, tedy 71 % z celkového počtu dotázaných, a jejich odpovědi v závislosti na stadiu nemoci byly následující.

Tab. 35: Pískoty jsou horší ráno v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Ne	x	x	4	57 %	6	43 %	7	44 %
Ano	x	x	3	43 %	8	57 %	9	56 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Z těch, kteří trpí pískoty, ve II. stadiu tři (43 %) pociťují pískoty horší ráno, a čtyři dotázaní (57 %) nepociťují pískoty horší ráno, ve II. stadiu osm (57 %) udává pískoty horší ráno, naopak šest (43 %) je nemá horší ráno a ve IV. stadiu devět dotázaných (56 %) trpí horšími pískoty ráno a sedm (44 %) neudává ranní zhoršení.

Otázka č. 9: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta

Tab. 36: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Nejvážnější problém, jaký mám	0	0 %	1	7 %	4	24 %	7	44 %
Působí mi hodně problémů	0	0 %	4	27 %	7	41 %	6	38 %
Působí mi občas problémy	1	25 %	8	53 %	6	35 %	3	19 %
Nepůsobí mi žádné problémy	3	75 %	2	13 %	0	0 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V I. stadiu tři dotázaní (75 %) uvedli, že vážnost dýchacích problémů jim nepůsobí žádné problémy, jednomu respondentovi (25 %) působí problémy občas. Ve II. stadiu dvou dotázaným (13 %) nepůsobí žádné problémy, osmi (53 %) působí problémy občas, čtyřem (27 %) působí hodně problémů a v jednom případě (7 %) jde o nejvážnější problém, který dotázaný má. Ve II. stadiu dýchací potíže činí občas problémy šesti dotázaným (35 %), sedmi (41 %) působí hodně problémů a čtyři dotázaní (24 %) odpověděli, že jde o jejich nejvážnější problém. V posledním stadiu tři respondenti (19 %) uvedli, že jim občas dýchací problémy působí potíže, šesti (38 %) působí hodně problémů a u sedmi dotázaných (44 %) jde o nejvážnější problém.

Otázka č. 10: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta v zaměstnání

Tab. 37: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Dýchací potíže mne přinutily zcela přestat pracovat	0	0 %	1	7 %	6	35 %	14	88 %
Dýchací obtíže mi působí potíže při práci nebo mě přinutily změnit zaměstnání	0	0 %	6	40 %	10	59 %	2	13 %
Moje dýchací obtíže nemají vliv na mou práci	4	100 %	8	53 %	1	6 %	0	0 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Všichni respondenti v I. stadiu (4 dotázaní, 100 %) shodně odpověděli, že dýchací potíže neovlivňují jejich práci, ve II. stadiu se jednalo o osm (53 %) dotázaných, ve III. stadiu o jednoho dotázaného (6 %). Dýchací obtíže působí potíže při práci nebo přinutily změnit zaměstnání šest dotázaných (40 %) ve II. stadiu, deset (59 %) ve III. a dva (13 %) ve IV. stadiu. Dýchací potíže pak přinutily zcela přestat pracovat jednoho dotázaného (7 %) v I. stadiu, šest (35 %) ve II. a čtrnáct (88 %) ve IV. stadiu.

Otázka č. 11: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže

Tab. 38: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Klidné sezení nebo ležení	0	0 %	0	0 %	2	12 %	7	44 %
Umývání se nebo oblékání se	0	0 %	1	7 %	12	71 %	14	88 %
Chůze po bytě	0	0 %	1	7 %	6	35 %	13	81 %
Chůze venku po rovině	0	0 %	2	13 %	8	47 %	14	88 %
Chůze do schodů (1 poschodí)	1	25 %	7	47 %	12	71 %	16	100 %
Chůze do kopce	2	50 %	8	53 %	13	76 %	16	100 %
Sportování nebo pohybové hry	2	50 %	8	53 %	12	71 %	16	100 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V I. stadiu respondenti pocítují obtíže pouze při chůzi do prvního poschodí (jeden dotázaný, 25 %), při chůzi do kopce a při sportování a pohybových hrách (shodně dva dotázaní, 50 %). Ve II. stadiu jeden dotázaný (7 %) pocítuje problémy při umývání nebo oblékání se a při chůzi po bytě, dva (13 %) při chůzi venku po rovině, sedm (47 %) při chůzi do prvního poschodí, a osm (53 %) při chůzi do kopce a při sportování a pohybových hrách. III. stadium již vykazuje situaci značně horší, dva dotázaní (12 %) mají problémy při klidném sezení či ležení, dvanáct (71 %) při umývání nebo oblékání se, šest (35 %) při chůzi po bytě, osm (47 %) při chůzi venku po rovině, dvanáct (71 %) při chůzi do schodů, 13 (76 %) při chůzi do kopce a při sportování a pohybových hrách pocítuje problémy 12 dotázaných (71 %). IV. stadium je již téměř kompletně postiženo velkými dýchacími problémy. Sedm dotázaných osob (44 %) má problémy při klidném sezení či ležení, čtrnáct (88 %) při umývání nebo oblékání se a při chůzi po venku po rovině, třináct (81 %) při chůzi po bytě, šestnáct (100 %) respondentů pak chodí do schodů a do kopce s dýchacími problémy a také nemohou sportovat.

Otázka č. 12: Kašláni a dýchání v těchto dnech

Tab. 39: Kašláni a dýchání v těchto dnech v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	stadium							
	n_i	%	n	%	n_i	%	n_i	%
Bolí mě, když kašlu	0	0 %	4	27 %	8	47 %	11	69 %
Kašel mě unavuje	0	0 %	8	53 %	12	71 %	14	88 %
Zadýchám se, když mluvím	0	0 %	1	7 %	7	41 %	13	81 %
Zadýchám se, když se sehnu	1	25 %	2	13 %	8	47 %	13	81 %
Kašel nebo dýchání mě ruší ze spánku	1	25 %	5	33 %	7	41 %	13	81 %
Snadno se vyčerpám	2	50 %	8	53 %	12	71 %	16	100 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Snadno se vyčerpají dva dotázaní (50 %) v I. stadiu, osm (53 %) ve stadiu II., dvanáct (71 %) ve stadiu III a všichni respondenti (16 dotázaných, 100 %) ve stadiu IV. Kašel nebo dýchání ruší ze spánku jednoho (25 %) ve stadiu I, pět (33 %) ve II. stadiu, sedm respondentů (41 %) ve stadiu III a třináct respondentů (81 %) ve stadiu IV. Jedna osoba (25 %) v I. stadiu označila, že se zadýchává při sehnutí, ve II. stadiu to pak byly již dvě osoby (13 %), osm (47 %) z III. stadia a třináct (81 %) ve stadiu IV. Při mluvení se zadýchává jedna osoba (7 %) ve stadiu II., sedm osob (41 %) ve stadiu III. a třináct (81 %) ve stadiu IV. Čtyři respondenti (27 %) ve II. stadiu, osm (47 %) v III. stadiu a jedenáct (69 %) ve IV. stadiu uvedlo, že je bolí při kašláni, a kašel unavuje osm (53 %) pacientů ve II. stadiu, dvanáct (71 %) ve III. a čtrnáct (88 %) ve IV.

Otázka č. 13: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání

Tab. 40: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Kašel nebo dýchání mě na veřejnosti přivádí do rozpaků	0	0 %	6	40 %	9	53 %	11	69 %
Moje dýchací potíže obtěžují mou rodinu, přátele nebo sousedy	0	0 %	4	27 %	8	47 %	10	63 %
Mám strach nebo se mě zmocňuje panika, nemohu-li popadnout dech	2	50 %	9	60 %	10	59 %	16	100 %
Mám pocit, že moje dýchací potíže jsou mimo moji kontrolu	0	0 %	3	20 %	8	47 %	16	100 %
Neočekávám, že se moje dýchací potíže vůbec kdylepší	0	0 %	4	27 %	7	41 %	14	88 %
V důsledku dýchacích obtíží mám chatrné zdraví nebo jsem invalidní	0	0 %	8	53 %	13	76 %	15	94 %
Cvičení pro mě není bezpečné	1	25 %	7	47 %	10	59 %	15	94 %
Všechno mi připadá příliš namáhavé	0	0 %	2	13 %	14	82 %	16	100 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V I. stadiu se dotazovaní kladně vyjádřili pouze k tomu, že mají strach nebo se jich zmocňuje panika, nemohou-li popadnout dech, a to ve dvou případech (50 %), a v jednom případě (25 %) byla označena odpověď, že cvičení není pro respondenta bezpečné. Ve II. stadiu se šest osob (40 %) na veřejnosti z důvodu kašle či dýchání cítí

v rozpacích, kdežto ve III. stadiu je to devět osob (53 %) a ve IV. stadiu již jedenáct osob (69 %). Kladně na otázku Moje dýchací potíže obtěžují mou rodinu, přátele nebo sousedy odpověděli čtyři dotázaní (27 %) v II. stadiu, osm (47 %) ve III. stadiu a deset (63 %) v IV. stadiu. Strach nebo záchvat paniky, nemohou-li popadnout dech, mají dva dotázaní (50 %) v I. stadiu, devět (60 %) ve II. stadiu, deset (59 %) ve III. stadiu a všichni (100 %) pacienti ve stadiu IV. Stejně všichni ve IV. stadiu mají pocit, že jejich dýchací potíže jsou mimo jejich kontrolu. To samé si myslí osm dotázaných (47 %) ve III. stadiu a tři (20 %) ve stadiu II. Čtyři dotázaní (27 %) ve II. stadiu se domnívají, že jejich dýchací potíže se už nikdy nezlepší, ten stejný názor má sedm respondentů (41 %) ve stadiu III. a čtrnáct (88 %) ve stadiu IV. V důsledku dýchacích obtíží má chatrné zdraví nebo je invalidních osm dotázaných pacientů (53 %) ve II. stadiu nemoci, 13 (76 %) ve III. stadiu a celých 94 % (15 dotázaných) ve stadiu IV. Ačkoliv je vhodné, aby pacienti přiměřeně cvičili, jeden pacient (25 %) z I. stadia, sedm (47 %) z II., deset (59 %) ve III. a patnáct (94 %) ze stadia IV. označili, že cvičení pro ně není bezpečné. Život s CHOPN jak namáhavý ve všech životních oblastech označili dva dotázaní (13 %) ve stadiu II., čtrnáct (82 %) ve stadiu III. a všichni pacienti (100 %) ve stadiu IV. nemoci.

