

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Eva Pourová

Jihočeská univerzita
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienta s těžce léčitelným astmatem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Zdeňka Pavelková

Autor:
Eva Pourová

Abstract: Nursing care of the patient with the difficultly curable asthma

The topic of this bachelor thesis is „Nursing care of the patient with the difficultly curable asthma“. This thesis focuses first of all on the education of patients and the role of nurses during the nursing care of the patient with the difficultly curable asthma. The thesis is split in two parts. The first part is theoretical part consisting especially of professional text; its task is to describe the issue of a difficultly curable asthma. The second part represents a research part focusing on the patients being cured in allergology ambulance in MEDIPONT s.r.o. ambulant clinic in České Budějovice, but also nurses performing nursing care of these patients.

The target of this thesis was to find out if the nurses educate the patients sufficiently. This target was achieved. The education plays an important part in the nursing process, for this reason the education should be effective and it should provide sufficient amount of information to the patients. The research part of the thesis was elaborated through a qualitative research method. The qualitative method was represented by the talks with patients performed in allergology ambulance of the MEDIPONT s.r.o ambulant clinic in České Budějovice. We postulated two goals which were achieved.

The results of the research investigation were reached by means of casuistics and charts. The research complex consisted of the patients cured in the allergology ambulances of the MEDIPONT s.r.o ambulant clinic in České Budějovice and nurses working in allergology ambulance at MEDIPONT s.r.o. ambulant clinic in České Budějovice. We found out that the patients are educated sufficiently and we also found out the roles of a nurse while providing the nursing care of the patient with the difficultly curable asthma.

This thesis could be applied as guideline for a more effective approach of nurses to patients, to extend the knowledge of nurses and medical assistants. As for education it is necessary that the nurses extend their knowledge constantly and are informed of new trends in the field of the curing of a patient with the difficultly curable asthma, so that they could provide such types of information to patients which are topical and will help to the patients as instruction for the more effective observing of therapeutic mode.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji práci na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienta s těžce léčitelným astmatem“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byli v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s poskytováním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systém na odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích 15.8.2011

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Zdeňce Pavelkové za cenné rady,
připomínky a trpělivost při psaní mé bakalářské práce

Obsah

Úvod.....	5
1 Současný stav.....	7
1.1 Definice astmatického onemocnění	7
1.1.1 Definice těžce léčitelného astmatu	8
1.2 Patogeneze astmatického onemocnění.....	9
1.3 Patofyziologie astmatického onemocnění.....	10
1.3.1 Patofyziologie těžce léčitelného astmatu.....	10
1.4 Vyšetřovací metody u těžce léčitelného astmatu	11
1.4.1 Základní vyšetření u těžce léčitelného astmatu	11
1.4.2 Speciální vyšetření u těžce léčitelného astmatu.....	12
1.5 Léčebný režim u pacienta s těžce léčitelným astma bronchiale.....	13
1.6 Inhalační systémy v léčbě astmatického onemocnění.....	14
1.7 Edukace pacienta s těžce léčitelným astmatem.....	15
1.7.1 Edukace pacienta a povinnosti sestry při vyšetření	16
1.7.2 Povinnosti sestry při edukaci pacienta o používání inhalátorů.....	19
1.7.3 Edukace a povinnosti sestry v prevenci a dodržování léčebného režimu.	21
1.8 Role sester při zajišťování ošetrovatelské péče u astmatického pacienta	22
1.9 Léčba astmatického onemocnění	27
1.9.1 Medikamentózní léčba astmatického onemocnění	27
1.9.2 Biologická léčba astmatického onemocnění.....	28
1.9.3 Lázeňská léčba astmatického onemocnění	28
1.9.4 Alternativní metody léčby	29
1.10 Podpora pacienta s astmatickým onemocněním.....	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
3 Metodika	33
3.1 Metodika práce.....	33

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4	Výsledky	34
4.1	Rozhovory se sestrami	34
4.2	Rozhovory s pacienty	40
4.3	Tabulky výsledků rozhovorů se sestrami	45
4.4	Tabulky výsledků rozhovorů s pacienty	50
5	Diskuse.....	57
6	Závěr	63
7	Seznam použitých zdrojů.....	65
8	Klíčová slova	68
9	Seznam příloh	69

Úvod

Průduškové astma je veřejný zdravotní problém. Astma bronchiale postihuje osoby všech věkových kategorií, nelze je vyléčit a ani mu nelze účinně předcházet. Astma, které není pod kontrolou má za následek závažné omezení každodenního života a někdy i smrti. Astma patří mezi onemocnění postihující významnou část celosvětové populace. Odhaduje se, že astmatem trpí 300 milionů obyvatel na světě. V ekonomicky vyspělých zemích je jednou z nejčastějších chronických nemocí s prevalencí 10-15 %. Prevalence astmatu stále vzrůstá.

Hodnoty prevalence v České republice uváděné v odborných studiích se pohybují mezi 3 až 5 %. Astma představuje nezanedbatelnou medicínskou, sociální i ekonomickou zátěž pro nemocného, jeho rodinu, ale i pro celou společnost, a to jak z hlediska absence zaměstnání či ve škole, tak z hlediska přímých nákladů a na léčebně-preventivní péči.

V roce 1996 byla založena Česká iniciativa pro astma takzvaná ČIPA a zároveň byla vyhlášena česká strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v České republice. Hlavními cíli je informovat veřejnost o nových diagnostických poznatcích, prevenci a léčbě astmatu a pomáhat ji uvádět do praxe. Dále podporuje a organizuje edukační aktivity, které jsou určené nemocným, zdravotnickému personálu i praktickým lékařům, učitelům, veřejné správě a jejím orgánům a široké veřejnosti. ČIPA mimo jiné vydává odborné tiskové materiály, organizuje semináře a mediální kampaně zaměřené na komplexní problematiku astmatu s důrazem na edukaci astmatiků. Od roku 1998 vyhlašuje Globální iniciativa pro astma, GINA, Světový den astmatu, který spadá na každé první úterý v měsíci květnu.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že se domnívám, že je veřejnost stále nedostatečně informována o nárůstu obtížně léčitelného astmatu. Z tohoto důvodu přicházejí lidé k lékaři pozdě a astma není tedy včas zaléčeno. Astma může být účinně léčeno a monitorováno pouze v tom případě, že astmatik bude o své nemoci dostatečně informován a bude spolupracovat s ošetřujícím personálem. Pokud

budou tyto podmínky splněny, může pacient vést spokojený, produktivní a fyzicky aktivní život.

Mému rozhodnutí také pomohla skutečnost, že z mého pohledu, není z hlediska ošetrovatelství problematika těžce léčitelného astmatu dostatečně prezentována. Proto bych v této práci chtěla na toto onemocnění více poukázat a prezentovat tak, jaký dopad má toto onemocnění na ošetrovatelství a jaké povinnosti a role musí sestra plnit.

1 Současný stav

1.1 Definice astmatického onemocnění

„Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, kde hrají roli mnohé buňky a buněčné částice. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperreaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíže na hrudníku 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, 2009, str. 11)“ . Astma je podle této definice z roku 2002 chápáno jako chronické onemocnění, při kterém jsou primární příčinou potíží zánětlivé a strukturální změny dýchacích cest. Při léčbě astmatu je proto důležitá dlouhodobá preventivní a protizánětlivá léčba (2) .

Hlavním cílem léčby je dosažení a udržení kontroly nad astmatem. Astma lze rozdělit do čtyř stupňů. 1. stupeň se nazývá přechodným čili intermitentním, jako přetrvávající neboli perzistující astma se označuje jeho 2. stupeň, dále pak středně těžké přetrvávající astma se označuje stupněm číslo 3 a těžké přetrvávající astma stupněm číslo 4 (2).

Podle úrovně kontroly nad astmatem jej lze rozdělit na astma pod kontrolou, kdy nejsou přítomny žádné příznaky, žádná nutnost použití úlevové léčby, dále na astma pod částečnou kontrolou a astma pod nedostatečnou kontrolou. Rozlišuje se několik typů astmatu. Mezi ně je možné zařadit noční astma, které je považováno za závažnější známku zhoršení nemoci než podobné potíže vyskytující se během dne. Jde o velmi citlivý indikátor kompenzace nemoci a noční dušnost by měla být důvodem k vyšetření a úpravě léčby (2).

Sezónní astma je zhoršení obtíží při zvýšeném množství vzdušných alergenů, například pyly břízy, trav, ambrózie nebo spory plísní rodu *Alternaria*. Tento typ astmatu je doprovázen sezónní alergickou rýmou (3).

Obtížně léčitelné astma se vyskytuje u malé části pacientů s astmatem. Jedná se o pacienty, kteří mají chronické příznaky a časté exacerbace, které vyžadují hospitalizaci. Dále o pacienty, kteří mají špatnou funkci plic, kdy je trvalá obstrukce

nebo těžká průdušková hyperreaktivita. Tito pacienti potřebují vysoké dávky léků, které způsobují časté a závažné nežádoucí účinky (2,3).

1.1.1 Definice těžce léčitelného astmatu

Bronchiální astma postihuje 5 až 7 % obyvatelstva Severní Ameriky a Evropy. Jeho prevalence stále mírně stoupá. Většina pacientů trpících astmatem má svoji chorobu dobře kontrolovanou pouze za cenu vysokých dávek antiastmatické medikace, či pacientů, jejichž astma je i přes tuto léčbu charakterizováno trvalými symptomy, přetrvávající bronchiální obstrukcí nebo přítomností častých akutních exacerbací. Jedná se o obtížně léčitelné astma (24).

Obtížně léčitelné astma má v české terminologii řadu synonym jako je ireversibilní astma, obtížně kontrolované astma, refrakterní astma, velmi těžké astma. Dále existuje řada termínů popisujících určité konkrétní fenotypové varianty obtížně léčitelného astmatu. Patří sem křehké astma bronchiale, fatální či téměř fatální astma, kortikodependentní a kortikorezistentní. Prevalence obtížně léčitelného astmatu není přesně určena. Pravděpodobně se jedná o 4,6 až 9 % astmatiků. Kvalita života nemocných s obtížně léčitelným astmatem je snižena. Navíc tato malá skupina astmatiků spotřebovává více finančních prostředků než zbytek nemocných. Světová zdravotnická organizace stanovila pojem těžkého perzistujícího astmatu jako astmatu asociovaného s minimálně jednou z následujících charakteristik. Kontinuální symptomy limitující běžné denní aktivity, velmi časté exacerbace, velmi časté noční symptomy, postižení plicních funkcí a významná denní variabilita (24).

1.2 Patogeneze astmatického onemocnění

Na vzniku astma bronchiale se podílejí alergické reakce, dědičnost a rizikové faktory. Astma můžeme rozdělit na astma bronchiale s atopií což je alergické astma a na astma bronchiale bez průkazu alergie, které se častěji vyskytuje ve vyšším věku. Atopie je genetická dispozice k alergické reakci na běžné podněty zprostředkované protilátkami třídy IgE, která se vyskytuje asi u poloviny astmatiků, převážně u těch, u kterých astma začalo před pubertou. Fenotypickým projevem atopie je alergie. Opakovaný kontakt s alergenem, který navodí proces senzibilizace a spuštění specifické imunologické reakce, je základní podmínka pro vznik alergického onemocnění. To se projevuje na sliznici dýchacích cest, očních spojivkách, na kůži a na sliznici střev. Podle současného názoru se na vzniku a rozvoji astmatu podílí zejména zánět dýchacích cest, bronchiální hyperreaktivita a intermitentní obstrukce dýchacích cest (2).

Astma je onemocněním s polygenní multifaktoriální dědičností. Pro posouzení genetického rizika astmatu má velký význam vyhodnocení rodinné anamnézy. Pokud na astma trpí jeden z rodičů, je riziko výskytu u jedince 3-5 x vyšší, trpí-li astmatem oba rodiče, je riziko 7-10 x vyšší. Riziko přenosu astmatu na dítě je 4 x vyšší než přenos z otce dítěte (2).

Rizikové faktory, které mají vliv na průběh astmatu, se rozdělují na predisponující a na faktory spjaté s prostředím. Vlivy, které vyvolávají akutní astmatické obtíže u pacienta s rozvinutým onemocněním nebo onemocnění udržují, se nazývají spouštěče. Mezi nejčastější příčiny zhoršení astmatu patří alergeny, infekce dýchacích cest, tělesná zátěž s hyperventilací, změny počasí, strava, aditiva, léky, extrémní emoce, rýma, nosní polypy. Důkladná znalost rizikových a vyvolávajících faktorů je důležitá pro primární a sekundární prevenci, přestože vědomosti v této oblasti nejsou dosud definitivní a stále jsou zjišťována nová fakta při objasňování příčinných faktorů astmatu, atopie a alergie (21).

Mezi nejzávažnější rizikové faktory, které působí negativně ve vnitřním prostředí, patří například produkty kouření. Zvláště negativně působí kouření na plod matky v těhotenství a kouření v interiérech, kde novorozenec pobývá (3).

Dalším rizikovým faktorem je znečištěné ovzduší. Je to stav, kdy jsou cizorodé částice a často jedovaté látky v ovzduší v takové koncentraci, která přesahuje přípustné množství koncentrace. Znečištění vnějšího ovzduší je jedním z vyvolavatelů akutního astmatického záchvatu (21).

Za rizikový faktor je také považováno složení stravy a potravinové alergenů. Rizikem je například bílkovina kravského mléka a bílkovina vaječná. Alergie se buď objeví jako okamžitá reakce několik minut po požití stravy, rychlými a velmi dramatickými příznaky nebo jako oddálená reakce, projevující se za několik hodin s méně dramatickým průběhem (21).

Léky, mohou být také faktorem, vyvolávající astma. Jsou to například aspirin nebo nesteroidní antirevmatika. Reakce na tyto léky může probíhat zcela zlehka, nebo se naopak může dostavit život ohrožující dušnost se šokovým stavem, zástavou dechu a bezvědomím (2).

1.3 Patofyziologie astmatického onemocnění

Astma bronchiale se projevuje astmatickými záchvaty s příznaky bronchiální obstrukce a kašlem. Důsledkem obstrukce dýchacích cest je hyperinflace, při které dochází k pomalejšímu výdechu spolu s výdechovým kolapsem některých bronchů. Dýchací svaly při hyperinflaci pracují mimo optimální délkové poměry a dochází k jejich únavě a respiračnímu selhání. K typickým rysům astmatu patří noční zhoršení projevů (2).

1.3.1 Patofyziologie těžce léčitelného astmatu

Patofyziologie těžce léčitelného astmatu je stále obestřena mnoha nejasnostmi. Je to způsobeno jednak obtížnější dostupností bronchiální a bronchiolární tkáně, tak značnou fenotypovou heterogenitou bronchiálního astmatu. Prvním, zřejmě nejčastějším typem je obtížně léčitelné astma s výrazným zvýšením eozinofilů a mírným zvýšením

neutrofilů ve sliznici dýchacích cest. Druhým je typ s převahou neutrofilní buněčné infiltrace v centrálních dýchacích cestách. Třetím je typ s nevyhraněnou buněčnou infiltrací. Není zřejmé, zda převaha neutrofilů je primární či je způsobena předchozím poklesem eozinofilů neúspěšným pokusem organismu o pozánětlivou reparaci dýchacích cest.(24)

1.4 Vyšetřovací metody u těžce léčitelného astmatu

1.4.1 Základní vyšetření u těžce léčitelného astmatu

Při určení včasné diagnózy je třeba zhodnotit více znaků. Sestra by měla nejprve zjišťovat anamnézu, četnost potíží a kvalitu života. Při návštěvě pacienta v plicní ambulanci by měla zhodnotit jeho dýchání, vzhled nemocného, zda je orientovaný, úzkostný či vyčerpaný. Následně si všímá pozice nemocného-zda je vzpřímený či ohnutý. Jestli jeho pozice nevyjadřuje bolest, strach, úzkost. Zjišťuje také délku trvání symptomů, vyvolávající symptomy, celkový zdravotní stav a užívané léky (17).

