

Studijní program : Ošetřovatelství

Studijní obor : Ošetřovatelství

ID studijního oboru : 5341R003

Lucie Vrlíková

**KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S BRONCHIÁLNÍ OBSTRUKCÍ
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL OBSTRUKTION**

BAKALÁŘSKÁ ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

V Praze 14. 3. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně a při její realizaci použila informační zdroje, které jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 14. 3. 2009

.....

Poděkování

Děkuji za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce PhDr. Aleně Mellanové, CSc. Dále děkuji MUDr. Alexandru Stehlíkovi za možnost realizace výzkumné práce v alergologické ambulanci.

OBSAH	
ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Astma bronchiale	8
1.1 Historický úvod	8
1.2 Etiopatogeneze astmatu	9
1.3 Příčiny astmatu	11
1.4 Diagnostika	12
1.5 Projevy a klasifikace astmatu	13
1.6 Léčba astmatu	14
2. Kvalita života	16
2.1 Definice kvality života	16
2.2 Historie hodnocení kvality života	16
2.3 Vysvětlení pojmu „kvalita života“	17
2.4 Koncept kvality života	18
3. Přehled dosavadních poznatků	21
3.1 Vnímání kvality života a pohlaví	21
3.2 Výzkum společnosti USB Pharma	22
3.3 Výzkum kvality života pacientů s astma bronchiale	23
3.4 Ostatní poznatky	24
EMPIRICKÁ ČÁST	
1. Hypotézy	25
2. Metodika	25
3. Organizace výzkumu	25

4. Charakteristika respondentů	26
5. Interpretace výsledků	26
5.1 Hodnocení kvality v běžném životě	26
5.2 Hodnocení kvality života v pracovní oblasti	31
5.3 Hodnocení kvality života v aktivní oblasti	31
Diskuze	33
Závěr	36
Použitá literatura	38
Přílohy	40

ÚVOD

Otázkou kvality života u astmatiků jsem se začala zabývat po nástupu do alergologické ordinace, kde v současné době pracuji. Většina nemocných s astmatem, která tam pravidelně dochází na kontroly, přijde s úsměvem a v dobrém naladění a mnohdy si ani nepostesknou, že jsou vlastně nemocní a musí pravidelně užívat léky, trápí je často kašel nebo infekce dýchacích cest. Vždy jsem se zamýšlela nad tím, jestli je astma nějak omezuje, jestli jim diagnóza astmatu přinesla do života nějaké změny.

Podle informací a podle výzkumů, které jsem doposud četla, astma bronchiale a bronchiální obstrukce omezuje kvalitu života mnohem víc, než si ve skutečnosti myslíme. Astma je chronické onemocnění, které po jeho vypuknutí nemocného provází po zbytek života. Objevit se může v každém věku a v mnoha případech začíná už v dětství. Astma je onemocnění, které lze léčit, ale nejde vyléčit úplně. Můžeme pouze předcházet akutním stavům a komplikacím.

Právě proto, že astma může začít již v dětském věku, je důležité zjistit jaký má vliv na různé oblasti života, jak moc dítě či dospělého omezuje v každodenních činnostech, pracovním životě, ale i v oblasti aktivní a hlavně v osobním životě. Právě proto se zamýšlím nad otázkou „jaká je vlastně kvalita života astmatiků?“. Je jasné, že každé chronické onemocnění má své důsledky.

I v dnešní době moderní medicíny není někdy astma správně diagnostikováno a tudíž ani včas léčeno. Pacient má dlouhodobé potíže, které vedou k výrazným změnám kvality života. Problémy v diagnostice jsou hlavně u malých dětí, které trpí „pouze“ nepravidelnými záchvaty kašle. Při správné a včasné diagnostice lze předejít výraznému zhoršení nemoci, ale i mnoha komplikacím. I přes včasnou a správnou léčbu se astmatik po celý život setkává s řadou problémů.

Vlivem mnoha různých příčin může kdykoliv dojít ke zhoršení nemoci nebo k akutnímu astmatickému záchvatu, při kterém je nutná hospitalizace v nemocničním zařízení. Samozřejmě tím vzniká absence ve škole nebo v práci, která nemusí být vždy tolerována. K další absenci může dojít při pravidelných kontrolách u lékaře na alergologické ambulanci nebo při pobytu v léčebných lázních. Časté absence malých dětí mohou vést i k sociální izolaci a potíže při zařazení do dětského kolektivu. Po pracovní stránce může být astmatik omezen při výběru budoucího povolání, často nemůže vykonávat povolání, ke kterému má kvalifikaci nebo které ho uspokojuje. V některých případech není nemocný schopen pracovat vůbec a končí v invalidním důchodu. Problémy v pracovní oblasti se samozřejmě dotknou i stránky psychické (sebeuspokojení, seberealizace...), ale i stránky ekonomické (snížený výběr okruhu zaměstnání, nemožnost vyššího vzdělání, nutnost pracovat v méně ohodnoceném zaměstnání....).

Mezi další problémy patří snížená schopnost aktivního způsobu života a pohybové aktivity. Mnoho nemocných je kvůli astmatu omezeno ve sportovních aktivitách, někteří i v jakékoliv tělesné námaze. Přitom tělesná aktivita je součástí léčebného režimu každého astmatika, protože pravidelný fyzický trénink vede ke zlepšení dýchacího, ale i oběhového ústrojí a má příznivý vliv na pohybový aparát i na psychiku nemocného. Někteří astmatici mohou mít i takové potíže, že jsou omezeni v činnostech denní potřeby, jako je například dojít si nakoupit, vyjít jedno podlaží v domě, uklidit byt atd. Tito lidé jsou často odkázáni v některých činnostech na pomoc rodiny nebo svého okolí.

Díky všem těmto informacím jsem začala mít potřebu zjistit, jaká je obecně kvalita života astmatiků. Chci si ujasnit, jak moc se lidem s touto diagnózou změnil život a do jaké míry je jejich onemocnění omezuje. Základním cílem je zjistit, jak často se astmatik potýká s příznaky astmatu, jak moc je omezen v osobním, pracovním, ale i aktivním životě a jak on sám hodnotí svoji kvalitu života.

Z těchto úvah vyplynuly i hlavní cíle mé práce:

- zjistit, jaká je obecně kvalita života astmatiků,
- potvrdit, že onemocnění astma bronchiale kvalitu života ovlivňuje,
- ověřit, v jaké oblasti je kvalita života nejvíce ovlivněna, zda v osobním, pracovním nebo aktivním životě,
- zjistit, jak je astmatik schopen vykonávat každodenní činnosti a jak moc ho astma v činnostech omezuje

TEORETICKÁ ČÁST

1. ASTHMA BRONCHIALE

1.1 Historický úvod

Průduškové astma provází lidstvo odedávna. Zmínky o této chorobě se objevují již ve staré Číně ve třetím tisíciletí před Kristem. O možnostech léčby astmatu se prvně zmiňují pozdější čínské písemné záznamy z období kolem roku 1000 před Kristem, které zdůrazňují účinnost rostliny Ma Huang. Tu dnes známe pod botanickým jménem Chvojník obecný a její účinná látka efedrin byla ještě v nedávné době v léčbě astmatu bohatě využívána. Je ovšem pravda, že ve starověku byly pod pojem „astma“ často zahrnovány téměř všechny stavy provázené dechovými obtížemi, z nichž mnohé dnes již řadíme do jiných diagnostických skupin. Samotný pojem „astma“ pochází z řečtiny a znamená dušnost nebo záduchu.

S postupem doby se ovšem názory na astma vyvíjely a poznatky upřesňovaly. Ve 2. století n. l. bylo popsáno astma vyvolané tělesnou zátěží, ve stejné době se o popis onemocnění pokoušel Galén. Jeho pohled na astma jako nemoc způsobenou sekrecí hlenu z mozku do plic však byl značně nepřesný. Podrobnější popis je z 12. století, kdy Moses Maimonides vydal svou knihu „Pojednání o astmatu“. Asi od 16. století se objevují první poznatky o významu některých látek z prostředí pro vývoj a průběh nemoci, teprve v roce 1859 však Henry Hyde Salter přesněji popsal souvislost přecitlivělosti na peří a některé další alergeny s astmatem. Jeho definice astmatu byla již tehdy velmi blízká některým definicím moderním: **Astma je záchvatovitá dušnost typického charakteru, obvykle periodická, s intervaly zdravého dýchání mezi záchvaty...** V roce 1698 sir John Floyer definuje astma jako dušnost a zúžení průdušek. Popsal i vlivy dědičnosti a odhaluje některé vyvolávající faktory, jako je např. tělesná zátěž a znečištění ovzduší. Postupně se objevují i poznatky o změnách charakteru průduškového hlenu při astmatických záchvatech a do popředí se dostává studium patofyziologických změn, které se při astmatu objevují.

Významný rozvoj teorií o astmatu a dějích, které při něm probíhají, nastal ve 20. století. V roce 1918 je Walkerem navrženo rozdělení na astma z příčin vnějších a z příčin vnitřních, u kterého není možno přímou souvislost s vlivy vnějšího prostředí prokázat a které se objevuje i u lidí bez jasné alergie. V poválečném období se pozornost soustředila na funkční změny dýchacího aparátu a astma bylo na základě podrobnějšího poznání mechanismů funkčních poruch chápáno především jako stav záchvatovité dušnosti a nadměrné průduškové reaktivity. Z tohoto poznání vychází i jedna z nejznámějších definic nemoci, definice Americké hrudní společnosti (American Thoracic Society) z roku 1975, která byla po dlouhá léta používána i pro vyhledávání nemocných při

sledování epidemiologických ukazatelů: **Astma je nemoc charakterizovaná zvýšenou citlivostí dýchacích cest vůči různým podnětům, která se projevuje zpomalením usilovného výdechu, a jejíž závažnost se mění buď spontánně, nebo po léčbě.** Tato definice sice vystihuje funkční podstatu, nezmiňuje se ovšem o chronickém průběhu nemoci. Z tohoto pohledu byla přesnější definice WHO, publikovaná také v roce 1975, která však v té době zůstávala trochu v pozadí: **Astma je chronický stav charakterizovaný opakovaným bronchospasmem, který je výsledkem schopností dýchacích cest reagovat přechodným zúžením svého průsvitu na podněty takového druhu a intenzity, které u většiny jedinců takové změny nevyvolávají.** Teprve v 80. letech došlo díky technickému pokroku v diagnostických metodách k výraznému rozvoji poznání příčin a mechanismů, které jsou podkladem chronických změn průdušek při astmatu. Astma bylo definováno jako nemoc dlouhodobého charakteru, která probíhá i v době, kdy nejsou jasné funkční změny zjištělné a kdy je pacient bez obtíží.

Tato poznání vedla k vytvoření definice, která již uvedené skutečnosti respektuje a která byla naposledy inovována v únoru 2002. Dokument byl vydán pod záštitou Světové zdravotnické organizace: **Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, kde hrají roli mnohé buňky a buněčné částice. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíže na hrudi a kašle, zvláště v noci nebo časně ráno. Tyto epizody jsou obvykle spojeny s variabilní obstrukcí, která je často reverzibilní buď spontánně, nebo vlivem léčby** (Kašák a spol., 2003).

1.2 Etiopatogeneze astmatu

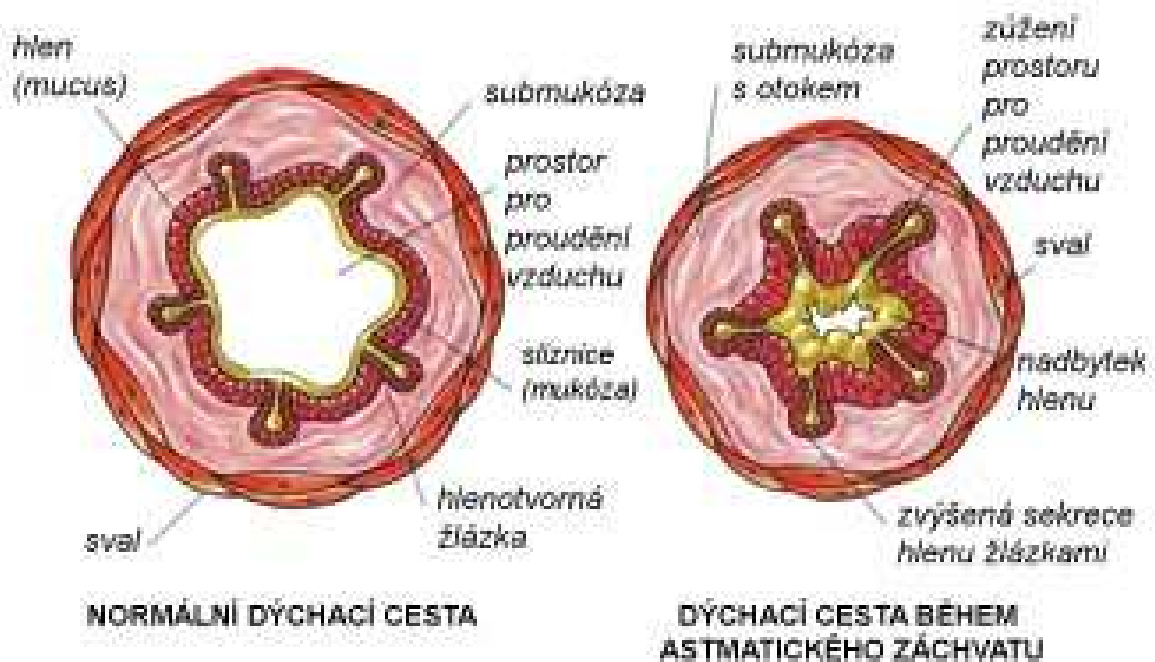
Bronchiální (průduškové) astma je chronické zánětlivé onemocnění průdušek. V ČR toto onemocnění postihuje asi 820 000 lidí a přibližně u 300 000 lidí ještě nebylo diagnostikováno (Špičák a spol., 2008). Astma je nevyléčitelné onemocnění, které vyžaduje celoživotní protizánětlivou nebo bronchodilatační léčbu. Zánět průduškové sliznice vzniká zpravidla jako neadekvátní reakce imunitního systému na látky, které pro organismus neznamenaají nebezpečí, tzn. alergeny. Jedná se tedy o chybnou imunitní odpověď, v případě astmatu o zvýšenou produkci histaminu buňkami imunitního systému. Histamin podporuje zánětlivé otoky a bronchospasmus.