Otázka č. 14: Užívaná léčba

Tab. 41: Užívaná léčba v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Léčba, kterou užívám, mi moc nepomáhá	0	0 %	4	27 %	5	29 %	9	56 %
Užívání léčebných prostředků na veřejnosti mne přivádí do rozpaků	1	25 %	4	27 %	3	18 %	7	44 %
Léky, které užívám, u mne vyvolávají nepříjemné vedl. účinky	1	25 %	2	13 %	2	12 %	5	31 %
Léčba, kterou užívám, zasahuje rušivě do mého života	0	0 %	3	20 %	4	24 %	7	44 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Čtyři pacienti (27 %) II. stadia, pět (29 %) III. stadia a devět pacientů (59 %) IV. stadia, kteří se účastnili výzkumu, uvedlo, že léčba, kterou užívají, jim moc nepomáhá.

Jeden dotázaný (25 %) ze stadia I., čtyři (27 %) ze stadia II., tři (18 %) ze stadia III. a sedm (44 %) ze stadia IV. odpovědělo, že užívání léčebných prostředků na veřejnosti je uvádí do rozpaků. Jeden dotázaný (25 %) ze stadia I., dva (13 %) shodně ze stadia II. a III. a pět (31 %) ze stadia IV. napsalo, že léky, jež užívají, u nich vyvolávají nepříjemné vedlejší účinky a tři osoby (20 %) v II. stadiu, čtyři (24 %) ve III. stadiu a sedm (44 %) ve IV. stadiu zvolilo možnost, že léčba, kterou užívají, zasahuje rušivě do jejich života.

Otázka č. 15: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže

Tab. 42: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže pacientů v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Trvá mi dlouho, než se umyji nebo obleču	0	0 %	5	33 %	7	41 %	11	69 %
Nemohu se koupat nebo sprchovat nebo mi to trvá dlouho	1	25 %	5	33 %	9	53 %	13	81 %
Chodím pomaleji než ostatní lidé, nebo se zastavuji, abych si odpočinul(a)	1	25 %	8	53 %	14	82 %	12	75 %
Činnosti jako např. domácí práce mi trvají dlouho, nebo musím dělat přestávky na odpočinek	1	25 %	7	47 %	14	82 %	16	100 %
Pokud vyjdu jedno poschodí, musím jít pomalu nebo se zastavit	1	25 %	8	53 %	11	65 %	15	94 %
Spěchám-li nebo jdu-li rychle, musím se zastavit nebo zpomalit chůzi	1	25 %	9	60 %	16	94 %	16	100 %
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako chůzi do kopce,	1	25 %	11	73 %	15	88 %	14	88 %

vynášení věcí do schodů, lehké práce na zahrádce (jako trhání plevele), tanec, hraní kuželek apod.								
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako nošení těžkých břemen, okopávání na zahrádce nebo odstraňování sněhu, poklus nebo rychlou chůzi (8 km/h), hraní tenisu nebo plavání	2	50 %	11	73 %	16	94 %	16	100 %
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako velmi těžkou tělesnou práci, běh, jízdu na kole, rychlé plavání nebo intenzivní sport	2	50 %	13	87 %	13	76 %	15	94 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Pět dotázaných (33 %) v II. stadiu, sedm (41 %) ve III. a jedenáct (69 %) ve IV. souhlasilo s tím, že jim trvá dlouho, než se umyjí nebo oblečou. Jeden dotázaný (25 %) v I. stadiu, pět (33 %) v II. stadiu, devět (53 %) ve III. a třináct (81 %) ve IV. souhlasilo s tvrzením, že se nemohou koupat nebo jim to trvá dlouho. Jeden dotázaný (25 %) v I. stadiu, osm (53 %) v II. stadiu, čtrnáct (82 %) ve III. a dvanáct (75 %) ve IV. uvedlo, že chodí pomaleji než ostatní lidé nebo se zastavují a odpočinou si. Domácí práce a obdobné činnosti vykonávají s přestávkami nebo trvají dlouho jedné osobě (25 %) v I. stadiu, sedmi dotázaným (47 %) v II. stadiu, čtrnácti (82 %) ve III. a všem šestnácti (100 %) ve IV. Jeden (25 %) v I. stadiu, osm (53 %) v II. stadiu, jedenáct (65 %) ve III. a patnáct (94 %) ve IV. souhlasilo s tím, že při chůzi do prvního poschodí musí zpomalit nebo zastavit. Jeden (25 %) v I. stadiu, devět (60 %) v II. stadiu, šestnáct (94 %) ve III. a opět všech šestnáct (100 %) ve IV. uvedlo, že pokud spěchají nebo jdou-li rychle, musejí zastavit nebo zpomalit. Jeden (25 %) v I. stadiu, jedenáct (73 %) v II. stadiu, patnáct (88 %) ve III. a čtrnáct (88 %) ve IV. zaškrtnulo, že dýchání jim ztěžuje činnosti jako je chůze do kopce, lehké práce na zahrádce, tanec, apod. Dýchání ztěžuje činnosti jako nošení těžkých břemen, okopávání na zahrádce nebo odstraňování

sněhu, poklus nebo rychlou chůzi (8 km/h), hraní tenisu nebo plavání dvěma dotázaným (50 %) v I. stadiu, jedenácti (73 %) ve II. stadiu, šestnácti (94 %) ve III. a všem dotázaným (100 %) ve IV. stadiu. Dva respondenti (50 %) I. stadia, třináct (84 %) II. stadia, třináct (76 %) III. stadia a 94 % (15 dotázaných) uvedlo, že jim dýchání ztěžuje činnosti jako velmi těžkou tělesnou práci, běh, jízdu na kole, rychlé plavání nebo intenzivní sport

Otázka č. 16: Vliv dýchacích potíží na každodenní život

Tab. 43: Vliv dýchacích potíží na každodenní život v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%
Nemohu sportovat nebo hrát pohybové hry	0	0 %	9	60 %	13	76 %	15	94 %
Nemohu chodit za zábavou nebo se rekreovat	0	0 %	4	27 %	12	71 %	14	88 %
Nemohu chodit na nákupy	0	0 %	3	30 %	10	59 %	13	81 %
Nemohu dělat domácí práce	0	0 %	2	13 %	8	47 %	12	75 %
Nemohu se velmi vzdalovat od postele nebo od židle	0	0 %	1	7 %	5	29 %	12	75 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Devět respondentů (60 %) v II. stadiu uvedlo, že nemůže sportovat nebo hrát pohybové hry, čtyři (27 %) nemohou chodit za zábavou nebo se rekreovat, tři (30 %) si netroufnou chodit na nákupy, dva (13 %) nemohou vykonávat domácí práce a jeden (7 %) se nemůže velmi vzdalovat od postele nebo od židle. Ve III. stadiu třináct respondentů (76 %) odpovědělo, že nemůže sportovat nebo hrát pohybové hry, dvanáct (71 %) nemůže chodit za zábavou nebo se rekreovat, deset (59 %) si netroufne chodit na nákupy, osm (47 %) nemůže vykonávat domácí práce a pět (29 %) se nemůže velmi vzdalovat od postele nebo od židle. Patnáct respondentů (94 %) v IV. stadiu pak označilo, že nemůže sportovat nebo hrát pohybové hry, čtrnáct (88 %) nemůže chodit za zábavou nebo se rekreovat, třináct (81 %) si netroufne chodit na nákupy, dvanáct

(75 %) nemůže vykonávat domácí práce ani se nemůže velmi vzdalovat od postele nebo od židle.

Otázka č. 17: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi

Tab. 44: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium		II. stadium		III. stadium		IV. stadium	
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Nebrání mi v žádné činnosti, kterou bych chtěl(a) dělat	3	75 %	1	7 %	0	0 %	0	0 %
Brání mi v jedné nebo dvou činnostech, které bych chtěl(a) dělat	1	25 %	11	73 %	2	12 %	1	6 %
Brání mi ve většině činností, které bych chtěl(a) dělat	0	0 %	3	20 %	11	65 %	7	44 %
Brání mi ve všem, co bych chtěl(a) dělat	0	0 %	0	0 %	4	24 %	8	50 %

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

Třem respondentům (75 %) v I. stadiu a jednomu (7 %) ve II. stadiu dýchací obtíže nebrání v žádné činnosti, kterou by chtěli vykonávat, jedné osobě (25 %) v I. stadiu a jedné (6 %) ve IV. stadiu, jedenácti (73 %) ve II. stadiu a dvěma (12 %) ve III. stadiu brání nemoc v jedné nebo dvou činnostech. Třem dotázaným (20 %) ve II. stadiu, jedenácti (65 %) ve III. stadiu a sedmi (44 %) ve IV. stadiu dýchací obtíže brání ve většině činností, které by chtěli dělat, a čtyři osoby (24 %) ve III. stadiu a osm (50 %) ve IV. stadiu souhlasilo s tím, že jim dýchací obtíže brání všem, co by chtěli dělat.

Pro jednotlivá stadia jsme vypočítali výsledná průměrná skóre:

Tab. 45: Výsledná průměrná skóre v závislosti na stadiích nemoci

	I. stadium	II. stadium	III. stadium	IV. stadium
Skóre pro oblast hodnotící symptomy	2,78	31,56	72,92	84,27
Skóre pro oblast aktivity	23,91	41,54	64,41	87,46
Skóre pro oblast důsledků nemoci	9,14	31,09	56,66	80,98
PRŮMĚRNÉ CELKOVÉ SKÓRE	12,56	34,33	61,71	83,49

Zdroj: Vlastní šetření autorky práce.

V tab. 48 vidíme výsledná průměrná skóre v závislosti na stadiích nemoci a je patrné, že v I. stadiu nemoc není vnímána jako velká životní komplikace. V oblasti hodnocení symptomů pacienti v I. stadiu průměrně získali hodnotu 2,78 bodu a v oblasti důsledků nemoci 9,14 bodu. Tato nízká hodnota obou skóre je pravděpodobně způsobena skutečností, že nemoc ještě nevykazuje mnoho příznaků a nelimituje pacienta v běžném životě. Ten také dobře reaguje na medikaci a symptomy tak snadno mizí či se výrazně zmenšují. V oblasti skóre aktivity je hodnota již mnohem větší, a to 23,91 bodu. Domníváme se, že tento patrný rozdíl je způsoben skutečností, že pacient – ač s vhodnou medikací – již není schopen stejných aktivit jako dříve a toto vnímá mnohem výrazněji, jako mnohem více limitující skutečnost. Průměrné celkové skóre pro I. stadium je tak 12,56 bodu.