Mezi základní vyšetření patří všeobecně vyšetření fyzikální. U tohoto vyšetření sestra sleduje u pacienta dechovou frekvenci, která je u zdravého člověka 16-20 dechů za minutu. Dále sleduje, zda je dýchání hluboké či mělké. Při sledování pacienta s astmatickým onemocněním sledujeme zda není přítomen expirační stridor či zvukové fenomény, které vznikají příčinou tvorby sekretu v dýchacích cestách (17).

Rentgenové vyšetření plic neboli skiografie se řadí také mezi základní vyšetření. Je to metoda, kdy se snímek plic zhotovuje na velký formát. Pomáhá tak při diferenciální diagnóze astmatu (17).

Neopomenutelnou součástí základních vyšetření u astmatického onemocnění je spirometrie neboli vyšetření plicních funkcí. Toto vyšetření probíhá tak, že pacient vdechuje atmosférický vzduch do plic. Výsledky se posuzují podle hodnot dechových objemů a dynamických ukazatelů dýchání (17).

Ke zjištění množství kyslíku v krvi pacienta slouží vyšetření, které nazýváme pulzní oxymetrie. Na prst pacienta se nasadí sonda, která změří tepovou frekvenci a hodnotu nasycení hemoglobinu kyslíkem (17).

Vrcholová výdechová rychlost dále jen PEF se měří výdechometrem a představuje nejvyšší rychlost, které v průběhu usilovného výdechu proud vzduchu dosáhne, přesnost měření záleží na pacientově úsilí a správné technice měření. Měření se provádí ve stoje, nemocný se zhluboka nadechne, vloží výdechoměr do úst a vydechne co největší silou a co nejrychleji, zaznamenává se nejvyšší hodnota ze tří měření (17).

1.4.2 Speciální vyšetření u těžce léčitelného astmatu

Mezi speciální vyšetření patří především bronchoskopie. Jedná se o endoskopickou vyšetřovací metodu, která se používá k optickému vyšetření dolních cest dýchacích. Provádí se speciálním přístrojem bronchoskopem. Během zákroku je možné provést biopsii, bronchiální oplach a bronchioalveolární laváž. Provádí se ve speciální endoskopické ambulanci či sálku, kde je také monitorovací zařízení pro sledování základních životních funkcí (17).

Vyšetření bronchiální hyperreakivity neboli bronchoprovokační test. Účelem je určení ventilačních parametrů při inhalaci určitého množství aerosolu o určité koncentraci testovací látky metacholinu. Aerosol je podáván nebulizátorem, přičemž se vdechuje přes náustek. Na závěr testu je podán úlevový lék, který rozšiřuje dýchací cesty a upravuje jejich případně navozenou sníženou průchodnost k úvodním hodnotám. Na počátku, v průběhu a na závěr vyšetření, je prováděno vyšetření ventilačních plicních funkcí neboli spirometrie (17).

Moderní neinvazivní, senzitivní a rychlou vyšetřovací metodou je impulsní oscilometrie neboli měření rezistence v dýchacích cestách. Slouží k průkazu odporu dýchacích cest nejčastěji u malých dětí. Změny jsou zaznamenávány z pneumotachografu a převáděny na elektrické impulzy a následně počítačově zpracovány (17).

Vyšetření eozinofilního kationického proteinu dále jen ECP je vyšetření, které se používá v diagnostice alergologického onemocnění, především astma bronchiale a k monitorování aktivity zánětu u astmatu (17).

Novou rozvíjející se vyšetřovací metodou je vyšetření vydechovaného vzduchu. Tato metoda je především zaměřena na intercelulární mediátor, který je u astmatických pacientů zvýšený a reaguje na podávání kortikoidů (17).

Vyšetření sloužící k hodnocení zánětu dýchacích cest se nazývá vyšetření indukovaného sputa. Tato metoda je neinvazivní. Před odběrem sputa se pacientovi změří vitální kapacita a sekundová výdechová kapacita před a 10 minut po inhalaci 200ug salbutamolu (17).

1.5 Léčebný režim u pacienta s těžce léčitelným astma bronchiale

Každý pacient s těžce léčitelným astmatem by měl eliminovat všechny faktory, jež astma eacerbují, a plně léčeny všechny komorbidity astma zhoršující. Astma je onemocněním celoživotním, a proto je důležité pacienta přesvědčit k aktivní spolupráci. Astmatictí pacienti jsou dispenzarizováni v pneumonologických nebo alergologických ambulancích, kde by měli být vyšetřeni jednou za čtvrt až půl roku. Při dodržování léčebných opatření je pro pacienty velmi důležité, aby znali příčiny a spouštějící mechanismy, které u něj vyvolávají astmatické potíže. Mezi tyto příčiny patří například roztoči, prach, cigaretový kouř, spreje, pyl, zvířata, léky, potraviny a jiné (24).

Astmatikům se především doporučuje nepoužívat péřové polštáře a příkrývky, matrace povlékat speciálním povlečením. Je důležité v místnostech často větrat, pokud však vzduch není znečištěn. Odstraněny by měly být závěsy, čalounění z pohovky, kde se také daří roztočů a plísním. Pacienti, kteří jsou alergičtí na zvířata, by se měli jejich přítomnosti vyvarovat. V místnostech, kde se nemocný nachází, by se nemělo kouřit a nemocný sám by neměl kouřit vůbec. V přítomnosti pacienta by neměly být prováděny činnosti jako vysávání, utírání prachu, zametání, používání insekticidních sprejů, čistících či chemických prostředků (3).

Je nutné, aby každý pacient chodil nejméně dvakrát ročně na prohlídky k lékaři, i tehdy, pokud nemá žádné zdravotní potíže. Každý astmatik by měl mít neustále u sebe rychle účinné léky, které zastaví nebo zmírní astmatický záchvat (3).

1.6 Inhalační systémy v léčbě astmatického onemocnění

V podávání anti astmatik je preferována inhalační cesta. Léky se pomocí různých inhalačních systémů dopravují přímo na místo určení tedy do průdušek, mají rychlý nástup účinku a mají mikrogramové dávky, což minimalizuje jejich možné nežádoucí účinky. Léky podávané v tabletách nebo injekčně mají dávky miligramové. Pro každého pacienta je nutno léčbu individualizovat, což vyžaduje vybrat nejen vhodný lék, vhodnou dávku i vhodný léčebný režim, ale vybrat i vhodný inhalační systém a pacienta naučit správnou inhalační techniku a tuto inhalační techniku pravidelně kontrolovat a korigovat. Chybná inhalační technika bývá poměrně často příčinou neschopnosti dosáhnout a udržet kontrolu nad astmatem. Léky ve formě aerosolů používané k léčbě astmatu jsou dostupné v různých inhalačních systémech. V České republice to v současné době jsou aerosolové dávkovače, dechem aktivované aerosolové dávkovače, inhalátory pro práškovou formu léků a nebulizátory (10).

Jednou z možností inhalačních systémů jsou aerosolové dávkovače čili metered dose inhalers (dále jen MDI), které se používají samostatně nebo s inhalačním nástavcem například Optichamber, Vortex. Zvláštní podskupinu představují aerosolové dávkovače využívající technologii Modulite. V současnosti se již v aerosolových dávkovačích nepoužívají jako hnací plyny ekologicky škodlivé freony. Správná inhalační technika z aerosolového dávkovače vyžaduje koordinaci mezi aktivací inhalačního systému a nádechem. Je důležité, aby byli pacienti edukováni o technice inhalace z inhalačního systému. Někteří nemocní, zvláště v seniorském věku, z různých důvodů tuto techniku nezvládají. Aerosolové dávkovače mají tradičně největší chybovost v inhalační technice. Použití inhalačního nástavce inhalační techniku značně zjednodušuje a přináší některé další výhody, kterými jsou homogenizace aerosolu, menší záchyt aerosolu v nosohltanu a větší plicní depozice. Na trhu jsou i aerosolové dávkovače se zabudovatelným inhalačním nástavcem pro inhalaci beklomethasonu a pro inhalaci nedokromilu (10).

Další možností inhalačních systémů jsou dechem aktivované aerosolové dávkovače čili breath-actuated inhalers (dále jen BAI), na českém trhu je dostupný Easi-

Breathe. U těchto inhalačních systémů odpadá nutnost výše uvedené koordinace ruka-mozek, proto je jejich použití jednodušší (10).

Inhalátory pro práškovou formu léků čili dry powder inhalers (dále jen DPI), které dělíme na jednodávkové (Aerolizer, inhalátor M) a mnohodávkové (diskus, Easyhalter, Turbuhaler), mají snadnější použití než aerosolové dávkovače. Modernější mnohodávkové inhalátory pro práškovou formu léků mají počítadla a ukazující zbývající počet dávek. Společnou nevýhodou této skupiny inhalačních systémů je použití mléčného cukru (laktózy) jako nosného média pro lék, což může některým pacientům činit obtíže. K zabezpečení dosažení co největší plicní depozice léku je nutno vyvinout nádechový průtok (PIF) v optimálním rozmezí, což pro pacienta s astmatem většinou není problém (10).

Nebulizátory produkují takzvané Vlhké aerosoly. Nebulizátory používané pro léčbu astmatu lze rozdělit na kompresorové a ultrazvukové. Výhodou nebulizátorů je časový faktor při aplikaci, lék se během nebulizace, která trvá 10 – 20 minut, postupně dostává do perifernějších částí průdušek. Úlevové léky určené k nebulizaci jsou ve formě roztoků a určenou dávku léku je nutno naředit fyziologickým roztokem nebo Vincentkou, nikdy ne destilovanou vodou (10).

1.7 Edukace pacienta s těžce léčitelným astmatem

Edukace pacienta, edukace jeho rodiny a vytvoření partnerství mezi pacientem a sestrou či lékařem patří k základním stavebním kamenům léčby astmatu. Edukace je vzdělávací proces výchovy, celoživotní rozvíjení osobnosti člověka. Jsou to činnosti, kdy se astmatik učí za působení zdravotnického personálu. Edukace je stále nekončící proces, který začíná při stanovení diagnózy astmatu. Stále větší podíl na edukaci mají dobře vyškolené sestry v ordinacích specialistů. Jedním z důvodů je někdy bližší vztah a otevřenější komunikace mezi pacientem a sestrou. Při edukaci pacienta musí brát sestra v potaz jeho dosavadní vědomosti o jeho nemoci, jeho zdravotní stav a věk. Sestra vychází ze stanovení nejbližších cílů. Edukace je nepostradatelnou součástí léčby. Mezi nejúčinnější formy edukace patří krátká a opakovaná edukace. Nabízí se několik

způsobů edukace a to buď formou přednášky, vysvětlování, instruktáže, rozhovoru, diskuze či pomocí tištěných letáků, brožur či jiných tiskopisů. Komunikace s pacientem by měla být vstřícná, otevřená a netabuizovaná. Pacient by měl na edukaci reagovat zpětnou vazbou, zda pochopil danou problematiku a zda rozumí informacím, které mu lékař či sestra sdělila. Sestra edukuje pacienta o přípravě k vyšetření, vysvětluje postup jednotlivých vyšetření a informuje o prevenci a dodržování léčebného režimu. Nedílnou součástí edukační činnosti je ověřování a dodržení předepsaných opatření a především výuka nácviku a správného používání inhalačních pomůcek. Přístup pacienta je při edukaci velmi důležitý. Úspěšnost edukace závisí na přístupu pacienta, na zkušenostech, vzdělanosti a trpělivosti sester a na příjemném a klidném prostředí (26).

1.7.1 Edukace pacienta a povinnosti sestry při vyšetření

Před každým vyšetřením je nutné, aby sestra podrobně pacientovi vysvětlila, jak bude dané vyšetření probíhat a jaké úkony ho budou doprovázet. Každé vyšetření vyžaduje jiný postup a přístup ze strany zdravotnického personálu.

Pulzní oxymetrie spočívá v připojení sondy sestrou na prst nebo ušní lalůček pacienta. Po změření sestra hodnoty pulsu a saturace zaznamená do dokumentace pacienta. V případě nízkých hodnot saturace hlásí výsledky neprodleně lékaři. Hodnoty saturace pod 90 % svědčí pro dechovou nedostatečnost (5).

Dalším vyšetřením je vyšetření indukovaného sputa. Povinností sestry při tomto vyšetření je poučit pacienta o správném odběru sputa, zhluboka se nadechnout a vykašlat sputum. Důležité je, aby sestra poučila pacienta, jak správně vykašlat sputum a ne sliny (6).

Před vyšetřením sérového ECP neboli průkaz eozinofilního katatonického proteinu v séru, vysvětlí sestra pacientovi, že mu bude odebrána krev do skleněné zkumavky, která musí být celá naplněná krví. Po odběru zkumavku několikrát jemně obrátí, zaznamená čas odběru a ihned vzorek odnese ke zpracování. Zajistí, aby byla teplota při transportu 20-25 °C.

Při vyšetření nazývaném impulzní oscilometrie sestra pacienta upozorní na doporučení při měření jako je udržet vzpřímenou polohu těla vsedě, přidržování obou lící prsty, připevnění nosní svorky a pevné semknutí náustku rty, které je nutné u dětí kontrolovat. Tato metoda vyžaduje klidové dýchání, a proto je nutné, aby sestra před vyšetřením pacienta uklidnila a vysvětlila mu průběh. U tohoto vyšetření je nutné zaznamenat tři ukončené dýchací cykly (25).

Před skiagrafickým vyšetřením plic sestra pacienta poučí o odstranění všech kovových předmětů například šperky, hodinky a informuje ho, že snímková oblast musí být obnažena. U žen sestra zjistí první den poslední menstruace z důvodu možného těhotenství. Pacient musí pře tímto vyšetřením podepsat informovaný souhlas (8).

Před bronchoskopickým vyšetřením sestra vysvětlí pacientovi podstatu, význam, průběh vyšetření a požadavky, které budou na pacienta kladeny během vyšetření. Před přípravou na vyšetření sestra zkontroluje, zda pacient podepsal informovaný souhlas. Dále sestra zajistí, aby byl pacient 8 hodin před vyšetřením lačný, nekouřil a provedl hygienu dutiny ústní. Podá informace o času a místě vyšetření. Před vyšetřením sestra odebere krev na srážlivost, krvácivost, aPTT, Quick, změří fyziologické funkce a aplikuje ordinovaná sedativa. Při vyšetření sestra asistuje lékaři a sleduje celkový stav pacienta. Po vyšetření měří a zapisuje fyziologické funkce, dohlíží, aby pacient 2-4 hodiny po výkonu nepřijímal potravu a tekutiny, dokud se neobjeví reflex zvracení. Po vyšetření musí sestra zajistit polohu pacienta vpolosedě, sleduje vzhled sputa, možné problémy s dýcháním, projevy edému laryngu, laryngospasmu. Zjištěné komplikace hlásí lékaři (22).

Před provedením vyšetření vrcholového výdechového průtoku (dále jen PEF) sestra pacienta řádně poučí o používání přístroje. Vysvětlí mu, že se vyšetření provádí nejlépe vestoje, aby se plíce mohly maximálně rozepnout. Kurzor přístroje sestra umístí na dno číslované škály, povzbudí pacienta k hlubokému nádechu a k vydechnutí do přístroje co nejsilněji a nejrychleji. Tento pokus se opakuje ještě dvakrát a nejvyšší hodnota se zapíše. Pokud sestra zjistí, že je pacient po prvním pokusu dušný, další pokusy se neprovádějí, aby nedošlo k bronchospazmu. U tohoto vyšetření jsou důležité

nejen naměřené hodnoty, ale i kolísání hodnot během dne. Sestra poučí astmatika o důležitosti provádění vyšetření alespoň 2x denně přibližně ve stejnou dobu a o zapsání hodnot do grafu nebo do denního záznamu PEF. Sestra pacienta upozorní, že nižší hodnoty PEF signalizují zhoršení stavu dříve, než dojde k dušnosti (5).