U dospělých je 50% astmatu způsobeno alergií (Stallergenes, 2008). Alergie je hypersenzitivní reakce podmíněná reakcí imunitního systému. Je to tedy přehnaná, nepřiměřená reakce imunitního systému na látky, se kterými se setkáváme běžně ve svém prostředí, ovšem jen alergický organismus na ně reaguje, na rozdíl od nealergického organismu je nedokáže tolerovat.

Během vývoje imunity od narození až po dospělost se buňky imunitního systému učí odpovídat obrannou reakcí na to, co by nám mohlo škodit, a také se učí tolerovat to, co je pro nás neškodné. Látky, většinou bílkovinné povahy, na které imunitní systém odpovídá, se nazývají antigeny, ty na které přecitlivělý organismus alergika reaguje alergickou reakcí (vytváří „alergické protilátky“ typu IgE), se nazývají alergeny. Pojem obrany nebo odolnosti je velmi všestranný a opírá se o mnoho dějů – počínaje rozeznáním cizorodé částice či molekuly, konče vytvořením aktivní obrany anebo tolerance. Aktivní obrana zahrnuje krom jiného také tvorbu specifických buněk a protilátek, jejichž úlohou je chránit nás před „vetřelcem“ (před škodlivými antigeny), a eliminovat ho z organismu. V některých situacích náš obranný imunitní systém svoji reakci „přežene“, ztratí kontrolu sám nad sebou a reaguje na látky, které jsou běžné a pro organismus neškodné.

Postižení dýchacích cest při astmatu

Během astmatického záchvatu dochází ke stažení svaloviny stěny průdušek a průdušinek a zúžení jejich vnitřního průměru. Zvýšená sekrece hlenu a zánět vnitřní výstelky zúžení dýchacích cest ještě prohloubí.



Obrázek č.1 : Průřez průdušky

Během prvního kontaktu imunitní systém reagoval na styk s antigenem, uložil si tuto zkušenost do paměti a začal vytvářet malé množství protilátek. Při opakovaném kontaktu antigen již rychle rozpozná a okamžitě na něj reaguje zvýšenou tvorbou protilátek. Opakovaná kontakt organismu s vyvolávajícím alergenem, vede k trvalé produkci IgE protilátek a k alergickému zánětu postižených částí (nosní a průdušková sliznice, kůže...).

Alergický zánět mají na svědomí buňky zánětu (především bílé krvinky), které tvoří a uvolňují látky, které poškozují povrchy sliznic, zvyšují propustnost cév a výsledkem je tvorba hlenu, otok, zarudnutí, stažení (spasmus vláken hladkých svalů). Tyto toxické bílkoviny můžeme i měřit v krevním séru, v moči, ve výplachu průdušek nebo nosu (setkáme se s nimi pod označením ECP), látky vyvolávající nebo zhoršující zánět lze měřit i ve vydechovaném vzduchu. Předpokladem vzniku astmatu je atopie - osobní či rodinná tendence ke schopnosti imunitního systému tvořit při odpovědi na nízké dávky alergenů (obvykle látek bílkovinné povahy ze zevního prostředí) IgE protilátky a vyvíjet typické projevy astmatu. Atopie tedy mívá zřetelný rodinný výskyt (Špičák, Hrubíško, 2007).

1.3 Příčiny astmatu

Na vzniku astmatu se spolupodílí několik faktorů. Patří mezi ně alergeny, podpůrné vlivy, dědičnost a spouštěcí vlivy.

Mezi alergeny patří například pyly, roztoči, plísňe, zvířata, prach atd. Uvádí se, že u dospělých je 50% astmatu alergického původu a 50 % astmatu z jiných příčin (profesionální astma, infekční, po prodělaném nachlazení, vzniklé z nikotinismu, po fyzické námaze). U dětí je 85% astmatu z alergických příčin a 15 % astma vzniklé z příčin jiných (Stallergenes, 2008).

Mezi podpůrné vlivy patří kouření (jak aktivní, tak i pasivní), časté infekce dýchacích cest, vnější znečištění (znečištěné ovzduší), vnitřní znečištění (aerosoly, nátěry, bakterie...).

Jak jsem se již zmínila, k alergii (ze které se může vyvinout astma) je člověk predisponován dědičně. Dědičná přitom není samotná alergie, ale zvýšená citlivost (děti nemusejí být nutně alergické na stejné podněty jako jejich rodiče). Riziko vzniku alergie je: 15 % pokud rodiče nejsou alergiky, 40 % pokud je alergikem jeden z rodičů, 60 % pokud jsou oba rodiče alergiky a 75 % pokud jsou alergiky oba rodiče a jeden další blízký příbuzný (Stallergenes, 2008).

Astma může vzniknout i u lidí s jiným typem alergie, jako např. u nemocných s alergickou rýmou, atopickým ekzémem, potravinovou alergií. Uvádí se, že 70 % astmatiků mělo nejdříve projevy alergické rýmy a 50 % pacientů trpících alergickou rýmou má současně příznaky průduškového astmatu

(Stallergenes, 2008). Dále 30 % dětí a 50 % dospělých, kteří se léčí s atopickým ekzémem mají též projevy astmatu (Kašák, 2005).

Spouštěcí vlivy můžeme rozdělit na nespecifické podněty a specifické podněty. Mezi nejčastější nespecifické podněty, které dráždí průdušky a mohou vyprovokovat astmatický zánět, patří: cigaretový kouř, křídový prach, skelná vata, dráždivé plyny a výpary, barvy, spreje v kosmetice, smog, ale také mlha, studený suchý vzduch, tělesná námaha, silné emoce, stres.

Specifickými podněty, spouštěči astmatických obtíží, jsou alergenů. Nejčastěji jsou to alergenů roztočů, mohou to ale být také pylová zrna, zvířecí alergenů, vzdušné plísňe, potraviny, hmyzí alergenů a další.

1.4 Diagnostika

Astma diagnostikuje lékař hlavně podle anamnézy, fyzikálního vyšetření, spirometrie a krevních odběrů. Doplňkovým vyšetřením jsou kožní testy.

Anamnéza

Během vyšetření je důležité zeptat se na všechny rodinné údaje, zejména se zaměřením na výskyt alergie, dále popis příznaků a okolností, za kterých vznikají potíže, na zvyky, způsob života, kuřáctví, školní a pracovní prostředí, způsob trávení volného času. Dále na životní prostředí – bytové a domovní podmínky, nejbližší okolí bydliště, způsob vytápění, kontakt se zvířaty, výživové zvyky, používání lůžkovin s peřím. Samozřejmě zjistíme i celkový zdravotní stav (jiná předchozí nebo současná onemocnění), zda pacient prodělal nějakou reakci po očkování, potravinách či lécích.

Fyzikální vyšetření

Při alergologickém vyšetření se lékař zaměřuje hlavně na spojivky (zjištění případné alergické konjunktivitidy), na vyšetření dutiny ústní a poslech hrudníku. Při poslechu je někdy možné u astmatiků slyšet vrzoty a pískoty, hlavně u dětí. Normální poslechový nález, ale astma nevyklučuje.

Funkční vyšetření plic – spirometrie

Spirometrie patří k základním vyšetřovacím postupům. Umožňuje posoudit plicní ventilaci na základě měření objemu vdechnutého či vydechnutého vzduchu. Zjištěné výsledky se přepočítávají na procenta náležitých hodnot, pro danou výšku a váhu vyšetřovaného (Tomášková, Povová). U nemocných s astmatem lze pomocí spirometrického vyšetření odhalit reverzibilní a kolísající obstrukci dýchacích cest, která často po aplikaci bronchodilatačního léku vymizí.

Kožní testy

Při kožních testech se na kůži předloktí (vyjimečně na zádech) nanese kapky čistého alergenového roztoku o známé koncentraci. Běžně se provádí bodový test, tzv. prick test. V místě kapky se kůže naruší hrotem z umělohmotného kopíčka. Při pozitivní odpovědi se objeví v místě „bodnutí“ pupen s okolním zarudnutím kůže. Velikost reakce se změří. Pozitivní reakce se počítá již od velikosti pupenu 3 mm (Špičák, Hrubisko, 2007). Mezi běžně používané alergenové kapky se používají pyly z květin a stromů, kočka, pes, roztoči, latex a různé potraviny. Kožní testy patří mezi základní vyšetření.

Krevní vyšetření

Při krevním vyšetření se prokazují specifické alergické protilátky – specifické IgE. Dnes je možno vyšetřit specifické protilátky asi proti 200 alergenům. Mezi další krevní vyšetření patří krevní obraz + diferenciál, FW, ECP, buněčná imunita a fagocytóza, C3 a C4, CIK, CH100.

Kvůli vyloučení jiného onemocnění se někdy provádí RTG plic nebo ORL vyšetření.

1.5 Projevy a klasifikace astmatu

Mezi nejčastější projevy patří opakovaný, přetrvávající kašel, kvůli kterému nemocný přichází k lékaři. Kašel se objevuje nejčastěji v noci, nebo v ranních hodinách, často vede k probuzení nemocného. U 60 % případů astmatu je zezáčátku přítomen pouze kašel. Dalším příznakem je ztížené dýchání, kdy si nemocní stěžují na pocity nedostatku vzduchu (tzv. krátký dech) při namáhavějších činnostech, fyzické námaze. Může se objevit i pocit tísně na hrudi, slyšitelné vrzoty nebo pískoty. Dále mají astmatici sklon k častějším infekcím dýchacích cest a zahlenění.

Mezi velmi nepříjemný příznak patří astmatický záchvat. Jedná se o záchvat výdechové dušnosti, který vzniká nečekaně v kteroukoliv denní hodinu. Nemocný je neklidný, úzkostný, sedí, opírá se o horní končetiny, v činnosti je pomocné dýchací svalstvo, na dálku jsou slyšet vrzoty a pískoty. Astmatický záchvat se někdy projevuje i dušností spojenou se suchým kašlem. Před koncem záchvatu se dostaví vykašlávání hlenu. Takový záchvat trvá většinou 30 minut až 1 hodinu a odezní. V některých případech může přejít i ve status astmatici.

Status astmatici – astmatický stav je charakterizován dlouhou dobou trvání, těžkým průběhem a ohrožením vnitřního prostředí organismu. Dlouhodobá dušnost nemocného vyčerpává, dýchání je povrchní, ventilace plic nízká, ve tkáních je nedostatek O_2 a zvedají se hodnoty CO_2 . Rozvíjí se obraz akutní

dechové nedostatečnosti a dochází až k oběhovému selhání. Astmatický stav je velice závažný život ohrožující stav.

Nejčastější příznaky u nemocných před potvrzením diagnózy astmatu jsou: ztížené dýchání, tzv. „krátký dech“ a to u 81 % nemocných; opakovaný, přetrvávající kašel u 38 % nemocných; noční dušnosti s probuzením u 14 % nemocných a opakované stavy „nachlazení“ u 13 % nemocných (Petrů, 2002).

Klasifikace astmatu je založena na kombinaci hodnocení. Závažnost astmatu určuje typ potřebné léčby. Astma můžeme rozdělit na 4 stupně a to astma intermitentní, lehce perzistující, středně perzistující a těžké perzistující astma. U intermitentního astmatu se denní příznaky objevují méně než 1x týdně, mezi záchvaty je nemocný bez příznaků, PEF (hodnota při spirometrii=vrcholová rychlost výdechu) je normální, noční příznaky méně než 2x měsíčně. U lehce perzistujícího astmatu se denní příznaky objevují vícekrát za týden, ale méněkrát než 1x denně, záchvaty mohou omezovat běžnou činnost, noční příznaky více než 2x měsíčně. U středně těžkého perzistujícího astmatu se denní příznaky objevují každý den, záchvaty omezují běžnou činnost, noční příznaky více než 1x týdně. A nakonec u těžkého perzistujícího astmatu jsou denní příznaky trvalé, je omezená tělesná aktivita a noční příznaky jsou velmi časté (Špičák a spol., 2003).

1.6 Léčba astmatu

Léčba astmatu spočívá v léčbě pomocí antihistaminik, bronchodilatačních léků, inhalačních kortikosteroidů, desenzibilace a různých dalších opatření.

Antihistaminika potlačují protizánětlivou reakci imunitních buněk, zmírňují otok probíhajícího zánětu. Podávají se jednou denně, účinek nastupuje velmi rychle a trvá až 24 hodin. Účinek je také protizánětlivý a preventivní. Patří mezi ně např. Xyzal a Aerius.

Bronchodilatancia patří mezi úlevové léky, uvolňují průdušky zúžené při astmatickém záchvatu (tzv. beta - mimetika). Většinou se požívají podle potřeby. Mají krátkou dobu účinku (4 - 6 hodin) a nejsou vhodné pro déletrvající pravidelnou léčbu. Mezi ně patří např. Ventolin a Berodual.

Inhalační kortikoidy jsou preventivní léky s protizánětlivým účinkem. Používají se pro léčbu alergických příznaků, které se opakují nebo dlouhodobě přetrvávají. Důležité je jejich pravidelné podávání. Nejsou určeny pro odstranění akutních obtíží, ale působí preventivně. Např. Pulmicort, Symbicort, Alvesco, Seretide, Flixotide.