Ve II. stadiu jsou již skóre vyrovnanější, v oblast hodnotící symptomy jde o hodnotu 31,56, v oblasti aktivity 41,54 a v oblasti důsledků nemoci 31,09. Průměrné celkové skóre pro II. stadium je 34,33 bodu. I ve II. stadiu respondenti označili odpovědi takovým způsobem, že jejich vyhodnocení ukázalo horší kvalitu života z pohledu aktivit.

Ve III. stadiu jsou patrné větší rozdíly v jednotlivých skóre, oblast hodnotící symptomy má hodnotu 72,92, v oblasti aktivity jde o hodnotu 64,41 a v oblasti důsledků nemoci 56,66. Průměrné celkové skóre pro III. stadium je 61,71 bodu. Ve vyhodnocení III. stadia je viditelné, že nejvyšší negativní hodnoty získala oblast symptomů. Je

evidentní, že v tomto stadiu již pacienti mají mnoho různých symptomů, jejich celkový zdravotní stav se zhorčuje a medikace i ostatní formy terapie mohou být nedostačující. Naopak v oblasti aktiv není nárůst oproti I. a II. stadiu. Domníváme se, že v tomto stadiu si již pacienti zvykli a smířili se s vlastní omezenou fyzickou aktivitou, kterou již nevnímají tak negativně, avšak naopak je trápí více symptomy nemoci, jak ukázalo skóre symptomů. Nejnižší průměrnou hodnotu má skóre důsledků nemoci, což si vysvětlujeme jednak tím, že pacienti se již méně pohybují na veřejnosti, kde by mohli být pozorováni, a jednak skutečností, že si jejich okolí již na nemoc a její důsledky přivyklo a nepovažuje je za tolik zajímavé či zvláštní.

IV. stadium je evidentně stadiem s nejhorší subjektivně hodnocenou kvalitou života. V oblasti hodnocení symptomů pacienti v IV. stadiu průměrně získali hodnotu 84,27 bodu, v oblasti aktivity 87,46 a v oblasti důsledků nemoci 80,98 bodu. Průměrné celkové skóre pro IV. stadium je 83,49 bodu. Ve IV. stadiu se ještě více snížil rozdíl průměrných skóre jednotlivých oblastí, i zde je však nejhůře hodnocená oblast aktivity. Je evidentní, že pacienti již nemohou či nezvládnou vykonávat běžné aktivity, a to ani například v oblasti sebezpečí, jako je vlastní hygiena, apod.

3.5 Diskuze

Výzkum ověřovat platnost čtyř výzkumných hypotéz.

Výzkumná hypotéza č. 1 předpokládala, že všichni pacienti s CHOPN pociťují některý typ dýchacích obtíží. Konkrétně se jednalo o okruh otázek mapující obtíže s dýcháním v posledních čtyřech týdnech, soubor otázek mapující vliv dýchacích obtíží na život nemocného a okruh otázek týkající se kašle a dýchacích obtíží. Významným faktorem byla také léčba, kterou pacient podstupuje.

Dýchací obtíže, jako jsou dušnost, kašel, vykašlávání sputa, jsou důsledkem bronchiální obstrukce a hyperinflace a patří mezi typické projevy CHOPN, stejně jako pískoty, snížení tolerance fyzické zátěže, atd. Je však třeba pamatovat na to, jak uvádí Salajka (2006), že kategorie dušnosti je svým způsobem neobjektivní, protože je do velké míry ovlivňována vynaloženým úsilím pacienta, který již zná své meze, svou toleranci námahy a tedy i hranici dušnosti. Na druhou stranu je třeba oblast dušnosti brát velmi vážně, neboť podle zjištění Klikarové (2008) je kvalita života je u nemocných

s chronickou obstrukční plicní nemocí zhoršena právě zejména v důsledku dušnosti, kterou nejprve pocítují samotní nemocní a později je pozorována i objektivně prostřednictvím druhých.

V návaznosti na tyto příznaky byla zjišťována přítomnost kašle u respondentů jako jednoho z hlavních příznaků CHOPN v posledních čtyřech týdnech. Celkem 90 % respondentů uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech kašlem trpělo, přičemž 33 % trpělo kašlem většinu dnů v týdnu, tedy mělo kašel v nejtěžší formě. Dvacet jedno procento mělo kašel několik dní v týdnu, 23 % kašlalo několik dní v měsíci, 13 % dotázaných kašlalo jen při infekcích. Pouhých pět osob (10 %) v posledních čtyřech týdnech nekašlalo vůbec. Právě chronický kašel patří mezi první příznaky CHOPN, v počátečních stádiích nemoci bývá intermitentní, vyskytuje se občas a s postupující progresy nemoci se vrací a získává na intenzitě. Někdy bývá kašel bez produkce sputa (neproduktivní), v produktivní se kašel mění v průběhu exacerbace.

Četnost vykašlávání hlenů u respondentů ukazuje, že 85 % respondentů v posledních čtyřech týdnech hlenu vykašlávalo. Z toho 33 % respondentů vykašlávalo hlenu většinu dní v týdnu, 17 % respondentů několik dní v týdnu, 23 % respondentů vykašlovalo několik dní v měsíci a 12 % respondentů vykašlávalo hlenu pouze při infekcích dýchacích cest. Patnáct procent respondentů hlenu nevykašlávalo vůbec, což odpovídá skutečnosti, že pacienti zejména v počátečním stadiu nemoci hlenu nevykašlávají vůbec a tento příznak se může objevit až v pozdějším stadiu nemoci.

Podobně byli respondenti tázáni na nedostatečný dech v posledních čtyřech týdnech, a to bez specifikace aktivity. Celých 88 % dotázaných odpovědělo, že v posledních čtyřech týdnech nestačilo s dechem, přičemž 33 % uvedla, že nestačila s dechem většinu dní v týdnu, 25 % osob nestačilo s dechem několik dní v týdnu, 19 % respondentů několik dní v měsíci a 12 % nestačilo s dechem při infekcích. Stejný počet respondentů (12 %) uvedl, že za poslední čtyři týdny neměl pocit, že by nestačil s dechem.

Mezi dýchací potíže vyskytující se u CHOPN patří také záchvaty pískotů, jak zdůrazňuje Zatloukal (2007). Celých 79 % dotázaných uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech trpělo záchvaty pískotů, z čehož 23 % dotázaných odpovědělo, že pískoty trpělo většinu dní v týdnu, 17 % respondentů několik dní v týdnu, 23 % dotázaných trpělo záchvaty pískotů několik dní v měsíci, 15 % pouze při infekcích. Dvacet jedno procento uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech záchvaty pískotů netrpělo vůbec. Ti,

kteří záchvaty pískotů trpěli, dále uvedli, že v 48 % případů jsou jejich záchvaty pískotů horší ráno.

Pacienti ohodnotili vážnost svých dýchacích potíží a celých 90 % uvedlo, že dýchací potíže jim činí problémy. Pro 23 % dotázaných jsou dýchací potíže tím největším problémem, který mají, 33 % respondentů označilo odpověď, že jim působí hodně problémů, 35 % osob působí občas problémy. Pouhým 10 % dotázaných nepůsobí žádné problémy.

Z odpovědí respondentů týkajících se jednotlivých konkrétních obtíží je patrné, že tyto oblasti respondentům velké potíže nečiní, protože ve většině případů byly odpovědi velmi vyrovnané. Výjimkou ovšem byly odpovědi respondentů na tvrzení „kašel mě unavuje“ a tvrzení „snadno se vyčerpám“, kde souhlas s tvrzením je výrazný, v prvním případě 65 %, u druhého tvrzení 73 %. Jak uvádí Navrátil (2008), únava bývá u pacientů s CHOPN přítomna velmi často a její míra závisí na jejich aktuálním stavu a projevech nemoci. Podobně tuto skutečnost popisuje Salajka (2006), když píše, že vnímání únavy u osob v méně pokročilém stadiu CHOPN bývá spojováno spíše s pocitem nižší fyzické výkonnosti než s dýchacími obtížemi.

Porovnáním množství těžkých nebo velmi nepříjemných záchvatů dýchacích obtíží v posledních čtyřech týdnech zjistíme, že celých 79 % dotázaných v posledních čtyřech týdnech prodělalo alespoň jeden těžký nebo velmi nepříjemný záchvat dýchacích obtíží. Ze všech respondentů jich 40 % uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech mělo více než tři záchvaty, u těchto respondentů můžeme konstatovat, že průběh jejich onemocnění je nejtěžší, a to z důvodu výskytu exacerbací. Deset procent mělo tři záchvaty, 15 % pacientů prodělalo dva těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty, 13 % mělo jeden záchvat. Zcela bez záchvatu dýchacích obtíží bylo 21 % dotázaných.

O stadiu nemoci vypovídá délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží. Celá pětina dotázaných odpověděla, že záchvat trval nejméně týden, 17 % udalo délku záchvatu jako tři nebo více dní, 34 % měla záchvat jeden nebo dva dny a 29 % dotázaných uvedlo, že záchvat trval méně než jeden den. Podobně o stadiu a rozsahu onemocnění vypovídá i počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech. Patnáct procent osob uvedlo, že v posledních čtyřech týdnech nemělo žádný dobrý den pouze s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu, 27 % respondentů mělo jeden nebo dva dobré dny, 29 % osob mělo tři nebo čtyři dobré dny, 23 % dotázaných uvedlo, že téměř každý den byl dobrý a pouhých 6 % mělo každý den dobrý.

Počet exacerbací a jejich celková délka trvání jsou jedním ze základních hodnotících kritérií závažnosti onemocnění. Zvýšení intenzity příznaků choroby, přičemž exacerbace je typickým příznakem, je jedním z kritérií možné hospitalizace (Kašák, Koblížek, 2008). Je však třeba mít na paměti, že pokud respondenti uvádějí nižší frekvenci příznaků anebo přímo bezpříznakovost onemocnění, neznamená to, že žádné obtíže nepocítují nebo zanedlouho nebudou pociťovat.