Dalším vyšetřením, kdy je nutné pacienta poučit a vysvětlit mu postup je Spirometrie. Před spirometrickým vyšetřením se sestra astmatika zeptá, zda v poslední hodině před vyšetřením nekouřil, zda nepil kávu, kdy naposledy použil bronchodilatační léčbu a jaké měl zdravotní problémy, které by mohly zkreslit výsledek vyšetření. Při získávání anamnézy sestra zjišťuje i možné kontraindikace, při kterých nesmí být vyšetření provedeno. Nežádoucí je celkový těžký stav nebo akutní onemocnění respiračního traktu, vykouření cigarety jednu hodinu před vyšetřením, expozice dráždivé látky nebo chladu, nespolupráce pacienta. Do databáze zaznamená údaje o pacientovi, věk, pohlaví, výšku a váhu. Edukuje pacienta o důležitosti uvádět pravdivá tvrzení, zda kouří a podobně. Potom mu sestra vysvětlí průběh vyšetření a je možné vyzkoušet způsob vyšetření „na“ nečisto. Pokud má pacient dentální protézu, která je uvolněná, je nutné ji vyndat. Dále sestra pacienta pohodlně usadí, páteř a hlavu drží pacient rovně a sestra mu nasadí náustek a nosní svorku. Jednu minutu dýchá vyšetřovaný klidně a poté jej sestra vyzve k maximálnímu výdechu a hlubokému nádechu, následuje klidné dýchání a po maximálním nádechu sestra pacienta povzbudí k maximálnímu výdechu, který by měl trvat 3-5 vteřin. Měření se provádí třikrát a mezi jednotlivými vyšetřeními je třeba pacientovi umožnit asi minutový odpočinek. Pro správné provedení testu je poučení sestrou velmi důležité, proto během vyšetření sestra pacientovi říká, jak má postupovat, případně mu názorně ukazuje nádech a výdech. Po vyšetření sestra zkontroluje křivky zaznamenané a vyhodnocené spirometrem (17).

Vyšetření křivky průtok,objem se provádí v prosklené komoře, proto sestra pacienta seznámí s průběhem vyšetření a upozorní jej na tuto skutečnost ještě před začátkem vyšetření. Instruktaž provede sestra vhodným způsobem podle věku pacienta, s ohledem na tělesně či mentálně znevýhodněného pacienta nebo na možnost klaustrofobie. U vyšetření průtok-objem sestra vloží náustek pacientovi do úst a přiloží

nosní svorku. Pacient klidně dýchá a na výzvu sestry se hodně nadechne a prudce vydechne. Tento postup se několikrát opakuje a sestra získané křivky vyhodnotí (17).

Bronchodilatační test sestra provede při zajištění obstrukce dýchacích cest. Pacientovi se aplikuje 2-4 vdechy bronchodilatancia přes nástavec (spacer) a po 15-30 minutách opět provede křivka průtok-objem. Při bronchokonstrikčním testu sestra podá pacientovi ve čtyřech dávkách histamin a provádí vyšetření křivky průtok-objem po podání každé dávky. Před vyšetřením sestra poučí pacienta o možných komplikacích po podání provokační látky a vyzve pacienta k podepsání informovaného souhlasu. Ordinance, kde se provádí bronchokonstrikční testy, jsou připraveny resuscitační pomůcky pro případ anafylaktické reakce. Sestra pravidelně kontroluje vybavení a expiraci pomůcek (17).

Pro správně provedené spirometrické vyšetření a následné testy je důležité, aby sestra zajistila klidné prostředí. Toto vyšetření je nebolestivé a pacienta nezatěžuje, proto sledování pacienta po vyšetření není nutné (17).

1.7.2 Povinnosti sestry při edukaci pacienta o používání inhalátorů

Důsledné poučení astmatika sestrou je velmi důležité, protože inhalační systémy mají různé způsoby použití a je třeba zvážit schopnosti pacienta a věk pro rozhodnutí, který systém pacientovi doporučit. Efektivní léčba je závislá na výběru inhalačního systému a správné inhalační technice (2).

Při používání aerosolových dávkovačů se účinná látka uvolňuje z tlakové nádoby pomocí ventilu. Pro účinnost léku je důležité dodržet správné použití inhalátoru. Před použitím sestra pacienta poučí, že je nutné řádně zatřepat tlakovou nádobkou, klidně vydechnout a vložit náustek do úst. Na začátku hlubokého a pomalého nádechu se zmáčkne ventil a na 10 vteřin pacient zadrží dech. Další aplikace se může provést za 30 vteřin (9).

Před použitím dechem aktivovaného aerosolového dávkovače Easi Breathe (dále jen BAI), se nádobkou tohoto inhalátoru zatřepe. Nádobka se drží dnem vzhůru a odklopí se klobouček. Sestra vysvětlí pacientovi, aby se klidně nadechl, vložil náustek

do úst a pevně ho obemknul rty a zuby. Nosní dírky si pacient stiskne a nadechuje se ústy. Nádech se nepřerušuje, a když inhalátor „odfoukne“, pokračuje se hlubokým nádechem. Poté se zadrží dech na 10 vteřin a při svislé poloze inhalátoru se uzavře klobouček. Další aplikace se může provést po několika vteřinách stejným způsobem (4).

Použití inhalátorů pro práškovou formu léků (dále jen DPI) je jednodušší ve srovnání s inhalátory MDI. Jsou doporučovány dětem od šesti let, ale je možné je použít i u mladších dětí. Důležité je skladovat práškovou formu léků v suchém prostředí. Je možné vybrat inhalátory pro práškovou formu jednodávkové nebo mnohodávkové, kde je možno připravit 50-200 dávek do dávkovače. Na novějších dávkovačích je číselník, který ukazuje počet zbývajících dávek (2).

U inhalátorů Accuhaler je důležité názorně pacientovi předvést manipulaci s tímto systémem. Sestra by měla pacienta poučit, aby držel inhalátor vodorovně náústkem k sobě a páčku posunul směrem od sebe, až se ozve cvaknutí. Dávka je takto připravená k aplikaci a počítadlo dávek se posune. Sestra poučí pacienta, aby klidně vydechl mimo přístroj, vsunul náustek do úst a stejnoměrně a hluboce se nadechl. Poté vyndá náustek z úst a zadrží dech na 10 vteřin. Inhalátor se uzavře tak, že se tlačítko posune směrem k sobě, až cvakne (10).

Inhalátor Turbohaler je mnohodávkový inhalátor. Před použitím se drží inhalátor svisle, sejme se kryt a otočí se hlavicí sem a tam do krajních poloh. Pacient klidně vydechne, vsune náustek mezi rty a co nejhlouběji se nadechne. Po vyjmutí Turbohaleru zadrží dech na 10 vteřin. Při další dávce je postup stejný (10).

Inhalátor Diskhaler obsahuje foliový kotouč s lékem, který se vloží číslky navrch do inhalátoru. Před použitím sestra poučí pacienta, aby držel inhalátor vodorovně a zadní stranu víčka zvedl do kolmé polohy, aby došlo k propíchnutí foliového disku. Pacient klidně vydechne, vloží náustek do úst a zhluboka se nadechne. Poté vyjme Diskhaler z úst a zadrží dech na 10 vteřin. Další dávka se připraví vysunutím a zasunutím vložky (10).

Inhalátor Rotahaler se před použitím drží svisle. Sestra vysvětlí pacientovi, aby jednotlivé kapsle vsunul barevnou částí navrch do označeného otvoru. Potom Rotahaler otočí do vodorovné polohy a otočí se dolní částí přístroje dopředu a zpět. Tím dojde k

rozpůlení kapsle. Pacient klidně vydechne, vloží náustek mezi rty a zuby a zhluboka vdechne prášek. Po vyjmutí Rotahaleru z úst zadrží pacient dech na 10 vteřin (10).

Inhalátor Spinhaler se před naplněním drží náustkem dolů a rozšroubuje se. Potom se do prohlubně ve vrtulce vsune barevná část kapsle, ta se musí volně otáčet. Inhalátor se zašroubuje a manžeta se posune dvakrát nahoru a dolů, aby došlo k propíchnutí kapsle. Pacient klidně vydechne, zakloní hlavu, vsune inhalátor do úst a rychle a zhluboka se nadechne. Po vyjmutí Spinhaleru zadrží dech na 10 vteřin. Pokud v kapsli zbývá nějaký prášek, pokus se opakuje, dokud není kapsle prázdná (10).

Objemová pomůcka Spacer je vhodný pro děti nebo starší pacienty. Sestra poučí pacienta o správném používání inhalátoru, kterým se před aplikací zatřepe, vloží se do otvoru pro inhalátor ve Spaceru a pacient si vloží náustek do úst. Poté se stlačí nádobka inhalátoru a pacient normálně nadechuje a vdechuje do pomůcky 10-30 vteřin. Další dávka může být použita ihned (4).

Před inhalací pomocí nebulizovaných neboli „vlhkých“ aerosolů sestra poučí pacienta o správné technice inhalace a to jak přirozeným vdechováním či pomocí aerosolové inhalační masky. Využívají se tryskové nebulizátory s polydisperzní mlhovinou a většinou částic o velikosti 5 mikrometrů. Mlhovina proudí k pacientovi PE vrapovanou hadicí a ten jí vdechuje aerosolovou maskou nebo lze směr proudu nastavit do prostoru nad dýchacími cestami pacienta a ten jí volně vdechuje. Při nebulizaci sestra kontroluje celkový stav pacienta, provádí kontrolu množství destilované vody v nebulizátoru, kontrolu léčiva, kontrolu hadice a masky, kterou pacient vdechuje (10).

1.7.3 Edukace a povinnosti sestry v prevenci a dodržování léčebného režimu

Cílem edukace je vysvětlit pacientovi základní požadavky, které se týkají udržování zdraví a poskytnout návod na změnu chování a jednání při dodržování léčebného režimu. V případě již stanovené diagnózy astmatu se jedná o sekundární prevenci. Sestra zná rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku astmatu u pacienta, zná jeho životní styl. Pro zjištění životního stylu je důležité, aby sestra dokázala posoudit, nakolik je pacient zodpovědný za péči o své zdraví, jaké jsou jeho

denní aktivity, jak se dokáže vyrovnat se stresem, jaký má názor na životní hodnoty. Na základě těchto informací edukuje pacienta o léčebném režimu (4).

Sestra zná mechanismy onemocnění i příčinné faktory, které jsou spouštěčem astmatu a na tomto základě provádí prevenci, která je nezbytná při léčbě astmatu. V léčebném režimu astmatika je důležité se vyhnout alergenům, které onemocnění způsobují. Sestra při edukaci pacienta radí, jak se má alergenům vyhnout nebo jejich působení minimalizovat. Podle alergenu doporučuje sestra pacientům úpravu domácího prostředí, např. Nekouřit v obytných místnostech, odstranit koberce a volné textilie, používat pokrývky vhodné pro alergiky, větrat místnosti, hlavně před spaním, při zhoršeném ovzduší nespát při otevřeném okně, do bytu nepouštět domácí zvířata. Při výskytu potravinových alergií sestra poučí pacienta o úplném vynechání potraviny z potravy, při dosud nezjištěné alergii doporučí způsob zjištění alergenu. Upozorní na důležitost otužování, ale zároveň zdůrazní nutnost důsledného doléčení jakéhokoliv infekčního onemocnění. Sestra při edukaci seznámí pacienta s patientským deníkem, do kterého se zapisují denně příznaky astmatu i jiných alergií, hodnoty PEF a v případě častých záchvatů se zapisují například i místo pobytu v době záchvatu, strava, fyzická aktivita. Edukační činnost sestry provádí jednak verbálně přímo v ordinacích, na kurzech, přednáškách a seminářích a nonverbálně za použití letáčků, brožur a knih pro laickou veřejnost, úpravou nástěnek v čekárně a v ordinaci. Edukace astmatiků je velmi rozsáhlá jak v preventivních opatřeních, tak v účinné léčbě a aktivním přístupu pacienta i jeho okolí k plnění těchto opatření (4,2,12).

1.8 Role sestry při zajišťování ošetrovatelské péče u astmatického pacienta

Sestra plní v rámci ošetrovatelské péče mnoho rolí. Mezi tyto patří role poskytovatelky ošetrovatelské péče. Hlavním cílem této role sestry je poskytovat astmatikovi péči v době jeho zdravotních potíží, v době hospitalizace a zajistit bio-psycho-sociální potřeby a poskytovat mu podporu. Důležité je projevovat zájem o jeho dobro, získat si astmatikovu důvěru a při astmatickém záchvatu mu být vždy nablízku.

Pro astmatika je záchvat dušnosti vždy úzce spojen s psychickými změnami a přítomnost sestry, které důvěřuje, mu lépe pomáhá zvládnout záchvat (18).

Mimo jiné plní sestra roli v rámci ambulantní péče. Získává od pacienta informace o jeho zdravotním stavu, odebírá anamnézu, vede zdravotnickou dokumentaci, objednává pacienty na kontrolní vyšetření podle závažnosti potíží, připravuje pacienta na testování alergenů, kontroluje záznamy pacienta v deníku astmatika. Tyto záznamy sestře umožňují získat informace o průběhu onemocnění, o spouštěčích astmatického záchvatu a o dodržování léčebného režimu astmatika. Při kontrolní návštěvě pacienta provádí sestra spirometrické vyšetření, kontroluje správnost užívání inhalačních léků, provádí odběry krve dle ordinace lékaře, například základní biochemické vyšetření, krevní obraz, sedimentaci (dále jen FW). U nového pacienta sestra vypíše žádanku na rentgenové vyšetření plic, provede odběry krve dle ordinace lékaře, vyšetření krevních plynů a k upřesnění diagnózy odesílá pacienta na bronchokostrikční test. V případě vyšetření bronchokostrikčního testu pacient podepisuje informovaný souhlas. Při každé návštěvě sestra astmatika edukuje o dodržování léčebného režimu, pomáhá mu s vedením deníku astmatika a kontroluje jeho záznamy (18).

V případě komplikací astmatu je pacient hospitalizován v nemocnici a sestra provádí ošetřovatelský proces, zajišťuje bio-psycho-sociální potřeby. Při akutním astmatickém záchvatu sestra zajistí u pacienta volné dýchací cesty a ihned informuje lékaře. Při astmatickém záchvatu prožívá pacient neschopnost dýchat a to je pro něho děsivým zážitkem. Proto sestra během záchvatu zůstává s pacientem po celou dobu, uklidňuje ho a projevuje citovou účast. Stále sleduje a udržuje volné dýchací cesty, dýchání a krevní oběh pacienta, dále připraví pomůcky k trvalému monitorování srdeční činnosti, neinvazivnímu měření krevního tlaku a monitorování saturace hemoglobinu kyslíkem. Při astmatickém záchvatu je nutné zachovat saturaci kyslíkem nad 95%, proto sestra podává kyslík obličejovou maskou podle předpisu. Při podávání 100% kyslíku musí sestra stále sledovat pacienta, protože by mohlo dojít k absorpční atelektáze, kdy je kyslík vstřebán a nezůstává žádný dusík, který je nutný pro udržení otevřených alveol (18, 13).

