



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Přístupy pacientů k léčbě Asthma Bronchiale

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bubnová Marie

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Přístupy pacientů k léčbě Asthma Bronchiale*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 09.08.2021

Bubnová Marie

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D, za trpělivost, ochotu a cenné rady po celou dobu naší spolupráce. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Zejména paní doktorce MUDr. Rejzkové za umožnění výzkumu v rámci její ordinace, a především za ochotu a pomoc během prováděného výzkumu. Dále bych ráda poděkovala mé rodině za obrovskou podporu při psaní mé bakalářské práce.

Přístupy pacientů k léčbě Asthma Bronchiale

Abstrakt

Tato bakalářská práce řeší problematiku přístupu pacientů k léčbě Asthma Bronchiale. Asthma Bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest. Asthma Bronchiale je onemocnění, které je charakterizováno namáhavou výdechovou dušností spolu s bronchiální hyperreaktivitou a jako takové je nevléčitelné. Cílem této bakalářské práce je zmapovat přístup pacientů k léčbě Asthma Bronchiale. Dalším cílem této bakalářské práce je zjištění využívání různých způsobů (přístupů) léčby pacientů Asthma Bronchiale.

V teoretické části této bakalářské práce je popsáno samotné onemocnění Asthma Bronchiale a možnosti jeho léčby. Je zde popsána medikamentózní léčba, která obsahuje Bronchodilatační a Antiastmatické léky. Dále je zde popsána alternativní medicína, která je vyhledávána převážně v souvislosti s rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění Asthma Bronchiale.

Cíle práce byly dosaženy pomocí kvalitativního výzkumného šetření, cílem této práce bylo zmapovat přístup pacientů k léčbě Asthma Bronchiale a zjištění využívání různých způsobů (přístupů) léčby Asthma Bronchiale. Na stanovené výzkumné otázky bylo na základě výzkumného šetření zodpovězeno. Kvalitativní šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl veden s pacienty v rámci plicní ambulance, a s vedoucí lékařskou. Polostrukturovaný rozhovor mapoval přístupy pacientů k léčbě Asthma Bronchiale a s jakou pravidelností užívají naordinovanou medikaci.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že polovina pacientů poskytujících rozhovor se snaží vyhledávat alternativní medicínu spolu s pravidelným užíváním naordinované medikace. Druhá polovina pacientů se přiklání pouze k medikamentózní léčbě.

V závěru výzkumného šetření je zde přidán rozhovor s lékařkou vedoucí ordinaci, v jejímž rámci byl proveden výzkum.

Klíčová slova

Asthma Bronchiale, alternativa, medikace, pravidelnost, léčba

Patients admissions to the therapy of Asthma Bronchiale

Abstract

This bachelor thesis deals with the problematics of patients admissions to the therapy of Asthma Bronchiale. Bronchial asthma is a chronic respiratory disease and is incurable. Bronchial asthma is a disease that is characterized by strenuous respiratory dyspnea along with bronchial hyperreactivity. The aim of this bachelor thesis is to map the approach of patients to the treatment of bronchial asthma. Second aim of this bachelor thesis is to find out different approaches of treatment of patients with bronchial asthma.

The theoretical part of this bachelor thesis describes bronchial asthma itself and the possibilities of its treatment. The most common medications for bronchial asthma are bronchodilators and antiasthmatic medicaments. Furthermore, the theoretical part describes alternative medicine that is connected to bronchial asthma and risk factors that contribute to the development of the disease.

The aims of the work were achieved through a qualitative research survey, the aim of this work was to map the approach of patients to the treatment of Asthma Bronchiale and to determine the use of different methods (approaches) of treatment of Asthma Bronchiale. The tented research questions were answered on the basis of a research survey. The qualitative survey took the form of a semi-structured interview. A semi-structured interview was conducted with patients in the pulmonary outpatient clinic, and with the medical chief. The semi-structured interview mapped how often patients use prescribed medication for bronchial asthma and overall patients approaches to treating bronchial asthma.

The results of the research survey point out that half of the interviewed patients use alternative medicine along with prescribed medication. The other half of the patients prefer using only prescribed medication. Part of the research survey is an interview with the medical head of the surgery that is added at the end of the survey.

Key words

Bronchial asthma; alternative; medication; regularity; treatment

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Anatomie, fyziologie respiračního systému	10
1.2 Asthma Bronchiale	11
1.2.1 Příčiny vzniku Asthma Bronchiale	13
1.2.2 Druhy Asthma Bronchiale	14
1.3 Pacient s Asthma Bronchiale	15
1.3.1 Ovlivnění kvality života pacienta s Asthma Bronchiale	16
1.4 Role sestry v péči o pacienty s Asthma Bronchiale	18
1.5 Možnosti léčby Asthma Bronchiale	19
1.5.1 Medikamentózní léčba Asthma Bronchiale	20
1.5.2 Bronchodilatační léky	21
1.5.3 Antiastmatické léky	22
1.5.4 Jiné (alternativní) možnosti léčby Asthma Bronchiale	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
3 Metodika	31
3.1 Metodika a technika sběru dat	31
3.2 Kritéria pro výběr respondentů	31
3.3 Popis výzkumného souboru	32
4 Výsledky	33
4.1 Seznam kategorií a podkategorií	33
4.2 Výsledky z rozhovorů	43
5 Diskuse	46
6 Závěr	52
7 Seznam použité literatury	53
8 Přílohy	Chyba! Záložka není definována.
8.1 Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor s pacienty	57
8.2 Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor s vedoucí lékařkou plicní ambulance	57
8.3 Příloha 3 – Souhlas s poskytnutím rozhovoru	58
8.4 Příloha 4 – Reflexní zóny plic na ruku	59
8.5 Příloha 5 – Reflexní zóny plic na nohu	60
8.6 Příloha 6 – Reflexní zóny plic na nohu	61

8.7	Příloha 7 – Reflexní zóny plic na nohou	62
9	Seznam použitých zkratk	63

Úvod

Asthma Bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest, jež má v dnešní době výrazné zastoupení v oblasti chronických chorob. Asthma Bronchiale je nevyléčitelné onemocnění, které relativně lze pomocí správnosti a pravidelnosti naordinované medikace držet v klidovém režimu.

Mnoho pacientů s onemocněním Asthma Bronchiale dochází na pravidelné kontroly ke svému plicnímu lékaři, který dle aktuálního stavu pacienta upravuje již naordinovanou medikaci. V mnoha případech dochází k situaci, kdy pacienti s Asthma Bronchiale vyhledávají další možnosti léčby daného onemocnění.

Asthma Bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest, jež postihuje všechny věkové kategorie. Je charakterizováno neustále probíhajícím zánětem, jenž je provázen bronchiální hyperreaktivitou. Je to chronické onemocnění, které je doprovázeno plicní obstrukcí a namáhavou výdechovou dušností. Asthma Bronchiale je onemocnění, jež vyžaduje celoživotní užívání Bronchodilatačních či Antiastmatických léků. Avšak v mnoha případech dochází k situacím, kdy se pacienti obrací k vyhledávání dalším alternativním možnostem léčby.

Mnoho pacientů, kteří se s onemocněním Asthma Bronchiale setkávají poprvé, jsou nesví z léčby, jež bude součástí jejich života. Dodržování léčebného režimu spolu s pravidelným dodržováním užíváním předepsané medikace. V dané problematice dochází k situaci, kdy se pacienti obracejí k jiným alternativním možnostem léčby jejich onemocnění, Asthma Bronchiale. Medikamentózní léčba je základem v udržení klidového režimu onemocnění Asthma Bronchiale, avšak alternativní medicína narůstá v popularitě mezi pacienty.

Toto téma jsem si vybrala z důvodu jeho stále narůstající rozšířeností v naší populaci. V dané problematice mám i svůj osobní zájem, neboť mi Asthma Bronchiale bylo diagnostikováno před necelými dvěma lety. Během pravidelných kontrol a konzultací se svou plicní lékařkou jsem začala vyhledávat jiné možnosti léčby mého onemocnění, neboť jsem trpěla, a i nadále trpím častými exacerbacemi. Přestože se Asthma Bronchiale stalo součástí mého života, tak se i nadále s tímto onemocněním sžívám.

1 Současný stav

1.1 Anatomie, fyziologie respiračního systému

Respirační systém obstarává výměnu dýchacích plynů mezi zevním prostředím a organismem (Neumannová, Kolek a kol., 2012).

KYSLÍK → OXID UHLIČITÝ

Respektive, respirační systém zajišťuje vnější a vnitřní dýchání. Vnější dýcháním se rozumí výměna plynů mezi vnějším prostředím a plícemi. Vnitřním dýcháním se rozumí výměna plynů mezi vnitřním prostředím (krví) a tkáněmi. Správná výměna O₂ (kyslíku) a CO₂ (oxidu uhličitého) slouží k udržení acidobazické rovnováhy (Neumannová, Kolek et al., 2012). Dýchání je rytmický a automatický děj. Ochranu před vniknutím cizího tělesa zajišťují vrozené obranné reflexy; reflex kašlací, kýchací a reflexní zástava dechu. Respirační systém si lze představit jako vstupní bránu skrze, kterou mohou do těla pronikat různé škodliviny a mikroorganismy, ale mohou být touto cestou aplikovány i léky (Kašák, 2018).

Základní rozdělení respiračního systému je na horní a dolní cesty dýchací. Horní cesty dýchací jsou tvořeny dutinou nosní, orofaryngem (část hltanu za dutinou ústní) a laryngem (hrtanem). Horní cesty dýchací se aktivně podílejí na dýchání, avšak není to jejich jediným úkonem. Horní cesty dýchací se také podílejí na polykání, řeči a čichání. Pro správnou funkčnost těchto funkcí je nezbytná jejich regulace. Při nádechu nosem dochází v dutině nosní ke zvlhčení, oteplení vzduchu a k prvním obranným očišťujícím mechanismům. Dolní cesty dýchací tvoří trachea (průdušnice), bronchy (průdušky), bronchioly (průdušinky) a alveoly (plicní sklípky). Dolní dýchací cesty zajišťují proudění vzduchu z plic do plic. Plíce jsou párový orgán; pravá a levá plíce, a jsou uloženy v hrudní dutině, kde jsou pokryté viscerální pleurou a chráněny hrudním košem (hrudní kosti = sternem a žebry). Pravá plíce se skládá ze tří laloků a levá plíce ze dvou. Plíce mají vlastnost, jež jim umožňuje se rozpínat během nádechu, a tou je plicní pružnost. Díky této vlastnosti se plíce vrátí do původního tvaru a velikosti hned po výdechu. Plicní pružnost je závislá na elastických vlastnostech plicní tkáně, její struktuře, povrchovém napětí a plicním surfaktantu (Neumannová, Kolek et al., 2012).

1.2 *Asthma Bronchiale*

Asthma Bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest. Asthma Bronchiale lze charakterizovat jako onemocnění, při němž je zvýšená citlivost vůči různým podnětům, projevující se zpomalením usilovného výdechu a jeho intenzita je závislá na způsobu léčby. Onemocnění je doprovázeno plicní obstrukcí, která je reverzibilní (vratná) (Kašák, 2018).