Z vyhodnocení dotazníku je patrné, že CHOPN má u každého nemocného individuální progresy a proto ne všichni pacienti mají stejný průběh onemocnění. Jedním z obecných cílů léčby je zpomalení rozvoje nemoci a zmenšení příznaků onemocnění, eliminace komplikací a důsledků nemoci, prodloužení života, apod. (Koblížek et al., 2013).

Součástí dotazníku je i dotaz zjišťující účinky léčby a potažmo její vliv na sociální život pacientů. Třetina pacientů se domnívá, že léčba, kterou užívají, jim moc nepomáhá a není tedy účinná. U těchto pacientů se můžeme domnívat, že průběh jejich nemoci bude mít subjektivně vnímaný negativnější vývoj a hrozí zde negativní dopady i například v podobě depresí či úzkostí.

Na základě výše uvedených vyhodnocení a analýz odpovědí můžeme považovat **výzkumnou hypotézu č. 1 za potvrzenou**, všichni pacienti s CHOPN pociťují některý typ dýchacích obtíží.

Druhá výzkumná hypotéza předpokládala, že alespoň tři čtvrtiny pacientů s CHOPN pociťují obtíže v oblasti běžných denních aktivit a činností. K verifikaci této hypotézy se vztahují otázky zabývající se vlivem dýchacích potíží na každodenní život a některé podotázky ze seznamu zkoumajícího vliv potíží na všední činnosti a aktivity.

Celých 75 % pacientů bylo nuceno v zavislosti na dýchacích obtížích změnit práci či ji zdravotnímu stavu přizpůsobit. Čtyřicet procent respondentů odpovědělo, že je dýchací potíže přinutily zcela přestat pracovat a 35 % působí dýchací potíže při práci problém, anebo z důvodu dýchacích obtíží musely tyto osoby změnit zaměstnání. Naopak 25 % respondentů dýchací obtíže neovlivňují práci žádným způsobem.

CHOPN však ovlivňuje nejen pracovní oblasti, ale takřka veškerou činnost a aktivity nemocných. Sedmnáct procent dotázaných souhlasilo s tím, že klidné ležení nebo sezení u nich vyvolává dýchací obtíže, což je v souladu s tvrzením například Vondry et al. (2011) či Krofity (2005). Padesát dvě procenta souhlasila s tím, že dechové obtíže vyvolává oblékání se nebo umývání se, 38 % uvedlo, že jim dechové potíže

vyvolává chůze po bytě, 46 % souhlasilo s tím, že dechové potíže vyvolává chůze venku po rovině, 69 % odpovědělo, že potíže způsobuje chůze do schodů, 75 % souhlasilo s tím, že potíže podněcuje chůze do kopce a 73 % vyvolává potíže sportování.

Dále polovina dotázaných přiznala, že je kašel nebo potíže s dýcháním ruší ve spánku, 40 % způsobují problémy s mluvením a také při shýbání. Rovněž i další běžné činnosti jako je oblékání, koupání i chození způsobují pacientům problémy. Čtyřicet čtyři procent dotázaných souhlasilo s tím, že jim trvá dlouho, než se umyjí nebo oblečou, 54 % dotázaných souhlasila s tím, že se nemohou koupat nebo jim to trvá dlouho, 67 % uvedlo, že chodí pomaleji než ostatní lidé nebo se zastavují a odpočinou si. Domácí práce a obdobné činnosti vykonávají s přestávkami nebo trvají dlouho téměř tři čtvrtiny dotázaných (73 %) a 67 % souhlasilo s tím, že při chůzi do prvního poschodí musí zpomalit nebo zastavit, 81 % respondentů uvedlo, že pokud spěchají nebo jdou-li rychle, musejí zastavit nebo zpomalit, 79 % účastníků výzkumu zaškrtnulo, že dýchání jim ztěžuje činnosti jako je chůze do kopce, lehké práce na zahrádce, tanec, apod.

Vliv dýchacích potíží na každodenní život ukazuje, že 71 % respondentů uvedlo, že nemoc jim nedovolí sportovat ani hrát pohybové hry, 58 % neumožňuje chodit za zábavou nebo se rekreovat, 50 % nemůže chodit na nákupy a 42 % neumožňuje účastnit se domácích prací. Celé jedné třetině (33 %) nedovolí se vzdalovat z blízkosti postele či židle.

Z vyhodnocení odpovědí je vidět, že pacientům dělají problémy běžné aktivity. Omezení v oblasti běžných denních činností potvrdil rovněž i výzkum Klímové (2014). Výše uvedené vyhodnocení se shoduje i s výsledky Vondry a Malého (2003), kteří uvádějí, že CHOPN má největší negativní dopad na tělesnou aktivitu respondentů, které ovšem naopak nepotvrdil výzkum Klímové (2014). Je patrné, že postupující nemoc a progredující potíže, zejména dušnost a únava, vedou k snížení veškeré fyzické aktivity. V těchto oblastech může pacientům pomoci rehabilitace, která zmírňuje problémy, zvyšuje pacientovu výkonnost při každodenních aktivitách a zlepšuje tak jeho kvalitu života. Jak uvádí Zatloukal (2007), rehabilitaci je proto přikládána stále větší důležitost. Vliv v této oblasti má bezesporu i pečovatelská a ošetrovatelská péče, jež by měla usilovat krom jiného i o edukaci pacienta a o jeho navrácení do normálního života, včetně schopnosti samostatně zvládat každodenní činnosti (Gurková, 2011).

Ondřejík (2006) uvádí, že pro pacienty CHOPN má tělesná aktivita a správně zvolený druh sportu velmi pozitivní vliv, s čímž je třeba souhlasit, a mezi vhodné

aktivity řadí vytrvalostní sporty, jako je běh, jízda na kole, rychlá nebo alpská chůze, a také vodní sporty.

Na základě výše zmíněných odpovědí, kde je uvedeno, že 71 % respondentů nemoc nedovolí sportovat ani hrát pohybové hry, je třeba vyjádřit pochybnost, že by dané druhy sportovních aktivit nemocní zvládli a byly pro ně vhodné.

Na základě odpovědí na otázky dotazníku můžeme považovat **výzkumnou hypotézu č. 2 za potvrzenou**, alespoň tři čtvrtiny pacientů s CHOPN pociťují obtíže v oblasti běžných denních aktivit a činností.

Výzkumná hypotéza č. 3 zněla, že více než polovina pacientů s CHOPN pociťuje obtíže v sociální oblasti. Dopady onemocnění nejsou jen fyzického rázu, ale rovněž ovlivňují sociální život nemocných, a to například ztrátou kontaktu s přáteli či pracovním kolektivem, a to zejména v pokročilejších stadiích nemoci (Salajka, 2006). Na konkrétní dopady se tázaly některé podotázky otázky č. 13. Celá polovina respondentů (50 %) uvedla, že je kašel nebo dýchání na veřejnosti přivádějí do rozpaků a 46 % odpovědělo, že jejich dýchací potíže obtěžují jejich rodinu, přátele nebo sousedy. Na základě vyhodnocení těchto odpovědí můžeme říci, že **výzkumná hypotéza č. 3 se realizovaným výzkumem nepotvrdila**, méně než polovina pacientů s CHOPN pociťuje obtíže v sociální oblasti.

Poslední výzkumná hypotéza č. 4 předpokládala, že třetina pacientů pociťuje vlastní zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný a brání ve většině činností, co by chtěla dělat. Tato hypotéza byla posouzena na základě první otázky č. 1 a poslední otázky č. 17. Za špatný nebo velmi špatný označilo svůj zdravotní stav 51 % dotázaných, konkrétně 38 % respondentů jej označilo za špatný a 13 % dotázaných za velmi špatný. Jeden respondent (2 %) označil současný stav za velmi dobrý, 15 % respondentů za dobrý a 31 % dotázaných za docela dobrý. Poslední otázka č. 17 zjistila, že 23 % dýchací obtíže brání všemu, co by chtěli dělat, a 40 % dýchací obtíže brání ve většině činností. Osm procent respondentů uvedlo, že jim dýchací obtíže nebrání v žádné činnosti, kterou by chtěli vykonávat a 29 % brání v jedné nebo dvou činnostech.

Zdravotní stav ovlivňuje velkou měrou kvalitu života, jak uvádí Salajka (2006), a to zejména u pacientů s chronickým typem onemocnění, kde vliv špatného zdravotního stavu ovlivňuje kvalitu života, a proto považujeme první otázku za významný ukazatel kvality života. Salajka (2006) dále píše, že pacienti s nerozvinutým

stadiem CHOPN žijí v domněnku, že CHOPN jejich celkovou kvalitu života nijak významně neovlivňuje. Je třeba mít na paměti, že každý jedinec má své priority, které upřednostňuje a na základě kterých svůj život hodnotí, a jak píše Musil, Vondra a Konštacký (2008) ne všichni pacienti nutně chorobu vnímají jako onemocnění výrazně snižující kvalitu života nemocných.

Na základě výše uvedených a analyzovaných skutečností můžeme konstatovat, že **výzkumná hypotéza č. 4** předpokládající, že třetina pacientů pocítuje vlastní zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný a brání jim ve většině činnostech, co by chtěli dělat, **je potvrzena**.

Podívejme se však ještě na vyhodnocení dotazníku v závislosti na jednotlivých stadiích nemoci. Je patrné, že v I. stadiu není nemoc vnímána jako velká životní komplikace, v počátečních stadiích pacienti s CHOPN často svým obtížím nevěnují velkou pozornost, mnohdy o své nemoci v tomto stadiu ani neví, a až s větší dušností při zátěži začínají hodnotit kvalitu života negativněji. Vondra (2005) ve své studii prezentoval změny skóre kvality života podle tíže CHOPN a uvedl, že největší rozdíly se objevují u III. a IV. stadia, zopakujme, že:

- Průměrné celkové skóre pro I. stadium je 12,56 bodu.
- Průměrné celkové skóre pro II. stadium je 34,33 bodu.
- Průměrné celkové skóre pro III. stadium je 61,71 bodu.
- Průměrné celkové skóre pro IV. stadium je 83,49 bodu.

Je evidentní, že s postupující nemocí klesá kvalita života ve všech oblastech, což se shoduje s výsledky šetření provedeného Špásovou (2000). V našem výzkumu se potvrdily velké rozdíly mezi III. a IV. stadiem, nicméně rovněž i mezi II. a III. stadiem je patrný rozdíl.