Desenzibilace je preventivní a léčebná terapie alergie, která působí na imunitní systém tak, že mu navrácí rovnováhu. Antihistaminika, kortikoidy a bronchodilatancia pouze potlačují symptomy alergie (zmírňují alergický zánět nebo

rozšiřují průdušky). Mnohými klinickými studiemi je prokázáno, že desenzibilace účinně odstraňuje alergii a její efekt trvá i po ukončení léčby. Léčba desenzibilací spočívá v pravidelném podávání vzestupných dávek alergenu v krátkých časových intervalech (iniciální fáze terapie) a pokračuje se v podávání nejvyšší dosažené dávky v delších časových intervalech po dobu 3 - 5 let (udržovací fáze terapie). Pacientův organismus si tak na alergen postupně zvyká. Léčba je dostupná ve dvou formách a to podkožní injekce nebo sublinguálně podávané kapky (Stallergenes, 2008).

K dalším opatřením patří eliminace alergenů, stresu, psychické zátěže, úprava životosprávy....

2. KVALITA ŽIVOTA

2.1 Definice kvality života

Kvalita života je termín, který se v posledních letech objevuje se vzrůstající frekvencí nejen ve vědecky zaměřených studiích, ale i v obecných pojednáních a úvahách, proniká do „laického“, nemedicínsky zaměřeného tisku a dokonce obohatil i jazyk politiků a představitelů státní správy. V medicíně je pojem kvalita života poměrně nový, v ostatních oblastech výzkumu se s ním pracuje už dlouho. Například v sociologii je kvalita života standardně užívaným termínem, označující celek socioekonomických indikátorů pocitu životní spokojenosti obyvatelstva z materiální, ekonomické a politické perspektivy. Na rozdíl od tohoto pojetí, které vyrůstá především z materiálních a politických aspektů, je kvalita života v medicíně chápána především v souvislosti se zdravotním stavem. Je ovšem nutno zdůraznit, že na otázku, co to vlastně kvalita života je, jaká je její definice, není možné nalézt přesnou odpověď. Celkový koncept kvality života sestává z řady jednotlivých domén - oblastí, které kvalitu života každého člověka v různé míře ovlivňují. Mezi základní domény udávané většinou autorů patří tyto kategorie: fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické parametry a celková spokojenost, sociální interakce, stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce, religiózní nebo spirituální stav (Spilker, in Salajka, 2006).

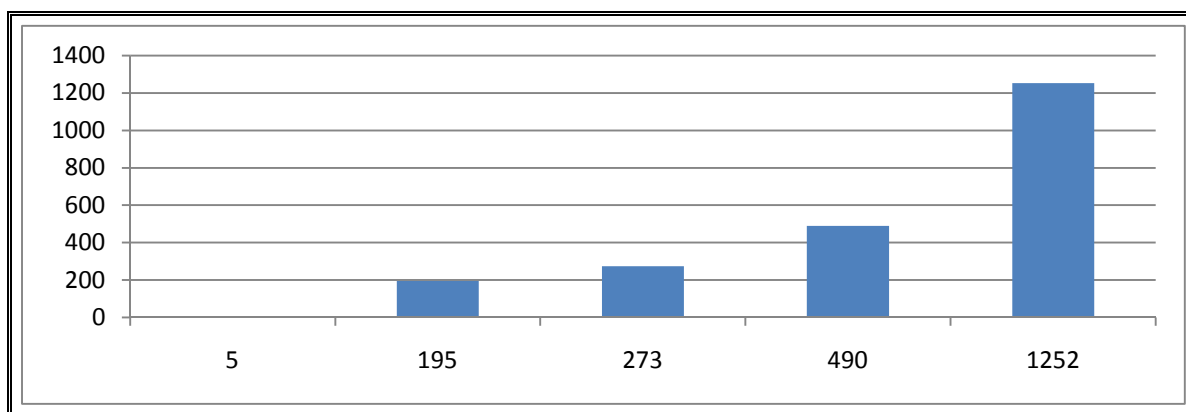
Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filozofii, teologii, sociální práci, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy (Mareš, 2006).

2.2 Historie hodnocení kvality života

Podle Kaptaina je nejstarší odkaz na heslo „ kvalita života“ v databázi Medline z roku 1969. Jde o článek popisující pocity lékaře, který navštívil 90letou pacientku oslavující své narozeniny. Do roku 1973 se nacházelo v databázi Medline jen 5 referencí o kvalitě života. Od té doby ovšem nastal exponenciální růst, jak to ilustruje graf č. 1. Koncem 90. let překročil počet publikací týkajících hodnocení kvality života 1000. Podobná situace je i při hodnocení kvality života nemocných s bronchiální obstrukcí. První zmínka o kvalitě života nemocných s bronchiální obstrukcí se objevila v roce 1975 v práci věnované léčbě kyslíkem. Tato léčba u pacientů podle autorů zlepšila každodenní život. V letech 1975 - 1985 byl publikován přibližně jeden článek věnovaný hodnocení kvality života u respiračních onemocnění ročně, ve druhé polovině 90. let se tato frekvence zvýšila na jeden článek každé dva týdny. V současné době jsme v situaci, kdy hodnocení kvality života bylo všeobecně akceptováno jako jedno ze základních

kritérií hodnocení jednotlivých léčebných postupů a je integrální součástí většiny v současné době publikovaných studií. Z tohoto důvodu se počet publikací s touto tematikou pohybuje v řádu stovek prací ročně (Salajka, 2006).

Kvalitu života, která se od 70. let 20. století stává postupně jednou z nejvýznamnějších výzkumných oblastí v sociálních vědách, je možné chápat jako široký koncept týkající se celkové spokojenosti (well - being) jedince se životem uvnitř společnosti. Z hlediska daného jedince souvisí také s možností dosáhnout svých cílů a zvolit si svůj optimální životní styl (Mareš, 2007).



Graf č. 1: Počet publikací věnovaných hodnocení kvality života podle A.Kapteina (N)

2.3 Vysvětlení pojmu „kvalita života“

Na otázku, co je vlastně kvalita života neexistuje přesná odpověď. Pod pojmem „kvalita života“ si totiž každý jedinec představí něco jiného, je to tedy pojem zcela individuální, ovlivnitelný aktuálním stavem. Kvalitou života u nemocných se v poslední době v medicíně a ošetřovatelství zabývá stále více a to v důsledku komplexnosti, celostní medicíny. Nemocný člověk už není jen pacient, ale především člověk se svými biologickými, sociálními a psychologickými aspekty. Stále více se zaměřujeme i na subjektivní pocity nikoliv jen na chorobu a její léčbu.

Celkovou kvalitu života jedince můžeme charakterizovat jako vnímání individuálního postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém daná osoba žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám. Podle Cambella může být kvalita života chápána jako rozdíl mezi chtěnými a uskutečněnými životními cíli - čím větší tento rozdíl je, tím nižší je kvalita života. Posuzujeme ji z hlediska bohatosti života, jeho kompletnosti a spokojenosti s ním. Existuje mnoho faktorů, které jsou považovány z hlediska naplnění těchto významů za důležité. Ty zahrnují například dobré zdraví, sociální a pracovní jistoty, finanční zabezpečení, sebedůvěru a silné rodinné vztahy. Každý z těchto faktorů sám o sobě může být určující pro kvalitu života určité osoby a každý z nich je také úzce spojen s těmi ostatními. Tyto faktory mohou mít na

výslednou kvalitu života různý vliv. Základní koncepční diskuze o pojmu kvalita života, případně kvalita života spojená se zdravotním stavem, opakovaně nastolovaly otázku, nakolik je tento pojem individuální, vyrůstající ze zkušeností jediného člověka (pacienta), nebo nakolik se jedná o všeobecnou platnost určitých prožitků a stavů, které jsou pro všechny jedince spojeny s pojmem kvalita života a které tuto kvalitu stejnou nebo podobnou mírou ovlivňují. Podle výzkumů provedených pomocí takzvaných otevřených dotazů, při kterých mohli dotázaní sami definovat pojem kvality života a naplnit jej obsahem, se ukázalo, že přinejmenším v západních industrializovaných zemích jsou do pojmu kvalita života většinou zahrnovány aspekty, které byly již dříve diskutovány. Kvalita života v pozitivním smyslu podle nich zahrnuje především psychický stav, tělesnou kondici, duševní schopnosti, sociální vztahy a plnění úloh v každodenním životě. I když na úrovni konkrétního chování jsou pro různé osoby důležité rozdílné konkrétní oblasti (např. pěstování květin, cestování..), jsou na metafyzické úrovni cíle pozitivní kvality života ve své dimenzionalitě interindividuálně srovnatelné (Salajka, 2006).

Podle Maráškové lze kvalitu života chápat jako individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, přesto se však do ní promítá minulost, přítomnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice, ekosystému apod. (Marášková, 2008). Hartl a Hartlová (2000) definují kvalitu života jako „vyjádření pocitu životního štěstí, míru, seberealizace a duševní harmonie, míru životní spokojenosti a nespokojenosti“. Psychologické pojetí kvality života vychází především ze subjektivity člověka jako prožívání, myšlení a hodnocení toho, co chce a čeho se mu nedostává. Člověk považuje svůj život za kvalitní, jestliže jeho očekávání jsou ve shodě s životní realitou (Vymětal, 2003).

2.4 Koncept kvality života

Kvalitu života nelze měřit přímo. Posuzuje se objektivními a subjektivními kritérii. Mezi objektivní patří například příjem, počet let vzdělání nebo zaměstnání, tedy snadněji měřitelné a kvantifikovatelné položky. Mezi subjektivní patří subjektivní spokojenost s prací. V medicíně se pro kvalitu života často používá termín Health-Related Quality of Life = HRQoL, tedy kvalita života týkající se zdraví (Goppoldová, 2004).

Koncept kvality života ovlivněné zdravotním stavem je součástí celkového konceptu kvality života, kterou tedy můžeme rozdělit na oblast se zdravotním stavem související a oblast nesouvisející. Míra vlivu těchto dvou oblastí na celkovou kvalitu života jedince kolísá. Je jasné, že u zdravého jedince má HRQOL relativně malý vliv na celkovou kvalitu života, zatímco u osoby se závažným chronickým onemocněním může vliv HRQOL vysoce převažovat. Koncept hodnocení zdravotního stavu a jeho oblastí nachází uplatnění při hodnocení

zdravotnických služeb a efektivity léčby. Měřítka funkčního stavu obvykle vyjadřují míru omezení vyvolané chorobou týkající se pohyblivosti nebo při plnění sociálních rolí. Hodnocení celkové spokojenosti zahrnuje subjektivní vjemy nepříjemných nebo příjemných zážitků a celkové posouzení zdraví nebo subjektivního stavu. Zdravotní stav může být definován jako důsledek zdraví na osobní schopnost plně vykonávat a prožívat každodenní aktivity. Zdravotní stav hodnocený nemocným tedy zahrnuje kvalitu života ovlivněnou zdravotním stavem a funkční stav. Funkční stav se vztahuje k osobní schopnosti provádět různé fyzické, emoční a sociální aktivity. Odráží schopnost dostát nárokům každodenního života, zatímco HRQOL označuje subjektivní vnímání důsledku zdravotního stavu na kvalitu života (Salajka, 2007).

Proč měřit kvalitu života? Fyzické ukazatele poskytují více informací pro klinické lékaře, ale často jsou v nedostatečném souladu s funkční kapacitou a pocitem zdraví pacienta. Ne každý se závažným onemocněním má špatnou kvalitu života a ne všichni jedinci bez onemocnění mají kvalitu života dobrou. Častým fenoménem je, že dva pacienti se stejnými objektivními ukazateli odpovídají na onemocnění výrazně odlišným způsobem. Znamená to, že vztah mezi symptomy a kvalitou života není přímým a ani jednoduchým. Významnými jsou další faktory, jako individuální vnímání, přesvědčení a pocity (vedoucí k očekávání). Proto osobní vyhodnocení zdraví a pocitu pohody je klíčovým faktorem ve studiích kvality života. Zdravotní kvalita se zaměřuje na pacientův náhled na vlastní chorobu a měří zhoršení, které je důsledkem onemocnění a které pacient považuje za důležité. Posouzení kvality života může pomoci vyhodnotit, jestli je určitá léčba užitečná, nebo ne (Oude Elbering, 2006).

Ve zdravotnictví, které vztahuje kvalitu života ke zdraví a nemoci, se počet praktických aplikací neustále zvyšuje. S kategorií kvalita života se pracuje v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů, v klinických výzkumech ověřující nové léčebné postupy a nové léky, ale též při standardní léčbě chronických a velmi vážných onemocnění (Mareš, 2006). Předpokládá se, že pokud jedinec onemocní a stane se pacientem, jeho kvalita života se zhorší. Zpravidla se uvádí, že změna k horšímu nastane v těchto oblastech: místo aktivity nastupuje pasivita, pacient se stává závislejší na druhých lidech, musí změnit navykly životní rytmus, snižuje se jeho sebedůvěra, zvyšuje se jeho sociální izolace, pohybuje se v prostředích, která nezná; zužuje se okruh jeho zájmů, pro nové situace nemá vypracovány adekvátní zvládací strategie, dominují u něj negativní emoce, žije převážně v přítomnosti, neboť budoucnost je nejistá (Křivohlavý, 2002).

Kvalita života se stala důležitým ukazatelem v případě mnohých nemocí, obzvláště chronických, protože měří vliv chronického onemocnění z pohledu pacienta. Tento ukazatel se používá i u alergických onemocnění, buď jako významný ukazatel klinických studií, nebo v běžné klinické praxi (Oude Elberink, 2006).

Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí nemá dlouhou tradici. Důvodem, proč kvalitu hodnotit je určitě zkvalitnění péče o astmatiky a zhodnotit úspěšnost léčby. Vždyť astma bronchiale v dnešní době postihuje přibližně 820 000 lidí v ČR a ukazuje se, že asi u 300 000 dětí a dospělých ještě není diagnostikováno (Špičák a kol., 2008).

Bronchiální obstrukce u astmatu může podstatně snížit kvalitu života nemocného, zapříčinit omezení fyzických aktivit, snižovat vitalitu a energii, vyčerpávat po fyzické i psychické stránce.

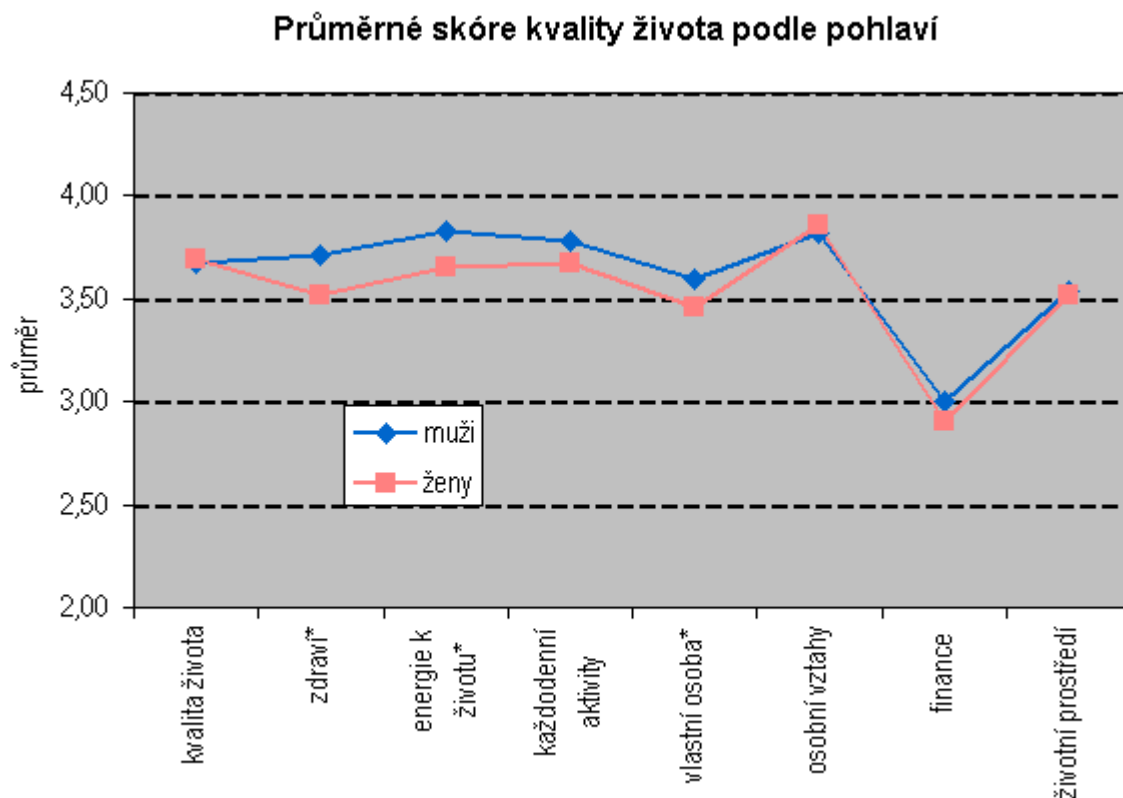
3. PŘEHLED SOUČASNÝCH POZNATKŮ

V posledních letech bylo publikováno mnoho výzkumných prací ohledně hodnocení kvality života. Mnoho z nich je publikováno v zahraničí. Výzkumy ukázaly, že vnímání kvality života nemocných se liší od našich předpokladů, a že astma zhoršuje kvalitu života mnohem více, než se předpokládalo.

3.1 Vnímání kvality života a pohlaví

Řada výzkumů je věnována i otázce vnímání kvality života a pohlaví. Podle mnoha dotazníků je prokázána lepší kvalita života u mužů než u žen. V článku „pohlaví, astma a kvalita života“ autoři uvádí, že muži mají celkově lepší kvalitu života než ženy, astmatictí muži mají zpravidla horší kvalitu života než muži zdraví, astmatické ženy mají naopak zpravidla lepší kvalitu života než ženy zdravé, astmatické onemocnění má výraznější vlivy na kvalitu života mužů než žen a astmatické onemocnění má výraznější vlivy na emocionální než kognitivní dimenze (Hnilica, Hnilicová, 2004).

I podle výzkumů Ústavu zdravotnických informací statistiky České republiky je kvalita života u žen nižší než u mužů (viz. graf č. 2)



* signifikace na hladině významnosti 0,05

Zdroj: EUROHIS 2001

Graf č. 2: Průměrné skóre kvality života podle pohlaví

Leidyová za použití dotazníku AQLQ (Astma Quality of Life Questionnaire) ve skupině 161 astmatiků prokázala také lepší kvalitu života u mužů než u žen. Dále podle výzkumu Bellocha u 84 žen a 67 mužů s astmatem se prokázala nižší kvalita života u žen. I v rozsáhlé studii Forda, která zahrnovala více, než 12 000 astmatiků byly rozdíly v hodnocení kvality žen a mužů (Salajka, 2006). Rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami jsou tedy prokazatelné podle mnoha studií.

3.2 Výzkum společnosti USB Pharma

V roce 2002 provedla tato společnost rozsáhlý výzkum u pacientů s alergickou rýmou, zánětem spojivek a astmatem. Byl to výzkum zaměřený na kvalitu života před a po nasazení léčiva ze skupiny antihistaminikum. Výzkumu se účastnilo celkem 3 712 pacientů, z toho 2036 žen a 1676 mužů průměrného věku 27,4 roku. Pacientům byly položeny otázky, do jaké míry se cítí omezení svou nemocí v různých životních činnostech. Toto omezení měli vyhodnotit před zahájením pravidelné tříměsíční léčby a pak měli následně zhodnotit, jak jejich uvedená léčba zlepšila jejich potíže.

První skupina dotazů byla zaměřena na omezení fyzické aktivity pacientů. Podle předpokladů nejvíce se cítily pacienti omezení při provozování fyzicky velmi náročné činnosti - pacienti udávali schopnost vykonávat takovou činnost jen na 49 % svých předpokládaných možností, schopnost vykonávat středně náročnou činnost na úrovni 68 % a lehkou fyzickou činnost (např. chůze po rovině 200 metrů) na 92 % svých schopností.

Další dotazy byly položeny na schopnost uskutečňovat duševní činnost, která nevyžaduje fyzické zatížení, ale vyžaduje pozornost a soustředěnost. I tyto výsledky jsou zajímavé, protože jen 58 % dotázaných alergiků dokázalo dokončovat své duševní aktivity dle vlastních představ a jen 48 % alergiků nemělo sníženou pozornost při duševní práci. Ještě zajímavější výsledky vyplynuly z dotazů na společenské a citové kvality života. Jen 70 % pacientů je schopno se účastnit společenského života bez většího omezení (rodinné oslavy, společenské akce, hra s dětmi). Jen 49 % pacientů bylo schopno pociťovat elán, odhodlání nebo pocit štěstí. Jen 51 % se cítí klidně a vyrovnaně, naopak 61 % pociťuje nervozitu a 54 % pociťuje únavu. Nejvíce jsou pacienti omezení ve svých náročných fyzických aktivitách (zaměstnání, sportovní činnost), ale stejně nízkou schopnost udávali pacienti i při schopnosti koncentrace, schopnosti se cítit šťastný, mít elán a odhodlání.

Velmi významné je, že nasazená léčba zlepšovala nízkou úroveň či schopnost některých aktivit či pocitů. Ne všichni však užívali doporučenou terapii skutečně pravidelně.

Z uvedeného průzkumu jednoznačně vyplývá, že pacienti s alergickým onemocněním jsou velmi významně omezováni jednak ve fyzicky náročné činnosti, ale i v duševní činnosti vyžadující koncentraci a soustředění, a to nižší než 50 % úrovni svých představ a schopností. Stejně významně jsou postiženy i jejich emoční pocity (elán, odhodlání, štěstí) a dostávají se do pocitů skleslosti, nervozity a únavy. Anketa rovněž potvrdila, že řádná pravidelná léčba může velmi příznivě ovlivnit tyto potíže (zlepšení až o 20 - 30 %). Pacienti s mírnějšími potížemi, mající sklon k nepravidelné léčbě jen podle aktuálních potřeb, mají i menší léčebné zlepšení (Bystroň, 2003).

3.3 Výzkum kvality života pacientů s diagnózou astma bronchiale

V roce 2006 v časopisu sestra vyšel článek na téma „Kvalita života pacientů s diagnózou astma bronchiale“. Výzkum probíhal v roce 2004 a 2005 a zkoumaný soubor tvořilo 307 respondentů. Respondenti byli dospělí pacienti žijící s diagnózou astma bronchiale 1 - 65 let, ve věku 15 - 81 let. Žen bylo 40 % a mužů 60 %. Podle tohoto výzkumu 48 % nemocných pociťovalo únavu na začátku nemoci, po užívání léků došlo ke zlepšení a únavu pociťuje 12 % dotázaných. Před sdělením diagnózy kouřilo 27 % respondentů a z nich i po sdělení diagnózy astmatu stále kouří 40 %. Na začátku nemoci pociťovalo dušnost 51 % nemocných a po nasazení léčby má 76 % pacientů dušnost po námaze. Pravidelně užívá léky 82 % respondentů, 26 % nemocných obtěžuje užívání léků, 32 % nemocných se na výši doplatků informuje v různých lékárnách a 5 % dotázaných někdy z finančních důvodů vysadilo léčbu. Přes veškerou edukaci se ostýchá použít úlevový lék na veřejnosti 17 % astmatiků a 10 % astmatiků se někdy v životě setkalo s devalvací své osoby v souvislosti s astmatem. Na začátku nemoci mělo absenci v práci nebo ve škole 23 % dotázaných, 29 % pacientů muselo omezit své společenské aktivity a 16 % nemocných muselo změnit svoji profesi. Po léčbě je 6 % astmatiků omezeno ve společenských aktivitách (zakouřené prostory). Sníženou kvalitu spánku má 3 % astmatiků (Zelenková, 2006).

Jeden z projektů, který se také zabývá touto problematikou je projekt Partnerství. V tomto projektu bylo zpracováno osm témat, která se zabývají tímto onemocněním z různých hledisek. Strukturovaný dotazník, který obsahuje 19 otázek, vyplnilo celkem 275 pacientů s astmatem všech tíží z celé republiky. Z výsledků vyplývá, že 47 % nemocných pravidelně užívá léky, 38 % někdy zapomene, 9 % zapomene často a 5 % astmatiků zapomíná velmi často. Úlevový lék muselo v posledním týdnu použít 40 % nemocných denně, v noci se budilo pro astmatické příznaky 44 % pacientů. Omezeno ve svých denních činnostech se cítilo 60 % respondentů, dušnost pociťovalo 60 % pacientů a hvízdání na hrudníku vnímalo 46 % pacientů (Feketeová, 2006).

3.4 Ostatní poznatky

Podle průzkumu CREDES firmy Stallergenes 25 % astmatiků musí omezit své tělesné aktivity a pouze polovina astmatiků se středním až těžkým stupněm astmatu, je schopna vést normální život (Stallergenes, 2008).

Faktorem, který překvapivě ovlivňuje kvalitu života nemocných s bronchiální obstrukcí, je stupeň dosaženého vzdělání. Tuto skutečnost zjistila Leidyová, která ve skupině 161 astmatiků prokázala signifikantně lepší kvalitu života vysokoškolsky vzdělaných pacientů ve srovnání s pacienty s nižším stupněm vzdělání. Ford dokázal významnou korelaci dosaženého vzdělání se všemi oblastmi kvality života kromě počtu dnů s fyzickou aktivitou (Salajka, 2006).

V několika studiích byl hodnocen vztah kvality života a kouření. Zabýval se jím i Sippel ve skupině 619 astmatiků, které rozdělil na stávající a bývalé kuřáky a nekuřáky. Kvalita života hodnocená dotazníky AQLQ a SF-36, byla u kuřáků a exkuřáků signifikantně nižší. Současní kuřáci měli navíc signifikantně vyšší risk exacerbací než kuřáci a nekuřáci. Také Renwicková hodnotila vztah mezi kvalitou života a kouřením v obecné populaci. Při vyšetření 227 osob spirometricky a pomocí dotazníku SGRQ zjistila významně nižší kvalitu života u kuřáků (Salajka, 2006).

Vztah mezi kvalitou života a věkem podle několika studií nebyl prokázán. Mnoho dotazníků se věnuje otázce únavy. Pocity únavy udává běžně asi 20 % populace. U nemocných s bronchiální obstrukcí se uvádí hodnota o 2,9x vyšší než u zdravých dospělých (Salajka, 2006).

EMPIRICKÁ ČÁST

1. HYPOTÉZY

H₁: Předpokládám, že každý astmatik pravidelně užívá léky podle ordinace lékaře

H₂: Předpokládám, že všichni pacienti po sdělení diagnózy astma bronchiale přestanou kouřit.

H₃: Předpokládám, že vzhledem k moderní terapii má akutní potíže ve dne i v noci minimum respondentů.

H₄: Předpokládám, že většinu pacientů dg. astma neovlivnila v pracovním životě.

H₅: Předpokládám, že se převážně všichni astmatici mohou věnovat svým zálibám.