Asthma Bronchiale je onemocnění, které je charakterizováno neustále probíhajícím zánětem, který je sdružen s bronchiální hyperreaktivitou (zvýšená až nepřiměřená odpověď průdušek na podněty). Tyto faktory vedou k opakujícím se epizodám hvízdavého a ztíženého dýchání, dušnosti, kašli a subjektivnímu pocitu tíhy na hrudníku. Všechny tyto stavy vznikají v průběhu dne či noci a jsou spojeny s již výše zmíněnou bronchiální obstrukcí (Kašák, 2018). Pacienti s onemocněním Asthma Bronchiale trpí chronickým, a hlavně záchvatovitým kašlem, jehož následkem se může objevit bolest v oblasti hrudníku (Kos, 2020). Pokud dojde ke zvyšování intenzity a frekvence příznaků bronchiálního astmatu, může dojít k exacerbaci (zhoršení, znovu vzplanutí nemoci), jež byla dříve označována jako astmatický záchvat. Zánět je v dýchacích cestách neustále přítomen, a to i v bezpříznakovém / klidovém období. Exacerbace bronchiálního astmatu je rychlého či pomalého nástupu. V okamžiku ústupu exacerbace, trvá návrat do stavu před exacerbací přibližně 5-14 dní. Avšak doba návratu do stavu před exacerbací závisí na stupni a síle exacerbace bronchiálního astmatu a na individuální snášenlivosti jedince na oslabení tohoto typu (Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011). Nástup exacerbace (zhoršení, znovu vzplanutí nemoci) ovlivňuje celá řada rizikových (nežádoucích) faktorů; nepřiměřená fyzická zátěž, stres, silné emocionální napětí (pláč, smích, vztek atd.) mohou vyvolat *hyperventilaci* [to je prohloubené (hyperpnoe) a zrychlené (tachypnoe)]. Špatná inhalační technika, respirační infekce a jiná onemocnění (u žen menstruace atd.), ale také potraviny obsahující alergeny a změna počasí (Kašák, 2018).

V momentě, kdy dojde k exacerbaci bronchiálního astmatu, tak vznikne u pacienta záchvatovitá dušnost. Když se objeví záchvatovitá dušnost, tak dochází ke kontrakci (stažení) bronchů (jejich hladké svaloviny) a tím k jejich zúžení (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012). Exacerbace bronchiálního astmatu neboli *akutní Asthma Bronchiale* je stav, při němž dochází ke zhoršení kvality dýchání, ke zhoršujícímu se stavu dušnosti. A to především ke stavu zhoršující se klidové dušnosti (Vondra et al., 2015).

Asthma Bronchiale sebou nese riziko vzniku komplikací. Vznik komplikací bronchiálního astmatu a jejich četnost a závažnost klesá nebo naopak stoupá s úrovní jeho kontroly a tíže. Mezi nejčastější komplikace bronchiálního astmatu řadíme sociální komplikace – touto komplikací jsou míněné problémy ve výběru povolání, možnosti pracovního zařazení a představuje finanční zátěž pro pacienta i pro jeho rodinu. Dále mezi komplikace řadíme psychologické a psychické komplikace. Výskyt psychologické a psychické komplikace je především u pacientů s nekontrolovaným astmatem. Je zde častá emoční dysbalance a anxieta (pocit nervozity). Ztráta úrovně kontroly astmatu je další možnou komplikací. Do skupiny komplikací, ztráta úrovně kontroly astmatu, patří nesprávná inhalační technika, intolerance léků, nedodržení nefarmakologické prevence (pravidelný denní režim). A nakonec tou nejzávažnější komplikací je úmrtí na astma, tato komplikace se týká převážně starších a jinak nemocných pacientů; na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Kašák, 2018 shodují.

Asthma Bronchiale je specifické skutečností, že se může objevit již v raném dětském věku. Může se rozvinout v jakémkoli věkovém období. Pro bronchiální astma je charakteristická individuální časová variabilita (Neumannová, Kolek et al., 2012).

Jedná se o celostní / komplexní a chronické onemocnění plic (Kaminský, Chapman, 2020). Asthma Bronchiale je onemocnění, které ovlivňuje svou chronicitou, a i stále častějším výskytem, více než 300 miliónů lidí celosvětově (Frey, Lunding et al., 2020). Jedná se o chronické onemocnění dýchacích cest, jehož léčba je i nadále aktuální oblastí medicíny (Vernerová, 2018).

Je nutné mít na paměti, že Asthma Bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest a jako takové je nevléčitelné. Onemocnění lze pomocí správné medikace, a hlavně jejím dodržováním udržet pod kontrolou, ale zcela vyléčit nelze. S tímto onemocněním se musí pacient naučit fungovat ve svém běžném denním koloběhu. Najít rovnováhu mezi běžným životem a bronchiálním astmatem je nutné pro pacientovu psychickou pohodu a pro klidný průběh onemocnění; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Neumannová, Kolek et al., 2012 shodují. Avšak díky zásluze moderní farmakologické léčby (Antiastmatika, Bronchodilatancia) je prognóza bronchiálního astmatu (udržení klidového období) velice příznivá (Ševčík, Matějovič, Černý et al., 2014).

1.2.1 Příčiny vzniku Asthma Bronchiale

Asthma Bronchiale je onemocnění, jehož etiologie (příčina) není dosud přesně známa. Avšak stejně jako vznik exacerbace, tak i příčina vzniku bronchiálního astmatu tkví ve vlivu celé řady faktorů. Základní rozdělení rizikových faktorů závisí na jejich původu, na jehož základě jsou charakterizovány. Faktory hostitele (pacienta) a faktory prostředí (Kašák, 2018).

Faktory hostitele (pacienta); tímto pojmem rozumíme, že rizikové faktory, které ovlivňují vznik bronchiálního astmatu, jsou na straně vlastní osoby postiženého jedince. Genetické predispozice, tato skupina faktorů vzniká tlakem podnětů vnějšího prostředí na jedince. A toto ovlivnění jedince vzniká již ve 22. týdnu jeho nitroděložního života. Atopie; polovina nemocných s bronchiálním astmatem má jako součást své anamnézy i atopickou anamnézu. Tím se rozumí alergická rýma spolu s atopickou dermatitidou. Hyperreaktivita dýchacích cest, přestože podíl tohoto faktoru jako takového není zcela jistě objasněn, je pravděpodobné, že se jedná o důsledek probíhajícího zánětu. Obezita je dalším rizikovým faktorem ze strany hostitele. V případě obezity je velmi obtížné dosáhnout kontroly bronchiálního astmatu (Kašák, 2018). Obezita je považována za nezávislý rizikový faktor (Bantulà, Roca-Ferrer, 2021). Dále jsou to perinatální faktory. Do této skupiny rizikových faktorů patří nízká i vysoká porodní hmotnost jedince, ale také kuřáctví matky (pasivní kouření i aktivní kouření). Pohlaví, rasa a etnický původ nebo také epigenetické faktory (chromatinová dědičnost).

Faktory prostředí (environmentální faktory); tato skupina faktorů nás cele obklopuje. Alergeny obytných prostor (budov), do této skupiny řadíme domácí prach (roztoci, respektive jejich výměšky), zvířecí srst (pes, kočka), šváby, plísně (vlhké postarší domy). Alergeny vnějšího prostředí, těmito alergeny jsou myšleny především dráždivé pyly (kvetoucí stromy v jarním období) a plísně (spory). Kouření, v tomto případě je na mysli převážně pasivní kouření (dítě v raném věku atd.). Znečištění vnějšího ovzduší; tento rizikový faktor výrazně zvyšuje riziko zhoršení již diagnostikovaného bronchiálního astmatu, ale i přispívá k jeho vzniku u lidí s alergiemi (Kašák, 2018). V rámci škodlivosti znečištěného vnějšího ovzduší a jeho vlivu na rozvoj onemocnění Asthma Bronchiale, byly prováděny průřezové studie, které tvrzení o jeho negativním dopadu na dané onemocnění potvrdily (Tiotiu, Novakova et al., 2020).

Rizikové faktory, které vyvolávají, ať už samotné onemocnění Asthma Bronchiale či jeho exacerbaci (znovu vzplanutí nemoci, astmatický záchvat) se mohou navzájem překrývat (Arteaga-Badillo, Portillo-Reyes et al., 2020).

Pokud se pacient setká se specifickými (alergeny), ale i nespecifickými (psychická zátěž, tělesná námaha, respirační infekce atd.) spouštěči, může toto setkání vyústit v akutní příznaky astmatu v doprovodu bronchokonstrikce (Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011).

1.2.2 Druhy Asthma Bronchiale

Onemocnění Asthma Bronchiale je chronické onemocnění dýchacích cest, jak již bylo výše zmíněno. Onemocnění Asthma Bronchiale je doprovázeno zvýšenou imunitní odpovědí (zejména průdušek) na různé podněty a bývá spojeno s atopií (Mačák, Mačáková, Dvořáčková, 2012). Ve spojení Asthma Bronchiale (dále AB) a atopie se nachází rozdělení na dvě základní druhy (formy) onemocnění bronchiálního astmatu. *Extrinsic asthma a intrinsic asthma* (Kolek, Kašák et al., 2010).

Extrinsic asthma je definováno jako astma spojené s atopií. Jinými slovy se jedná o *alergické astma*. Naproti tomu *intrinsic asthma* je definováno jako astma bez průkazu alergie. V mnohých případech se vyskytuje převážně ve vyšším věku života. Podklad jeho vzniku se nachází ve virovém onemocnění. Jedná se o *nealergické astma*; na tomto sdělení se autoři Kolek, Kašák et al., 2010 a Žák, Petrášek et al., 2011 shodují.

Dalšími zvláštními druhy bronchiálního astmatu jsou: *Námahové astma*; jeho vznik tkví v nepřiměřeně veliké tělesné zátěži spolu se studeným či horkým vzduchem. *Profesní astma* – podnětem pro vznik tohoto druhu astmatu jsou různá agens v místě pracovního působení (chemikálie, rozpouštědla atd.) (Žák, Petrášek et al., 2011). *Noční astma*; jedná se o astma, při kterém dojde k většímu zhoršení příznaků AB v noci než ve dne. *Premenstruační astma*; ke zhoršení příznaků AB dochází cca u 40 % astmatiček. Příčinou může být kolísání hladin ženských pohlavních hormonů; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Neumannová, Kolek et al., 2012 shodují.

1.3 Pacient s Asthma Bronchiale

Asthma Bronchiale (dále AB) se může vyskytnout v jakémkoli období lidského života: v dětství, v adolescenci, v dospělosti a ve stáří. Onemocnění AB může také ovlivnit průběh těhotenství a naopak; na tomto sdělení se autoři Petru, Kolek, Pohunek, 2015, Kašák, 2018 a Novotná, Novák, 2012 shodují.

AB v dětství. AB je specifické tou vlastností, že může vzniknout v každém věku lidského života. A z tohoto důvodu i novorozenec může projevit první příznaky AB bezprostředně po narození. Alergizace se rozvíjí postupně a postupně může vyústit v plné AB. Z tohoto důvodu mohou být první kožní alergologické testy negativní. Problémy pro dítě s AB může představovat školní věk. Školní věk dítěte sebou přináší i tělesnou výchovu. Mnoho pedagogů, ale i rodičů, se snaží dítě od tělesné výchovy zcela distancovat. Avšak problém z hlediska tělesné výchovy, není zdaleka jediný problém, který zažívá dítě s AB a jeho vyučující pedagog. Mnoho pedagogů odmítá přijmout takovou zodpovědnost, jakou představuje dítě s AB. Spolu s odmítnutím zodpovědnosti zde může být jistá neochota pedagogů reagovat na stav dítěte (zejména na akutní / aktuální stav dítěte) (Kašák, 2018).