Domníváme se, takto velký rozdíl je v tomto případě z velké části způsoben jednotlivými respondenty a jejich různou senzibilitou, avšak vliv může mít rovněž i skutečnost, že výzkumný vzorek byl tvořen respondenty pouze mužského pohlaví. Rozdíl mezi vnímáním mužským a ženským pohlavím je patrný nejen v běžném životě, ale právě i při vnímání nemocí a kvality života a jeho prožívání. Muž ve srovnání s ženou vyžaduje v nemoci více neustálé pozornosti, muži mají sice více síly, avšak hůře reagují na bolest, mají svůj plán léčby a případný neúspěch svalují na jiné (Hrstka, 2013). Tím bychom mohli vysvětlit vzniklý rozdíl mezi II. a III. a následujícím stadiem.

Jsme toho názoru, že pacienti v I. stadiu jsou ještě plni optimismu, neuvědomují si plně charakter a prognózu nemoci, je-li vůbec v tomto stadiu již diagnostikována, a proto i hodnotí svůj stav pozitivněji. Ve II. stadiu je jim již jasné, že se jedná o onemocnění závažné, které zasáhne do všech oblastí života, objevují se výraznější potíže, a hodnocení se již v důsledku tohoto uvědomění zhoršuje.

Další možné vysvětlení nám poskytne nahlédnutí do jednotlivých dotazníků, které zodpověděli respondenti I. a II. stadia. V těchto dotaznících je z charakteru odpovědí patrné, že pacienti v I. stadiu mají tendence svoji situaci zlehčovat, respektive nezhoršovat, berou ji takovou, jaká je. Zdá se, že pacienti v I. stadiu tak potvrzují skutečnost, že chronicky nemocný člověk nemusí být nutně nespokojený se svou vlastní kvalitou života. Oproti tomu respondenti ve II. stadiu nemoci – patrně již si vědomi skutečné závažnosti onemocnění – v provedeném dotazníkovém šetření vykazovali horší a negativnější přístup k nemoci, než si stadium vyžadovalo.

Rovněž i výsledky první úvodní otázky, tážající se na hodnocení aktuálního zdravotního stavu, ukázaly, že jedinci v I. stadiu hodnotí své onemocnění vcelku pozitivně (jeden jako velmi dobrý, tři jako dobrý). Pacienti ve II. stadiu jsou již značně pesimističtější a 67 % ohodnotilo svůj stav jako docela dobrý (47 %) či přímo špatný (20 %). To vyznívá negativně zejména v porovnání s III. stadiem, kde šest (38 %) ohodnotilo svůj stav jako docela dobrý – ve II. stadiu jej ohodnotilo o jednoho více, tj. sedm dotázaných (47 %) – a osm (50 %) jako špatný – ve srovnání s II. stadiem, kde jako špatný ohodnotili svůj stav tři dotázaní (20 %).

Nejvíce jedinců označilo odpověď, že se cítí špatně (38 %) anebo docela dobře (31 %), následovala četnost odpovědí dobře (15 %) a velmi špatně (13 %), velmi dobře se cítí jen 2 % dotázaných. Podobně strukturálně odpovídali i respondenti obdobné bakalářské studie Pavlíný Boudové (2010).

Stejná bakalářská práce (Boudová, 2010) uvádí, že pacienti ve II. stadiu v oblasti symptomů vykazovali skóre 45, v oblasti aktivity 54 a v oblasti důsledků nemoci 26. To se značně odlišuje od výsledků této provedené studie, kde respondenti ve II. stadiu v oblasti hodnotící symptomy vykazovali průměrné skóre 31,56, v oblasti aktivity 41,54 a v oblasti důsledků nemoci 31,09. Nicméně tento výsledek se shoduje s výsledky studie Vondry a Malého (2003), kde největší dopad je právě v oblasti tělesné aktivity. V jiné studii tížž autoři (Vondra, Malý, 2005) uvádějí výsledky starší studie, skóre dopadu nemoci na důsledky nemoci je 14. Tato hodnota se velmi výrazně odlišuje od hodnoty zjištěné v předložené bakalářské studii.

Výsledky studie Boudové (2010) ukázaly, že 40 % respondentů ve III. stadiu hodnotí svůj stav jako docela dobrý a 60 % jako velmi špatný. V předložené studii je procentuálně shodně označena odpověď docela dobře, jedná se o 38 % respondentů ve III. stadiu, avšak zbývající odpovědi jsou rozloženy mezi špatný a velmi špatný zdravotní stav s poměrem 50 % ku 12 %, z čehož vyplývá, že výsledky předložené studie jsou mírně pozitivnější. Dále Boudová (2010) předkládá hodnoty jednotlivých stadií: v oblasti symptomů vykazovali skóre 54, v oblasti aktivity 71 a v oblasti důsledků nemoci 45. I v tomto případě výsledky naší studie jsou odlišené, v oblasti symptomů jde o skóre 72,92, v oblasti aktivity 64,41 a v oblasti důsledků nemoci 56,66. V oblasti symptomu je viditelné zhoršení, což potvrzují i Vondra a kol. (2003), když píše, že v zhoršování plicních funkcí má za následek zhoršení klinických příznaků nemoci, což má za následek nejen svalovou únavu, ale i omezení společenské aktivity a celkové zhoršení každodenního života, tedy i snížení kvality života.

Jak již bylo zmíněno výše, každý jedinec je různě senzitivní a nesmíme zapomínat na to, že subjektivně hodnocená kvalita života a spokojenost s ním je závislá na aktuálních podmínkách a jak uvádí Gurková (2011), je ovlivněna taktéž uspokojením nebo neuspokojením primárních a sekundárních potřeb, měnících se také v závislosti na mnoha dalších proměnných. Velký vliv má rovněž i léčba, například pacienti na dlouhodobé domácí oxygenoterapii jsou bezesporu spokojenější a vyrovnanější, neboť mají dostatek kyslíku i k běžným aktivitám.

Již bylo naznačeno, že více negativně hodnotí respondenti ve všech stadiích, v tomto výzkumném šetření s výjimkou III. stadia, oblast fyzické aktivity. Respondenti se nejvíce cítí omezováni při vykonávání fyzicky náročné aktivity, chůze do kopce, do schodů, ale v pokročilejších stadiích i při vykonávání domácích prací, apod.

Při analýze jednotlivých dotazníků zjistíme, že respondenti, kteří mají problém s fyzickou aktivitou, dále odpovídali, že trpí dušností, pískoty a/nebo kašlem. Je tedy evidentní, že tito dotázaní mají s fyzickou aktivitou problémy. K podobnému výsledku své studie došla rovněž i Jusková (2013). Jusková dále uvádí souvislost s psychickým stavem pacienta, což jsme však při použití St. George's Respiratory Questionnaire Czech neměli možnost ověřit.

ZÁVĚR

Chronická obstrukční plicní nemoc je závažným onemocněním, které výrazným způsobem ovlivňuje život a především jeho kvalitu všech pacientů, a to již od I. stadia. Avšak vzhledem k tomu, že každý lidský jedinec je individualitou a má odlišné biopsychosociální potřeby, vnímá kvalitu života odlišně. Neplatí tedy rovnost mezi pokročilejším stadiem nemoci a zhoršující se kvalitou života, podobně jako neplatí to, že ten, kdo je zdravý, považuje automaticky kvalitu svého života za dobrou. Kvalita života je ovlivňována mnoha jednotlivými faktory a její zjišťování je v rámci ošetrovatelského procesu velmi přínosné, ačkoliv se tak v medicínské praxi dosud běžně neděje.

Předložená bakalářská práce se zabývala onemocněním CHOPN a kvalitou života pacientů trpících touto chorobou. Byla rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části práce byly popsány základní užívané pojmy a terminologie, a to jak o problematice onemocnění CHOPN, tak i o kvalitě života jako takové. Jednalo se o definici CHOPN, prevalenci a mortalitu nemoci, dále o klinický obraz nemoci a prognózu, zmíněna byla diagnostika, prevence a rovněž i terapie nemoci. Dále byla pozornost zaměřena na problematiku ošetrovatelství, konkrétně tedy ošetrování pacientů s CHOPN, a roli ošetrovatelského personálu v procesu terapie těchto pacientů. Významný prostor byl věnován kvalitě života, její definici a také tomu, co pod kvalitou života vnímáme v souvislosti s CHOPN. Prostor byl věnován hodnocení kvality života a dotazníkům, za jejichž pomoci se hodnotí kvalita života pacientů s CHOPN, a zejména dotazníkovým šetřením, jež proběhly v minulých letech na téma shodné s bakalářskou prací.

V empirické části práce byl vyhodnocen dotazník St. George's Respiratory Questionnaire Czech, který byl předložen výzkumnému souboru 52 mužů ve věku 50 až 75 let, pacientů plicního oddělení Odborného léčebného ústavu (OLÚ) Albertinum Žamberk, jimž byla diagnostikována CHOPN, a byli zde hospitalizováni. Stadium nemoci nebylo rozhodujícím kritériem, pacienti proto spadali do všech stadií nemoci. Podmínkou byla česká národnost všech příslušníků výzkumného souboru, jež byla nutná pro porozumění a kvalitní vyplnění dotazníku v českém jazyce.

Pro vyhodnocení empirické části byly stanoveny čtyři výzkumné hypotézy, jež byly ověřovány. Výzkumná hypotéza č. 1 předpokládala, že všichni pacienti s CHOPN

pocit'ují některý typ dýchacích obtíží. Na základě vyhodnocení a analýz odpovědí dotazníku bylo možné konstatovat, že všichni pacienti s CHOPN pocit'ují některý typ dýchacích obtíží, **výzkumná hypotéza č. 1 byla potvrzena**. Výzkumná hypotéza č. 2 očekávala, že alespoň tři čtvrtiny pacientů s CHOPN pocit'ují obtíže v oblasti běžných denních aktivit a činností. Rovněž i tato **výzkumná hypotéza č. 2 byla potvrzena**, protože vyhodnocení dotazníku ukázalo, že více než tři čtvrtiny pacientů s CHOPN pocit'ují obtíže v některé z oblastí běžných denních aktivit a činností. Výzkumná hypotéza č. 3 se domnívala, že více než polovina pacientů s CHOPN pocit'uje obtíže v sociální oblasti. Na základě vyhodnocení těchto odpovědí můžeme říci, že **výzkumná hypotéza č. 3 se realizovaným výzkumem nepotvrdila**, protože polovina respondentů (50 %) uvedla, že je kašel nebo dýchání na veřejnosti přivádějí do rozpaků a 46 % odpovědělo, že jejich dýchací potíže obtěžují jejich rodinu, přátele nebo sousedy, jde tedy o méně než polovinu. Je však třeba uvést, že se jedná o nepotvrzení velmi těsné. Poslední výzkumná hypotéza č. 4 předpokládala, že třetina pacientů pocit'uje vlastní zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný a brání jim ve většině činností, co by chtěli dělat. Na základě uvedených a analyzovaných odpovědí dotazníku můžeme konstatovat, že **výzkumná hypotéza č. 4 byla potvrzena**.