2. METODIKA

K získání potřebných informací jsme použili dotazník. Nejdříve jsme si vyhledali klinicky ověřené dotazníky HRQOL a SF 36, které jsou vhodné pro různé populační skupiny a vybrali z nich několik otázek z oblasti kvality života. Ostatní otázky jsme formulovali přímo pro respondenty s bronchiální obstrukcí. Dotazník obsahoval celkem 31 otázek (viz příloha č. 1).

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, výzkum probíhal v listopadu a prosinci roku 2008 v soukromé alergologické ambulanci. Návratnost dotazníku byla 54 (90 %).

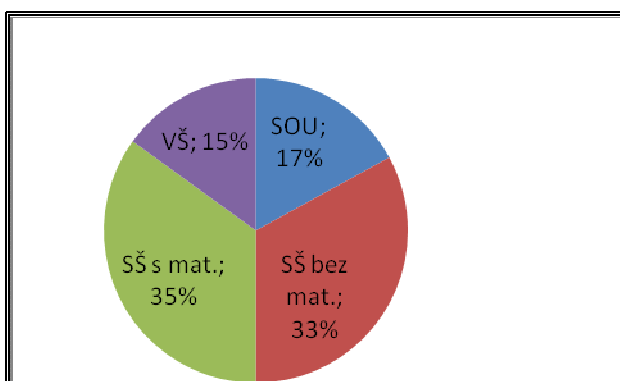
3. ORGANIZACE VÝZKUMU

Dotazníky jsem začala rozdávat na začátku listopadu pacientům v Alergologické a imunologické ambulanci, kde v současné době pracuji. Pacienti byli rozdávaním dotazníků celkem zaskočeni, ale přesto byli vstřícní a většina z nich dotazník vyplnila a vrátila. Mnoho z nich stačila vyplnit dotazník přímo na místě, během vyšetřování na spirometrii, u lékaře či při 15 ti minutovém čekání na reakci u kožních testů. Výhoda vyplnění dotazníku přímo v ordinaci byla v tom, že je vysoká jejich návratnost. Pouze několika pacientům jsem dotazník poslala po předchozí domluvě poštou, nebo si jej odnesli domů. Okruh dotázaných jsem se snažila vhodně zvolit, dotazovala jsem se nemocných, kteří se s astmatem léčí dlouhodobě, mnoho z nich sportuje, mezi dotázanými jsou i profesionální sportovci. Dále jsem do výzkumu zařadila nemocné i s těžšími obstrukcemi, kteří jsou kvůli své nemoci v invalidním důchodu, ale i nemocné s obstrukcí lehkého stupně, kteří mají akutní potíže minimální.

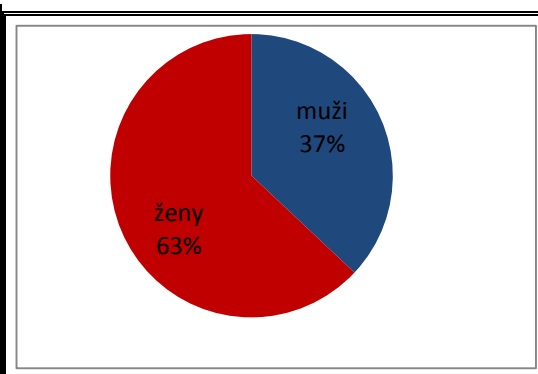
4. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Respondenty byly dospělí pacienti ve věku 20 – 80 let. V souboru pacientů bylo 33 žen (63 %) a 21 mužů (37 %). Průměrný věk respondentů je 45,09 let. Poměr mužů a žen není vyrovnaný vzhledem k faktu, že ve vyšším věku astma postihuje spíše ženy.

Mezi respondenty je 9 (17 %) pacientů se základním vzděláním, 18 (33 %) se střední školou bez maturity, 19 (35 %) se střední školou s maturitou a 8 (15 %) s vysokoškolským vzděláním. Rozdělení podle věkových kategorií: věk 20-40 let 18 (33 %) respondentů, 40-60 let je 22 (41 %) respondentů a 60-80 let je 14 (26 %) respondentů.



Graf č. 3 : Vzdělání respondentů

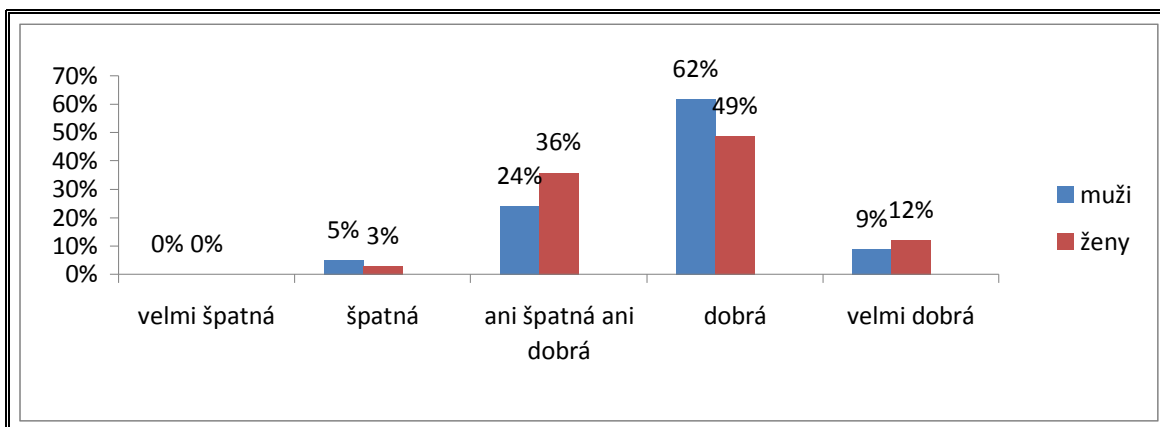


Graf č.4 : Poměr dotázaných mužů a žen

5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

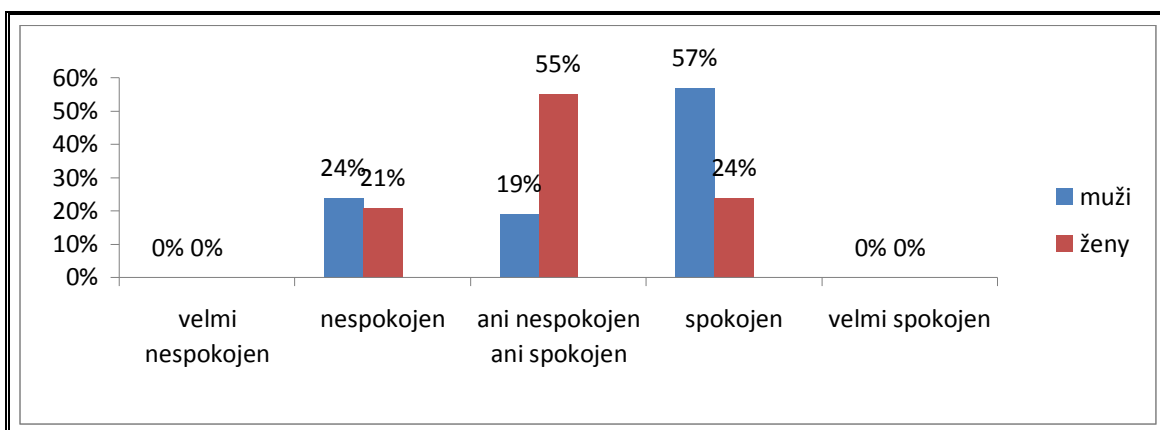
5.1 Hodnocení kvality v běžném životě

Velmi dobrou kvalitu života udává 6 (11 %) nemocných, dobrou udává 29 (54 %) nemocných, ani dobrou a ani špatnou má 17 (31 %) a špatnou kvalitu života udávají 2 (4 %) nemocní. Kvalita života je velice subjektivní pojem, při odpovědi na tuto otázku často záleží na momentální náladě, jestli má nemocný přítomny akutní potíže. Nejčastější odpověď respondentů po zhodnocení dotazníku je: dobrá. Po rozdělení na hodnocení mužů a žen, muži častěji hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou a to 13 (62 %) pacientů a jako velmi dobrou 2 (9 %) pacienti, oproti ženám, u kterých jsou tyto odpovědi méně frekventované: velmi dobrou 4 (12 %) ženy a dobrou 16 (49 %) žen. Přesné srovnání je v grafu č. 5.



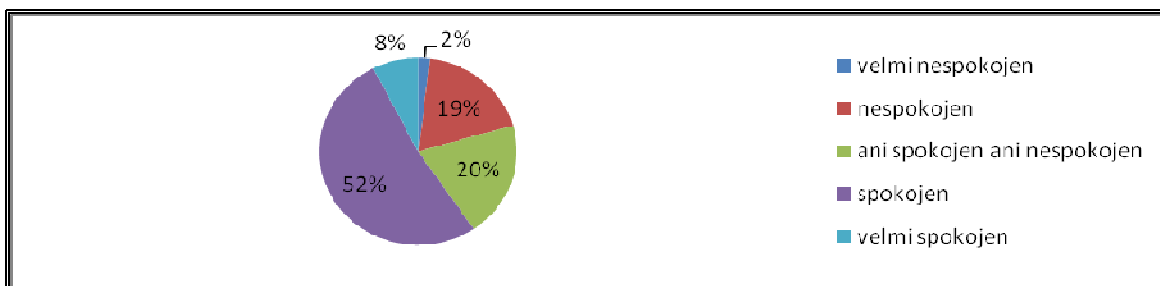
Graf č. 5: Kvalita života u mužů a u žen, srovnání

Se svým zdravím jsou více spokojeni muži a 12 (57 %) z nich odpovědělo spokojen oproti ženám, těch je spokojeno jen 8 (24 %). Celkem odpovědělo 20 (37 %) mužů a žen, že jsou spokojeni; ani nespokojen/a ani spokojen/a odpovědělo 22 (41 %) mužů a žen, a 12 (22%) je nespokojeno se svým zdravím (viz graf č. 6). Únavu trápí 12 (22 %) respondentů hodně, středně 17 (31,5 %) nemocných, 21 (39 %) nemocných trápí trochu a 4 (7,5 %) nemocné vůbec ne. Z mého výzkumu vyplynulo, že únavou trpí více ženy, 9 (27 %) odpovědělo hodně a 11 (33 %) odpovědělo středně oproti mužům, které únava trápí hodně u 3 (14 %) mužů a 6 (29 %) mužů trápí únava středně.



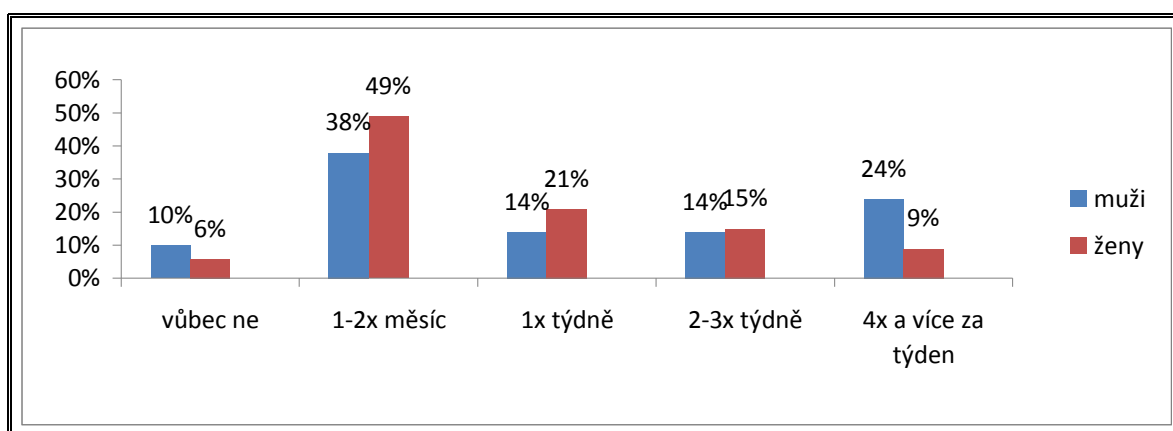
Graf č. 6: Spokojenost mužů a žen se zdravím

Se spánkem je většina respondentů spokojena, 4 (8 %) dokonce velmi spokojeni. Velmi nespokojen je pouze 1 (2 %) dotázaný. Poměry mezi muži a ženami jsou poměrně vyrovnané.



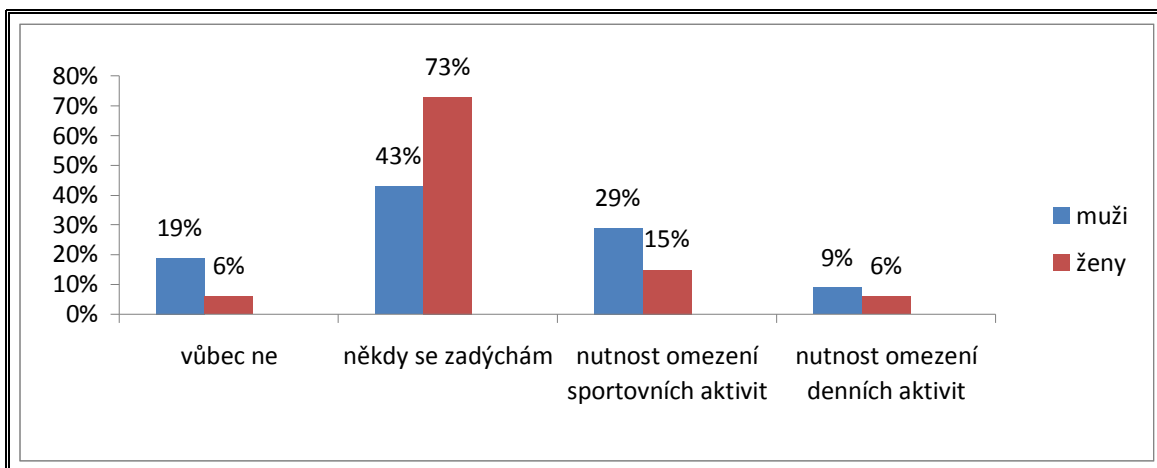
Graf č. 7 : Spokojenost se spánkem

Na otázku: „Jak často máte noční obtíže, které Vás probudí?“ odpovědělo 23 (43 %) nemocných vůbec ne, jednou nebo dvakrát za měsíc se probudí 13 (24 %) pacientů, jednou za týden se vzbudí 11 (20 %) nemocných, dvakrát až třikrát týdně se budí 6 (11 %) nemocných a čtyřikrát a vícekrát za týden má noční potíže 1 (2 %) dotázaný. Potíže přes den má 8 (15 %) nemocných skoro každý den, dvakrát až třikrát týdně má potíže také 8 (15 %) nemocných, jednou za týden má potíže 10 (18,5 %) nemocných a jednou měsíčně má potíže 24 (44,5 %) nemocných. Vůbec žádné potíže nemají 4 (7 %) dotázaní. Je zajímavé, že u mužů jsou každodenní potíže častější než u žen (viz graf č. 8).