AB v období adolescence. Období adolescence představuje přechod z dětství do dospělosti (Petru, Kolek, Pohunek, 2015). Věk adolescence sebou přináší snížení adherence (řízení se radami lékaře). Mládež v období adolescence, pacienti s AB nevyjímaje, začínají kouřit, což zhoršuje průběh AB i jeho léčbu; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Petru, Kolek, Pohunek, 2015 shodují. Kouření sebou přináší abúzus alkoholu, samozřejmě toto pravidlo neplatí vždy. Do období adolescence patří, kromě kouření tabáku a abúzu alkoholu, i zaměstnání, tedy profesní prostředí. Všechny tyto aspekty mohou vést ke ztrátě kontroly nad astmatem, je zde značné riziko ireverzibilních (nevratných) změn (Petru, Kolek, Pohunek, 2015).

AB v období dospělosti. V případě AB vzniklého v dospělosti, je jeho častou příčinou alergie. A to převážně z toho důvodu, že se ve svém pracovním prostředí setkávají s alergenem, na něj reagují (Kašák, 2018). Vznik a následný průběh onemocnění AB je v období dospělosti ve většině případů propojen s jejich zaměstnáním (Tiotiu, Novakova et al., 2020). Přesto ve vyšším procentu se jedná o AB nealergického původu. AB tohoto původu nelze prokázat kožními testy. V dospělosti trpí onemocněním AB převážně ženy a kuřáci tabáku. AB v dospělosti sebou přináší psychické a sociální problémy. Pacienti s AB mají obavy o zaměstnání (jak ho budou zvládat s ohledem na své onemocnění), se

zaměstnáním souvisí finanční příjmy. Obavy sociálního typu úzce souvisí s psychickými problémy pacientů (Kašák, 2018).

AB ve stáří. Onemocnění AB může v seniorském věku vzniknout či pacienta v seniorském věku značně ovlivňuje; na tomto sdělení se autoři Petrů, Kolek, Pohunek, 2015 a Kašák, 2018 shodují. Vyvolávací faktory (spouštěče) i příznaky počínajícího AB jsou stejné v jakémkoli věku (Kašák, 2018). Podstatným faktorem v léčbě AB ve stáří jsou somaticko – psychosociální dopady stáří na pacienta (Petrů, Kolek, Pohunek, 2015). Dalším problémem v léčbě onemocnění AB ve stáří je zvládnutí správné inhalační techniky, která je důležitá v důslednosti léčby (Kašák, 2018).

AB v období těhotenství. Nekontrolované AB u matky v průběhu jejího těhotenství může představovat riziko růstové retardace plodu, nízké porodní hmotnosti a také perinatální (období narození dítěte) mortality (Novotná, Novák, 2012). Obecně platí, že nekontrolované AB v těhotenství může představovat pro dítě i jeho matku možné nežádoucí účinky s reverzibilními (vratnými) či ireverzibilními (nevratnými) následky (Petrů, Kolek, Pohunek, 2015).

1.3.1 Ovlivnění kvality života pacienta s Asthma Bronchiale

AB je chronické onemocnění dýchacích cest. A přestože je to onemocnění poměrně dobře léčitelné, je to také onemocnění *nevléčitelné*; na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Kašák, 2018 shodují.

V případě, že dojde k pozdnímu zachycení onemocnění AB či je jeho léčba nedostatečná, pak může dojít k obstrukci, která se sebou může nést trvalé následky. V takovém případě by ovlivnění kvality života pacienta bylo více než značné a obtěžující (Souček, Svačina et al., 2019).

AB ovlivňuje kvalitu života v mnoha aspektech pacientova života, v mnoha případech ovlivňuje každodenní režim pacientova života (zvláště obtížně léčitelné astma – dále OLA) (Kašák, 2018).

V předchozí kapitole (1.3 Pacient s Asthma Bronchiale) byly představeny formy AB pro dané věkové etapy lidského života. Onemocnění AB má svou chronicitou značný vliv na život pacienta (Klener et al., 2011).

AB ovlivňuje kvalitu života hlavně z psychického a sociálního hlediska. Z psychického hlediska se jedná o tíži, kterou onemocnění AB představuje. Psychický stav pacienta velmi zhoršuje nejen kvalitu jeho života, ale i samotný průběh onemocnění AB. AB v dětském věku představuje pro dítě možné nezačlenění do kolektivu; což vede k frustraci dítěte a k sociální izolaci (Kašák, 2018). Psychické problémy sebou přináší nejen emoční dysbalanci (frustraci atd.), ale i sexuální problémy. Nekontrolované AB může mít negativní dopad na sexuální život pacienta. Vzhledem k tomu, že do plnohodnotného života dospělého člověka patří i sex, pak by kvalita života pacienta s AB mohla být značně zhoršena (z hlediska sexuální aktivity pacienta). Je tedy nutné v komplexní léčbě AB zvážit, i tuto stránku života a pacient musí (měl by) vše konzultovat se svým ošetřujícím lékařem (Kašák, 2018). Ze sociálního hlediska se jedná především o pracovní prostředí pacienta. Pro pacienta s AB (zvláště pokud se jedná o nekontrolované AB či OLA) je obtížné najít vhodné zaměstnání a vhodné pracovní prostředí s absencí alergenů (Kašák, 2018).

Kvalitu života pacienta s onemocněním AB ovlivňuje pohybová aktivita. Pacienti s AB ti, kteří mají astma pod kontrolou, nejsou ve své podstatě v pohybové aktivitě nikterak omezeni. Naproti tomu pacienti s nekontrolovaným AB jsou v pohybové aktivitě omezeni značně. Z tohoto důvodu je nutné se v komplexní léčbě AB věnovat i fyzioterapii, jež značně přispívá ke zlepšení fyzické výkonnosti a zdatnosti (Neumannová, Kolek et al., 2012).

V rámci lepší kvality života pacienta s AB je mnohdy pacientům doporučeno dodržování „středomořské diety“. Taková dieta má ve svém základě rybí a libové druhy bílého masa, bohatství na zelenině a ovoci, ořechy, semena rostlin, mléčné výrobky, celozrnné pečivo a řepkový či olivový olej. Takto složená strava napomáhá k udržení optimální tělesné hmotnosti či k její redukci při obezitě (Neumannová, Kolek et al., 2012).

Onemocnění AB obecně zhoršuje kvalitu života, avšak pokud jsou dodržovány zásady léčby, nemusí být dopad onemocnění AB na kvalitu života znatelný či ireverzibilní (nevratný); na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Kašák, 2018 shodují.

1.4 Role sestry v péči o pacienty s Asthma Bronchiale

Všeobecné sestry patří mezi hlavní články komplexní léčby o pacienta s AB. Všeobecná sestra má za úkol edukovat pacienta ve správném použití inhalační techniky. Všeobecná sestra je hlavním článkem v edukaci pacienta, a to z toho důvodu, že si pacient k všeobecné sestře snáz vytvoří „citové“ pouto (Kašák, 2018).

Pro zvládnutí správné inhalační techniky je nutná, a hlavně důležitá edukace pacienta i jeho rodiny. Edukace se stane efektivní v případě její opakovanosti. Všeobecná sestra může provádět edukaci pacienta ve správné inhalační technice buď na nemocničním oddělení za jeho hospitalizace, nebo ambulantně. V obou případech je nutné pravidelně a opakovaně kontrolovat správnost inhalační techniky.

V případě ambulantní praxe / péče je dobré a hlavně přínosné, aby pacient předvedl za přítomnosti všeobecné sestry a ošetřujícího lékaře, jak ovládá inhalační techniku. Pacient by měl správně předvést správnost inhalační techniky na svém vlastním inhalačním systému (dále IS). Z tohoto důvodu má všeobecná sestra povinnost upozornit pacienta předem, aby si sebou na příští kontrolu k lékaři vzal svůj IS. A také je nutné, aby jej upozornila, aby si v den návštěvy neaplikoval svou ranní dávku léku (Kašák, 2018).

V předchozí kapitole (1.3 Pacient s Asthma Bronchiale) byly představeny různé věkové etapy lidského života. A bylo zde zmíněno, že v seniorském věku je závažným problémem zvládnutí správné inhalační techniky. V tomto případě má všeobecná sestra za úkol edukovat nejen pacienta, ale i jeho rodinu pro případ, že pacient nebude schopen zvládnout aplikaci léku inhalační formou sám. Úkolem sestry je edukovat rodinu pacienta ve správné technice podávání léků IS (Kašák, 2018).

Pro to, aby mohla sestra pacienta správně edukovat, je nutné vybrat vhodný IS (Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011). Nesprávnost inhalační techniky může vést k nekontrolovanému astmatu. Z tohoto důvodu je nutné, aby jej edukovala a zkonstruovala inhalační techniku tak, aby byl pacient schopen sám a prakticky zvládnout inhalační techniku bez dalších instrukcí; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011 shodují.

Role všeobecné sestry je v tomto směru nedílnou součástí komplexní léčby. Jejím hlavním úkolem je zajistit, aby byl pacient schopen zvládnout správnou inhalační techniku; dosáhnout a udržet astma pod kontrolou (Kašák, 2018).

1.5 Možnosti léčby *Asthma Bronchiale*

Asthma Bronchiale je zánětlivé chronické onemocnění dýchacích cest s možností častých exacerbací (akutní ataky / astmatické záchvaty). Z tohoto důvodu je hlavním cílem léčby zvládnout obě výše zmíněné složky bronchiálního astmatu (Navrátil et al., 2017). Dalším cílem léčby bronchiálního astmatu je dosažení dlouhodobého udržení stabilizovaného stavu → *astma pod kontrolou*. Tím se rozumí; absence nočních příznaků, absence omezení denních aktivit nemocného a absence exacerbací (Vlček, Vytřísalová et al., 2014). Neposledním cílem léčby je minimalizace nutnosti užívání farmakoterapie (Petrů, Kolek, Pohunek, 2015). Základy léčby jako takové tkví v absenci vyvolavatelů / spouštěčů bronchiálního astmatu či exacerbace (Kolek, Kašák et al., 2010).

Léčbu AB dělíme na nefarmakologickou a farmakologickou (medikamentózní). *Nefarmakologická léčba* je nedílnou součástí léčby farmakologické (medikamentózní). Do nefarmakologické léčby řadíme psychosociální podporu, dechové rehabilitace, ale i nutriční podpora (Neumannová, Kolek et al., 2012). V neposlední řadě sem patří režimová opatření. Režimová opatření obsahují absenci léků a potravin působící obtíže, absence kouření a kontaktu s tabákovým kouřem a mimo jiné i absence škodlivin vyskytujících se v prostoru pracovního prostředí (Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011). Do nefarmakologické léčby patří i výkon nazývaný jako Bronchiální termoplastika. Prozatím je to jediná léčebná metoda, která přináší dlouhodobé zlepšení příznaků AB u pacientů s fenotypem OLA (obtížně léčitelné astma). Jedná se o léčebný výkon, který využívá fibrobronchoskop spolu s radiofrekvenční a tepelnou energií a způsobuje zmenšení tlusté / zesílené vrstvy hladké svaloviny průdušek; na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011 shodují. Další je *farmakologická (medikamentózní) léčba* viz další kapitola (1.5.1 Medikamentózní léčba AB).

Pro dosažení úplné kontroly nad onemocněním AB je důležité správné rozdělení pacientů, kteří nezvládají / neovládají správnost inhalační techniky a nespolupracujících pacientů od pacientů, kteří trpí těžkým perzistujícím AB (Heribanová, 2016).

Do léčby AB počítáme i ochranné očkování proti chřipce či proti pneumokoku. Možnost očkování je nabízeno především pacientům s nekontrolovaným AB, nebo je podáno na žádost samotného pacienta (Karges, Al Dahouk, 2011).