Skutečnost, že dotazník vyplňovali respondenti v různých stadiích nemoci, nám umožnila také vyhodnotit jej pro různá stadia a porovnat tak jednotlivá stadia mezi sebou. Potvrdily se velké rozdíly mezi III. a IV. stadiem, nicméně rovněž i mezi II. a III. stadiem byl patrný rozdíl. Domníváme se, takto velký rozdíl je v tomto případě z velké části způsoben jednotlivými respondenty a jejich různou senzibilitou, avšak vliv může mít rovněž i skutečnost, že výzkumný vzorek byl tvořen respondenty pouze mužského pohlaví. Jsme toho názoru, že pacienti v I. stadiu jsou ještě plni optimismu, neuvědomují si plně charakter a prognózu nemoci, a proto i hodnotí svůj stav pozitivněji. Ve II. stadiu je jim již jasné, že se jedná o onemocnění závažné, které zasáhne do všech oblastí života, a hodnocení se již v důsledku tohoto uvědomění zhoršuje.

Každý jedinec je různě senzitivní a nesmíme zapomínat na to, že subjektivně hodnocená kvalita života a spokojenost s ním je závislá na aktuálních podmínkách a je taktéž ovlivněna uspokojením nebo neuspokojením primárních a sekundárních potřeb měnicích se také v závislosti na mnoha dalších proměnných.

Získané výsledky studie jsou cenným materiálem, který může být využit v mnoha polohách a oblastech. Jednak se může jednat o využití jednotlivých dotazníků

při stanovení účelné terapie konkrétních pacientů, ale může se jednat i o hromadné využití získaných dat při ambulantní či lůžkové péči pacientů v jednotlivých stádiích nemoci. Lékařský a ošetřující personál tak může zjistit, v jakých oblastech pacienti udávají nejvíce problémů a kde pocítují největší zhoršení kvality života. Vzhledem k již několikrát zmíněné individuální reakci na prožívané symptomy a komplikace nemoci, je cenné zejména subjektivní hodnocení při určení takové péče, která bude z pohledu pacienta efektivní. Zlepšení kvality života pacientů doprovázené správnou terapií nejen oddálí hospitalizaci, ale zejména prodlouží aktivnější a kvalitnější život pacientů a oddálí také mortalitu. Dotazníky zjišťující kvalitu života by se tak měly stát běžnou součástí léčebných programů.

Autorka doufá, že předložená práce demonstruje, jak je důležité přistupovat k nemocným s individuálním přístupem, jenž pomůže nejen v lepším určení a cílení léčby, ale přispěje i ke kvalitněji prožitému životu.

ANOTACE

Autor:	Šárka Dostálková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF v Hradci Králové
Název práce:	Kvalita života s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN)
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	97
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	Dotazník, CHOPN, chronická obstrukční plicní nemoc, kvalita života, prevalence, St. George's Respiratory Questionnaire Czech, symptomy.

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN). V teoretické části jsou definovány základní termíny a pojmy, jedná se například o definici CHOPN, její prevalenci, diagnostiku i terapii, popsán je koncept kvality života, zmíněny jsou metody užívané k jejímu zjišťování, přičemž pozornost je soustředěna zejména na dotazníky zjišťující kvalitu života pacientů s CHOPN. V empirické části je provedena analýza dotazníkového šetření realizovaném na 52 mužích v různých stadiích CHOPN. Dotazník byl vyhodnocen jak pro celý výzkumný vzorek, tak i pro jednotlivá stadia nemoci.

Bachelor thesis focuses on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The theoretical part defines the basic terms and concepts, which is for example the definition of COPD, its prevalence, diagnosis and therapy, the concept of quality of life is also described and the methods used for this kind of surveys are discussed, attention is focused on the questionnaires to evaluate quality of life in patients with COPD. In the empirical part the analysis of the survey undertaken on 52 men in various stages of COPD is done. The questionnaire was evaluated for both the full research sample, as well as for the various stages of the disease.

POUŽITÁ LITERATURA A INTERNETOVÉ ZDROJE

Literatura

- BOUDOVÁ, Pavlína. *Kvalita života u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce: MUDr. Hana Fojtů.
- ČEŠKA, Richard et al. *Interna*. 1. vydání. Praha: Triton, 2010. 855 stran. ISBN 978-80-7387-423-0.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 223 stran. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HERDMAN, Heather T. (ed). *NANDA International. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009–2011*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 480 stran. ISBN 978-80-247-3423-1.
- HOMOLKA, Jiří. Chronická obstrukční plicní nemoc. *Lékařské listy*, 2005, č. 16, str. 8–9.
- JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 354 stran. ISBN 8071848239.
- JONES, Paul W., FORDE, Yvonne. *St. George's Respiratory Questionnaire Manual*. Division of Cardiac and Vascular Science St George's, University of London, Version 2.3, June 2009.
- JUSKOVÁ, Valéria. Kvalita života pacientů s CHOPN. *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 11, str. 33–34.
- KAŠÁK, Viktor, KOBLÍŽEK, Vladimír, et al. *Naléhavé stavy v pneumologii*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2008. 520 stran. ISBN 978-80-7345-158-5.
- KAŠÁK, Viktor. *Chronická obstrukční plicní nemoc: průvodce ošetrojícího lékaře*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 187 stran. ISBN 80-7345-082-8.
- KLENER, Pavel et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vydání. Praha: Galén, 2001. 949 stran. ISBN 80-7262-101-7.
- KLIKAROVÁ, Dita. *Kvalita života u dospělých osob s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN)*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociální lékařství, Oddělení ošetrovatelství. Vedoucí práce: Bc. Eva Prchalová.

- KLÍMOVÁ, Pavlína. *Kvalita života u pacientů s CHOPN*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová Ph.D.
- KOBLÍŽEK, Vladimír et al. *Chronická obstrukční plicní nemoc pohledem nových doporučení – souhrn aktuálního fenotypově zaměřeného standardu České pneumologické a fizeologické společnosti pro internisty*. 1. vydání. Brno: Ambit media, 2013. 35 s. ISBN 978-80-905474-0-7.
- KOLEK, Vítězslav et al. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 82 stran. ISBN 80-24475-X.
- KROFTA, Kamil. *Pneumologie*. Praha: Triton, 2005. 279 stran. ISBN 80-7254-710-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 stran. ISBN 80-7368-109-9.
- MAREŠ Jirí, et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vydání. Brno: MSD, 2006. 228 stran. ISBN 80-86633-65-9.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, FRONKOVÁ, Marie, HERNOVÁ, Renáta, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 248 stran. ISBN 80-247-1442-6.
- MUSIL, Jaromír, VONDRA, Vladimír, KONŠTACKÝ, Stanislav. *Chronická obstrukční nemoc. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2008. 20 stran. ISBN 978-80-86998-27-5.
- MUSIL, Jaromír. *Léčba chronické obstrukční plicní nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 192 stran. ISBN 80-7169-385-5.
- NAVRÁTIL, Leoš et al. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 424 stran. ISBN 978-80-247-2319-8.
- SALAJKA, František, PARÁKOVÁ, Zdeňka, PRCHALOVÁ, Eva. *Aktuality oboru TRN. Spolupráce pneumologa a alergologa, funkční vyšetření plic, tuberkulóza, varia, ošetrovatelství*. Hradec Králové: Národní fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2005. 110 stran. ISBN 80-239-4654-4.

- SALAJKA, František, PARÁKOVÁ, Zdeňka, PRCHALOVÁ, Eva. *Novinky v pneumologii, Pneumologie, ftizeologie, ošetrovatelství. Sborník prací vycházející z příspěvků přednesených na XIII. kongresu České a Slovenské pneumologické a ftizeologické společnosti*. Hradec Králové: Národní fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2006. 244 stran. ISBN 80-239-7293-6.
- SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 148 stran. ISBN 80-247-1306-3.
- SUSA, Zdeněk. *Chronická bronchitida a její komplikace*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 110 stran. ISBN 80-7254-185-4.
- Světová iniciativa o chronické obstrukční plicní nemoci: *Světová strategie diagnostiky, léčby a prevence chronické obstrukční plicní nemoci*. 1. vydání. Praha: Vltavín, 2007. 164 stran. ISBN 80-86587-22-3.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 stran. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠNOREK, Václav. Léčba stabilizované chronické obstrukční plicní nemoci. *Vnitřní lékařství*, 2004, roč. 50, č. 9, str. 675–676. ISSN 0042-773X.
- ŠPÁSOVÁ, Irena, PARÁKOVÁ, Zdeňka. *Pneumologie 2000, Aktuality oboru TRN*. Hradec Králové: NUKLEUS HK, 2000. 196 stran. ISBN 80-86225-05-4,
- VONDRA, Vladimír a kol. Světový den Chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Kvalita života nemocných s CHOPN. *Causa Subita*, 2003, roč. 6, č. 9, str. 414–417.
- VONDRA, Vladimír, MALÝ, Marek. Kvalita života nemocných s CHOPN. *Interní medicína pro praxi*, 2003, č. 10, str. 496–500.
- VONDRA, Vladimír, VONDROVÁ, Iveta. Diferenciální diagnóza a terapie chronické obstrukční plicní nemoci a astmatu. *Interní medicína*, 2012, č. 14(10), str. 350–356.
- WORKMAN, Barbara A., BENNETT, Claire L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 260 stran. ISBN 80-247-1714-X.
- ZATLOUKAL, Jaromír. Chronická obstrukční plicní nemoc. *Lékařské listy*, 2007, č. 5, str. 22–24. ISSN 0044-1996.