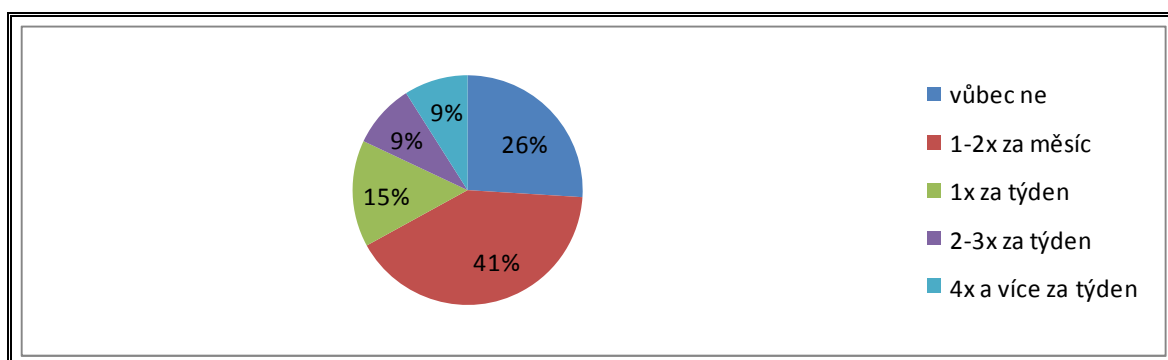
Graf 8. Srovnání potíží přes den u mužů a u žen

„Do jaké míry máte potíže při vykonávání každodenních činností?“ Na tuto otázku odpovědělo 6 (11 %) nemocných vůbec ne, někdy se zadýchá 33 (61 %) pacientů, omezit sportovní aktivity musí 11 (20 %) pacientů a omezit denní aktivity musí 4 (8 %) nemocných. Je opět zajímavé srovnání mezi tím, co odpověděly ženy a co muži. Muži musí jednou tolik omezit své denní i sportovní aktivity oproti ženám, které se spíše zadýchávají (viz graf č. 9).



Graf 9. Srovnání omezení aktivit u mužů a žen

Při dušnosti má každý astmatik od lékaře předepsán úlevový lék. Z výsledků vyplývá, že 7 (26 %) nemocných nemusí úlevový lék používat vůbec, 22 (41 %) jednou až dvakrát měsíčně. Podle mého předpokladu při pravidelném užívání léku má minimální potíže většina nemocných, podle výzkumu musí minimálně jednou týdně použít lék 18 (33 %) nemocných.



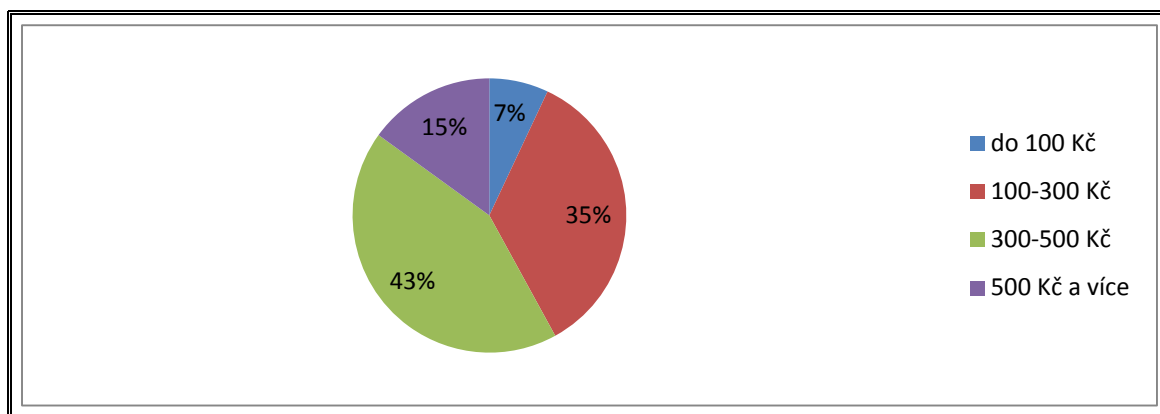
Graf č. 10: Použití úlevového léku

Je překvapující, že i přes dnešní velkou informovanost o astmatu a jeho léčbě pomocí inhalačních léků, má 5 (10 %) dotázaných ostych použít úlevový lék na veřejnosti vždy a 10 (18 %) nemocných jen v některých situacích. Také je zarážející skutečnost, že se 12 (22 %) astmatiků se ve svém životě několikrát setkala s negativními projevy svého okolí vzhledem ke své diagnóze astmatu. Při dechových potížích se mohou objevit nepříjemné pocity, jako je nedostatek vzduchu a pocit nervozity a úzkosti. Zjistila jsem, že pocity ohrožení života nikdy nemělo 33 (61 %) nemocných. Tento pocit někdy zažilo 17 (31,5 %) nemocných. Nervozitu, depresi či úzkost vůbec nemá 10 (18,5 %) nemocných, někdy se

s tímto pocitem setkala 34 (63 %) nemocných a často má tyto pocity 10 (18,5 %) nemocných.

Léčba astmatu je především preventivní a je hodně důležité užívat léky pravidelně, aby nedocházelo ke zhoršení nebo opakovaným astmatickým záchvatům. Předpokládala jsem, že všichni nemocní budou užívat léky pravidelně. Z výzkumu jsem zjistila, že 6 (11 %) pacientů, v době kdy se cítí dobře, léčbu vysadí. Na užití léku občas zapomene 17 (34 %) nemocných. Pravidelné užívání léků obtěžuje 20 (39 %) nemocných a 19 (35 %) nemocných někdy pocítilo vedlejší účinek léku.

Zjistila jsem, že 1 (2 %) nemocného se léčení astmatu maximálně dotkla finanční stránka (doplatky za léky, návštěva lékaře, hospitalizace v nemocnici), 3 (6 %) dotázaní na tuto otázku odpověděli hodně a 24 (44 %) nemocných odpovědělo trochu. Vůbec se léčba nedotkla finanční stránky 10 (18 %) nemocných. Z finančních důvodů vysadili 3 (6 %) nemocní léky. Výše měsíčních doplateků za léky je znázorněna v grafu č. 11.



Graf č.11: Doplatky za léky

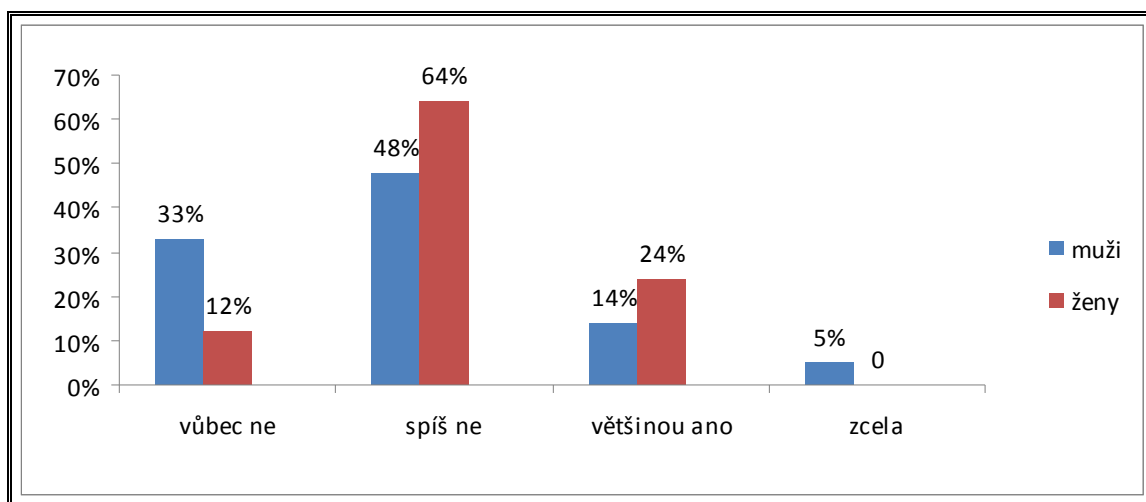
Na doplatky za léky se ve více lékárnách informuje 7 (13 %) pacientů neustále, 29 (54 %) se informuje jen někdy a 18 (33 %) nemocných se informuje stále. Doplatky za léky maximálně obtěžuje 2 (4 %) dotázané, hodně obtěžuje 9 (17 %) nemocných, středně 20 (37 %) nemocných, spíše ne 20 (37 %) nemocných a vůbec ne odpověděli 3 (5 %) dotázaní.

Zajímavé jsou odpovědi ohledně nikotinismu. Většina dotázaných před stanovením diagnózy astmatu nebyla kuřákem, a to 39 (72 %) respondentů. Kuřáků bylo celkem 15 (28 %) dotázaných. Předpokládala jsem, že pacienti po stanovení diagnózy s nikotinismem přestanou. Stalo se tak u 10 (67 %) nemocných, 5 (33 %) jich stále kouří.

5.2 Hodnocení kvality života v pracovní oblasti

Schopnost pracovat má většina respondentů a to 44 (81 %) dotázaných, ani jeden neodpověděl, že není schopen pracovat vůbec. Protože někteří nemocní jsou i vyššího věku, kdy jsou již v důchodu, je schopnost pracovat myšlena jako jakákoliv hlavní činnost, kterou se dotyčný zabývá - a to dobrovolná práce, studium, péče o děti, placená práce. Se svým pracovním výkonem je spokojeno 37 (68 %) dotázaných, velmi nespokojeni jsou pouze muži (5 mužů, tj. 4 %). Svoji schopnost pracovat hodnotí 10 (18 %) pacientů jako velmi dobrou, 29 (54 %) pacientů jako dobrou, a pouze 6 (11 %) jako špatnou. Změnit povolání muselo 12 (22 %) nemocných a 18 (33 %) nemocných mělo kvůli nemoci absenci ve škole nebo v práci. V pracovním životě není omezeno 40 (77 %) nemocných. Úplně omezuje astma pouze 1 muže (5 %), 8 (24 %) žen odpovědělo že je astma v pracovním životě většinou omezuje (viz graf č. 12).

Negativní zkušenost v zaměstnání ohledně astmatu má 9 (17 %) dotázaných, 44 (85 %) nemocných nemá ostych použít úlevový lék v zaměstnání.



Graf č. 12: Omezení v pracovním životě u mužů a u žen

Ovlivnění v pracovním životě je hlavně kvůli expozici prachu, vysoké námaze, kvůli práci s chemickými látkami, které dráždí průdušky.

5.3 Hodnocení kvality života v aktivním životě

Na otázku ohledně omezení v aktivním životě odpovědělo 10 (19 %) dotázaných, že není v aktivním životě vůbec omezeno, trochu astma omezuje 38 (70 %) dotázaných a 6 (11 %) nemocných astma v aktivitě omezuje hodně. Poměry těchto výsledků byly vyrovnané jak u mužů, tak u žen.

Byla jsem ale překvapena, že pouze 6 (11 %) lidí odpovědělo „ano, astma mě omezuje hodně“ a přitom na otázku zda dotázané astma omezuje v usilovné činnosti jako je sport nebo zvedání těžkých předmětů, tedy aktivní činnost, odpovědělo totéž až 20 (37 %) dotázaných.

Odpovědi ohledně potíží a omezení při několika činnostech jsem zaznamenala do tabulky č. 1.

Omezuje Vás astma v těchto činnostech?	„ne, vůbec ne“	„ano, trochu“	„ano, hodně“
usilovná činnost (běh, sport,...)	15%	48%	37%
středně náročná činnost (jízda na kole, posunování stolu)	43%	52%	5%
vyjít po schodech několik pater	28%	46%	26%
vyjít po schodech 1 patro	70%	26%	4%
chůze asi 1 km	65%	30%	5%
chůze po ulici 100 metrů	81%	13%	6%
pobyt v přírodě	61%	28%	11%
společenské aktivity (zakouření prostředí, zvířata)	20%	46%	34%
provozování zálib	43%	46%	11%

Tabulka č. 1: Omezuje vás astma v těchto činnostech?

Na závěr jsem se dotazovala, v jaké oblasti astma dotázané nejvíce obtěžuje, kde se cítí nejvíce omezení. Nejčastěji obtěžuje dotazované astma v aktivním životě a to celkem 35 (65 %) nemocných. Pak následuje odpověď, že v běžném životě a to u 11 (20 %) nemocných a nejméně je pro 8 (15 %) nemocných astma obtěžující v pracovním životě.