1.5.1 Medikamentózní léčba Asthma Bronchiale

Medikamentózní (farmakologická) léčba je vhodná již pro děti starší pěti let (Kolek, Kašák et al., 2010). Cílem medikamentózní (farmakologické) léčby je snížení produktivity zánětu v dýchacích cestách a zároveň snížení bronchospasmu. Medikamentózní (farmakologickou) léčbu je nutné užívat i během bezpříznakového (klidového) období (Neumannová, Kolek et al., 2012). Standardní / základní složení medikamentózní (farmakologické) léčby tkví ve spojení *úlevových antiastmatik* a *kontrolujících antiastmatik*; na tomto sdělení se autoři Kolek, Kašák et al., 2010 a Neumannová, Kolek et al., 2012 shodují. Úlevová antiastmatika ovlivňují vznik exacerbací (znovu vzplanutí astmatu) a kontrolující antiastmatika ovlivňují vznik zánětu; jsou preventivně a protizánětlivě působící (Neumannová, Kolek et al., 2012).

Je nutné léky užívat pravidelně a dodržovat předepsané / naordinované dávkování léku. Dávky léků lze navýšit v případě exacerbace (znovu vzplanutí nemoci / astmatický záchvat). V jiném případě jsou dávky léků navyšovány pouze po konzultaci s plicním lékařem, u kterého je pacient zaregistrován.

Medikamentózní (farmakologická) léčba má svou léčebnou strategii. Léčebná strategie medikamentózní (farmakologické) léčby se liší dle závažnosti AB. Jinými slovy, zda se jedná o prevenci exacerbace (znovu vzplanutí nemoci / astmatický záchvat), nebo zda se jedná o zvládnutí již akutní exacerbace / astmatického záchvatu. Dle těchto dvou faktorů se volí správný druh a dávka medikace; na tomto sdělení se autoři Vlček, Vytřísalová et al., 2014 a Kašák, 2018 shodují.

1.5.2 Bronchodilatační léky

Bronchodilatační léky neboli bronchodilatancia jsou léky ze skupiny úlevových (záchranných) antiastmatik. Bronchodilatancia mohou mít rychlý či pozvolný nástup účinku (Neumannová, Kolek et al., 2012). Funkce / činnost bronchodilatací tkví v uvolnění bronchokonstrikce; což vyvolá bronchodilataci (rozšíření průdušek spolu s odstraněním příznaků astmatu) (Kolek, Kašák, Vašáková et al., 2011). Bronchodilatancia čili úlevová (záchranná) antiastmatika by měla být povinnou výbavou všech diagnostikovaných astmatiků (Petrů, Kolek, Pohunek, 2015).

Bronchodilatancia jsou preferována a nejčastěji k dispozici ve formě inhalačních aerosolů; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Vlček, Vytřísalová et al., 2014 shodují.

Bronchodilatancia se skládají z pěti skupin, které jsou v léčbě AB nejpoužívanější; **inhalační β_2 – agonisté s rychlým nástupem účinku (dále RABA)** ; do této skupiny léčiv patří salbutamol, fenoterol a butalin. Účinek těchto léků se dostaví do 3 minut po jejich aplikaci; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Neumannová, Kolek et al., 2012 shodují. Pokud pacient trpí epizodickou bronchokonstrikce, pak je léčba RABA tou nejlepší volbou. Do lékové skupiny RABA se také řadí *inhalační β_2 – agonisté s krátkodobým účinkem (dále SABA)*. Účinek SABA trvá 4-6 hodin od prvního užití a maximálního / nejvyššího účinku je dosaženo 15-20 minut od jeho aplikace. Hlavními zástupci této lékové skupiny jsou *Ventolin Inhaler N, Berodual, Symbicort Turbuhaler, Combair* atd.; na tomto sdělení se autoři Kašák, 2018 a Petrů, Kolek, Pohunek, 2015 shodují.

Inhalační Anticholinergika s krátkodobým účinkem (dále SAMA) ; účinek skupiny SAMA trvá 6-8 hodin od první aplikace a dosažení maximálního / nejvyššího účinku trvá 30-60 minut. Zástupci této lékové skupiny jsou *Atrovent N a Berodual N* (Kašák, 2018).

Systémové kortikosteroidy (dále SKS). SKS jsou léky podávány v perorální (ústí) nebo intravenózní (žilní cestou) formě. SKS mají pomalý nástup účinku, a to 4-6 hodin. Využívají se u těžkých exacerbací AB. Zástupci této lékové skupiny jsou *Solu-Medrol 40mg* a *Prednison 20*; na tomto sdělení v oblasti SKS se autoři Kašák, 2018, Neumannová, Kolek et al., 2012 a Petrů, Kolek, Pohunek, 2015 shodují. Dále jsou zde zařazeny **Methylxanthiny (theofylliny) s krátkodobým účinkem**; podání theofyllinů je možné formou intravenózní a perorální. Preferovanější je forma intravenózního podání (Kašák, 2018). Avšak je nutná opatrnost a obezřetnost při jejich

podávání z důvodu komplikace možných nežádoucích vedlejších účinků (Neumannová, Kolek et al., 2012). Hlavním a nejznámějším zástupcem lékové skupiny Methylxanthinů (theofylinů) je *Syntophyllin* (převážně intravenózní podání) (Kašák, 2018). V neposlední řadě jsou zde řazeny **perorální či parenterální (žilní cesta) β_2 – agonisté s krátkodobým účinkem**. Perorální β_2 – agonisté s krátkodobým účinkem se v dnešní době již tolik nepoužívají (Neumannová, Kolek et al., 2012). Léky této lékové skupiny způsobují relaxaci (uvolnění) hladké svaloviny dýchacích cest. Nejpoužívanějšími, a hlavně dostupnými zástupci této lékové skupiny jsou *Salbutamol* a *Ventolin* (Kašák, 2018).

V mnohých případech je doporučena inhalace SABA. Ale také možná kombinace SABA a SAMA (Petrů, Kolek, Pohunek, 2015).

V případě zhoršení stavu pacienta s AB natolik, že je nutná hospitalizace, tak se i nadále pokračuje v léčbě pomocí Bronchodilatancií, avšak ve vysokých dávkách. A preferované je podání ve formě nebulizace (Bureš, Horáček, Malý et al., 2014).

1.5.3 Antiastmatické léky

Antiastmatica jsou v popředí medikamentózní (farmakologické) léčby AB (Vlček, Vytřísalová et al., 2014). Antiastmatica jsou léky jenž lze podávat perorální, parenterální (žilní cestou) a inhalační formou. Inhalační forma jejich podávání je však nejpreferovanější. V předchozí kapitole (1.5.2 Bronchodilatační léky) byly představeny bronchodilatační léky, což jsou léky ze skupiny úlevových (záchranných) antiastmatik. V této kapitole budou představeny kontrolující (preventivní) antiastmatika.

Kontrolující (preventivní) antiastmatika ovlivňují vznik a produktivitu zánětu dýchacích cest; což znamená, že jsou protizánětlivého účinku; na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Vlček, Vytřísalová et al., 2014 shodují. Kontrolující (preventivní) antiastmatika je nutné užívat pravidelně, každodenně a dlouhodobě, a to i v bezpříznakovém období (Vlček, Vytřísalová et al., 2014).

Antiastmatica tohoto charakteru se skládají z devíti nejpoužívanějších skupin v léčbě AB; **inhalační kortikosteroidy (dále IKS)**. IKS zlepšují plicní funkci, mají protizánětlivý účinek, redukuje frekvenci a tíži (dopad) exacerbace a omezují hyperreaktivitu průdušek; na tomto sdělení se autoři Klener et al., 2011 a Kašák, 2018 shodují. Do skupiny IKS

patří *budesonid*, *fluticason*, *ciklesonid* a *beclometason*; na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Klener et al., 2011 shodují. Hlavními zástupci lékové skupiny IKS jsou *Symbicort Turbuhaler*, *Combair*, *Ecobec*, *Beclomet Easyhaler*, *Giona Easyhaler*, *Trimbow* a *Pulmicort Turbuhaler* (Kašák, 2018). IKS mají také tu základní vlastnost, že snižují hladinu FENO (koncentrace oxidu dusnatého ve vydechaném vzduchu – dále FENO) (Čáp, Benčová, Jeseňák, 2014).

Inhalační β_2 – agonisté s dlouhodobým účinkem (dále LABA). Účinek LABA trvá až 12 hodin od jejich aplikace (Kašák, 2018). LABA působí na hladkou svalovinu dýchacích cest (převážně průdušek), způsobují relaxaci svaloviny. LABA jsou také účinné v prevenci námahového astmatu (Klener et al., 2011). Zástupci lékové skupiny LABA jsou *Formovent 12MCG*, *DuoResp Spiromax* a *Relvar Ellipta* (Klener et al., 2011).

Antileukotrieny (dále LTRA). LTRA jsou léky, které lze užívat perorální formou (Klener et al., 2011). *Montelukast* patří mezi nejpoužívanější lék této lékové skupiny (Neumannová, Kolek et al., 2012). LTRA jsou příznaky redukující (Kašák, 2018).

Methylxanthiny (theofylliny) s prodlouženým účinkem. Theofylliny jsou léky pro perorální formu podání (Neumannová, Kolek et al., 2012). Theofylliny jsou léky protizánětlivého účinku a také potlačují příznaky nočního astmatu; na tomto sdělení v oblasti Theofyllinů se autoři Kašák, 2018 a Klener et al., 2011 shodují. Zástupci jsou *Euphyllin CRN*, *Theoplus* a *Afonilum SR* (Kašák, 2018).

Perorální β_2 – agonisté (β_2 – mimetika) s dlouhodobým účinkem; tato skupina léků obsahuje lékové formy salbutamolu a terbutalinu, které jsou pomalu uvolňujícího účinku (Kašák, 2018). V dnešní době nepatří mezi nejpoužívanější léky v léčbě AB (Neumannová, Kolek et al., 2012). Skupina těchto léků se užívá k dlouhodobé léčbě AB. Zástupci této skupiny jsou *Spiropent* a *Clenbuterol Sopharma* (Kašák, 2018).

Systémové kortikosteroidy (dále SKS). SKS je léková skupina jež se užívá při léčbě těžké formy AB (Neumannová, Kolek et al., 2012). Cílem užívání SKS je dosažení kontroly nad AB a užívají se každodenně (Kašák, 2018). Hlavními zástupci této lékové skupiny jsou *Prednison 5*, *Prednison 20*, *Metypred* a *Medrol* (Kašák, 2018).

Monoklonální protilátka proti IgE (anti – IgE) ; tato léková skupina se podává převážně při léčbě těžkého atopického AB (Klener et al., 2011). Nejpoužívanější zástupce této lékové skupiny je *Omalizumab (je užíván od r. 2008)* ; na tomto sdělení v oblasti monoklonální protilátky proti IgE se autoři Kašák, 2018 a Klener et al., 2011 shodují. Léky šetřící systémové kortikosteroidy; do této lékové skupiny patří *methotrexát*, *troleandomycin* a *cyklosporin*; na tomto sdělení v oblasti systémových kortikosteroidů se

autoři Neumannová, Kolek et al., 2012, a Kašák, 2018 shodují. **Inhalační Anticholinergikum s dlouhodobým účinkem (dále LAMA)**; tento druh léčby působí jako aditivní (přídavná) léčba (Neumannová, Kolek et al., 2012). Hlavními zástupci této lékové skupiny jsou *Braltus*, *Spiriva* a *Spiriva Respimat 2,5µg* (Kašák, 2018).