Sestra provádí základní hodnocení dýchacího úsilí pacienta. Schopnost promluvit, délku věty, zjistí vrcholovou expirační rychlost (PEFR), asistuje lékaři při odběru krve pro rozbor arteriálních krevních plynů. Dále sestra zajistí žilní vstup a podává léky nitrožilně a infuzní terapii dle ordinace lékaře. Při podávání tekutin pacientovi dbá na pomalé podávání, aby nedošlo k nadměrné hydrataci, která by zhoršila obstrukci v periferních dýchacích cestách. Část lůžka pod hlavou a trupem sestra zvedne nejméně o 45°, pro podporu expanze hrudníku. V průběhu léčby sestra sleduje a hodnotí vitální funkce, charakter dýchání, vrcholovou expirační rychlost, pískoty na plicích, poruchy srdečního rytmu a celkový vzhled. Jakékoliv odchylky od normálu musí sestra neprodleně hlásit lékaři. V případě přetrvávajícího spastického nálezu, obtížného dýchání, zvýšení parciálního tlaku oxidu uhličitého a při poklesu pH se pacient dostává do respirační insuficience, zvyšuje se únava dýchacího svalstva a to směřuje k zástavě dýchání. Při těchto komplikacích je nutná endotracheální intubace pacienta, u které sestra asistuje lékaři. Pro stabilizaci stavu pacienta nadále sestra kontroluje vitální funkce. Sleduje stav hydratace, sleduje a zapisuje kožní turgor, příjem a výdej tekutin. Podle indikace odebírá sestra vzorky sputa na kultivační vyšetření, provádí kontrolní odběry krve, podává léky dle ordinace lékaře (18).

Během hospitalizace provádí sestra ošetrovatelský proces. Zjišťuje informace o pacientovi formou rozhovoru s pacientem, rodinou a z dostupné dokumentace. Provádí diagnostiku, kdy zjišťuje bio-psycho-sociální potřeby pacienta a plánuje péči o pacienta během hospitalizace. Realizaci ošetrovatelského procesu sestra provádí podle platných standardů ve spolupráci s multidisciplinárním týmem. Při vyhodnocování ošetrovatelských činností provádí sestra porovnání plánovaných činností s výslednými kritérii a případně upravuje plán (11, 18).

Před propuštěním sestra poučí pacienta i jeho rodinu o bronchiálním astmatu, o léčbě, dodržování léčebného režimu, o spouštěcích astmatického záchvatu i o způsobu, jak se s ním vyrovnat. Zároveň sestra upozorní na příznaky hrozícího záchvatu a jak při něm postupovat. Pacientovi sestra vysvětlí jak měřit a hodnotit vrcholovou expirační rychlost (PEFR). Stále je třeba pacientům zdůrazňovat, aby nepřerušovali zavedenou léčbu a v případě dechových potíží navštívili lékaře. Pacient je dispenzarizován u

alergologa nebo plicního lékaře a je nutní, aby docházel na pravidelné kontroly. Zároveň sestra informuje sestru u praktického lékaře z důvodu kontrol pacienta při komplikacích astmatu (18).

Další funkcí sestry je plnění role manažerky. Sestra je manažerkou ošetrovatelské péče jednotlivce i skupiny pacientů, kteří mají stejné zdravotní, sociální nebo psychické potíže. Působí v řízení a organizaci na různých úrovních jako je státní, regionální nebo na úrovni zdravotnického zařízení. Sestra manažerka případů čili case manager identifikuje skupiny klinicky nebo jinak náročných pacientů, kteří spotřebovávají v porovnání s jinými pacienty neúměrně vysoké množství léků, času, personálu, procedur, diagnostiky a speciálního zdravotnického materiálu. Koordinuje péče o tyto skupiny pacientů a činnost multidisciplinárního týmu tak, aby se tito pacienti co nejdříve stabilizovali. Case manager pověřuje ošetrovatelskými úkoly ostatní sestry při péči o astmatiky, dohlíží na jejich práci, kontroluje jí a podporuje komunikaci mezi členy léčebného a ošetrovatelského týmu. Sestra v roli manažerky musí mít přehled o organizační struktuře, o skupině pacientů – astmatiků, znát jejich potřeby, problémy i preventivní opatření, které se jich týkají. Důležité je pro tuto roli sestry mít autoritu, organizační schopnosti a být zodpovědná (11).

Mezi další úlohy sester patří plnění role advokátky. Sestra advokátka by měla považovat advokacii ve prospěch astmatika za jednu ze svých základních úloh. Je reprezentantem astmatikových potřeb, práv a stížností. Zúčastňuje se schůzí nemocničních výborů, které řídí péči o pacienty, předkládá managementu návrhy a stížnosti a obhajuje je. Zároveň sestra musí umět rozpoznat skutečné potřeby astmatika a ujistit se, že pacient má potřebné informace. Někdy se sestra dostává do situace, kdy ví, že z odborného pohledu rozhodnutí astmatika není správné, ale musí respektovat a přijmout pacientovo právo na vlastní rozhodnutí (11).

Sestra nositelka změn. Tato role je úzce spojena s kontinuálním vzděláváním sester, přinášením nových poznatků do praxe a jejich realizací. Důležitým prvkem v přinášení změn je důvěra mezi jednotlivými účastníky. V rámci dodržování léčebného režimu pomáhá astmatikovi s rozhodnutím pro změnu, uskutečnit ji a uplatnit ji při zlepšení zdraví. Důležité je, aby sestra dokázala vysvětlit i rizika, která s sebou změna

přinese a přesvědčit astmatika o účinnosti změny. Sestra by měla mít široké znalosti v oboru, neustále se vzdělávat, znát výzkumné vědecké poznatky a vhodnou formou je umět astmatikovi vysvětlit (11).

Edukace astmatiků patří mezi základní úlohy sestry. Proto sestra v ošetrovatelském procesu plní roli edukátorky. Edukaci provádí formou individuální a skupinovou. Organizace astmatiků, kluby a sdružení mají výrazný výchovný význam pro pacienty i jejich rodiny. Role sestry edukátorky je podrobně popsána v kapitole 1.7 Edukace pacienta s těžce léčitelným astmatem (11).

S rolí edukátorky také souvisí role mentorky. Při léčbě astmatu se používají inhalační systémy, které mají různé způsoby použití a sestra je musí znát a naučit je astmatika správně používat. Před nácvikem používání inhalátorů je důležité, aby sestra rozpoznala potřeby astmatika a pohotovost k učení. Astmatem trpí lidé všech věkových kategorií, od malých dětí až po starší generaci. Proto musí sestra pacienta dobře poznat, odhadnout jeho učební schopnosti a volit různé taktiky výuky, aby zvolila správně, a astmatik pochopil používání inhalátoru. Role učitelky uplatňuje sestra i při výuce studentek, a v tomto případě je důležité, aby měla dostatek vlastních zkušeností a dokázala odborně zodpovědět jejich případné dotazy. V přípravě studentek na jejich povolání je neméně důležité vést budoucí sestry k zodpovědnosti, k behaviorálnímu přístupu k pacientovi a k dalšímu vzdělání (11).

V klinické praxi se sestra zaměřuje na výzkumy týkající se zavádění nových inhalačních aplikátorů, nových léků, na dispenzarizaci, sledování nemocnosti a hospitalizace astmatiků a na vyhodnocování dotazníků týkajících se jejich zdravotního stavu. V souvislosti s touto činností plní roli výzkumnice. Během pacientovi návštěvy v ordinaci sestra dotazováním, pozorováním a používáním zpětné vazby při rozhovoru s pacientem zjišťuje důležité údaje, které se týkají jeho zdravotních potíží a celkového stavu. Z těchto zdrojů čerpá informace o kvalitě péče a o zodpovědnosti astmatiků vůči svému zdraví. Tyto informace dále použije při komunikaci s pacienty a při motivaci ke zlepšení životního stylu. Sestry se také zapojují do akcí ČIPA, která pořádá screeningové akce v rámci Dne astmatiků, kdy se provádí spirometrické vyšetření široké veřejnosti (11).

Další úlohou sestry je plnit roli rádkyně. Pomoci astmatikovi poznat psychické nebo sociální problémy a umět se vyrovnat se zdravotními potížemi. Sestra poskytuje zároveň citovou a psychologickou podporu. Radí astmatikovi přijímat nová řešení, informuje o vhodných způsobech při dodržování léčebního režimu. Poskytuje mu materiály týkající se prevence, léčby a doplňkové léčby, např. Lázeňské pobyty, alternativní možnosti léčby. Zároveň pomáhá astmatikovi orientovat se v zákonech, vyhláškách a v sociálních dávkách, které se týkají astma bronchiale (11).

Uvedené role popisující práci sester v praxi od sebe nelze oddělit, protože se vzájemně prolínají a jedna role nevylučuje druhou.

1.9 Léčba astmatického onemocnění

Hlavním cílem léčby je plně kontrolované astma, dosažení kontroly příznaků a zabránění stavů náhlého zhoršení (3). Léčbu rozdělujeme na medikamentózní, biologickou, lázeňskou a na alternativní metody léčby

1.9.1 Medikamentózní léčba astmatického onemocnění

Mezi medikamentózní léčbu řadíme protiastmatické léky. Tyto se dělí na dvě skupiny a to na rychle účinná antiastmatika, uvolňující stažení průdušek, takzvaná bronchodilatancia. Tyto léky jsou označovány také jako záchranná neboli úlevová medikace. Odstraňují akutní náhle vzniklé astmatické obtíže. U dobře kontrolovaného astmatu je jejich používání minimální (2,3).

A na protizánětlivě působící preventivní antiastmatika, která musí být používána denně a dlouhodobě. Léky této skupiny užívá pacient neustále, i když nepocítuje žádné příznaky astmatu a funkce plic vykazuje normální hodnoty. Patří sem kortikosteroidy a hormony, theophyliny s prodlouženým účinkem a antileukotrieny, beta2mimetika s prodlouženým účinkem (LABA) (2, 3).

1.9.2 Biologická léčba astmatického onemocnění

Na základě aktuálního stavu pacienta, může být doporučena doplňková léčba, vedoucí ke zlepšení kontroly astmatického onemocnění. Jedná se o léčbu dlouhodobou a pro její úspěšnost je nutná úzká spolupráce s lékařem. Tato léčba spočívá v aplikaci přípravkem Xolair (dále jen omalizumab), který způsobuje zablokování imunoglobulinu E (dále jen IGE) a která se v organismu vytváří a hraje klíčovou roli při vyvolání alergického astmatu (27).

Lékař aplikuje Xolair jako 1-3 podkožní injekce. Dávku určuje lékař na základě posouzení výsledků krevního testu před 1. aplikací léku. Injekce jsou podávány každé 2 týdny nebo každé 4 týdny (27).

1.9.3 Lázeňská léčba astmatického onemocnění

Lidem, kteří se léčí s astma bronchiale je pobyt v lázeňském zařízení doporučován. Pobyt a léčba v těchto zařízeních mohou být plně hrazeny pojišťovnou. Kompletní lázeňskou léčbu lze poskytnout na doporučení alergologa nebo odborníka pro respirační a respirační nemoci při frekvenci záchvatů průměrně alespoň jedenkrát denně s poklesem hodnoty FEV₁. Spontánně nebo po bronchokonstrikčním testu pod 60% náležité hodnoty. V České republice tuto léčbu poskytují Lázně Jeseník, Karlova Studánka, Luhačovice a Mariánské lázně. Léčebný program, vhodná strava i prostředí a společný program stejně zdravotně postižených lidí zajišťují několikátýdenní rekonvalescenci a odpočinek. S dítětem do 6 let věku je ve většině zařízení možný pobyt i matky (2,3).

1.9.4 Alternativní metody léčby

Alternativní metody léčby u astmatu je nutno brát jako doplňkovou léčbu. Pacient má možnost využít akupunkturu, akupresuru, jógu nebo pomalá cvičení jako čchi-kung nebo tai-či, dechová cvičení. Pobyt v solné jeskyni má pozitivní efekty u průduškového astmatu. Zlepšuje také projevy senné rýmy a některých dalších chorob horních a dolních dýchacích cest. Relaxační účinky pobytu v jeskyni a příznivé efekty vzduchu, který cirkuluje přes bloky soli a čističku vzduchu, jsou příčinou léčebných efektů jeskyně a na zdraví astmatika (2,3).

Doporučována pro astmatiky jsou probiotika, protože dokáží příznivě působit na střevní mikrobiotu a jejím prostřednictvím ovlivňují zdravotní stav včetně imunity. Určitá probiotika zvyšují odolnost vůči infekcím dýchacích cest, snižují riziko rozvinutí alergií včetně atopického ekzému nebo zlepšují stav těchto onemocnění, snižují hrozbu atopického ekzému, případně zlepšují jeho stav. Z potravinových doplňků jsou doporučovány vitamín C, B6, hořčík, lékořice nebo mastné kyseliny Omega3, které jsou obsaženy v rybím tuku (23).

Fytoterapie je pro pacienty snadno dostupná metoda podpůrné léčby astmatu, v lékárnách je velký výběr vhodných čajů nebo čajových směsí pro onemocnění dýchacích cest. Důležité je, aby astmatik znal alergeny, které mu způsobují onemocnění, a v případě fytoterapie se jim vyhnul. Při využívání alternativní léčby se musí astmatik vždy poradit se svým odborným lékařem a nesmí vynechat doporučenou medikaci (23).

1.10 Podpora pacienta s astmatickým onemocněním

Každé vleklé onemocnění má obecné i zvláštní sociální důsledky. Důležitá je propojenost a rovnocennost fyzické, psychické a sociální složky zdraví. Při chronickém onemocnění je rozdíl mezi tím, co si člověk přeje a čeho je schopen v nemoci dosáhnout. Astma, které není plně kontrolováno, snižuje osobní a společenské uplatnění nejen u dospělého, ale má své sociální důsledky již u malých dětí a zasahuje do života

celé rodiny. Někdy nemoc zasahuje i do vztahů mezi partnery a záleží na jejich kvalitě, zda je chronické onemocnění ovlivní negativně či pozitivně. U dětí předškolního věku snižuje možnost jejich zařazení do dětského kolektivu, u školních dětí je zvýšená absence školní docházky. Větší nemocnost dítěte ovlivňuje i nepřítomnost rodiče v zaměstnání a důsledkem může být i snížení rodinného příjmu. U dětí ukončujících základní školu ovlivňuje rozhodování pro volbu povolání. Pedagogové by měli být informováni o nemoci dítěte a měli by znát potřeby dítěte v případě astmatického záchvatu. Astmatické dítě bývá více závislé na rodičích než jeho vrstevníci a může se u něho vyskytnout labilita na vůli nezávislého nervového systému a funkční duševní poruchy. Dušnost je pro pacienta nejhorší subjektivní prožitek, cítí se ohrožen na životě a bezmocný, má strach. Z toho důvodu mají astmatici nadměrnou úzkost, deprese, časté pocity nejistoty a osamocení jsou podezřívaví až agresivní. Mezi spouštěče astmatického záchvatu patří i emoce. Pro astmatika je velice důležité, aby svou nemoc dobře poznal, naučil se s ní žít a stal se spoluodpovědným za svůj zdravotní stav (3).

Ekonomické důsledky astmatu jsou přímo úměrné závažnosti onemocnění. Přímé náklady na léčbu zahrnují nemocniční a ambulantní péči, léky a pomůcky, dopravu pacienta do zdravotnických zařízení a dopravu zdravotníků za pacientem. Většina těchto přímých nákladů je hrazena ze zdravotního pojištění. Nepřímé náklady jsou spojené s častou nemocností astmatika a patří do nich ušlý výdělek rodičů astmatického dítěte a finanční ohodnocení vlivu onemocnění astmatem na snížení produktivity práce a absence v zaměstnání. Ekonomická zátěž postihuje jak astmatika samotného, tak i celou jeho rodinu. Nekontrolovatelné astma je z ekonomického hlediska drahé nejen pro pacienta, ale i pro celou společnost. Rozhodně se vyplatí investovat do prevence astmatu, protože snižuje náklady na urgentní léčbu exacerbací. ČIPA vydala Kapesního průvodce pro lékaře a sestry, který je založen na dokumentu GINA (Globální strategie péče o astma a jeho prevence). V tomto průvodci je popsán program péče o astma, který má čtyři součásti: rozvoj partnerství mezi pacientem a lékařem, identifikace rizikových faktorů a níže expozice, hodnocení, léčba a monitorace astmatu a čtvrtá část řešení exacerbací. Cílem péče o astma je zvládnutí a udržení

klinických projevů pod kontrolou a prevence, na které se podílí jak zdravotnický personál, tak astmatik (3).