Internetové zdroje

- Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s CHOPN. *Lékařské listy* [online]. 29. 1. 2007 [cit. 2014-10-23]. Dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diagnosticke-a-lecebne-postupy-u-nemocnych-s-chopn-287445>
- DINDOŠ, Ján. Včasná diagnostika chronické obstrukční plicní nemoci, léčba a její farmakoekonomické výhody. *Via practica* [online]. 2011, roč. 8, č. 6, str. 260–264 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z www: <http://www.solen.sk/pdf/ce9e964dceabb4c19930a511e6750d9d.pdf>
- HRSTKA, Zdeněk. *Je prožívání kvality života mužů odlišné od pacientek?* [online]. [mojemedicina.cz](http://www.mojemedicina.cz), 20. 9. 2012 [cit. 2015-01-30]. Dostupné z www: <http://www.mojemedicina.cz/psycholog-o-zhoubnych-nadorech/je-prozivani-kvality-zivota-muzu-odlisne-od-pacientek>
- ONDŘEJÍK, Viliam. Fyzioterapie při CHOPN. *Sestra* [online]. 2006, č. 12, str. 44–45 [cit. 2014-10-2]. Dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/fyzioterapie-pri-chopn-281827>
- PAUK, Norbert. Co je CHOPN? *Vademecum zdraví* [online]. Podzim 2007 [cit. 2014-08-28]. Dostupné z www: <http://vademecum-zdravi.cz/co-je-chopn/>
- PAUK, Norbert. Současné možnosti diagnostiky a léčby CHOPN. *Postgraduální medicína* [online]. 2011, č. 6. [cit. 2014-10-2]. Dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/soucasne-moznosti-diagnostiky-a-lecby-chopn-460136>
- SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Birgita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin, KAČEROVSKÝ Jaroslav. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online] 2004, roč. LXXIII, č. 1, str. 6–9 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z www: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf
- VONDRA, Vladimír, KOS, Stanislav, KRÁLÍKOVÁ, Eva, et al. *Chronická obstrukční plicní nemoc*. [online]. České občanské sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci, 2011 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z www: www.copn.cz/matechopn.pdf
- VONDRA, Vladimír, MALÝ, Marek. Kvalita života ve vztahu ke zdraví u chronické obstrukční plicní nemoci. *Respirace* [online]. 2005, roč. 11, č. 1, str.

7–16 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z www:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/kvalita-zivota-u-bronchialniho-astmatu-168297>

- VONDRA, Vladimír. Proč je ve světě problematika CHOPN aktuální. *Lékařské listy* [online]. 2007, č. 16 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/proc-je-ve-svete-problematika-chronicke-obstrukcni-plicni-nemoci-321306>
- VONDRA, Vladimír. Trendy moderních konsenzů. *Farmakoterapie* [online] 2005, č. 3 [cit.2014-12-01]. Dostupné z www: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Trendy-modernich-konsenzu-u-chronicke-obstrukcni-plicni-nemoci/6-L-aC.magarticle.aspx>
- ZATLOUKAL, Jaromír. Novinky v terapii CHOPN. *Medicina pro praxi* [online]. 2007, č. 7, str. 301–304 [cit. 2013-26-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z www: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/07/05.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

ATB	Antibiotika
BPQ	Breathing Problems Questionnaire
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CRQ	Chronic Respiratory Disease Questionnaire
CT	Výpočetní tomografie
ČOPN	České občanské sdružení proti obstrukční plicní nemoci
DDOT	Dlouhodobá domácí oxygenoterapie
EKG	Elektrokardiogram
FEV1	Jednosekundová vitální kapacita
FEV1/FVC	Tiffeneauův index
FVC	Usilovná vitální kapacita
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HRQOL	Kvalita života podmíněná zdravím (health related quality of life)
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
MEF 25	Maximální výdechová rychlost v litrech za 1 sekundu odečtena v první čtvrtině vydechnuté usilovné vitální kapacity
MEF 75	Maximální výdechová rychlost v litrech za 1 sekundu odečtena ve třech čtvrtinách vydechnuté usilovné vitální kapacity
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis – International
NHP	Nottingham Health Profile
PEF	Maximální výdechová rychlost
Rtg.	Rentgen
RV	Reziduální objem
SF-36	Medical Outcomes Study Short Form-36, dotazník kvality života
SIP	Sickness Impact Profile
SOLQ	Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire
SRGQ	St. Georges Respiratory Questionnaire, dotazník kvality života
TLC	Celková plicní kapacita
VC	Vitální kapacita

WHO

World Health Organization

WHOQOL

World Health Organization Quality of Life, dotazník kvality
života

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Algoritmus pro domácí léčbu exacerbace CHOPN	24
Obr. 2: Interakce faktorů ovlivňujících kvalitu života	37
Obr. 3: CHOPN v patogenetických souvislostech.....	39

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Zhodnocení současného zdravotního stavu.....	49
Graf 2: Kašlal jsem v posledních čtyřech týdnech.....	50
Graf 3: Vykašlával jsem v posledních čtyřech týdnech.....	51
Graf 4: Nestal jsem s dechem v posledních čtyřech týdnech	53
Graf 5: Trpěl jsem záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech	54
Graf 6: Těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty dýchacích obtíží jsem měl v posledních čtyřech týdnech	55
Graf 7: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží v posledních čtyřech týdnech	56
Graf 8: Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech	57
Graf 9: Pískoty jsou horší ráno.....	58
Graf 10: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta	59
Graf 11: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta	60
Graf 12: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže	61
Graf 13: Kašláním a dýcháním v těchto dnech.....	63
Graf 14: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání	65
Graf 15: Užívaná léčba	66
Graf 16: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže pacientů	68
Graf 17: Vliv dýchacích potíží na každodenní život	69
Graf 18: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi.....	70

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: CHOPN: pink-puffer a blue-bloater	14
Tab. 2: Klasifikace CHOPN podle tíže	16
Tab. 3: Klinické a laboratorní rozdíly mezi CHOPN a astmatem	18
Tab. 4: Stupňovitá léčba dle stadií CHOPN	23
Tab. 5: Cíle zlepšení stavu CHOPN z pohledu farmakoeconomiky	30
Tab. 6: Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného	36
Tab. 7: Změny skóre kvality života podle tíže CHOPN	43
Tab. 8: Zhodnocení současného zdravotního stavu	49
Tab. 9: Kašlal jsem v posledních čtyřech týdnech	50
Tab. 10: Vykašlával jsem v posledních čtyřech týdnech	51
Tab. 11: Nestačil jsem s dechem v posledních čtyřech týdnech.....	52
Tab. 12: Trpěl jsem záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech.....	54
Tab. 13: Těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty dýchacích obtíží jsem měl v posledních čtyřech týdnech	55
Tab. 14: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží v posledních čtyřech týdnech	56
Tab. 15 Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech	57
Tab. 16: Pískoty jsou horší ráno	58
Tab. 17: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta	59
Tab. 18: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta	60
Tab. 19: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže	61
Tab. 20: Kašláání a dýchání v těchto dnech	62
Tab. 21: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání	64
Tab. 22: Užívaná léčba	66

Tab. 23: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže pacientů	67
Tab. 24: Vliv dýchacích potíží na každodenní život	69
Tab. 25: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi	70
Tab. 26: Počet respondentů podle jednotlivých stadií nemoci.....	72
Tab. 27: Zhodnocení současného zdravotního stavu v závislosti na stadiích nemoci	73
Tab. 28: Kašlal jsem v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	74
Tab. 29: Vykašlával jsem v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	75
Tab. 30: Nestal jsem s dechem v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	76
Tab. 31: Trpěl jsem záchvaty pískotů v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	77
Tab. 32: Těžké nebo velmi nepříjemné záchvaty dýchacích obtíží jsem měl v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	78
Tab. 33: Délka nejtěžšího záchvatu dýchacích potíží v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	79
Tab. 34: Počet dobrých dní s lehkými dýchacími obtížemi v týdnu v posledních čtyřech týdnech v závislosti na stadiích nemoci	80
Tab. 35: Pískoty jsou horší ráno v závislosti na stadiích nemoci.....	81
Tab. 36: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta v závislosti na stadiích nemoci	81
Tab. 37: Vážnost dýchacích obtíží pro pacienta v závislosti na stadiích nemoci	82
Tab. 38: Činnosti vyvolávající v těchto dnech dýchací potíže v závislosti na stadiích nemoci	83
Tab. 39: Kašlání a dýchání v těchto dnech v závislosti na stadiích nemoci.....	84
Tab. 40: Další problémy ztěžující v těchto dnech dýchání v závislosti na stadiích nemoci	85

Tab. 41: Užívaná léčba v závislosti na stadiích nemoci	86
Tab. 42: Činnosti, které by mohli mít vliv na dýchací potíže pacientů v závislosti na stadiích nemoci	87
Tab. 43: Vliv dýchacích potíží na každodenní život v závislosti na stadiích nemoci	89
Tab. 44: Míra ovlivnění života pacienta dýchacími obtížemi v závislosti na stadiích nemoci	90
Tab. 45: Výsledná průměrná skóre v závislosti na stadiích nemoci.....	91

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Žádost primáře plicního odd. OLÚ Albertinum Žamberk o povolení výzkumného šetření	118
Příloha č. 2: Povolení užití dotazníku St. George's Respiratory Questionnaire Czech	119
Příloha č. 3: Dotazník St. George's Respiratory Questionnaire Czech	120

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Žádost primáři plicního odd. OLÚ Albertinum Žamberk o povolení výzkumného šetření

OLÚ Albertinum
Prim. Martin Dvořáček
Za Kopečkem 353
Žamberk
564 01

Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážený pane primáři,
jmenuji se Šárka Dostálková, jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia oboru Ošetrovatelství - všeobecná sestra LF UK v Hradci Králové. Obracím se na Vás s žádostí o povolení spolupráce s plicním oddělení OLÚ Albertina Žamberk za účelem získání dat pro průzkumné šetření mé bakalářské práce.

Se získanými daty budeme zacházet dle platných etických norem a zachováme anonymitu respondentů. Pod vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc. zpracuji bakalářskou práci pod názvem: „ Kvalita života s CHOPN“ .

Žádám o povolení šetření v období od 1.7.2014 do 15.9.2014.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Šárka Dostálková
Studentka LF UK v Hradci Králové

Sdělení primáře plicního oddělení OLÚ Albertinum:

*Souhlasím
s výzkumem*



**Příloha č. 2: Povolení užití dotazníku St. George's Respiratory Questionnaire
Czech**



Medicine, Biomedicine, Sciences, Health and Social Care Sciences

20 June 2014

Clifford Terrace
London SW17 0RE
Switzerland
T: +44 (0)20 88472694
www.sgr.ac.uk

To Whom It May Concern:

This is to confirm that St George's, University of London (St George's Hospital Medical School) has given permission for Sarka Dostalkova, Charles University, Faculty of Medicine, Czech Republic to use the SGRQ in a study entitled "Quality of life with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)".