DISKUZE

Astma bronchiale je nevléčitelné onemocnění, u kterého můžeme vhodnou pravidelnou a dlouhotrvající léčbou zmírnit jeho příznaky. I přesto je nemocný omezen v mnoha činnostech, trápí ho příznaky astmatu jako je kašel, dušnosti a opakované respirační infekce.

Na začátku výzkumu bylo formulováno několik hypotéz, které lze rozdělit do tří oblastí. A to do oblasti osobního, pracovního i aktivního života. Při sestavování dotazníku byly otázky voleny tak, abychom zjistili, jak moc je každý nemocný omezen v každé z těchto tří oblastí a v jaké oblasti ho astma nejvíce obtěžuje a omezuje. Při výzkumu jsem byla mile překvapená ochotou pacientů, kterým jsem dotazníky předala. S mnoha z nich se setkávám velice často, takže je mezi námi vřelý vztah. Zaskočila mě svědomitost, se kterou dotazník vyplnili. Snažila jsem se i o zpětnou vazbu ohledně volených otázek, a až na pár případů byl pro respondenty dotazník srozumitelný. Návratnost dotazníku byla vysoká, především proto, že jej většina vyplnila přímo v ordinaci během vyšetření.

Poměr mužů a žen ve výzkumu není vyrovnaný, protože astma v pozdějším věku postihuje více ženy. V dětství převažuje výskyt astmatu u chlapců (téměř 2 : 1 k dívkám), ústup příznaků po pubertě se pak pozoruje rovněž u chlapců, zejména při negativní anamnéze atopie. V pubertě se poměr pohlaví vyrovnává a ve věku nad 40 let významně převažují ženy (Kašák, 2005). Protože výzkum probíhal u pacientů ve věku 20 - 80 let, 67 % respondentů bylo ve věku 40 - 80 let, kde převažuje astma u žen.

První oblastí, na kterou jsme se zaměřili při vyhodnocení dotazníku byl běžný život. Kvalitu života i přes časté potíže a omezení hodnotí většina dotázaných poměrně pozitivně. Pouze 2 (4 %) dotázaní hodnotí kvalitu života jako špatnou. Po rozdělení na hodnocení kvality života u mužů a žen, muži častěji hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou a velmi dobrou, oproti ženám, u kterých jsou tyto odpovědi méně frekventované. K podobným výsledkům došli i autoři Hnilica a Hnilicová, kteří ve svém článku uvádí také lepší kvalitu života u mužů než u žen. Významné rozdíly hodnocení u mužů a žen jsem zaznamenala i při dotazu ohledně zdraví. Spokojeno se svým zdravím je 57 % mužů, ale jen 24 % žen. U žen převažuje neutrální odpověď - „ani nespokojena ani spokojena“, kterou označila polovina žen, ale jen 19 % mužů. Nespokojenost se zdravím je poměrně vyrovnaná u obou pohlaví.

Únava hodně trápí 12 (22 %) astmatiků. Tento výsledek je podobný i u jiných výzkumů (Zelenková, Bystroň), kde ale pacienti hodnotili únavu před nasazením a po nasazení léčby. Podle těchto výzkumů je zajímavé, jak léčba alergie a astmatu výrazně ovlivňuje i únavu. Před léčbou mělo únavu přibližně 50 % respondentů a po léčbě došlo ke zlepšení průměrně o 30 %.

Noční potíže jsou u respondentů poměrně málo časté, jen několik astmatiků se budí vícekrát za týden. Toto mě překvapuje, protože astma se často projevuje hlavně v noci. K podobným výsledkům dospěla i Zelenková a projekt Partnerství. Tyto výsledky jsou jistě ovlivněny vhodnou léčbou, která potíže minimalizuje.

Potíže přes den jako je dušnost, tíseň na hrudi, ztížené dýchání podle mého vyhodnocení pociťuje 8 (15 %) nemocných téměř denně. Myslím si, že je to poměrně vysoké číslo. Žádné potíže nemá podle mého výsledku 7 % dotázaných. Při porovnání s výsledky Zelenkové, jsem dospěla k rozdílnému výsledku. Podle jejího hodnocení nemá žádné potíže 27 % dotázaných. Tak rozdílným výsledkem jsem zaskočena a nedokážu si vysvětlit, jak k rozdílu mohlo dojít, protože výsledky s nočními potížemi byly poměrně vyrovnané. Hodně jistě záleží na aktuálním stavu, na typu léčby i na věku pacienta (Zelenková ve své studii má zahrnutý nemocné už od 15 let, ale bohužel tam chybí průměrný věk pacientů).

K rozdílným výsledkům jsem dospěla i v otázce omezení denních aktivit. Podle mého výzkumu tyto aktivity musí omezit 4 (8 %) nemocných a podle projektu Partnerství až 60 % nemocných. K tak rozdílnému výsledku jistě došlo formulací mé otázky, kdy si nemocný na otázku „jaké máte problémy při vykonávání každodenních činností?“, mohl vybrat ze 4 odpovědí, mezi kterými bylo: vůbec ne, někdy se zadýchám, nutnost omezení denních aktivit a nutnost omezení sportovních aktivit. Jistě bych dospěla k jinému výsledku, kdybych se zeptala: „Máte potíže při vykonávání každodenních činností?“ a do odpovědí zařadila pouze – ano a ne. Dále mě zaskočila skutečností, že až 8 % nemocných musí omezit své denní aktivity, tedy činnosti běžného života jako je úklid, vaření, péče o domácnost, ale i o sebe a 33 (61 %) dotázaných se při těchto činnostech zadýchá. Sportovní aktivitu musí omezit 11 (20 %) nemocných.

Každý astmatik má od lékaře předepsán bronchodilatační lék, který může použít při akutní dušnost. Vůbec ho podle mého výzkumu nemusí použít jen 14 (26 %) dotázaných, ostatní podle potřeby několikrát za měsíc, 5 (9 %) astmatiků ho musí použít téměř denně. Úlevový lék má ostych použít na veřejnosti 5 (10 %) dotázaných a s negativními projevy vzhledem k astmatu se setkalo 17 (33 %) nemocných. Ve studii Zelenkové se s devalvací osoby v souvislosti s astmatem setkalo podobné množství pacientů. V každém případě jsem zaskočena skutečností, že se astmatici vůbec někdy s takovými projevy svého okolí setkali a překvapuje mě, že i přes současnou informovanost o astmatu mají takovou nepříjemnou zkušenost.

Pravidelné užívání léku je základ účinné léčby, přesto několik pacientů po odeznění akutních příznaků léčbu vysadí. Nežádoucí účinek léku pocítilo 19 (35 %) pacientů, v léčbě hraje roli i finanční stránka, protože se našli i pacienti, kteří z finančních důvodů někdy vysadili léčbu. Ke stejnému výsledku došla i Zelenková.

Moje hypotéza, že pacienti, kteří v době stanovení diagnózy astmatu kouří a po jejím stanovení s nikotinismem přestanou, se nepotvrdila. V době diagnostikování astmatu bylo kuřákem 15 (28 %) dotázaných a z nich po sdělení diagnózy astmatu přestalo 10 nemocných. Zbývajících 5 (33 %) nemocných v nikotinismu pokračovalo. Otázkou zůstává, proč nepřestali všichni pacienti. Předpokládala bych, že při kašli a dušnosti každý astmatik kouřit přestane. Myslím si, že záleží na vhodné edukaci, ale i na tom, jak silný návyk nemocný má.

Při zaměření na pracovní oblast zjišťuji, že podle odpovědí mají schopnost pracovat astmatici většinou dobrou, několik nemocných dokonce velmi dobrou i když je se svým pracovním výkonem 9 (17 %) dotázaných nespokojeno. Kvůli astmatu muselo 12 (22 %) astmatiků změnit povolání. Ve výsledcích Zelenkové změnilo profesi stejné množství dotázaných. Absenci v zaměstnání kvůli astmatu mělo 18 (33 %) pacientů a omezení v pracovním životě pociťuje 12 (23 %) nemocných. Opět mě překvapilo, že s negativními projevy kolegů či spolužáků se setkalo 9 (17 %) astmatiků. Očekávala bych, že tuto zkušenost nebude mít nikdo. Moje hypotéza, že ovlivnění astmatiků v pracovním životě je minimální, se nepotvrdila, protože několik astmatiků muselo změnit povolání, a poměrně dost astmatiků se cítí v pracovním životě omezeno a někteří nemocní měli kvůli nemoci absenci v zaměstnání nebo ve škole.

V aktivním životě astma hodně omezuje 6 (11 %) nemocných, a trochu 38 (70 %) nemocných. Vůbec žádné omezení nemá 10 (19 %) nemocných. Když jsem se na otázky z aktivního života podívala podrobněji, zjistila jsem, že při usilovné náročné činnosti nemá žádné omezení jen 8 (15 %) astmatiků a 20 (37 %) je omezeno hodně. Překvapily mě výsledky, ve kterých astmatici hodnotí schopnost účastnit se na společenských aktivitách, kde může být zakouřené prostředí, zvířata apod. Hodně je při nich omezeno 22 (34 %) astmatiků a trochu je omezeno 25 (46 %) astmatiků.

V poslední otázce mě zajímalo, v jaké ze tří hodnocených oblastí je astmatik omezen. Podle odpovědí je nejvíce astmatiků omezeno a aktivním životě, dále v běžném životě a nakonec nejméně jsou astmatici omezeni v oblasti pracovní.

Na základě výzkumu, jsem zjistila, že někteří pacienti mají velké potíže a jejich kvalita života je výrazně omezena. Mnoho pacientů na druhou stranu žádnými potížemi netrpí a žije spokojeně. Příště bych se určitě při sestavování dotazníku zaměřila i na potíže před stanovením diagnózy, abych mohla porovnat frekvenci potíží a omezení před a po započaté léčbě.

ZÁVĚR

Při výzkumu jsme se zaměřili na kvalitu života nemocných s diagnózou astma bronchiale a bronchiální obstrukcí. Výzkum probíhal v listopadu a prosinci roku 2008 v soukromé alergologické ambulanci. Respondenty byli dospělí pacienti ve věku 20 - 80 let (průměrný věk 45,09 let), 33 žen (63 %) a 21 mužů (37 %). Mezi respondenty je 9 (17 %) pacientů se základním vzděláním, 18 (33 %) se střední školou bez maturity, 19 (35 %) se střední školou s maturitou a 8 (15 %). Výzkum probíhal formou dotazníku vlastní konstrukce, který byl zaměřen na otázky kvality života a otázky specifické pro nemoc astma bronchiale. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, návratnost byla 54 (90 %).

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká je obecně kvalita života astmatiků a jak moc je astma v životě omezuje. Na začátku bylo formulováno celkem 5 hypotéz. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na 3 oblasti života (běžný, pracovní, aktivní). Zjistili jsme, že kvalitu života i přes časté potíže a omezení hodnotí většina dotázaných poměrně pozitivně a to jako „dobrou“ a „velmi dobrou“. Pouze 2 (4 %) dotázaní hodnotí kvalitu života jako „špatnou“. Zjistili jsme rozdíl v hodnocení kvality života u mužů a žen, muži častěji hodnotí svoji kvalitu života jako „dobrou“ a „velmi dobrou“, oproti ženám, u kterých jsou tyto odpovědi méně frekventované. K rozdílným výsledkům jsme dospěli i v otázce omezení denních aktivit. Nespokojenost se zdravím je poměrně vyrovnaná u obou pohlaví. Únava trápí hodně a středně polovinu astmatiků. V noci mají astmatici daleko menší potíže než ve dne. Kvůli astmatickým potížím se budí denně 1 (2 %) astmatik a potíže přes den jako je dušnost, tíseň na hrudi, ztížené dýchání podle vyhodnocení pociťuje denně 8 (15 %) astmatiků. Vůbec žádné denní potíže nemají 4 (7 %) a vůbec se v noci nebudí 23 (43 %) pacientů.

Hypotéza H_1 , o pravidelném užívání léků podle ordinace lékaře u všech astmatiků nebyla potvrzena. Pravidelné užívání léku je základ účinné léčby, přesto 6 (11 %) pacientů po odeznění akutních příznaků léčbu vysadí. Dále jsme zjistili, že nežádoucí účinek léku pocítilo 19 (35 %) pacientů, měsíční výše doplatků za léky je kolem 300 - 500 Kč. U 8 (15 %) dokonce více než 500 Kč. Z finančních důvodů někdy 3 (6 %) dotázaní vysadili léčbu.

Hypotéza H_2 , že pacienti, kteří v době stanovení diagnózy astmatu kouří a po jejím stanovení s nikotinismem přestanou, se nepotvrdila. V době diagnostikování astmatu bylo kuřákem 15 (28 %) dotázaných a z nich po sdělení diagnózy astmatu přestalo 10 nemocných. Zbývajících 5 (33 %) nemocných v nikotinismu pokračovalo.

H_3 : Předpokládám, že vzhledem k moderní terapii má minimální akutní potíže ve dne i v noci jen minimum respondentů, se nepotvrdila. Pouze 4 (7 %) nemocní nemají denní potíže vůbec a 24 (44,5 %) nemocných má potíže 1x - 2x za měsíc. U nočních potíží je to podobné, vůbec žádné potíže nemá jen 23 (43 %) nemocných.