Finanční pomoc od státu je možno získat pro těžce nemocné dítě, které vyžaduje zvláštní péči, mění se mu denní režim, prostředí a to ovlivní život celé rodiny. Mnohdy k závažnosti nemoci nemůže dítě navštěvovat předškolní zařízení a to vše přináší zvýšené finanční náklady pro rodinu. Podle zákona č. 117/1995 Sb. Ze dne 26. května 1995, o státní sociální podpoře mohou rodiče těžce postiženého dítěte požádat o sociální příplatek, který je také určen dětem s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (déle než 1 rok). Formulář žádosti poskytne obecní úřad v místě trvalého bydliště. Dále je nutná návštěva dětského lékaře, který vyplní podrobnou lékařskou zprávu, ke které je vhodné připojit další zprávy od specialistů, například dětského dermatologa, alergologa (14).

2 *Cíle práce a výzkumné otázky*

2.1 *Cíle práce*

1. Zjistit, zda sestry dostatečně edukují pacienty s obtížně léčitelným astmatem
2. Zjistit, jaké role zaujímá sestra v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astmatem.

2.2 *Výzkumné otázky*

Výzkumná otázka 1

Jakým způsobem edukují sestry pacienty s obtížně léčitelným astmatem v oblasti inhalační terapie?

Výzkumná otázka 2

Je edukace sester se zaměřením na inhalační terapii srozumitelná?

Výzkumná otázka 3

Jaké role nejčastěji zaujímá sestra v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astmatem, z pohledu pacienta?

3 Metodika

3.1 *Metodika práce*

V práci bylo použito kvalitativní šetření, metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny u klientů s těžce léčitelným astmatem. Získané informace z rozhovorů jsou zapsány pomocí kasuistik jednotlivých klientů. Pro přehlednost údajů byly vytvořeny tabulky. Výzkumný soubor tvořili pacienti s obtížně léčitelným astmatem, léčení v alergologických ambulancích na ambulantní klinice MEDIPONT s.r.o. v Českých Budějovicích.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Šetření bylo provedeno pomocí dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor tvořilo 5 sester, pracujících v alergologických ambulancích na ambulantní klinice MEDIPONT s.r.o. v Českých Budějovicích. Druhý výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů, docházejících do alergologických ambulancí na ambulantní klinice MEDIPONT s.r.o. v Českých Budějovicích.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se sestrami

Rozhovor 1 – sestra 1

První rozhovor byl veden se sestrou ve věku 38 let, pracující v alergologické ambulanci již 5 let. Otázky k rozhovoru se sestrami jsou uvedeny v příloze 1. Sestra 1 má dokončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou. Žádná další specializační vzdělání nemá.

Myslí si, že v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astma bronchiale hraje hlavní roli edukace. Protože informovanost pacienta má vliv na celkovou péči o něj a působí příznivě na jeho psychiku. Problém vidí v tom, že je někdy obtíž v dodržování doporučených postupů a opatření. Informace v alergologické ambulanci podává lékař a sestra. Způsob podávání informací pacientům je osobní rozhovor sestry a lékaře s pacientem a pro další informace slouží informační letáky, internet a další. Na sestře je, aby vše pacientovi srozumitelně vysvětlila, stanovila cíl a mohla začít úspěšný ošetrovatelský proces. Sestra shledala, že je důležité, aby byla edukace efektivní a pacient tak navázal zpětnou vazbu.

Další otázky byly směřovány na inhalační terapii, kde sestra uvedla, že pacienty edukuje ústně a názorně se pacientům snaží popsat techniku inhalační terapie. Problémy se zvládnutím techniky inhalace z inhalátorů nastávají nejčastěji u malých dětí a seniorů. Z toho vyplývá, že mají pacienti nějaké mezery v informovanosti nebo nejsou schopni zvládat dokonale techniku inhalace. Podle sestry je nutné, aby jak zdravotníci, pacienti sami či jejich blízcí pátrali po dalších informacích, vzdělávali se a našli vhodnou metodu, jak zjednodušit manipulaci s inhalátory pacientům s těžce léčitelným astmatem.

Sestra dále hodnotila role, které vykonává při plnění ošetrovatelského procesu u pacienta s těžce léčitelným astmatem. Na prvním místě uvedla roli edukátorky, jak již zmínila, edukace je nepostradatelnou součástí při plnění ošetrovatelské péče. Dále zmínila roli rádkyně. Kdy sestra poskytuje zároveň citovou a psychologickou podporu. Radí astmatikovi přijímat nová řešení, informuje o vhodných způsobech při dodržování léčebního režimu. Při rozhovoru jsem sestře zrekapitulovala, jaké role by sestra měla

plnit. Poté tedy zmínila ještě roli mentorky. Vysvětlovala, že při léčbě astmatu se používají inhalační systémy, které sestra musí znát a naučit je astmatika správně používat.

Z rozhovoru tedy vyplývá, že je sestra zaměřena na edukaci pacientů, ví jak s pacienty pracovat. Zvládá techniky inhalace a je si vědoma jaké role zaujímá v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem.

Rozhovor 2 – Sestra 2

Druhý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 52 let, pracující v alergologické ambulanci již 10 let. Má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou. Dále vystudovala vyšší odbornou školu zdravotnickou, zakončenou titulem Dis.

Myslí si, že důležitým aspektem v ošetrovatelské péči je to, jak se ke svému onemocnění pacient postaví. Na základě tohoto, lze prý potom individuálně k pacientovi přistupovat, edukovat jej a započít tak efektivní ošetrovatelský proces. Z jejího pohledu je edukace postavena na vztazích mezi pacientem a sestrou. Pokud nebude pacient sestře důvěřovat nebo bude vůči svým schopnostem skeptický, nelze pak předpokládat dosažení cíle. Sestra uvedla, že pacienty edukuje zásadně ústně a pokud pacient vyžaduje podrobnější informace, odkáže jej na webové stránky či literaturu. Dále zmínila, že vyžaduje od pacientů zpětnou vazbu, což v jejím případě znamená, že pacienty vyzpovídá, zda dodržují léčebný režim, pobídne je, aby jí znovu předvedli, jak běžně manipulují s inhalátorem. Výjimečně se prý najdou jedinci, kteří do ambulance volají a jsou lační po informacích.

Následující otázky se týkaly inhalační terapie. Sestra uvedla, že pacientům názorně předvede techniku manipulace s inhalátorem, vysvětlí jim účinek léků, nutnost jej nosit neustále u sebe. Podotkla, že se setkala jen s málo případy, kdy by pacienti nezvládali manipulaci s inhalátorem a pokud tomu tak bylo, rychle tento problém odbourala již zmíněnou edukací a názornou instruktáží, která byla podrobnější. Hůře to prý zvládají senioři, ale většina z nich je již dlouhodobě léčena pro astma, denně inhalátory používali, tudíž se nejedná o neinformovanost či neefektivní edukaci, ale

spíše o narušenou motoriku z důvodu jiného onemocnění u seniorů, jako je Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba a jiné.

Sestra se následovně zabývala otázkou role sestry v ošetrovatelském procesu u pacientů s těžce léčitelným astmatem. Oproti prvnímu rozhovoru se sestrou měla tato sestra větší znalosti, jaké role sestra může vykonávat. Díky své dlouholeté praxi v alergologické ambulanci upřednostnila roli edukátorky. Je toho názoru, že edukace je úspěšná tehdy, pokud má pacient v sestře důvěru a pokud si je pacient sám vědom závažnosti svého onemocnění a chce se sám aktivně zapojit do léčebného procesu. Dále uvedla roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Většina pacientů dochází do ambulance s astmatickými komplikacemi, jako je například dušnost. Tehdy začíná sestra poskytovat ošetrovatelskou péči. Vyzpovídá pacienta, zda dodržuje léčebný režim, zda dodržuje medikaci. Podá léky dle ordinace lékaře, změří pacientovi tlak a podobně. Sestra podotkla, že ošetrovatelský proces je započat tehdy, když pacient vstoupí do ordinace. Nakonec sestra zmínila roli mentorky. Role mentorky podle jejího názoru souvisí s rolí edukátorky. Názorně se snaží pacienty naučit jak zacházet s inhalátory, vysvětluje jim nutnost dodržování léčebného režimu a jiné.

Sestra na závěr uvedla, že podle svých dlouholetých zkušeností ví jak s pacienty s těžce léčitelným astmatem spolupracovat, edukovat je, aby tak navázali pacienti zpětnou vazbu a byly viditelné i výsledky.

Rozhovor 3 – Sestra 3

Třetí rozhovor byl veden se sestrou ve věku 42 let, pracující v alergologické ambulanci 7 let. Má středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou.

Sestra dle svých zkušeností uvedla, že pacienty edukuje ústně, názorně jim předvádí techniky inhalace nebo doporučí webové stránky české iniciativy pro astma a

doporučí i diskuze s jinými pacienty trpícími astmatem, aby si vyměnili své poznatky. Dále má sestra k dispozici brožury a letáky.

Následující otázky se týkaly inhalační terapie. Nejčastěji se setkává s malými dětmi, dospívajícími dětmi a dospělými, kteří vyžadují inhalační terapii. Při edukaci v souvislosti s inhalační terapií jsou podle jejího názoru problémem spíše malé děti a senioři. U dětí se tato situace řeší s rodiči, kdy sestra názorně předvede techniku aplikace inhalátorem, poučí rodiče o zásadách dodržování léčebného režimu. U seniorů se zaměřuje nejprve na seniora pokud je schopen, pokud ne tak na rodinu. Zpravidla jsou u těchto lidí předepsány léky ve formě tablety, nežli inhalace. Jsou to však jen výjimky, co nejsou schopni zvládat inhalaci z inhalátoru.

Sestra se dále zabývala otázkou, jaké role plní sestra v ošetrovatelském procesu u pacientů s těžce léčitelným astmatem. Zmínila roli edukátorky, jak již uvedla na začátku edukuje své pacienty, vysvětluje jim důležitost dodržování léčebného režimu. V souvislosti s léčebným režimem zmínila, že je někdy obtížné přesvědčit pacienty například o výměně lůžkovin za hypoalergenní. Zejména u seniorů, kteří nemají dostatek financí či jsou zvyklí na určité věci a nesmíří se s jejich výměnou a podobně.

Dále sestra zmínila roli vykonavatelky ošetrovatelské péče. „Veškeré úkony, které u pacienta provedu od sběru anamnézy až například po samotnou aplikaci léků, odběry krve, edukaci a podobně, tím plním ošetrovatelskou péči“, podotkla sestra.

Na závěr zmínila roli nositelky změn. Rozpovídala se o dodržování léčebného režimu, kdy pomáhá astmatikovi s rozhodnutím pro změnu, zrealizovat ji a uplatnit ji při zlepšení zdraví. „Důležité je, aby sestra přesvědčila astmatika o účinnosti změny“, říká.

Sestra na mne působila, že má poměrně široké znalosti nejen o astmatickém onemocnění jako takovém, ale i o plnění ošetrovatelského procesu. Sestra si je vědoma jakou nepostradatelnou roli hraje edukace a individuální přístup k pacientovi s těžce léčitelným astmatem.

Rozhovor 4 – Sestra 4

Čtvrtý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 45 let, pracující v alergologické ambulanci 7 let. Má středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou a dále pak vyšší odbornou školu, zakončenou titulem Dis.

Sestra nejprve odpovídala na otázku jakou formou edukuje pacienty o inhalační terapii. Uvedla, že nejpřínosnější a nejefektivnější metodou je edukace ústní s kombinací instruktáže. Doplňkovou edukaci pak tvoří internet, brožury a letáky. Myslí si, že forma edukace, kterou používá je ve většině případů srozumitelná, setkala se jen s minimem, kdy by pacient nepochopil například techniku inhalace.

Nejčastějšími pacienty s těžce léčitelným astmatem jsou mladí lidé v dorosteneckém věku a dospělí. Se seniory se setkává jen zřídka. Mladí pacienti se prý úspěšně snaží navázat zpětnou vazbu, sami si vyhledávají informace na internetu a jsou si vědomi, jak důležité je dodržovat léčebný režim.

Další otázka zněla, jaké role plní sestra v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem. Uvedla na první místo roli edukátorky dále roli mentorky, ostatní možnosti bylo nutno zrekapitulovat. Následovně uvedla roli vykonavatelky ošetrovatelské péče a zmínila i roli advokátky. Sestra argumentuje : „V této roli by měla sestra jednat v zájmu pacienta.“ Vysvětlovala, že pokud se pacient rozhodne jakkoli, je to jeho právo a ona ho musí respektovat.

Z rozhovoru se sestrou vyplývá, že si je vědoma důležitosti edukace, má přehled o svých pacientech a umí s nimi komunikovat.

Rozhovor 5- Sestra 5

Pátý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 39 let, pracující v alergologické ambulanci 8 let. Má vysokoškolské vzdělání s titulem bakalář všeobecná sestra, žádná další specializační vzdělání nemá.

Myslí si, že edukace pacienta v oblasti inhalační terapie má významný vliv na jeho další léčbu. Sestra se snaží pacienty zainteresovat do této problematiky pomocí rozhovoru a instruktáže. Aby byla edukace srozumitelná a efektivní, vyžaduje od pacientů zpětnou vazbu.

Nejčastěji se setkává s pacienty v dětském a dospělém věku. U malých dětí řeší edukaci s rodiči, snaží se jim co nejjednodušeji vysvětlit postup, léčebný režim. Sestra je dále odkazuje na webové stránky či nabídne letáky a brožury. Ve většině případů jsou rodiče s problematikou astmatu již seznámeni. Sami po onemocnění pátrali v knihách či na internetu.

Sestra dále odpovídala na otázku, jaké role hraje sestra v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem. Její odpověď byla, role poskytovatelky ošetrovatelské péče a edukátorky. Ještě si vzpomněla na roli výzkumnice. Vysvětluje, že během pacientovi návštěvy v ordinaci sestra dotazováním, pozorováním a používáním zpětné vazby při rozhovoru s pacientem zjišťuje důležité informace, které se týkají jeho zdravotních potíží. Na základě těchto poznatků čerpá informace o kvalitě péče a o zodpovědnosti astmatiků vůči svému zdraví.

Sestra byla orientována v problematice edukace, neustále zmiňovala její důležitost. Je toho názoru, že je důležité, aby sestra sama měla dostatek informací a zkušeností, aby je pak mohla aplikovat do praxe.

4.2 *Rozhovory s pacienty*

Rozhovor 6 – Pacient 1

První rozhovor byl veden s pacientem ve věku 30 let. Otázky k rozhovoru s pacienty jsou uvedeny v příloze 2. Pacient 1 je muž, který trpí těžce léčitelným astma bronchiale a dochází proto do alergologické ambulance na pravidelné prohlídky. Astmatickým onemocněním trpí již od dětství. Za posledních deset let se jeho stav zhoršil. Podle sestry bydlí pacient v nevhodném prostředí a nelze tak dodržovat zásady léčebného režimu v plném rozsahu.

Pacient nejprve odpovídal na otázku jaké léky má u sebe v případě astmatického záchvatu. Pacient v tomto případě používá aerosolový dávkovač Discus Accuhaler. Pacient jej nosí prý neustále u sebe. Jednou si inhalátor zapomněl doma. Byla to pro něj velmi skličující situace a od té doby ho má neustále s sebou.