**Professor Paul Jones, PhD FRCP
Professor of Respiratory Medicine**

P.W. Jones, PhD FRCP
Professor of Respiratory Medicine
Tel. ++44 (0)20 8725 5371

Fax. ++44 (0)20 8725 5955

email pjones@sgul.ac.uk

Příloha č. 3: Dotazník St. George's Respiratory Questionnaire Czech

ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE CZECH

DOTAZNÍK NEMOCNICE ST. GEORGE O OBTÍŽÍCH S DÝCHÁNÍM (SGRQ)

Tento dotazník byl vytvořen, aby nás lépe informoval o Vašich dýchacích obtížích a o tom, jak ovlivňují Váš život. Účelem tohoto dotazníku je zjistit přímo od Vás, které aspekty onemocnění Vám působí nejvíce problémů a ne to, co si o Vašich potížích myslí lékař nebo sestry.

*Prosím, přečtěte si pozorně pokyny a zeptejte se, pokud něčemu nebudete rozumět.
Nepřemýšlejte o svých odpovědích příliš dlouho.*

*Předtím, než dotazník vyplníte, označte,
prosím, křížkem okénko odpovídající Vašemu
současnému zdravotnímu stavu:*

Velmi dobrý Dobrý Docela dobrý Špatný Velmi
špatný

Copyright reserved
P.W. Jones, PhD FRCP
Professor of Respiratory Medicine,
St. George's University of London,
Jenner Wing,
Cranmer Terrace,
London SW17 0RE, UK.
Czech Republic / Czech version

1

Tel. +44 (0) 20 8725 5371
Fax +44 (0) 20 8725 5955

Další strana...

f:\n\it\c\it\edap\project\gik1581\questionnaire\version\slagr\czq.doc 14/03/05

Dotazník Nemocnice St. George o obtížích s dýcháním
ČÁST 1

Otázky týkající se Vašich dýchacích obtíží během posledních 4 týdnů.

Označte (✓) pro každou otázku jedno okénko:

	Většinu dní v týdnu	Několik dní v týdnu	Několik dní v měsíci	Jen při infekcích dýchacích cest	Vůbec ne
1. Během posledních 4 týdnů jsem kašlal(a):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Během posledních 4 týdnů jsem vykašlával(a) hlenu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Během posledních 4 týdnů jsem nestačil(a) s dechem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Během posledních 4 týdnů jsem trpěl(a) záchvaty pískotů:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kolik těžkých nebo velmi nepříjemných záchvatů dýchacích obtíží jste měl(a) během posledních 4 týdnů?	Označte (✓) jednu odpověď:				
	Více než 3 záchvaty <input type="checkbox"/>				
	3 záchvaty <input type="checkbox"/>				
	2 záchvaty <input type="checkbox"/>				
	1 záchvat <input type="checkbox"/>				
	Žádný záchvat <input type="checkbox"/>				
6. Jak dlouho trval nejtěžší záchvat dýchacích obtíží? (Pokud jste neměl(a) žádný těžký záchvat, přejděte k otázce 7)	Označte (✓) jednu odpověď:				
	Týden nebo více <input type="checkbox"/>				
	3 nebo více dní <input type="checkbox"/>				
	1 nebo 2 dny <input type="checkbox"/>				
	Méně než 1 den <input type="checkbox"/>				
7. Kolik dobrých dní (s lehkými dýchacími obtížemi) v týdnu jste obvykle měl(a) během posledních 4 týdnů?	Označte (✓) jednu odpověď:				
	Žádný dobrý den <input type="checkbox"/>				
	1 nebo 2 dobré dny <input type="checkbox"/>				
	3 nebo 4 dobré dny <input type="checkbox"/>				
	Téměř každý den byl dobrý <input type="checkbox"/>				
	Každý den byl dobrý <input type="checkbox"/>				
8. Pokud máte pískoty, jsou horší ráno?	Označte (✓) jednu odpověď:				
	Ne <input type="checkbox"/>				
	Ano <input type="checkbox"/>				

Dotazník Nemocnice St. George o obtížích s dýcháním ČÁST 2

Oddíl 1

Jak vážným problémem jsou pro Vás Vaše dýchací obtíže?

Označte (✓) jednu odpověď:

- Nejzávažnější problém, jaký mám
Působí mi hodně problémů
Působí mi občas problémy
Nepůsobí mi žádné problémy

Pokud jste byl(a) někdy zaměstnán(a).

Označte (✓) jednu odpověď:

- Dýchací obtíže mě přinutily zcela přestat pracovat
Dýchací obtíže mi působí potíže při práci nebo mě přinutily změnit zaměstnání
Moje dýchací obtíže nemají vliv na mou práci

Oddíl 2

Otázky týkající se činností, které u Vás v těchto dnech obvykle vyvolávají dýchací obtíže.

U každé otázky označte (✓)
odpověď podle toho, co platí ve
Vašem případě v těchto dnech.

- | | Souhlasím <input type="checkbox"/> | Nesouhlasím <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Klidné sezení nebo ležení | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umývání se nebo oblékání se | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chůze po bytě | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chůze venku po rovině | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chůze do schodů (jedno poschodí) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chůze do kopce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sportování nebo pohybové hry | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Dotazník Nemocnice St. George o obtížích s dýcháním
ČÁST 2**

Oddíl 3

Některé další otázky týkající se kašle a dýchacích potíží v těchto dnech.

U každé otázky označte (✓) odpověď podle toho, co platí ve Vašem případě v těchto dnech.

	Souhlasím	Nesouhlasím
Bolí mě, když kašlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kašel mě unavuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadýchám se, když mluvím	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zadýchám se, když se sehnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kašel nebo dýchání mě ruší ze spánku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snadno se vyčerpám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oddíl 4

Otázky týkající se dalších problémů, které Vám mohou v těchto dnech působit dýchací obtíže.

U každé otázky označte (✓) odpověď podle toho, co ve Vašem případě platí v těchto dnech.

	Souhlasím	Nesouhlasím
Kašel nebo dýchání mě na veřejnosti přivádí do rozpaků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje dýchací potíže obtěžují mou rodinu, přátele nebo sousedy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám strach nebo se mě zmocňuje panika, nemohu-li popadnout dech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám pocit, že moje dýchací potíže jsou mimo moji kontrolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neočekávám, že se moje dýchací potíže vůbec kdy zlepší	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V důsledku dýchacích obtíží mám chatrné zdraví nebo jsem invalidní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cvičení pro mě není bezpečné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Všechno mi připadá příliš namáhavé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oddíl 5

Otázky týkající se léčby, kterou užíváte. Pokud žádnou léčbu neužíváte, přejděte rovnou k Oddílu 6.

U každé otázky označte (✓) odpověď podle toho, co ve Vašem případě platí v těchto dnech.

	Souhlasím	Nesouhlasím
Léčba, kterou užívám, mi moc nepomáhá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání léčebných prostředků na veřejnosti mne přivádí do rozpaků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léky, které užívám, u mne vyvolávají nepříjemné vedlejší účinky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Léčba, kterou užívám, zasahuje rušivě do mého života	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dotazník Nemocnice St. George o obtížích s dýcháním ČÁST 2

Oddíl 6

Tyto otázky se týkají činností, na které mohou Vaše obtíže s dýcháním mít vliv.

Označte (✓) u každé otázky to, co platí ve
Vašem případě z důvodu obtíží s
dýcháním

	Souhlasím	Nesouhlasím
Trvá mi dlouho, než se umyji nebo obleču	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemohu se koupat nebo sprchovat nebo mi to trvá dlouho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chodím pomaleji než ostatní lidé, nebo se zastavuji, abych si odpočinul(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Činnosti jako např. domácí práce mi trvají dlouho, nebo musím dělat přestávky na odpočinek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokud vyjdu jedno poschodí, musím jít pomalu nebo se zastavit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spěchám-li nebo jdu-li rychle, musím se zastavit nebo zpomalit chůzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako chůzi do kopce, vynášení věcí do schodů, lehké práce na zahrádce (jako trhání plevele), tanec, hraní kuželek apod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako nošení těžkých břemen, okopávání na zahrádce nebo odstraňování sněhu, poklus nebo rychlou chůzi (8km/h), hraní tenisu nebo plavání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dýchání mi ztěžuje činnosti jako velmi těžkou tělesnou práci, běh, jízdu na kole, rychlé plavání nebo intenzivní sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oddíl 7

Rádi bychom věděli, jak dýchací obtíže obvykle ovlivňují Váš každodenní život.

Označte (✓) u každé otázky to, co platí ve
Vašem případě z důvodu obtíží s dýcháním

	Souhlasím	Nesouhlasím
Nemohu sportovat nebo hrát pohybové hry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemohu chodit za zábavou nebo se rekreovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemohu chodit na nákupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemohu dělat domácí práce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemohu se velmi vzdalovat od postele nebo od židle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dotazník Nemocnice St. George o obtížích s dýcháním

Zde je seznam dalších činností, ve kterých Vám mohou dýchací obtíže bránit. (Nemusíte je označovat, mají Vám jen připomenout, co všechno Vám mohou dýchací obtíže ztěžovat):

Vycházky nebo venčení psa
Práce v domácnosti nebo na zahradě
Pohlavní styk
Návštěvy bohoslužeb, restaurací, klubů nebo zábavných akcí
Pobyt venku za špatného počasí nebo v zakouřených místnostech
Návštěvy příbuzných nebo přátel nebo hraní s dětmi

Vyjmenujte jakékoli další důležité činnosti, ve kterých Vám mohou dýchací obtíže bránit:

.....
.....
.....
.....

Mohl(a) byste nyní označit odpověď (pouze jednu), která podle Vašeho názoru nejlépe vystihuje, jak Vás dýchací obtíže ovlivňují

- Nebrání mi v žádné činnosti, kterou bych chtěl(a) dělat
- Brání mi v jedné nebo dvou činnostech, které bych chtěl(a) dělat
- Brání mi ve většině činností, které bych chtěl(a) dělat
- Brání mi ve všem, co bych chtěl(a) dělat

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku. Zkontrolujte, prosím, zda jste odpověděl(a) na všechny otázky.