Antiastmatika jsou základním pilířem v léčbě AB. Antiastmatika také významně redukuje hladiny FENO (Čáp, Benčová, Jeseňák, 2014). Svými účinky na chronický zánět dýchacích cest, ho minimalizuje a tím významně přispívá ke kontrole AB (Neumannová, Kolek et al., 2012).

1.5.4 Jiné (alternativní) možnosti léčby Asthma Bronchiale

Alternativní terapie (léčba, medicína) je nekonvenční postup léčení, jež je možné použít namísto oficiální / školské medicíny. Tento druh terapie / léčby je u respiračních onemocnění velmi často uplatňován. Alternativní terapie / léčba doprovází klasickou medikamentózní léčbu. Velmi častým případem (příkladem) je léčba respiračních onemocnění pomocí homeopatik namísto antibiotik. Alternativní terapie / léčba je souhrn veškeré zdravotnické péče, jež je poskytován mimo oficiální zdravotnický / ošetrovatelský plán péče (Křížová, 2016).

V mnoha případech může nastat situace, kdy je pacient „unaven“ z medikamentózní léčby a rozhodne se zkusit alternativní možnost v léčbě jeho onemocnění (Křížová, 2016) ; v tomto případě alternativa v léčbě AB. Například klasickou čínskou medicínu, masáže, homeopatii či byliny (Křížová, 2016).

Alternativní terapie / léčba jako taková má své vlastní členění na pět základních skupin; *tradiční ucelené diagnostické a léčebné systémy*; do této základní skupiny alternativní terapie / léčby patří tradiční indická (ajurvéda) a čínská medicína (Křížová, 2016). *Psychosomatické intervence*; do této skupiny patří meditace, muzikoterapie, terapie tancem (dle stavu a možností pacienta), arteterapie, modlitba, Bachovy květy atd. *Biologicky založené postupy*; do této skupiny patří potravinové a vitamínové doplňky či léčivé byliny. Mnohdy jsou pacientům s AB doporučovány různé druhy diet. *Energetické terapie*; do této skupiny patří například homeopatie. Tento pojem znamená (je představován jako) výměna energie mezi lidským tělem a zevním prostředím.

Manipulativní a dotykové techniky na těle, hlavním představitelem této skupiny jsou masáže (Křížová, 2016).

Pokud jde čistě o alternativní terapii / léčbu v oblasti AB, pak jsou přímo a jasně dané alternativní možnosti v léčbě AB. Těmi nejpreferovanějšími možnostmi v léčbě AB jsou; *psychoterapeutické metody*; již v předchozí kapitole (1.2 Asthma Bronchiale) bylo nastíněno, že psychický stav pacienta má veliký vliv na průběh AB; na tomto sdělení se autoři Neumannová, Kolek et al., 2012 a Kašák, 2018 shodují. Psychoterapeutické metody jsou takové, které mají ovlivnit klidný průběh AB, jelikož se AB stává psychosomatickým onemocněním z důvodu chronicity onemocnění (Klener et al., 2011). *Fyzioterapie*. Fyzioterapie představuje jednotné postupy cvičení, které jsou užívány dle cíle fyzioterapie. Do této skupiny především patří péče o reflexní svalové změny, a to především o změny typu svalové dysbalance. Další jednotou této skupiny jsou tréninky dýchacích svalů, posílení svalů horních i dolních končetin, kinesiotaping (posílení fascie břišních svalů) (Neumannová, Kolek et al., 2012) a jóga. Jóga napomáhá tělesné relaxaci a jejich nedílnou součástí jsou dechová cvičení. Pro správnost dechového cvičení lze využít různé polohy z jógy (např.: poloha zajíce ve střední poloze), na tomto tvrzení se autoři Klener et al., 2011 a Neumannová, Kolek et al., 2012 shodují. Do této skupiny patří metoda dýchacího tréninku. Cílem dýchacího tréninku je zvýšení inspirační svalové síly, celkové posílení dýchacích svalů (Zampogna, Zappa et al., 2020). *Speleoterapie*; koncept této terapie tkví ve využití příznivého a vlhkého klimatu jeskyní spolu s absencí alergenů ve vzduchu (Klener et al., 2011). Pobyt v jeskyních či ve vysokohorském prostředí, který je dostatečně dlouhý, vede u mnohých (ne u všech) astmatiků ke zmírnění příznaků AB, tedy ke zlepšení kontroly AB / astma pod kontrolou (Petrů, Kolek, Pohunek, 2015).

AB má mnohdy svůj podklad v alergii. Z hlediska alternativních možností terapie / léčby AB, lze užívat různá homeopatika, jež tlumí alergické reakce a projevy alergie samotné. Mezi taková homeopatika patří *Poumon histamine 30 C*, *Okoubaka 9 C* a *Apis mellifica 30 C* (Formánková, Kabelková, Ludvíková, 2018). Dále je pacientům, kteří se léčí s AB doporučováno užívání homeopatika zvané *Antimonium tartaricum 5 CH / 15 CH*. Tento druh homeopatika se užívá v případě, že pacienti s AB provozují sport jakéhokoli druhu (Ludvíková, 2013).

Často se v rámci alternativní terapie Asthma Bronchiale využívá aromaterapie pomocí *éterických (esenciálních) olejů*. Éterické oleje mají značné účinky v oblasti stresu, stavu dýchavičnosti spolu se stavem sípavého dýchání i v oblasti samotného AB. **V oblasti stresu** (jež je striktním faktorem vyvolávající exacerbaci AB) se nejčastěji využívá *Rosalina / levandulový tea tree*. Jedná se o velmi jemný, a hlavně bezpečný olej. V případě lokálního užití je možné jej použít i neředěný (Noe, 2014). **V oblasti stavu dýchavičnosti** jsou to: *Eukalyptus citronovonný, Eukalyptus radiata, Eukalyptus globulus, Pelargonium graveolens (geranium), Styrax benzoe (benzoin), Juniperus communis (jalovec), Origanum majorana (majoránka) a Rosmarinus officinalis (rozmarýn)*. Pro namíchání ideální směsi je potřeba *Styrax benzoe 15 kapek, Pelargonium graveolens 5 kapek a Eukalyptus radiata 10 kapek*. Po smíchání všech olejů, lze použít 4-5 kapek do 5ml rostlinného oleje. Při sípavém dýchání namíchejte směs z *Eukalyptus radiata 15 kapek, Heřmánek římský 5 kapek a Rosmarinus officinalis 10 kapek*. Oleje se opět smíchají a lze použít 4-5 kapek do 5ml rostlinného oleje (Ann Worwood, 2012). **V problematice samotného AB** jsou zástupci z řad éterických olejů Eukalypty (*Eukalyptus globulus a Eukalyptus radiata*). Avšak je také možné užití olejné směsi, která je doporučena při sípavém dýchání. Na tomto sdělení se autorky Noe, 2014 a Ann Worwood, 2012 shodují. Použití éterických olejů vyžaduje znalost všech účinků, složení, kontraindikace atd. Není možné si říci, že od nynějška začneme používat aromaterapii, bez jakýchkoli odborných znalostí.

Dále je v rámci alternativní léčby praktikována takzvaná *reflexní terapie*. Reflexní terapie funguje na principu toho, že ve všech zakončeních lidského těla se nacházejí existující reflexní plošky, které představují konkrétní / příslušné orgány či oblasti těla. Reflexní plošky celého lidského těla se nacházejí i na šlapkách / ploškách nohou, ale i na ploškách rukou (Janča, 2008 a)). **Plošky nohou**. Na lidském těle, konkrétně na plošce nohou se nacházejí příslušné zóny pro dýchací cesty. Cesty nohou simulují dýchací cesty, tak jak jsou uloženy v dutině hrudní. Pravá a levá noha představuje pravou a levou plíci. Důležitá je zóna bránice, jelikož její uložení se nachází ve stejné zóně jako vegetativní centrum plexus solaris (sluneční pletenec). Pokud je prováděna správná reflexní masáž právě této zóny, dochází k úlevě, jak od celkového napětí těla, tak i k úlevě bolestivosti. Velice účinná je kombinace reflexní masáže. Avšak upřesnění kombinací reflexních masáží, které by bylo „šité na míru“ pro konkrétního pacienta je úkolem léčitele, který se touto problematikou zabývá (Janča, 2008 b)). **Plošky rukou**. Na dlaních obou rukou se nachází

reflexní plošky plic, přesněji v horní polovině dlaně hned za základními klouby prstů. Správná masáž je provedena tak, že na hřbet ruky jsou položeny prsty a prsty (masírované ruky) zespodu jsou položeny na dlaň ruky. Masáž je prováděna palcem ruky léčitele, směrem zdola nahoru a vždy k pravé straně (Janča, 2008 b)).

Do alternativní terapie je zahrnuta léčba pomocí bylinek. Bylinky k léčbě různých onemocnění i zranění, jsou používány již od počátku lékařství (Gato, 2013). K léčbě onemocnění Asthma Bronchiale se doporučuje, užití sirupu z mateřídoušky, čaje z černého bezu a kopřivy dvoudomé (Urtica Dioica). Kopřiva dvoudomá má velice širokou oblast působnosti, v oblasti lidského těla. Kopřiva dvoudomá má čistící účinek; čistí krev a ledviny (je močopudná). Dále je velice žádaná v prevenci proti chřipce, je protivirového působení. Kopřivu dvoudomou, lze užívat v podobě čaje i tinktury. Pokud je užívána v podobě tinktury, tak její doporučené dávkování je 3x30 kapek. Avšak častějším užitím kopřivy, je v podobě čaje či bylinného odvaru (Gato, 2013). Kopřivu dvoudomou je možno užívat, bez obav z možných kontraindikací. Kopřiva dvoudomá obsahuje účinné látky: histamin, vitamíny (A, B2, C, K1), kyselina listová, chlorofyl či acetylcholin (Grešík, 2008). Dále je v oblasti léčby Asthma Bronchiale, často vyhledáváno Aloe Vera (Aloe pravá, Aloe barbadensis). Z Aloe Vera jsou nejčastěji užívány její listy, respektive gel získaný z jejích listů. Tento gel/šťávu, lze používat i vnitřně. Gel/šťávu z listů, lze použít i na povrchová zranění (popáleniny, lehké šrámky, ale i na akné a na kožní plísň). Dále Aloe Vera svými účinky posiluje organismus, což je v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale velice významným účinkem. V případě vnitřního užití je nutné být na pozoru, nesmí být překročena doporučená dávka 3x1 kávová lžička, v případě tinktury je doporučená dávka 2x10 – 25 kapek denně. Avšak je lepší její vnější užití než vnitřní. Vnitřní podání má řadu kontraindikací: gynekologické problémy, krvácející hemeroidy či nepravidelnou menstruaci (Gato, 2013).

Do alternativní terapie / léčby je možné zahrnout i lázeňskou léčbu. Lázeňská léčba je souhrn / spojení dvou léčebných prvků, a to přírodních a umělých. Lázeňská léčba zahrnuje kromě zlepšení odolnosti a fyzické kondice i klimatoterapii. Klimatoterapie využívá ve svém účelu, tedy léčebnému pobytu taková místa, která vyhovují svým podnebím pro příznivé a léčivé účinky (Neumannová, Kolek et al., 2012). Mezi doporučované lázně pro pacienty s AB patří Lázně Karlova Studánka, Mariánské Lázně či Lázně Jeseník, lázně pro dospělé pacienty s AB. Naproti tomu lázně doporučované pro

děti a dorost jsou Lázně Luhačovice, Mariánské Lázně, Priessnitzovy léčebné lázně Jeseník či Lázně Bludov (Neumannová, Kolek et al., 2012).