Další otázka byla kdo pacienta edukoval o inhalační terapii a o používání inhalátorů. Uvedl, že byl edukován ústně od více osob, hlavní roli v edukaci prý hrál lékař a sestra, byl také poučen od rodičů. Edukace mu přišla srozumitelná. Dále uvedl, že sám vyhledával informace pomocí letáků, odborných časopisů a internetu a má nyní přehled o tomto onemocnění. Dále se zmínil, že užívání inhalátoru pro něj není v zásadě žádné omezení. Je zvyklý inhalátor používat a s touto léčbou je spokojen a neměnil by ji. Myslí si však, že život bez toho onemocnění by byl kvalitnější, ale že je s tím naprosto smířený.

Následně pacient odpovídal na otázku, zda využívá telefonických konzultací s lékařem či sestrou. Uvedl, že této možnosti ještě nevyužil. Má prý dostatek informací o svém onemocnění a nikdy se nenacházel v situaci, kdy by tuto možnost musel využít.

Na otázku Jaké role si myslí, že sestra zastupuje v rámci ošetrovatelského procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem odpověděl, že plní roli učitelky. Znamená to tedy, že měl na mysli roli mentorky. Pacient nevěděl přesné názvy rolí, které sestra může vykonávat, ale popsal spíše činnosti, kterých si všímá, že sestra vykonává. Uvedl tedy, že sestra o pacienty pečuje, tudíž plní roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Vysvětluje a poučuje pacienty, tedy plní roli edukátorky.

Pacient na mne působil dojmem, že má dostatek informací o svém onemocnění. Po konzultaci se setrou mi však bylo řečeno, že žije v nevhodném prostředí a díky tomu není léčba plně efektivní. S režimovým opatřením byl seznámen, ale situace mu nyní nedovoluje zvýšit kvalitu bydlení.

Rozhovor 7 – Pacient 2

Druhý rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 26 let, která dochází do alergologické ambulance s těžce léčitelným astmatem již 6 let na pravidelné kontroly. Astma se jí zhoršilo po té, co si pořídila psy .

Pacientka nejprve odpovídala na otázku, jaké léky má u sebe v případě astmatického záchvatu. Odpověděla, že má u sebe inhalátor symbicort. A léky na alergii jako Xyzal nebo Zyrtec. Je zvyklá je vždy nosit u sebe, především v jarním a letním období.

Další otázka zněla, kdo pacientku edukoval o inhalační terapii a o používání inhalátoru. Odpověď zněla: „ Jednoznačně lékařka a sestra.“ Edukace proběhla formou ústní. Veškerým informacím pacientka rozuměla a neshledala žádné nedostatky ve svých vědomostech o astmatickém onemocnění ani v oblasti léčebného režimu. Informace si sama vyhledala na internetu a dosud aktivně sleduje webové stránky zaměřené na toto onemocnění. Na inhalátor si prý zvykla rychle a jeho používání bere už jako samozřejmost.

Následně pacientka odpovídala na otázku, zda využívá telefonických konzultací s lékařem či sestrou. Uvedla, že tuto možnost nikdy nevyužila, má totiž v rodině zdravotníky a s případnými dotazy se obrací na ně.

Na otázku jaké role sestra plní v rámci ošetrovatelského procesu u pacienta s těžce léčitelným astmatem odpověděla, že plní funkci edukátorky. Tuto odpověď obhájila tím, že si myslí, že sestry musí neustále pacienty informovat o zdravotním stavu, vysvětlovat jim jak užívat léky a podobně. V souvislosti s touto odpovědí zmínila i roli mentorky.

Pacientka odpovídala na mé otázky upřímně. Je si vědoma chyb, které vnímá v oblasti dodržování léčebného režimu. Vlastní dva psi a jejímu stavu to viditelně

neprospívá. Jak sama řekla, svých domácích mazlíčků se není schopna vzdát, a proto si myslí, že léčba není zcela efektivní. Má přehled o svém zdravotním stavu, užívá pravidelně léky a často navštěvuje lázně a léčebné pobyty u moře.

Rozhovor 8 – Pacient 3

Třetí rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 32 let. Pacientka je léčena v alergologické ambulanci pro těžké astma poslední 2 roky, kdy pocítila významné zhoršení. Astmatické onemocnění se jí poprvé projevilo v 18 letech. Trpí alergiemi na trávy a pyly. Astma se nejčastěji projevuje v jarních a letních měsících, kdy trpí ve značné míře na již zmíněné alergie.

Na otázku jaké léky užívá, v případě astmatického záchvatu odpověděla tím, že užívá Ventolin dlouhodobě, používá inhalátor Symbicort Turbuhaler 400/12 a dále užívá léky k potlačení alergické reakce jako je například Zyrtec.

Dále pacientka odpovídala na otázku, kdo ji edukoval v oblasti inhalační terapie. Uvedla, že to byla nejčastěji sestra a edukace proběhla jak formou ústní, tak formou instruktáže. Vzhledem k tomu, že astmatem trpí již několik let, zmínila, že byla dostatečně a srozumitelně informována o užívání léků i o používání inhalátoru. S touto léčbou prý neměla nikdy žádné problémy, vyhovuje jí a ulevuje jí od příznaků astmatu. Pacientka si myslí, že je důležité, aby pacient sám aktivně vyhledával další informace, které se týkají například nových trendů v léčbě o astma. Sama tak činí prostřednictvím internetu a literatury.

Myslí si, že telefonických konzultací v jejím případě není třeba. Léky má vždy u sebe, veškeré informace o léčbě a režimových opatření zná a proto neměla nikdy důvod komunikovat se sestrou či lékařem po telefonu.

V otázce jaké role sestra plní v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem odpověděla, že si není vědoma, že sestra plní nějaké role. Při rozhovoru jsem jí tedy nastínila, jaké role by sestra mohla v tomto případě plnit. Uvedl

roli sestry edukátorky, mentorky a poskytovatelky ošetrovatelské péče. Více se k dané otázce nevyjádřila.

Pacientka byla objektivní při odpovědích na mé otázky. Byla ochotná spolupracovat. Měla dostatek informací o svém zdravotním stavu i terapii. Měla poměrně rozsáhlé znalosti v oblasti prevence a rizikových faktorů, kterým by se měla vyvarovat.

Rozhovor 9- Pacient 4

Čtvrtý rozhovor byl veden s pacientem ve věku 17 let. Je to muž docházející do alergologické ambulance v souvislosti se zhoršením astmatického onemocnění. Astmatem trpí prý od 10 let. Nyní pocítil zhoršení, jelikož se ještě objevily alergie na pyly, trávy a srst domácích zvířat.

Na otázku jaké léky užívá v případě astmatického záchvatu uvedl, že má u sebe inhalátor s Ventolinem. Dále prý má u sebe léky k potlačení alergické reakce, zejména v jarních a letních měsících, nebo pokud ví, že bude v kontaktu s domácími zvířaty. Pacient však přiznal, že inhalátor i léky nemá vždy při sobě. Často zapomíná, ale uvědomuje si, jakou důležitou roli hraje nutnost mít tyto léky u sebe.

Dále pacient odpovídal na otázku, kým byl nejčastěji edukován v oblasti inhalační terapie. Nejprve uvedl lékaře a postupně jmenoval ještě sestru a rodiče. Od lékaře se mu edukace zdála příliš odborná a uvedl, že některým termínům nerozuměl. Tyto detaily mu potom sestra objasnila, pomocí instruktáže ho poučila o používání inhalátoru. Další nejasnosti si upřesnil s rodiči. Faktem je, že sám trávil čas nad vyhledáváním podrobnějších informací o svém onemocnění prostřednictvím internetu. Inhalační léčba mu vyhovuje.

Na otázku, zda využívá telefonických konzultací s lékařem či sestrou odpověděl, že nikdy nevyužil této možnosti. Má prý dostatek informací o svém onemocnění. Ví jak má s inhalátorem zacházet. Pro případ astmatického záchvatu ví, jak se má zachovat.

V otázce jaké role plní sestra v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem uvedl, že ho sestra ošetruje, tudíž plní roli poskytovatelky

ošetřovatelské péče. Pacienta prý vždy poučí a vysvětlí mu, jaké léky má užívat, jak často, čemu se má vyvarovat. Z těchto odpovědí usuzují roli edukátorky a mentorky.

Pacient byl v některých odpovědích rozpačitý, ale v tomto případě asi hraje roli jeho věk. Na otázky se snažil odpovídat objektivně. Myslím si, že je dostatečně informován o svém onemocnění. Sám si aktivně vyhledává informace o astma bronchiale. V oblasti dodržování léčebného režimu má mezery, co se týká pravidelného užívání léků

Rozhovor 10 – Pacient 5

Další rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 25 let. Je to kuřačka. Pro těžké astma je léčena v alergologické ambulanci přibližně jeden rok, kdy se jí bronchiální astma výrazně zhoršilo. Přestěhovala se totiž z venkova do města z důvodu nové pracovní příležitosti. Od té doby pozoruje velmi časté pocity dušnosti a dráždivý kašel.

Na otázku jaké léky užívá v případě astmatického záchvatu uvedla nejprve léky k potlačení alergické reakce Xyzal a dále inhalátor Symbicort Turbuhaler 400 12. Uvedla, že inhalátor nosí vždy při sobě, často se jí stává, že při námaze trpí na dušnost. Bez inhalátoru by se prý dnes již neobešla.

Dále pacientka odpovídala na otázku, kdo ji edukoval v oblasti inhalační terapie. Zmínila lékaře a sestru v alergologické ambulanci. Sestra pacientce objasnila postup v léčbě astmatu, vysvětlila jí nutnost dodržování léčebného režimu a režimových opatření. Názorně jí předvedla, jak zacházet s inhalátorem a upozornila jí, že by měla přestat kouřit. Pacientce byly tyto informace srozumitelné, s kouřením se snažila přestat, ale neúspěšně. Techniku aplikace pomocí inhalátoru zvládá. Informace o astmatickém onemocnění také získala z literatury a odborných časopisů.

Na otázku, zda využívá telefonických konzultací s lékařem či sestrou odpověděla, že se nikdy nenacházela v situaci, která by vyžadovala telefonickou konzultaci se sestrou či lékařem.

Myslí si, že sestra hraje v ošetřovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem významnou roli. Uvedla, že ji sestra informovala o léčebném režimu, inhalační terapii. Edukovala ji o škodlivosti kouření a o negativním vlivu kouření na

vývoj astmatického onemocnění. Sestra jí poradila, kde může vyhledávat podrobnější informace o svém onemocnění a podobně. Z těchto slov usuzuji, že měla na mysli roli edukátorky a mentorky.

Pacientka na mne působila dojmem, že si uvědomuje chyby, které dělá v dodržování léčebného režimu a režimových opatření, co se týká kouření. Má dostatek informací o svém onemocnění a aktivně vyhledává informace.

4.3 Tabulky výsledků rozhovorů se sestrami

Tabulka 1 Věk sester

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
VĚK	SUMA					
20-35	0					
35-55	5	1	1	1	1	1
CELKEM	5					

Tabulka zpřehledňuje věk dotazovaných sester. Všechny sestry uvedly věk mezi 35 ti – 55 ti lety.

Tabulka 2 Délka praxe v alergologické ambulanci

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
DÉLKA PRAXE	SUMA					
5-9 LET	4	1		1	1	1
10-15 LET	1		1			
CELKEM	5					

Tabulka prezentuje odpovědi respondentů na otázku, jak dlouho vykonávají praxi v alergologické ambulanci. Jeden respondent pracuje v alergologické ambulanci

v rozmezí 10 ti až 15 lety. Zbylí čtyři respondenti odpověděli, že vykonávají praxi v alergologické ambulanci v rozmezí 5 ti až 9 ti lety.

Tabulka 3 Způsob edukace

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
ZPŮSOB EDUKACE	SUMA					
ÚSTNÍ	5	1	1	1	1	1
INSTRUKTÁŽ	5	1	1	1	1	1
JINÉ	5	1	1	1	1	1
CELKEM ODPOVĚDÍ	15					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka zpřehledňuje odpovědi na otázku, jakým způsobem sestry edukují pacienty v oblasti inhalační terapie. Ve všech případech se shodli, že edukují ústní formou, formou instruktáže a jinými způsoby jako je odkaz na webové stránky, či literaturu.

Tabulka 4 Srozumitelnost edukace

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
SROZUMITELNOST EDUKACE	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Na otázku zda si sestry myslí, že je edukace v jejich podání srozumitelná, bylo zjištěno, že si ve všech pěti případech sestry myslí, že je edukace srozumitelná.

Tabulka 5 Role sester

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ROLE SESTER	SUMA					
EDUKÁTORKA	5	1	1	1	1	1
MENTORKA	3	1	1		1	
POSKYTOVATELKA OŠ. PÉČE	4		1	1	1	1
VÝZKUMNICE	1					1
ADVOKÁTKA	1				1	
NOSITELKA ZMĚN	1			1		
RÁDKYNĚ	1	1				
CELKEM ODPOVĚDÍ	16					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka zpřehledňuje odpovědi sester na otázku, jaké role plní sestra v ošetrovatelském procesu u pacienta s těžce léčitelným astmatem. První sestra odpověděla, že plní roli edukátorky, mentorky a rádkyně. Druhá sestra odpověděla, že plní role edukátorky, mentorky a poskytovatelky ošetrovatelské péče. Třetí sestra plní nejčastěji role edukátorky, mentorky, poskytovatelky ošetrovatelské péče a advokátky. Pátá sestra si myslí, že plní role edukátorky, poskytovatelky ošetrovatelské péče a roli výzkumnice.

Tabulka 6 Zvládání techniky inhalační terapie

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
ZVLÁDÁNÍ TECHNIKY	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Tabulka zpřehledňuje odpovědi respondentů na otázku, zda si myslí, že pacienti zvládají techniku inhalační terapie. Všichni respondenti se shodli, že si myslí, že většina pacientů techniku inhalace zvládá.

Tabulka 7 Nejčastější věkové kategorie pacientů

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5
VĚKOVÉ KATEGORIE	SUMA					
DĚTI	5	1	1	1	1	1
DOSPĚLÍ	5	1	1	1	1	1
SENIORI	3	1		1	1	
CELKEM ODPOVĚDÍ	13					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku, jaké věkové kategorie tvoří pacienti s astmatickým onemocněním v alergologické ambulanci. První sestra uvedla, že se nejčastěji setkává s dětskými pacienty, dospělými i seniory. Druhá sestra uvedla, že se nejčastěji setkává s dětskými pacienty a dospělými. Třetí a čtvrtá sestra uvedly, že nejčastěji ošetřují děti, dospělé a seniory. Pátá sestra uvedla dětské pacienty a dospělé.

Tabulka 8 Efektivita edukace

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
EFEKTIVITA EDUKACE	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Tabulka zpřehledňuje odpovědi respondentů na otázku, zda si myslí, že je jimi poskytnutá edukace efektivní. Ve všech pěti případech si respondenti myslí, že je jejich edukace efektivní.

Tabulka 9 Zpětná vazba

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
ZPĚTNÁ VAZBA	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Tabulka prezentuje odpovědi sester na otázku, zda vyžadují zpětnou vazbu od pacientů. Ve všech pěti případech se sestry shodli, že ano.

4.4 Tabulky výsledků rozhovorů s pacienty

Tabulka 1 Délka léčby astmatického onemocnění

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
DÉLKA LÉČBY ASTMATICKÉHO ONEMOCNĚNÍ	SUMA					
5-9	4	1	1		1	1
10-19	1			1		
CELKEM ODPOVĚDÍ CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka prezentuje odpovědi pacientů na otázku, jak dlouho se léčí s astmatickým onemocněním. První a druhý pacient odpověděli, že se léčí pro astma v rozmezí 5 ti až devíti lety. Třetí pacient odpověděl, že se léčí s astmatickým onemocněním v rozmezí 10 ti až 19 ti lety. Čtvrtý a pátý pacient se léčí v rozmezí 5 ti až devíti lety.