Při zaměření na pracovní oblast jsme došli ke zjištění, že podle odpovědí mají schopnost pracovat astmatici většinou dobrou (54 % - 29 dotázaných), 10 (18 %) astmatiků dokonce velmi dobrou i když je se svým pracovním výkonem 9 (17 %) dotázaných nespokojeno. Kvůli astmatu muselo 12 (22 %) astmatiků změnit povolání. Absenci v zaměstnání kvůli astmatu mělo 18 (33 %) pacientů a omezení v pracovním životě pociťuje 12 (23 %) nemocných. S negativními projevy kolegů či spolužáků se setkalo 9 (17 %) astmatiků. Moje hypotéza H_4 , že ovlivnění astmatiků v pracovním životě je minimální se nepotvrdila, protože 22 % astmatiků muselo změnit povolání, 23 % astmatiků se cítí v pracovním životě omezeno a 33 % nemocných mělo kvůli nemoci absenci v zaměstnání nebo ve škole. V aktivním životě astma hodně omezuje 6 (11 %) nemocných, a trochu 38 (70 %) nemocných. Vůbec žádné omezení nemá 10 (19 %) nemocných. Bylo zjištěno, že při usilovné náročné činnosti nemá žádné omezení jen 8 (15 %) astmatiků a 20 (37 %) je omezeno hodně. Výsledky, ve kterých astmatici hodnotí schopnost účastnit se na společenských aktivitách, kde může být zakouřené prostředí, zvířata apod. ukazují na omezení u 22 (34 %) astmatiků a trochu je omezeno 25 (46 %) astmatiků.

Poslední hypotéza H_5 : Předpokládám, že se převážně všichni astmatici mohou věnovat svým zálibám, byla potvrzena. Pouze 6 (11 %) dotázaných je hodně omezeno v provozování zálib. Z dotazu, v jaké oblasti astma dotázané nejvíce obtěžuje, kde jsou nejvíce omezeni, bylo zjištěno, že nejčastěji obtěžuje dotazované astma v aktivním životě a to celkem 35 (65 %) nemocných. Pak následuje odpověď, že v běžném životě a to u 11 (20 %) nemocných a nejméně je pro 8 (15 %) nemocných astma obtěžující v pracovním životě.

Astma bronchiale a bronchiální obstrukce kvalitu života omezuje. Většina nemocných musí pravidelně užívat léky, nemůže vést aktivní život podle svých představ, nemůže vykonávat povolání, ke kterému má kvalifikaci, nebo které ho uspokojuje. Pár nemocných je omezeno i v provozování svých zálib. Přesto většina nemocných hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou a jsou se svým životem spokojeni. Podle výsledků trápí astmatiky nejvíce únava. Dále jsou pak někteří nemocní omezeni v aktivním životě, usilovné činnosti, v pracovním životě a v provozování zálib.

Myslím si, že výzkumy z oblasti kvality života jsou velmi důležité proto, abychom si uvědomily, co všechno nemoc přináší, jak moc pacienta omezuje. Dále nám napomohou ke zlepšení péče o nemocné a o vylepšení kvality jejich života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BYSTROŇ, J. V čem vám alergie nejmíc vadí? V čem se cítíte alergií nejmíce omezení? Je možno pravidelnou správnou léčbou zlepšit kvalitu života?. *Alergie, Astma, Bronchitida*, roč. 6, č. 3 (2003), s. 9-10 ISSN 1212-3544
2. DRAGOMÍRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Psychiatrie*, roč. 93 (1997), s. 102-108
3. DRAGOMÍRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4
4. FEKETEVOVÁ, E. Komunikace je cestou k partnerství-Projekt Partnerství. *Respirace 1*, roč. 7 (2006), s. 3-7. ISSN 1211-572X
5. GOPPOLDOVÁ, E., MOTLOVÁ, L., DRAGOMIRECKÁ, E., HÁJEK, T. Změna subjektivní kvality života klinického stavu v průběhu psychiatrické hospitalizace. *Psychiatrie*, roč. 8, č. 4 (2004). ISSN 1212-6845
6. HNILICA, K., HNILICOVÁ, H. Pohlaví, astma a kvalita života. *Zdravotnictví v České republice*, roč. 7 (2004), s. 82-89
7. KAŠÁK, V. *Astma bronchiale*. Praha: Maxdorf 2005 (11-13 s.). ISBN 80-7345-062-3
8. KAŠÁK, V., POHUNEK, P., SEBEROVÁ, E. *Překonejte své astma*. Praha: Maxdorf 2003 (9-11s.). ISBN 80-85912-96-1
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002 (50-51 s.). ISBN 80-247-0179-0
10. MARÁŠKOVÁ, I. Dospělí uživatelé kochleárního implantátu a kvalita jejich života. *E-Psychologie* (elektronický časopis ČMPS), ročník 2, č. 1 (2008). ISSN 1802-8853
11. MAREŠ, J. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006 (11 s.). ISBN 80-86633-65-9
12. MAREŠ, J. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007 (191 s.). ISBN 978-80-7392-008-1
13. MATOUŠKOVÁ E. *Šetření zdravotního stavu české populace*. Praha: E – knihovna, Aktuální informace ÚZIS ČR, 2002

14. OUDE ELBERINK, J.N.G. Význam a principy studií zaměřené na zdravotní kvalitu života u pacientů s anafylaktickými poruchami.
Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, roč. 3, č. 3 (2006), s. 64-68.
ISSN 1214-472X
15. PETRŮ, V. Jak se žije astmatikům v České republice?.
Alergie, Astma, Bronchitida, roč. 5, č. 5(2002), ISSN 1212 – 3544
16. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*.
Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1306-3
17. STALLERGENES Kvalita života.
dostupné na WWW: [http:// www.stallergenes.cz](http://www.stallergenes.cz)
18. ŠPIČÁK, V., HRUBIŠKO, M. *Alergie*.
Praha: UCB (2007)
19. ŠPIČÁK, V., KAŠÁK, V., POHUNEK, P. *Co máte vy a vaše rodina vědět o astmatu?*.
Praha: ČIPA (2001). ISBN 80-86396-07-X
20. ŠPIČÁK, V., KAŠÁK, V., POHUNEK, P. *Péče o astma a jeho prevenci*.
Praha: ČIPA (2003). ISBN 80-86396-14-2
21. ŠPIČÁK, V., POHUNEK, P., PETRŮ, V. *Jak udržet své astma pod kontrolou?*.
Praha: ČIPA (2008). ISBN 978-80-86396-33-0
22. TOMÁŠKOVÁ, E., POVOVÁ, M. *Astma u dětí*.
dostupné na WWW: [http:// www.yersy.com/medicina/pediatric-astmabronchiale](http://www.yersy.com/medicina/pediatric-astmabronchiale)
23. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*.
Praha: Portál, 2003 (97 s.). ISBN 80-7178-740
24. WILDOVÁ, O. *Světový den astmatu*.
2006, dostupné na WWW: [http/ www.medicina.cz](http://www.medicina.cz)
25. ZELENKOVÁ, J. *Kvalita života pacientů s diagnózou astma bronchiale*.
Sestra, roč. 16, č. 3 (2006), s. 31-32. ISSN 1210-0404

PŘÍLOHY

KVALITA ŽIVOTA U NEMOCNÝCH S BRONCHIÁLNÍ OBSTRUKCÍ

Dotazník pro závěrečnou výzkumnou práci

Vrlíková Lucie

4. ročník bakalářského studia ošetřovatelství 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a jak moc Vás bronchiální obstrukce ovlivňuje v běžném, pracovním a aktivním životě.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Ptám se na Váš život za poslední 4 týdny. Přečtěte si prosím každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

DĚKUJI VÁM ZA SPOLUPRÁCI

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života ?

- Velmi špatná 1
- Špatná 2
- Ani špatná ani dobrá 3
- Dobrá 4
- Velmi dobrá 5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím ?

- Velmi nespokojen/a 1
- Nespokojen/a 2
- Ani nespokojen/a ani spokojen/a 3
- Spokojen/a 4
- Velmi spokojen/a 5

3. Jak moc Vás trápí únava ?

- Vůbec ne 1
- Trochu 2
- Středně 3
- Hodně 4
- Maximálně 5

4. Jste spokojen/a se svým spánkem ?

- Velmi nespokojen/a 1
- Nespokojen/a 2
- Ani nespokojen/a ani spokojen/a 3
- Spokojen/a 4
- Velmi spokojen/a 5

5. Jak často máte noční obtíže, které Vás probudí ? (Hvízdavé dýchání , kašel , ztížené dýchání, bolesti na hrudi)

- Vůbec ne 1
- Jednou nebo dvakrát za měsíc 2
- Jednou za týden 3
- Dvakrát až třikrát týdně 4
- Čtyřikrát a více za týden 5

6. Jak často máte přes den potíže ? (Dušnost , kašel , tíseň na hrudi , ztížené dýchání)

- Vůbec ne 1
- Jednou až dvakrát za měsíc 2
- Jednou za týden 3
- Dvakrát až třikrát týdně 4
- Čtyřikrát a více za týden 5

7. Do jaké míry máte problémy při vykonávání každodenních činností ?

- Vůbec ne 1
- Někdy se zadýchám 2
- Nutnost omezení sportovních aktivit 3
- Nutnost omezení denních aktivit 4

8. Jak často musíte použít úlevový lék ? (tj. lék, který máte předepsaný pouze při potížích)

- Vůbec ne 1
- Jednou až dvakrát za měsíc 2
- Jednou za týden 3
- Dvakrát až třikrát za týden 4
- Čtyřikrát a více za týden 5

9. Máte ostych použít úlevový lék na veřejnosti ?

- Vůbec ne 1
- Někdy 2
- Hodně 3
- Maximálně 4

10. Setkal/a jste se v osobním životě s negativními projevy svého okolí vzhledem k diagnóze astmatu ?

- Nikdy 1
- Jednou 2
- Několikrát 3
- Často 4

11. Jak často máte pocity ohrožení života ?

- Nikdy 1
- Někdy 2
- Středně 3
- Celkem často 4
- Neustále 5

12. Užíváte pravidelně léky podle ordinace lékaře ?

- Nikdy nezapomenu 1
- Jednou týdně zapomenu 2
- Zapomenu vícekrát týdně 3
- Když se cítím dobře, neužívám je 4

13. Obtěžuje Vás užívání léků ?

- Vůbec ne 1
- Trochu 2
- Středně 3
- Hodně 4
- Maximálně 5

14. Pocítil/a jste někdy vedlejší účinek léku ?

- Ano 1
- Ne 2

15. Dotklo se léčení astmatu Vaší finanční stránky ? (Doplatky za léky , návštěva lékaře , hospitalizace v nemocnici)

- Vůbec ne 1
- Trochu 2
- Středně 3
- Hodně 4
- Maximálně 5

16. Vysadil/a jste někdy z finančních důvodů léčbu ?

- Ano 1
- Ne 2

17. Jaká je výše Vašich měsíčních doplatků za léky ?

- Do 100,- Kč 1
- 100,- až 300,- Kč 2
- 300,- až 500,- Kč 3
- 500,- Kč a více 4

18. Informujete se ve více lékárnách o výši doplatků za léky ?

- Nikdy 1
- Někdy 2
- Neustále 3

19. Obtěžují Vás doplatky za léky ?

- Vůbec ne 1
- Spíš ne 2
- Středně 3
- Hodně 4
- Maximálně 5

20. Byl/a jste před stanovením diagnózy astma kuřák ?

- Ne 1
- Ano 2

Pokud zněla odpověď ano, přestal/a jste po zjištění této diagnózy?

- Ne 1
- Ano 2

21. Vyskytl se u Vás pocit nervozity, deprese či úzkosti ?

- Vůbec ne 1
- Někdy 2
- Často 3
- Stále 4

22. Jste schopen/schopna pracovat ? (Myšlena je jakákoliv hlavní činnost, kterou se zabýváte – dobrovolná práce, studium, péče o děti, placená práce)

- Vůbec ne 1
- Spíše ne 2
- Středně 3
- Většinou ano 4
- Zcela 5

23. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem ?

- Velmi nespokojen/a 1
- Nespokojen/a 2
- Ani nespokojen/a ani spokojen/a 3
- Spokojen/a 4
- Velmi spokojen/a 5

24. Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovat ?

- Velmi špatná 1
- Špatná 2
- Ani špatná ani dobrá 3
- Dobrá 4
- Velmi dobrá 5

25. Musel/a jste někdy kvůli diagnóze astma změnit zaměstnání ?

- Ne 1
- Ano 2

26. Měl/a jste někdy kvůli onemocnění astma absenci v práci nebo ve škole ? (Kvůli akutním potížím, hospitalizaci v nemocnici)

- Nikdy 1
- Jednou až pětkrát za rok 2
- Šestkrát a více za rok 3

27. Omezuje Vás onemocnění astma v pracovním životě ?

- Vůbec ne 1
- Spíš ne 2
- Většinou ano 3
- Zcela 4

28. Setkal/a jste se někdy s negativními projevy kolegů či spolužáků vzhledem ke své nemoci ?

- Ne 1
- Ano 2

29. Ostýcháte se použít úlevový lék v zaměstnání ?

- Vůbec ne 1
- Někdy 2
- Hodně 3
- Maximálně 4

30. Omezuje Vás astma v aktivním životě ?

- Ne, vůbec 1
- Ano, trochu 2
- Ano, omezuje hodně 3

31. Omezuje vás astma v níže uvedených činnostech ? Jestli ano, do jaké míry ?

Pro odpověď - Ne, vůbec ne.....zakroužkujte 1

- Ano, omezuje trochu.....zakroužkujte 2

- Ano, omezuje hodnězakroužkujte 3

a/ usilovná činnost 1 2 3

(běh, náročný sport, zvedání těžkých předmětů)

b/ středně namáhavé činnosti 1 2 3

(jízda na kole, posunování stolu, luxování)

c/ vyjít po schodech několik pater 1 2 3

d/ vyjít po schodech 1 patro 1 2 3

e/ chůze asi 1 km 1 2 3

f/ chůze po ulici 100 metrů 1 2 3

g/ při pobytu v přírodě 1 2 3

h/ při společenských aktivitách 1 2 3

(zakouřené prostředí, zvířata.....)

i/ v provozování Vašich zálib 1 2 3

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne 14. 3. 2009

jméno a příjmení zájemce