Mnoho pacientů, kteří se s onemocněním AB setkávají poprvé, vyhledávají mnoho informací o alternativní léčbě daného onemocnění prostřednictvím internetových stránek a odkazů. Přičemž se během svého hledání mohou dopustit mnoha chyb a omylů. A to především v oblasti využití/aplikace získaných informací bez konzultace s odborníkem daného oboru. Když si pacienti zadají do vyhledávání *Alternativní léčba Asthma Bronchiale*, pak se na obrazovce jejich počítače objeví mnoho odkazů. Jedná se především o diskusní fóra, kde si lidé vyměňují své vlastní zkušenosti, rady či své vlastní příběhy. Mnoho odkazů také zavede pacienty na stránky Čínské medicíny, kde najdou rady v podobě Tinkтуры [1 kapka na 1 kg váhy (60 kg – 30 kapek ráno a 30 kapek večer)] či Akupunktury. Pokud se pacienti zaměřují na vyhledávání alternativních bylinných možností léčby onemocnění AB, najdou zde odkaz „10 léčivých bylinek na astma – Zdravé zdraví“ (<https://zdravezdravi.cz/bylinky/10-lecivych-bylinek-na-astma>). Na této stránce jsou popsány jednotlivé bylinky spolu s popisem jejich účinků na lidský organismus a s jejich dávkováním. Dalším odkazem, který upoutá pacientovu pozornost je „Byliny a úprava jídelníčku při léčbě astma – Tradiční terapie“ (<https://www.tradicni-terapie.cz/post/byliny-a-uprava-jidelnicku-pri-lecbe-astma>). Tato internetová stránka nabízí lehký seznam potravin, které jsou vhodné k užívání při léčbě onemocnění AB. Další alternativní léčbou, kterou lidé vyhledávají, jsou takzvané Bachovy květy. Možnými odkazy jsou: „Bachovy květové esence – Bachovy esence“ (<https://www.bachovky.cz>) či Bachovy květy - Krizová esence Dr. Bach (<https://www.biooo.cz/bio-zdravi/bachova-terapie/>). V obou odkazech pacienti naleznou seznam jednotlivých esencí spolu s popisem esence, jejím využitím a denním dávkováním. Ale je nutné si uvědomit, že Bachovy esence/květy ovlivňují především lidskou psychiku v mnoha aspektech. Ovlivňují pacientovu psychiku, a to vede ke zmírnění stresu a celkového napětí, což má za následek snížení rizika vzniku exacerbace onemocnění AB, jelikož stres je jedním z hlavních vyvolávacích faktorů. Dále je si třeba uvědomit, že na každého člověka mají odlišný účinek a je třeba se ve správné volbě Bachovy esence poradit s odborníkem v daném oboru. Dále je nutné si uvědomit, že i když Bachovy květy mohou mít značný vliv na pacientovu psychiku s následným zmírněním rizika exacerbace, tak samotné onemocnění AB je neléčitelné. Tudíž je nutné mít na paměti, že i přes značný vliv Bachových esencí či jiných výše zmíněných možností

alternativní léčby, není možné, aby bylo samotné onemocnění AB považováno za zcela vyléčené. A v tomto smyslu tkví omyly a chyby pacientů, kteří se rozhodli aplikovat alternativní léčbu daného onemocnění. Může nastat situace, kdy pacientem využitá alternativa v léčbě AB se jeví jako účinná a pacient dojde k rozhodnutí, že předepsaná medikamentózní léčba, již není v jejich případě nutná. Což je jeden z největších omylů, kterého se pacienti mohou dopustit. Za každé situace je nutné svou volbu léčby konzultovat s odborníkem v daném oboru, a tím předejít možným komplikacím spojených s nedodržením léčebného režimu či s jeho neadekvátní úpravou.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat přístup pacientů v léčbě Asthma Bronchiale
2. Zjistit využívání různých způsobů (přístupů) léčby pacienty s Asthma Bronchiale

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastější přístupy v léčbě pacientů s Asthma Bronchiale?
2. Dodržují pacienti s Asthma Bronchiale léčebný režim?
3. Využívají pacienti v léčbě Asthma Bronchiale více způsobů léčby?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika sběru dat

Praktická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. V rámci kvalitativního výzkumného šetření byl proveden polostrukturovaný rozhovor s pacienty, kteří se léčí s onemocněním Asthma Bronchiale v rámci plicní ambulance, nemocniční zařízení. Rozhovor byl proveden také s paní primářkou vedoucí výše zmíněnou plicní ambulanci.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 10 otázek (příloha 1), které doplňovaly podotázky dle situace. Rozhovor probíhal anonymně a se souhlasem respondentů. Otázky byly sestaveny na základě stanovených výzkumných cílů a výzkumných otázek. Rozhovor trval přibližně 10 minut, někdy 15-20 minut v případě, že pacient měl informace navíc. Přes vzniklou pandemickou situaci probíhaly všechny rozhovory osobně v plicní ambulanci, která byla lékaři vyhrazena pro účel rozhovoru. Rozhovory vzhledem k pandemické situaci probíhaly na základě dodržení vládou nařízených opatření. Získané rozhovory byly přepsány do Microsoft Word a následně zpracovány. K zpracování a analýze získaných informací bylo použito otevřené kódování pomocí metody „tužka a papír“. Získané výsledky byly rozděleny do kategorií a podkategorií. Oslovení informanti podepisovali souhlas s poskytnutím informací, a s jejich následným zpracováním. Dále oslovení informanti souhlasili s nahráváním rozhovoru, s jasnou podmínkou zachování anonymity. V případě, že oslovení informanti souhlasili s rozhovorem, ale nesouhlasili s jeho nahráváním, byly veškeré informace zaznamenány na „papír“.

3.2 Kritéria pro výběr respondentů

Základním kritériem pro výběr vhodných respondentů bylo onemocnění Asthma Bronchiale. Informanti, kteří trpí tímto onemocněním byli v první řadě osloveni vedoucí lékařkou plicní ordinace, která se přislíbila pomoc. Informanti, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru (anonymní formou) přišli ve smluvený den do plicní ordinace, kde byli osloveni tazatelem. Výběr informantů byl zcela záměrný. Počet informantů, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru, čítal počet 10 informantů. Všech 10 oslovených informantů odpovídalo na položené otázky jasně, odpovědi byly uspokojivě dostatečné z hlediska potřebných informací.

Onemocnění Asthma Bronchiale bylo hlavním kritériem pro výběr respondentů. Dalším kritériem byla ochota spolupráce ze strany respondenta.

Dalším kritériem bylo, jakým způsobem respondent dodržuje naordinovanou medikaci. S výběrem v rámci tohoto kritéria byla nutná konzultace s vedoucí lékařkou dané plicní ambulance.

Výzkumné šetření bylo postaveno na skutečnosti, že informanti nebyli rozlišováni dle délky onemocnění Asthma Bronchiale, na pohlaví a na věku informantů.

3.3 Popis výzkumného souboru

V rámci výzkumného šetření byli osloveni informanti (pacienti) a informantka (vedoucí lékařka plicní ambulance). Informanti (pacienti), kteří poskytli rozhovor, splňovali věkové rozmezí od 20 let do 65 let. Věkové rozmezí informantů (pacientů) je velice různorodé, avšak na výsledky výzkumného šetření, nemělo toto rozmezí žádný negativní dopad. Informanti (pacienti) poskytující rozhovor se léčí s onemocněním Asthma Bronchiale, časově zcela různorodě. Informanti (pacienti) se léčí s onemocněním Asthma Bronchiale, v rozmezí časového úseku od 1 roku po 31 let. Všichni informanti (pacienti) jsou léčeni s tímto onemocněním od okamžiku jeho diagnostiky.

Informantka (vedoucí lékařka plicní ambulance) působí v odvětví plicní medicíny již 23 let. Informantka (vedoucí lékařka) složila z tohoto oboru lékařskou atestaci. Poskytuje odborná konzilia na mnoha oddělení v nemocnici v Pelhřimově.

4 Výsledky

4.1 Seznam kategorií a podkategorií

Rozhovor s informanty byl rozdělen do 4 skupin a do 10 podskupin:

Kategorie 1: Onemocnění Asthma Bronchiale	Kategorie 2: Pravidelnost v užívání medikamentózní léčby	Kategorie 3: Alternativní medicína / léčba	Kategorie 4: Názor pacientů na efektivnost účinnosti medikamentózní a alternativní léčby
Podkategorie 1.1 Doba trvání léčby onemocnění Asthma Bronchiale	Podkategorie 2.1 Pravidelné užívání naordinovaných léků dle instrukcí lékaře	Podkategorie 3.1 Vyhledávání jiných (alternativních) možností léčby AB	Podkategorie 4.1 Účinnost medikamentózní léčby
Podkategorie 1.2 Podmínky (období, situace) diagnostiky onemocnění Asthma Bronchiale	Podkategorie 2.2 Úprava daných dávek naordinovaných léků	Podkategorie 3.2 Zkušenost s alternativní léčbou	Podkategorie 4.2 Efektivnější druh praktikované léčby
		Podkategorie 3.3 Diskuse na téma „alternativní léčba“ s plicním lékařem	
		Podkategorie 3.4 Reakce plicního lékaře na možnost alternativní léčby	

Zdroj: Vlastní

Kategorie 1 – Onemocnění Asthma Bronchiale

Podkategorie 1.1

Tato podkategorie se zabývá dobou, po kterou se informanti s onemocněním Asthma Bronchiale léčí. Dále byli informanti dotazováni, jaké byly jejich začátky s onemocněním Asthma Bronchiale, respektive jak zvládaly svá prvotní setkání a seznamování se s onemocněním Asthma Bronchiale z hlediska jeho životního omezení.

Všichni informanti, respektive všech 10 informantů mi na tuto otázku odpovědělo. Avšak doba trvání (doba, po kterou se pacienti s onemocněním Asthma Bronchiale léčí) byla velmi různorodá a u všech 10 informantů rozdílná.

I1 uvedl: *„ S astmatem se léčím už 5 let. Začátky nebyly nikterak strašné, ale měl jsem problémy s dýcháním. Nyní žádné znatelné problémy nemám, cítím se velmi dobře. ”*

I2 uvedl: *„ Přesnou dobu si nepamatuji, ale je to okolo 10 let. Kromě horšího dýchání, hlavně při námaze (delší chůze), si nepamatuji, že bych měl nějaké výrazné problémy. ”*

I3 uvedla: *„ S astmatem se léčím přesně 1 rok. Zpočátku jsem na tom byla špatně s dýcháním, což byl důvod, proč jsem musela navštívit plicního lékaře. Jinak si myslím, že jsem to zvládala a zvládám dobře. Necítím se nijak výrazně omezena, v životě. ”*

I4 uvedl: *„ Na astma mi přišli před 7 lety. Měl jsem problémy se zhoršeným dýcháním, ale to bylo převážně tím, že jsem v té době hodně kouřil (okolo 20 cigaret denně, i víc). ”*

I5 uvedla: *„ S astmatem se léčím celých 25 let. Kromě postupně zhoršujícího se kašle a dýchavičnosti si nevzpomínám, že bych zpočátku měla s astmatem větší problémy. Snášela jsem to poměrně dobře a nyní se cítím velmi dobře. Problémy nyní nepociťuji. ”*

I6 uvedl: *„ S onemocněním astma se léčím již 2 roky. Cítím se dobře a žádné výrazné problémy nepociťuji. Lehké problémy jsem pocítoval zpočátku, ale nyní již ne. ”*

I7 uvedl: *„ S astmatem se léčím celých 31 let. Naučil jsem se s ním fungovat a je mi dobře. ”*

I8 uvedl: *„ S astmatem se léčím od svých 17 let, takže dnes je to přibližně okolo 40 let. ”*

I9 uvedla: *„ S onemocněním Asthma Bronchiale se léčím 2 roky. Ještě dnes mám problémy rozeznat, kde jsou konečné meze toho, co mohu, a co naopak nemohu dělat. ”*

I10 uvedla: *„ S astmatem se léčím okolo 5 let. Kromě lehce zhoršeného dýchání a*

zhoršené alergické rýmy jsem nikterak veliké problémy nepociťovala. A nyní jsem úplně bez problémů. "

Podkategorie 1.2

Tato podkategorie se zabývá dobou či situací, respektive podmínkami, za jakých bylo pacientům onemocnění Asthma Bronchiale diagnostikováno. Pro objasnění byli informanti dotazováni, zda jim onemocnění Asthma bronchiale bylo diagnostikováno na podkladu zhoršující se alergie či alergie jako takové (bez zhoršení) či jako následek jiného onemocnění dýchacích cest.