Tabulka 2 Věk pacientů

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
VĚK	SUMA					
15-19 LET	1				1	
20-29 LET	2		1			1
30-40 LET	2	1		1		
CELKEM	5					

Tabulka zpřehledňuje věk dotazovaných pacientů, kdy z celkem 5 ti dotazovaných pacientů, byl 1 pacient ve věkovém rozmezí 15-19 let, 2 pacienti ve věkovém rozmezí 20-29 let a dva pacienti ve věkovém rozmezí 30-40 let.

Tabulka 3 Jaké léky mají pacienti u sebe při astmatickém záchvatu

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
LÉKY	SUMA					
DISCUS (ACCUHALER)	1	1				
SIMBICORT (TURBUHALER)	3		1	1		1
VENTOLIN	2			1	1	
XYZAL	2		1			1
ZYRTEC	2		1	1	1	
CELKEM	10					

Tabulka zpřehledňuje, jaké léky pacienti užívají v případě astmatického záchvatu. Jeden pacient uvedl, že užívá inhalátor Discus Aaccuhaler. 3 pacienti uvedli, že užívají inhalátor Simbicort Turbuhaler. Dva pacienti uvádějí, že užívají Ventolin. Dva pacienti současně s inhalátory užívají Xyzal a tři pacienti současně s inhalátory užívají Zyrtec.

Tabulka 4 Kdo pacienty edukoval o inhalační terapii

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
EDUKÁTOR	SUMA					
LÉKAŘ	4	1	1		1	1
SESTRA	5	1	1	1	1	1
RODINA	1				1	
JINÉ	0					
CELKEM ODPOVĚDÍ	10					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka zpřehledňuje, kdo edukoval pacienty o inhalační terapii. Čtyři pacienti uvedli, že je o inhalační terapii edukoval lékař. Všech pět pacientů uvedlo, že je také edukovala sestra. Jeden pacient uvedl, že byl edukován rodinou.

Tabulka 5 Schopnost pacientů zvládat techniku inhalační terapie

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
SCHOPNOST	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

V tabulce jsou zřehledněny výsledky šetření, které ukazují, že je všech pět pacientů schopno zvládat techniku inhalační terapie.

Tabulka 6 Spokojenost pacientů s inhalační terapií

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
SPOKOJENOST	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentů na spokojenost s inhalační léčbou. Ve všech případech se shodli, že jim inhalační terapie vyhovuje a nevolili by jinou formu.

Tabulka 7 Jakým způsobem sestra edukovala pacienty o inhalační terapii

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
ZPŮSOB EDUKACE	SUMA					
SLOVNÍ	5	1	1	1	1	1
INSTRUKTÁŽ	3			1	1	1
JINÉ	5	1	1	1	1	1
CELKEM ODPOVĚDÍ	13					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

V tabulce jsou uvedeny odpovědi pacientů na otázku, jakou formou byli nejčastěji edukováni. První pacient odpověděl, že byl edukován ústně a pomocí brožur a jiné literatury. Druhý pacient uvedl, že byl edukován slovně a pomocí informačních letáků a literatury. Zbylí tři pacienti se shodli, že byli edukováni jak slovně, tak instruktáží a pomocí literatury, brožur či internetu.

Tabulka 8 Informovanost pacientů o astmatickém onemocnění

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
DOSTATEK INFORMACÍ	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

V tabulce jsou zřehledněny výsledky informovanosti pacientů o astmatickém onemocnění. Všichni pacienti se shodli, že mají dostatek informací o astmatickém onemocnění.

Tabulka 9 Využití telefonických konzultací s lékařem, sestrou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
TELEFONICKÉ KONZULTACE	SUMA					
ANO	0					
NE	5	1	1	1	1	1
CELKEM	5					

V tabulce jsou uvedeny výsledky odpovědí respondentů na otázku, zda využívají telefonických konzultací s lékařem či sestrou. Všech pět pacientů se shodlo, že telefonických konzultací nevyužívají.

Tabulka 10 Srozumitelnost edukace

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
SROZUMITELNOST EDUKACE	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

V tabulce jsou zpřehledněny výsledky odpovědí na otázku, zda je pacientům edukace srozumitelná. Ve všech pěti případech se pacienti shodli, že je edukace srozumitelná.

Tabulka 11 Aktivní vyhledávání informací o astmatickém onemocnění

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
VYHLEDÁVÁNÍ INFORMACÍ	SUMA					
ANO	5	1	1	1	1	1
NE	0					
CELKEM	5					

Tabulka zřehledňuje odpovědi na otázku, zda respondenti vyhledávají aktivně informace o svém onemocnění. Všech pět respondentů odpovědělo, že aktivně vyhledávají informace o astmatickém onemocnění.

Tabulka 12 Prostředky k vyhledávání informací o astmatickém onemocnění

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
PROSTŘEDKY	SUMA					
LITERATURA	3	1		1	1	
BROŽURY	0					
INFORMAČNÍ LETÁKY	1	1				
INTERNET	4	1	1		1	1
CELKEM ODPOVĚDÍ	8					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka prezentuje odpovědi pěti pacientů na otázku, prostřednictvím jakých informačních prostředků získávají informace o astmatickém onemocnění. První pacient odpověděl, že informace vyhledává prostřednictvím odborné literatury, informačních letáků a internetu. Druhý pacient vyhledává informace pouze pomocí internetu. Třetí pacient získává informace z odborné literatury a internetu. Čtvrtý si informace vyhledává pomocí internetu a pátý pátrá po informacích pouze z odborné literatury.

Tabulka 13 Role sester z pohledu pacientů

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5
ROLE SESTER	SUMA					
EDUKÁTORKA	5	1	1	1	1	1
MENTORKA	5	1	1	1	1	1
POSKYTOVATELKA OŠ. PÉČE	3	1		1	1	
CELKEM ODPOVĚDÍ	13					
CELKEM RESPONDENTŮ	5					

Tabulka zřehledňuje odpovědi pacientů na otázku, jaké role si myslí, že sestra hraje při plnění ošetrovatelské péče o pacienta s těžce léčitelným astmatem. Ve většině případů plní sestra roli edukátorky a mentorky. Ve třech případech byla zmíněna role poskytovatelky ošetrovatelské péče.

5 Diskuse

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o pacienta s těžce léčitelným astma bronchiale jsme si stanovili dva cíle, kterých jsme chtěli dosáhnout. První cíl byl zaměřen na edukaci pacientů, zda je sestry dostatečně edukují a motivují. Druhý cíl byl zaměřen na role sester při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s těžce léčitelným astmatem z pohledu sester i pacientů.

Na začátku rozhovorů jsme se zaměřili na identifikační údaje pacientů, tak sester. Na základě rozhovorů jsme zjistili, že v alergologických ambulancích pracují převážně mladé sestry a sestry středního věku v rozmezí 35 ti až 55 lety s celkovou dobou praxe v rozmezí pěti až deseti lety. Tyto dva ukazatele mohou mít podle našeho názoru vliv na způsob edukace, protože zkušenější sestry mají většinou lepší komunikační schopnosti. Dvě sestry mají středoškolské vzdělání, dvě vyšší odborné vzdělání a jedna sestra má vysokoškolské vzdělání s titulem bakalář všeobecná sestra.

U pacientů bylo zjištěno, že do alergologické ambulance dochází široké věkové spektrum pacientů. Dva pacienti v rozmezí 30 až 40 let, další dva pacienti v rozmezí 20 až 29 let a pouze jeden pacient ve věku 15 až 19 let. Všichni pacienti dochází do alergologické ambulance přes více jak jeden rok. Tato skutečnost má podle našich zkušeností vliv na příjem a zpracování množství informací, které pacienti potřebují znát. Pacient, který přichází do alergologické ambulance poprvé, potřebuje znát veškeré informace o svém onemocnění, o léčebném režimu, užívání léku, inhalační terapii a podobně. V případě dotazovaných pacientů byli všichni dostatečně informováni o svém onemocnění, jak prezentují výsledky v tabulce číslo jedenáct.

Cílem 1 bylo zjistit, zda sestry dostatečně edukují pacienty s těžce léčitelným astmatem. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka 1, kdo edukuje pacienty o inhalační terapii. Ke splnění stanoveného cíle a k zodpovězení otázek nám sloužily následující výsledky. Všech pět pacientů uvedlo, že je edukuje sestra, čtyři pacienti odpověděli, že byli edukováni nejen sestrou, ale i lékařem. Pouze

jeden pacient uvedl, že byl edukován sestrou, lékařem i rodiči. Tyto výsledky zpřehledňuje tabulka 4. Další výzkumná otázka týkající se edukace zní, jakým způsobem edukují sestry pacienty v oblasti inhalační terapie z pohledu pacientů a sester. Pacienti uváděli, že byli edukováni ústně, dále pomocí literatury či informačních letáků, tři pacienti uvedli, že byly edukováni také formou instruktáže, což uvádí tabulka 7. Pacienti se shodli, že edukace vždy probíhala ústně a pomocí instruktáže, což je podle našich zkušeností nejlepším možným způsobem, protože dochází k přímému kontaktu zdravotnického personálu s pacientem a v ošetrovatelské péči není opomenuta komunikace a může tak dojít k takzvané zpětné vazbě. Pacienti uváděli, že jim vyhovuje inhalační terapie, zvládají techniky inhalace z inhalátorů a neshledávají v této oblasti žádné nedostatky. Tyto odpovědi jsou uvedeny v tabulce 6 o spokojenosti pacientů s inhalační terapií, dále v tabulce 5 o zvládnání techniky inhalační terapie. Další otázka zněla, zda je pacientům edukace srozumitelná. Ve všech pěti případech se respondenti shodli, že edukace byla vždy srozumitelná. Tyto odpovědi jsou uvedeny v tabulce 10. Podle knihy Komunikace pro zdravotní sestry autorek Venglářové a Mahrové (33) udržuje zpětná vazba rovnováhu v mezilidské komunikaci, což koresponduje se zjištěnými výsledky.

Ke zhodnocení výsledků šetření z druhé strany jsme použili rozhovory se sestrami. První otázka se týkala formy edukace, kterou sestry pacientům poskytují. Ve všech pěti případech sestry uvedly, že používají více forem edukace. Ústní, instruktáž a pomocí literatury, internetu a informačních letáků. Tyto výsledky prezentuje tabulka 3. Sestry uváděli, že provádějí nejčastěji kombinovanou edukaci pomocí instruktáže a rozhovoru. Dostatečná informovanost pacienta má vliv na celkovou péči o něj a působí příznivě na jeho psychiku, jak uvádí rozhovor se sestrou 1. Druhá výzkumná otázka zněla, zda si sestry myslí, že je jimi poskytnutá edukace srozumitelná. Všechny sestry si myslí, že poskytují edukaci srozumitelně, což zpřehledňuje tabulka 4. Aby sestry obhájily své odpovědi, všechny uvedly, že pokud pacient všemu rozumí, naváže zpětnou vazbu. Uváděly, že jsou i pacienti, kteří jsou lační po informacích. Těmto pacientům pak slouží k doplnění informací

informační letáky, odborná literatura či internet. Poslední výzkumná otázka se týkala efektivity edukace. Všechny dotazované sestry si myslí, že je jim poskytnutá edukace je efektivní, což také dokazují odpovědi sester, zda vyžadují zpětnou vazbu v souvislosti s edukací. Tyto výsledky jsou uvedeny v tabulce 9. Zpětná vazba je v edukaci nepostradatelnou součástí, protože jak je uvedeno v Teorii moderního ošetrovatelství od Jarošové (34) vzájemný vztah, který se tvoří mezi sestrou a pacientem umožňuje úzkou spolupráci sestry a pacienta a urychluje tak ošetrovatelský proces.

Cílem 2 bylo zjistit, jaké role zaujímá sestra v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astmatem. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka 3, položená pacientům i sestrám, která zní: Jaké role z Vašeho pohledu hraje sestra při plnění ošetrovatelského procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem? Nejprve odpovídali pacienti. Bylo pro nás milým překvapením, že pacienti znali některé z rolí, které sestra může plnit v rámci ošetrovatelského procesu. Byli ale i tací pacienti, kterým jsme museli objasnit, jaké role sestra může plnit v ošetrovatelském procesu. Poté už pacienti popisovali činnosti, které sestry vykonávají při pacientově návštěvě v alergologické ambulanci. Následně tedy bylo možné identifikovat, jaké role sestra plní z pohledu konkrétního pacienta, což je uvedeno v rozhovorech s pacienty. Nejčastěji zmiňovaná role byla role edukátorky a mentorky. Pacienti v rozhovorech uváděli, že je sestry informují, poučují je v oblasti inhalační terapie a v souvislosti těmito tvrzeními vyplývá z tabulky 13, že pět pacientů uvedlo roli edukátorky, dále pět pacientů zmínilo roli mentorky a ve třech případech zmínili roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Myslíme si, že tyto tři hlavní role jsou zásadní v plnění ošetrovatelské péče všeobecně. Tyto odpovědi jsou proto důkazem, že pacienti mají pocit, že mají dostatek informací a mohou tak dále navázat na další vývoj spolupráce se zdravotnickým personálem a začít tak či pokračovat v efektivní léčbě astmatického onemocnění.

Ke zhodnocení výsledků šetření druhé strany, jsme použily rozhovory se sestrami. Výzkumná otázka zněla stejně jako u pacientů, tedy jaké role si sestry myslí, že plní při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s těžce léčitelným

astmatem. Při rozhovorech se sestrami jsme se setkali se sestrami, které znaly, jaké role může sestra plnit při poskytování ošetrovatelské péče. Některé sestry neměly úplný přehled o všech rolích, ale postupně jsme se k tomu dopracovaly a z tabulky 5 nám tedy vyplývají tyto výsledky. Nejčastěji uváděnou rolí byla role edukátorky. Ve shrnutí sestry podotkly, že je důležité s pacienty komunikovat, poučovat je o léčebném režimu, sdělovat jim informace potřebné k ošetrovatelské péči a přistupovat k pacientům jako jednotlivcům. Další role byla role mentorky, jak ukazuje tabulka 5, uvedly tuto roli 3 z 5 ti sester. Role mentorky souvisí s rolí edukátorky, uvedly sestry v rozhovorech. Podle našeho názoru je důležité pacientům důrazně vysvětlit, aby dodržovali léčebný režim, režimová opatření, na která byli upozorněni. Odpovědi sester nám potvrdily, že každý pacient je jedinečný, některé sestry odpovídaly, že pacienti opatření vážně dodržují, nebo že záleží na každém pacientovi, jak se k těmto opatřením postaví. Z toho lze usoudit, že i odpovědi na otázky týkající se efektu informací na následnou ošetrovatelskou péči jsou velmi podobné, což nám bylo i potvrzeno sestrami. Většinou mají dle jejich názoru informace dobrý efekt na následnou ošetrovatelskou péči, ale vzápětí sestry upřesnily, že záleží vždy na pacientově přístupu. Následně sestry uvedly roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Jak je zmíněno v rozhovorech se sestrami, sestry poskytují ošetrovatelskou péči již při vstupu pacienta do alergologické ambulance. Provádějí mnoho činností, které se týkají bezprostředně pacienta od edukace až po samotné výkony, jako odběry krve, asistence lékaři a jiné odborné výkony. Tuto roli zmínily čtyři z pěti dotazovaných sester, jak uvádí tabulka 5. Roli výzkumnice uvedla v rozhovoru sestra 5. Jak uvádí autorka knihy Ošetrovatelstvo Kozierová (11), sestra se v klinické praxi zaměřuje na výzkumy týkající se zavádění nových inhalačních aplikátorů, nových léků, na dispenzarizaci, sledování nemocnosti a hospitalizace astmatiků a na vyhodnocování dotazníků týkajících se jejich zdravotního stavu. Tato skutečnost koresponduje s odpovědí v rozhovoru se sestrou 5. Další zmiňovanou rolí byla role advokátky. Uvedla ji sestra v rozhovoru 4. Argumentovala tím, že by sestra vždy měla jednat v zájmu pacienta. Pokud se pacient rozhodne v léčbě jakkoliv, musí jeho rozhodnutí respektovat a hájit jeho