I1 uvedl: *" Astma mi bylo diagnostikováno jako následek po prodělané chřipce. Do plicní ambulance jsem byl poslán svou praktickou lékařkou pro zhoršené dýchání. "*

Informanti I2, I3, I4, I5 a I10 se shodli na tvrzení, že onemocnění Asthma Bronchiale jim bylo diagnostikováno na podkladu zhoršeného až špatného dýchání. I4 k tomuto sdělení dodal: *" V té době, kdy mi na astma přišli jsem hodně kouřil (okolo 20 cigaret denně, i víc). "* I5 k tomuto sdělení dodala: *" My máme astma v rodině, takže mi bylo zjištěno i na podkladu rodinné anamnézy. "* I10 k tomuto sdělení uvedla: *" Astma mi diagnostikovali na podkladu zhoršené alergické rýmy. "*

I6 uvedl: *" Astma mi diagnostikovali jako následek prodělaného těžkého zápalu plic. "*

I7 uvedl: *" Astma mi bylo diagnostikováno na podkladu častých bronchitid, kterými jsem trpěl na podkladu svého zaměstnání. Pracoval jsem s ředidly a toto jsou následky. "*

I8 uvedl: *" U mě astma vzniklo ze silné senné rýmy, která se postupně zhoršovala. "*

I9 uvedla: *" Astma mi bylo diagnostikováno jako následek pravostranného zápalu plic, který jsem prodělala před 2 lety. A k tomu trpím alergiemi. "*

Kategorie 2 – Pravidelnost v užívání medikamentózní léčby

Podkategorie 2.1

Tato podkategorie se zabývá pravidelností v užívání naordinovaných léků informanty. Informanti byli dále dotazováni, zda naordinované léky užívají dle instrukcí lékaře či naordinované léky někdy samovolně vynechají.

Všichni informanti I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10 se shodli na sdělení, že veškeré naordinované léky užívají pravidelně a dle instrukcí lékaře.

Podkategorie 2.2

Tato podkategorie se zabývá problematikou úprav dávek naordinovaných léků informantem. Informanti byli dotazováni, zda užívají lékařem určené dávky naordinovaných léků, nebo zda si již zmíněné dávky upravují samovolně. V případě, že si již výše zmíněné dávky naordinovaných léků informanti upravují samovolně, tak jsem se ptala, z jakého důvodu či za jaké situace se k této úpravě uchýlí. Dále jsem se ptala, zda tuto případnou úpravu konzultují se svým lékařem.

Informanti I1, I2, I5, I6, I7, I8, I9 a I10 se shodli na tom, že si dávky naordinovaných léků upravují výhradně po konzultaci se svým plicním lékařem. A to v případě, že se cítí hůře (špatné dýchání).

Informanti I3 a I4 se shodují na tvrzení, že dané dávky naordinovaných léků si neupravují, a ani nemají potřebu takovou možnost konzultovat se svým plicním lékařem. A z vlastní iniciativy si naordinované dávky léků také neupravují.

Kategorie 3 – Alternativní medicína / léčba

Podkategorie 3.1

Tato podkategorie se zabývá vyhledáváním jiných (alternativních) možností léčby jejich onemocnění, tedy onemocnění Asthma Bronchiale. Dále byli informanti dotazováni, zda je tato možnost napadla z vlastní iniciativy či na popud někoho ze svého okolí. Dále byli informanti dotazováni, zda již objevili nějakou alternativní možnost, kterou se chystají vyzkoušet, tedy samozřejmě v případě, že jiné (alternativní) možnosti vyhledávají. V případě, že tuto variantu léčby nevyhledávají, byli tázáni na důvod.

Informanti I3, I4, I5, I8 a I9 se shodují na tvrzení, že se snaží hledat jiné (alternativní) možnosti léčby jejich onemocnění, tedy onemocnění Asthma Bronchiale. I3 k tomuto tvrzení uvedla: *„ Snažím se hodně pohybovat a provádím dechová cvičení. A zároveň se poohlížím po vhodných bylinkách. ”* I4 k tomuto sdělení uvedl: *„ Dle doporučení jedné známé chci vyzkoušet houbu Reishi a Aloe Veru. ”* I5 k tomuto sdělení uvedla: *„ Sama se pokouším vyhledávat alternativy. Například bylinky, jako je Kopřiva dvoudomá ”* I8 k tomuto sdělení uvedl: *„ Každý den chodím svou obvyklou trasu, 8 km. Mám to rád, pomáhá mi to se udržet v kondici a přispívá mi to k úplné psychické pohodě. ”* I9 k tomuto sdělení uvedla: *„ Alternativu rozhodně vyhledávám. Již jsem vyzkoušela*

odvar z Kopřivy dvoudomé, Bachovy květy a pravidelně provádím dechová cvičení. A vyhledávám i další možnosti v oblasti alternativy. "

Ostatní informanti I1, I2, I6, I7 a I10 se shodují na tvrzení, že nemají potřebu vyhledávat jinou (alternativní) léčbu. Neví o nich nebo jim tato varianta nebyla nikdy nabídnuta.

Podkategorie 3.2

Tato podkategorie se zabývá možnými předchozími zkušenostmi s alternativní medicínou. Informanti byli dotazováni na jejich osobní zkušenost. V případě, že informant nemá osobní zkušenost, pak další dotaz se týkal, jakého rázu jejich případná zkušenost byla (zda se jejich zkušenost vztahuje na lidi v jejich okolí či jen z doslechu).

Informanti I5 a I9 se shodují na tvrzení, že a alternativní léčbou mají již minulou zkušenost.

I5 uvedla: *" Moje minulé zkušenosti s alternativní medicínou se týkají hlavně bylinek. "*

I9 uvedla: *" Již z minulosti mám zkušenost s alternativní léčbou v podobě akupunktury. Netýkalo se to astmatu, přesto akupunktura byla to jediné, co mi tehdy pomohlo. "*

Ostatní informanti I1, I2, I3, I4, I6, I7, I8 a I10 se shodují na tvrzení, že žádnou minulou zkušenost s alternativní léčbou nemají.

Podkategorie 3.3

Tato podkategorie se zabývá možnou diskusí mezi pacienty a plicním lékařem o možnosti alternativní medicíny. Informanti byli dotazováni, zda jim byla tato varianta jejich plicním lékařem nabídnuta, nebo zda tuto úvahu o alternativní medicíně nadnesli z vlastní iniciativy.

Všichni informanti I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10 se shodují na tvrzení, že jakoukoli možnost alternativní léčby se svým plicním lékařem nediskutovali. I4 k tomuto tvrzení dodal: *" Zatím jsem tuto variantu léčby s plicní lékařkou nediskutoval, ale mám v plánu tuto možnost nadnést a prodiskutovat. "*

Podkategorie 3.4

Tato podkategorie se zabývá reakcí, s jakou se setkali informanti ze strany jejich plicního lékaře po nadnesení varianty alternativní medicíny. Informanti byli dotazováni, zda jejich plicní lékař zaujal vůči této variantě kladný či odmítavý postoj.

Všichni informanti I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10 se shodují na tvrzení, že se s žádnou reakcí ze strany jejich plicního lékaře nesetkali, neboť s ním tuto variantu léčby nediskutovali.

Kategorie 4 – Názor pacientů na efektivnost účinnosti medikamentózní a alternativní léčby

Podkategorie 4.1

Tato podkategorie se zabývá vnímavostí pacientů na účinnost medikamentózní léčby. Informanti byli dotazováni, zda zpozorovali změnu svého zdravotního stavu po nasazení medikamentózní léčby. Dále byli informanti dotazováni, zda kladné účinky nastavené léčby trvají i nadále.

Všichni informanti I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10 se shodují na tvrzení, že medikamentózní léčbu shledávají velmi účinnou. Cítí se lépe po tělesné (zdravotní) i psychické stránce.

Podkategorie 4.2

Tato podkategorie se zabývá názorem informantů na efektivnost obou variant léčby AB. Tedy medikamentózní a alternativní léčba. Informanti byli dotazováni, kterou variantu léčby AB považují za efektivnější a naopak, či zda by za efektivnější považovali spojení obou variant léčby.

Informanti I1, I2, I4, I5, I6, I7 a I10 se shodli na tvrzení, že nejefektivnějším druhem léčby je pravidelná medikamentózní léčba. Informanti I1, I6 a I7 dodali shodné tvrzení, že: *„ Jinou zkušenost v souvislosti s léčbou AB nemám. Naordinovaná medikamentózní léčba mi velice pomohla. ”* I4 dodal: *„ Mám v plánu vyzkoušet alternativní léčbu v podobě Houby Reishi a Aloe very. Ale jelikož jsem zatím tuto variantu nevyzkoušel, považuji medikamentózní léčbu za velice efektivní. ”* I5 k tomuto sdělení uvedla: *„ Přestože vyhledávám alternativu především v podobě bylinek, tak si myslím, že medikace v léčbě astmatu, je efektivnější než samotná alternativa. Ovšem jejich spojení je možná nejlepší. ”* Informanti I3, I8 a I9 se shodli na tvrzení, že za nejefektivnější léčbu považují spojení medikamentózní a alternativní léčby. Informant I8 k tomuto tvrzení dodal: *„ Já užívám nebo jinak, já mám naordinováno velice málo léků, pouze 2x denně užívám Berodual. A ten shledávám účinným. Jinak další léky dle mého názoru nepotřebuji a ani je nechci. ”*

Rozhovor s informantkou (vedoucí plicní lékařkou) byl rozdělen do 4 kategorií a do 5 podkategorií:

Kategorie 1: Délka odborné praxe v plicním lékařství	Kategorie 2: Asthma Bronchiale	Kategorie 3: Léčebný režim a samotná léčba AB	Kategorie 4: Alternativní medicína
	Podkategorie 2.1 Četnost výskytu AB	Podkategorie 3.1 Pravidelné užívání naordinované medikace	Podkategorie 4.1 Obecný názor na alternativní medicínu
	Podkategorie 2.2 Nejčastější věková hranice AB	Podkategorie 3.2 Nejpoužívanější léková skupina	Podkategorie 4.2 Setkání s alternativní medicínou v léčbě AB
			Podkategorie 4.3 Četnost myšlenky na alt. medicínu ze strany pacientů
			Podkategorie 4.4 Profesní názor na alternativní medicínu
			Podkategorie 4.5 Vliv alternativní medicíny na léčbu AB

Zdroj: Vlastní

Kategorie 1 – Délka odborné praxe v plicním lékařství

Tato kategorie se zabývá délkovou odborné praxe v odvětví plicní medicíny, vykonávanou informantkou (vedoucí lékařskou plicní ambulance). Dále byla informantka dotazována, zda pracovala i na jiném oddělení.