práva. Tato výpověď také koresponduje s knihou Ošetrovatelstvo od Kozierové (11), kde popisuje, že by měla sestra považovat advokacii ve prospěch astmatika za jednu ze svých základních úloh. Je reprezentantem pacientových potřeb, práv a stížností. Někdy se setra dostává do situace, kdy ví, že z odborného pohledu rozhodnutí pacienta není správné, ale musí respektovat a přijmout pacientovo právo na vlastní rozhodnutí. Následně v rozhovoru se sestrou 3, byla uvedena role sestry jako nositelky změn. Zmínila nutnost dodržování léčebného režimu, kdy pomáhá pacientovi trpícímu astmatickým onemocněním s rozhodnutím pro změnu, zrealizovat ji a uplatnit při zlepšení zdraví. Myslí si, že je nutné, aby sestra pacienta přesvědčila o účinnosti změny. Poslední zmíněnou rolí byla role rádkyně, na kterou upozornila sestra v rozhovoru 1. Uvedla, že sestra poskytuje také citovou a psychologickou podporu. Radí astmatikovi, jak přijímat nová řešení a informuje ho o vhodných způsobech dodržování léčebného režimu.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pacienti jsou dostatečně edukováni o inhalační terapii, tak o dodržování léčebného režimu, o astmatickém onemocnění jako takovém. Shledali jsme, že pacienti mají dostatek informací, což je pozitivní při dalším postupu v ošetrovatelské péči. Zápornou skutečností je, že tři pacienti jsou sice informováni o dodržování léčebného režimu a měli by předpoklad k efektivní léčbě astmatu, ale tuto skutečnost narušuje fakt, že jeden pacient žije v nevhodném prostředí, další pacientka chová dva psi a třetí pacientka kouří, což je překážka v dodržování léčebného režimu a opatření k zamezení dalšího vývoje astmatického onemocnění. Z pozice sester jsme neshledali žádné nedostatky v podávání informací a poskytování edukace pacientům. Mají dostatek zkušeností a prostředků, jak poskytovat kvalitní edukaci pacientům s těžce léčitelným astmatem. Pacienti i sestry mají přehled o činnostech, které sestra vykonává. V souvislosti s tím trefně odpovídali na otázku, jaké role plní sestra v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem. V souvislosti s edukací je však nutné, aby sestry neustále vzdělávaly a informovaly o nových trendech v oblasti léčby těžce léčitelného astmatu, aby tak mohly pacientům poskytnout informace, které budou

aktuální a které pacientům poslouží jako vodítko k efektivnějšímu dodržování léčebného režimu.

6 Závěr

Pro bakalářskou práci na téma ošetrovatelská péče o pacienty s těžce léčitelným astmatem, jsme si vytyčili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry dostatečně edukují pacienty s těžce léčitelným astmatem. Druhým cílem bylo zjistit, jaké role zaujímá sestra v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astmatem. K cílům jsme si položili tři výzkumné otázky.

První otázka zněla, jakým způsobem sestry edukují pacienty s obtížně léčitelným astmatem v oblasti inhalační terapie. Druhá výzkumná otázka zněla, zda je edukace sestrou v oblasti inhalační terapie srozumitelná. Třetí otázka zněla, jaké role nejčastěji sestra zaujímá v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astmatem.

Na první otázku jsme odpovědi identifikovali již v průběhu rozhovorů s pacienty a se sestrami, kdy jsme došli k závěru, že nejčastěji edukují pacienty ústně v kombinaci s instruktáží. K edukaci jim dále slouží odborná literatura, brožury nebo informační letáky. Pacienti odpovídali shodně se sestrami a ještě navíc dodali, že si informace vyhledávají i sami aktivně pomocí internetu. Z těchto odpovědí vyplývá, že sestry mají dostatek prostředků a metod k tomu, aby mohly poskytovat kvalitní a efektivní edukaci pacientům v alergologických ambulancích.

Na druhou výzkumnou otázku jsme také našli odpovědi již v průběhu rozhovorů. Na tuto otázku odpovídaly i sestry, zda si myslí, že je edukace pro pacienty srozumitelná. Ve všech pěti případech sestry uvedly, že ano. Jejich odpověď obhájily argumentem, že pacienti téměř ve všech případech navázali zpětnou vazbu. V případě, že pacienti něčemu nerozuměli, sestra navrhla jinou možnost, jak pacienta edukovat a to pomocí literatury a již zmiňovaných brožur a informačních letáků. Z pohledu pacientů je edukace poskytnutá sestrou srozumitelná, pokud však něčemu nerozuměli či měli potřebu pátrat po dalších informacích, zaměřili se na literaturu a internet. Z těchto odpovědí tedy vyplývá, že edukace je ve většině případech srozumitelná, pacienti nepocítily nedostatky

v informovanosti ani v oblasti inhalační terapie ani ve všeobecných znalostech. Sami si vyhledávají informace prostřednictvím internetu a literatury a tímto navázali zpětnou vazbu a prokázali efektivitu edukace.

Třetí výzkumná otázka byla zodpovězena v rozhovorech s pacienty. Pacienti z většiny odpovídali shodně. Jako hlavní roli při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s těžce léčitelným astmatem zvolili roli edukátorky, což je podle nás velice pozitivní. Pacienti díky tomu mají pocit informovanosti, nemají dojem, že zdravotnický personál není dostatečně kvalifikovaný, naopak má znalosti a umí je efektivně předat pacientům. Další byla role mentorky, která souvisí úzce s rolí edukátorky a v neposlední řadě role poskytovatelky ošetrovatelské péče. Cíl byl tímto splněn. Pacienti mají přehled, jaké úkony sestru provází při plnění ošetrovatelské péče a uvědomují si, jaký přínos má pro ně sestra v již zmíněných rolích. Z výsledků, které jsme vyhodnotili, vyplývá, že námi vytyčené cíle byly splněny a výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Kvalita edukace, srozumitelnost edukace a plnění rolí v ošetrovatelském procesu o pacienta s těžce léčitelným astmatem je vizitkou zdravotnického personálu v alergologických ambulancích, ale i pacientů samotných. Především záleží na přístupu k pacientům, kvalifikaci sester a na zkušenostech zdravotníků. Na druhou stranu musí i pacienti přistupovat k léčbě zodpovědně a mít dostatek informací. Pokud budou všechny tyto předpoklady splněny, může být pacientům s těžce léčitelným astmatem poskytnutá kvalitní a odborná ošetrovatelská péče. Doporučením pro praxi je tedy neustálé vzdělávání sester v oblasti edukace a nových trendů v léčbě těžce léčitelného astmatu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. KOPŘIVA, F. *Chronický eozinofilní zánět a astma bronchiale*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2003. 224 s. ISBN 80-85912-73-2
2. KAŠÁK, V. *Asthma bronchiale*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 141 s. ISBN 80-7345-062-3
3. KAŠÁK, V. *Překonejte své astma*. 2.vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2003. 239 s. ISBN 80-85912-96-1
4. AYRES, J. *Informace a rady lékaře ASTMA*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2001. 96 s. ISBN 80-247-0091-3
5. TŘEŠKA, V., et al. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 460 s. ISBN 80-247-0239-8
6. MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
7. ČÁP, P. et al. Impulzní oscilometrie. Nová metoda měření plicních funkcí. *Alergie*. Praha: 2000, roč. 2, č. 4. ISSN 1212-3536
8. NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J., JIRÁSKOVÁ, J. *Klinická propedeutika pro SZŠ*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 2007. 136 s. ISBN 80-7168-940-8
9. VACKOVÁ, L. *Astma a alergie*. Praha: EWA Edition, 1997. 115 s. ISBN 80-85764-23-7
10. KAŠÁK, V. Nové inhalační systémy užívané v léčbě chronických nemocí dýchacího ústrojí s obstrukcí dýchacích cest. *Remedia*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 5-9. ISSN 0862-8947
11. KOZIEROVÁ, B., et al. *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
12. VOŘÍŠKOVÁ, A. Práce sestry v alergologické ambulanci. *Sestra*. Praha: 1999, roč. IX, č. 2, s. 8-9. ISSN 1210-0404
13. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
14. Zákon 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře

- Dostupné z WWW: <http://www.atre.cz/zakony/page0023.htm> [cit. 2008-20-3]
15. MUŽÍKOVÁ, D. Edukace u nemocného s astmatem z pohledu sestry. *Sestra*. Praha: 2001, roč.XI, č.10, s.40. ISSN 1210-0404
 16. KANDUS, J., SATINSKÁ, J. *Stručný průvodce lékaře po plicních funkcích*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 138 s. ISBN 80-7013-325-2
 17. FÍŠEROVÁ, J., CHLUMSKÝ, J., SATINSKÁ, J., et al. *Funkční vyšetření plic*. 1.vyd. Praha: Geum s.r.o., 2003.128 s. ISBN 80-86256-32-4
 18. BELAŇOVÁ, M. Ošetrovatelské záznamy u astmatických pacientů. *Sestra*. Praha: 2005, roč. XV, č. 5, s. 26. ISSN 1210-0404
 19. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o. 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
 20. ORKMANN, B. A., BENNET, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
 21. KAŠÁK, V., FEKETEOVÁ, E. *Průduškové astma v dospělosti*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2009. 40 s. ISBN 978-80-7345-197-4
 22. MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
 23. www.proalergiky.cz [online] VESELÝ, P, Probiotika na střevní potíže i alergie. Dostupné z WWW: <http://www.proalergiky.cz/aktuality/18.html> [cit. 2008-20-3]
 24. www.astma.3v.cz [online] V. Koblížek, V. Sedlák, Z. Paráková Obtížně léčitelné astma - přístup k pacientovi s těžkým astmatem. 2005[cit. 2011-01-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.astma.3v.cz/files/finalsbornik.pdf>>.
 25. ČÁP, P. et al. Impulzní oscilometrie. Nová metoda měření plicních funkcí. *Alergie*. Praha: 2000, roč. 2, č. 4. ISSN 1212-3536
 26. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha 7 : Grada Publishing, a.s., 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2
 27. www.eng.fno.cz [online]. Fakultní nemocnice v Ostravě. Léčba astmatu přípravkem Xolair. 2009[cit. 2011-01-11]. Dostupné z WWW: <http://eng.fno.cz/documents/lecba_astmatu_pripravkem_xolair_omalizumab_is.pdf>.

28. www.atre.cz [online]. 2007-2010 [cit. 2011-01-11]. Česká iniciativa pro astma. Dostupné z WWW: <<http://www.cipa.cz/>>.
29. [Http://www.proalergiky.cz/](http://www.proalergiky.cz/) [online]. 2010 [cit. 2011-01-11]. Alergie a astma. Dostupné z WWW: <<http://www.proalergiky.cz/>>.
30. [Http://www.chronici.cz/](http://www.chronici.cz/) [online]. 2001-2009 [cit. 2011-01-11]. Klub alergiků a astmatiků. Dostupný z WWW: <<http://www.chronici.cz/>>.
31. [Http://www.potravinova-alergie.info/](http://www.potravinova-alergie.info/) [online]. 2006 [cit. 2011-01-11]. Potravinové alergie. Dostupné z WWW: <<http://www.potravinova-alergie.info/>>.
32. [Www.tigis.cz](http://www.tigis.cz) [online]. 2007 [cit. 2011-01-11]. Alergie - internetové verze časopisu. Dostupné z WWW: <<http://www.tigis.cz/alergie/Index.htm>>.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
34. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
35. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408s. ISBN 978-80-7367-485-4

8 Klíčová slova

Astma bronchiale

Edukace

Léčebný režim

Sestra

Pacient

9 Seznam příloh

Příloha 1- otázky k rozhovoru pro sestry

Příloha 2- otázky k rozhovoru pro pacienty

Příloha 3- inhalační systémy

Příloha 1 - otázky k rozhovoru se sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho pracujete v alergologické ambulanci?
3. Jakým způsobem edukujete pacienty s těžce léčitelným astma bronchiale o inhalační terapii?
4. Myslíte si, že je Vámi poskytnutá edukace srozumitelná?
5. Jaké role podle Vás nejčastěji sestra zaujímá v ošetrovatelském procesu u pacienta s těžce léčitelným astma bronchiale?
6. Jakým způsobem edukujete pacienty o inhalační terapii?
7. Myslíte si, že pacienti zvládají techniku inhalační terapie?
8. S jakými věkovými kategoriemi pacientů s těžce léčitelným astma bronchiale se nejčastěji setkáváte?
9. Myslíte si, že je Vámi poskytnutá edukace efektivní?
10. Vyžadujete od pacienta při edukaci tzv. zpětnou vazbu?
Zdroj: Vlastní

Příloha 2- otázky k rozhovoru s pacienty

1. Jak dlouho se léčíte s astmatickým onemocněním?
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaké léky máte u sebe pro případ astmatického záchvatu?
4. Kdo Vás edukoval o aplikaci inhalátorů?
5. Jaký typ inhalátoru používáte?
6. Myslíte si, že zvládáte techniku inhalační terapie?
7. Vyhovuje Vám inhalační terapie nebo by jste raději zvolila jinou formu léčby?
8. Pokud Vás o režimu astmatika poučila sestra, tak jakým způsobem?
9. Pokud jdete na kontrolní vyšetření k alergologovi, kontroluje sestra správné užívání inhalačních léků?
10. Myslíte si, že máte dostatek informací o astma bronchiale

11. Využíváte při dechových nebo jiných potížích v souvislosti s astma bronchiale telefonické konzultace se sestrou či lékařem ?

12. Byly Vám veškeré informace poskytnuté sestrou o inhalační terapii srozumitelné?

13. Jaké role z Vašeho pohledu plní sestra v ošetrovatelské péči o pacienta s těžce léčitelným astmatem?

14. Vyhledáváte aktivně informace o těžce léčitelném astma bronchiale?

15. Pokud ano, jakým způsobem informace vyhledáváte?

16. Myslíte si, že je Vám věnován dostatek času při edukaci?

17. Myslíte si, že má pro Vás edukace od sestry nějaký přínos?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3- inhalační systémy

aerosolové dávkovače MDI



* aerosolový dávkovač – MDI



* Easi-Breathe s Optimiserem (nástavec)



JET

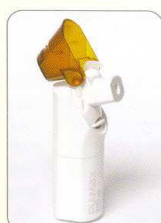


Synchroner

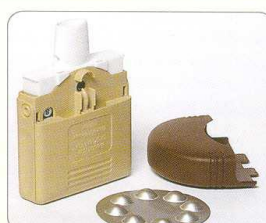
inhalátory pro práškovou formu léku



Aerolizer



Airmax



Diskhaler



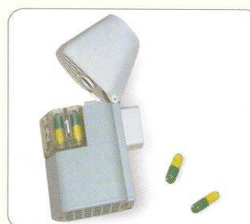
Diskus



Easyhaler



HandiHaler



Inhalátor M



Turbuhaler

nebulizátor



Nebulizátor

SMI



Respimat

nástavec pro MDI



příklad nástavce pro MDI

* ilustrační foto

Při držení inhalačního systému během nádechu je kanýstr nahoře a ústní aplikátor dole.

Zdroj: KAŠÁK, V. Nové inhalační systémy užívané v léčbě chronických nemocí dýchacího ústrojí s obstrukcí dýchacích cest. *Remedia*. Praha: 2007, roč.17, č.1, s. 5-9. ISSN 0862-8947