I1 na tento dotaz odpověděla: *„ Na plicním pracuji již 23 let. ”* Na druhý dotaz odpověděla I1, že: *„ Ano, v rámci koleček na chirurgii, interně, dětském, LDN, resp. JIP. ”*

Kategorie 2 – Asthma Bronchiale

Podkategorie 2.1

Tato podkategorie se zabývá četností výskytu onemocnění Asthma Bronchiale. Informantka byla dotazována, zda je onemocnění Asthma Bronchiale častým onemocněním.

I1 na tento dotaz odpověděla, že: *„ Astma je poměrně časté onemocnění a jeho výskyt se statisticky zvyšuje, nejen v souvislosti s rozvojem civilizačních chorob, ale i s lepší diagnostikou tohoto onemocnění. Prevalence astmatu: celková v ČR – cca 8 %, u dětí více než 10 %. ”*

Podkategorie 2.2

Tato podkategorie se zabývá věkovou hranicí pacientů s onemocněním Asthma Bronchiale. Dále byla informantka dotazována, zda se vyskytuje, v rámci této ambulance spíše mladší věková kategorie, trpící onemocněním Asthma Bronchiale.

I1 na tento dotaz odpověděla: *„ Věková hranice v oblasti astmatu neexistuje, astma se vyskytuje v každém věku, od miminek až po stáří. Posledních 20 let roste výskyt tohoto onemocnění u dětí a stává se nejčastějším chronickým onemocněním u dětí, a to i u nás. ”* Na druhý dotaz I1 odpověděla: *„ Věková struktura našich pacientů je rozmanitá, u CHOPN a u nádorů převažují pacienti nad 50 let, u astmatu mladší ročníky. ”*

Kategorie 3 – Léčebný režim a samotná léčba AB

Podkategorie 3.1

Tato podkategorie se zabývá pravidelným užíváním naordinované medikace ze strany pacientů, a z pohledu informantky (vedoucí lékařky) na tuto problematiku. Informantka byla dotazována, zda pacienti, kteří jsou v péči této ambulance, dodržují a pravidelně užívají naordinovanou medikaci.

I1 na tento dotaz odpověděla: *„ Jak kteří, pacienti se liší dle compliance (schopnosti spolupracovat) do několika skupin: a) ti, co se snaží a berou vše, tak jak mají – je jich relativně málo; b) ti, co se snaží, ale zapomínají – drtivá většina (aneb nejsme roboti) ; c) ti, co se snaží v době, kdy jim není dobře, a pak poleví; d) ti, co nevěří a hledají jiné cesty – což se jim většinou nevyplácí. ”*

Podkategorie 3.2

Tato podkategorie se zabývá nejpoužívanější lékovou skupinou v léčbě Asthma Bronchiale. Informantka byla dotazována, jaké lékové skupiny volí v léčbě Asthma Bronchiale u pacientů nejčastěji. A dále byla informantka dotazována, zda pacienty, kteří se setkávají s onemocněním Asthma Bronchiale poprvé, odkazuje na nějaké odborné stránky či články pro připomenutí si inhalační techniky v případě, že školení všeobecné sestry nebylo dostačující.

I1 na první dotaz odpověděla: *„ V léčbě astmatu se řídím doporučeními GINA, tedy sleduji tíži astmatu podle příznaků, jejich četnosti, funkčními vyšetřeními a schopnostmi pacienta. Základem léčby jsou inhalační kortikoidy, a v případě trvání dechových obtíží či kašle, přidávám bronchodilatační léky, a to jak dle potřeby, tak stabilně. Při výběru inhalačních léků se řídím předpokládanou spoluprací pacienta – typ inhalátoru dle motoriky nemocného, četnost podání dle předpokládané spolupráce. ”* Na druhý dotaz I1 odpověděla: *„ Ano, například Mujinhalator.cz či Kurakovaplice.cz. ”*

Kategorie 4 – Alternativní medicína

Podkategorie 4.1

Tato podkategorie se zabývá obecným názorem na alternativní medicínu, ze strany informantky. Dále byla informantka dotazována, zda má vlastní osobní zkušenost s alternativní medicínou.

I1 na první dotaz odpověděla: *„ Alternativní medicína je široký pojem, některé směry jsou zcestné a mají za úkol vydělávat peníze či zvyšovat ego léčitele - například clusterová medicína, sektářství atd. Některé směry mají něco do sebe a jsou osvědčené ještě z dob, kdy nic jiného nebylo a vychází z přírodní medicíny. Inhalace, bylinky, přírodní léky. Ne vše lze, ale u astmatu použít. Tristní je pití bylinkových čajů u alergického typu astmatu; zvláště pokud má pacient alergii na pyl trav, stromů a květin – efekt je pak zcela opačný. U některých pacientů pomáhá i autosugesce či sugesce. Záleží na sugestibilitě pacienta, pak může pomoci hypnóza či lidový léčitel. Většinou však jen částečně a efekt nemusí být dlouhodobý. Zvláštním případem je homeopatie – jednoduše řečeno cukrové kuličky s otiskem léčivé molekuly – dle mého /víra tě uzdraví a vyžene peníze z vaší kapsy/. ”* Na druhý dotaz I1 odpověděla: *„ Pokud se dá považovat za alternativu léčba bylinkami, pak ano. ”*

Podkategorie 4.2

Tato podkategorie se zabývá setkáním informantky s alternativní medicínou v rámci léčby onemocnění Asthma Bronchiale. Dále byla informantka dotazována, zda se setkala u svých pacientů s neobvyklým pojetím alternativní medicíny v rámci léčby onemocnění Asthma Bronchiale.

Na první dotaz I1 odpověděla: *„ Ano v léčbě astmatu se setkávám s alternativami, jak je již výše uvedeno, ne vždy ideálními (bylinkové čaje u alergiků). A některé používáme, doporučujeme, například inhalace Vincentkou, dechové techniky, autogenní trénink (pokud ho lze považovat za alternativu). Ale vždy ve spojení s klasickou alopatickou terapií. ”* Na druhý dotaz I1 odpověděla: *„ Nedávno jsem se setkala s pacientem, který při léčbě infektu C19 ve spojení se svým astmatem žvýkal listy koky, kouřil marihuanu, do toho aplikoval Symbicort a myslím, že tato kombinace byla dle jeho slov velmi účinná. ”*

Podkategorie 4.3

Tato podkategorie se zabývá četností myšlenek na alternativní medicínu ze strany pacientův rámci této ambulance.

I1 na tento dotaz odpověděla: *„ Jsem poměrně otevřená diskusi o alternativních možnostech, mnoho pacientů si hledá ještě další cestičky mimo naši léčbu. Řídím se heslem /co neublíží je možné použít, třeba to i pomůže/. Ale vždy znovu upozorňuji na nutnost současného užívání naší terapie. ”*

Podkategorie 4.4

Tato podkategorie se zabývá profesním názorem informantky na užití alternativní medicíny v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale.

Na tento dotaz odpověděla I1 již v otázce číslo 6.

Podkategorie 4.5

Tato podkategorie se zabývá vlivem alternativní medicíny na onemocnění Asthma Bronchiale. Informantka byla dotazována, zda by mohla mít alternativní medicína příznivější vliv na léčbu Asthma Bronchiale.

I1 na tento dotaz odpověděla: *„ Myslím si, že alternativní medicína dostatečná není, pokud by byla, dávno bychom již využívali k léčbě příslušné jiné metody. Jako přídatná se určitě hodí, ale ne vše u všech pacientů. Je to čistě individuální. ”*

4.2 Výsledky z rozhovorů

Výzkumné šetření, které probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru, přineslo uspokojivé výsledky v rámci problematiky onemocnění Asthma Bronchiale a jeho léčbě.

Zpracování získaných informací od všech 10 informantů ukázalo, že první polovina (5) informantů vyhledává alternativní možnosti v léčbě svého onemocnění, onemocnění Asthma Bronchiale. Druhá polovina (5) informantů alternativní možnosti v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale, nevyhledávají. Důvody nevyhledávání alternativních možností léčby Asthma Bronchiale, tkví v nepotřebě vyhledávání alternativy ze strany informantů spolu s jistou nevědomostí o takové možnosti.

Výsledky v oblasti vyhledávání alternativních možností léčby Asthma Bronchiale:

Informanti, kteří alternativní terapii vyhledávají	Informanti, kteří alternativní terapii nevyhledávají
I3, I4, I5, I8 a I9	I1, I2, I6, I7 a I10

Zdroj: Vlastní

Výsledky v oblasti pravidelnosti užívání medikamentózní léčby:

Informanti, kteří pravidelně užívají medikamentózní léčbu	Informanti, kteří pravidelně neužívají medikamentózní léčbu
I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8, I9 a I10	X

Zdroj: Vlastní

Výsledky v oblasti efektivnosti medikamentózní a alternativní léčby (kterou variantu považují informanti za nejefektivnější):

Medikamentózní léčba	Samotná alternativní léčba	Spojení medikamentózní a alternativní léčby
I1, I2, I4, I5, I6, I7 a I10	X	I3, I8, I9 a I5
Pozn.: I5 považuje medikamentózní léčbu za nejefektivnější, avšak ke spojení medikamentózní a alternativní léčby se přiklání také (vyhledává alternativu)		

Zdroj: Vlastní

Výzkumné šetření prokázalo, že s ohledem na vyhledávání alternativní možnosti léčby onemocnění Asthma Bronchiale je výsledek **5:5** (50 %:50 %). Tento výsledek byl prokázán bez ohledu na věk či pohlaví informantů.

Z hlediska pravidelného užívání medikamentózní léčby prokázalo výzkumné šetření, že všech 10 dotazovaných informantů užívají naordinovanou medikaci pravidelně, **10:0**.

Výzkumné šetření prokázalo, že s ohledem na efektivnost medikamentózní a alternativní léčby je výsledek **6(7):4(3)**. **6(7)** jsou informanti, kteří považují za efektivnější medikamentózní léčbu. **4(3)** jsou informanti, kteří považují za efektivnější spojení

medikamentózní a alternativní léčby. Číslo v závorce je informant, který považuje medikamentózní léčbu za nejefektivnější, avšak ke spojení medikamentózní a alternativní léčby se přiklání také (vyhledává alternativu).

Výsledky výzkumného šetření jsou vzhledem k pandemické situaci velice uspokojivé a ukazují postoj informantů s onemocněním Asthma Bronchiale vůči jeho léčbě a vůči dalším možnostem jeho léčby.

Rozhovor s informantkou (vedoucí lékařkou) ukázal, že informantka se alternativní medicíně nebrání, ale zároveň upozorňuje na nutnost dodržování klasické naordinované medikamentózní léčby. Dle slov informantky je alternativní medicína kladná převážně, jako podpůrná/doplňující léčba.

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá přístupy pacientů k léčbě Asthma Bronchiale. Pro výzkumné šetření byl použit kvalitativní výzkum, metoda polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum obsahoval celkem dva výzkumné cíle:

Zmapovat přístup pacientů v léčbě Asthma Bronchiale

Zjistit využívání různých způsobů (přístupů) léčby pacientů Asthma Bronchiale.

Kvalitativní šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty v rámci plicní ambulance, kam pravidelně dochází z důvodu léčby. Osloveno bylo 10 informantů (pacientů). Všech 10 oslovených informantů (pacientů) souhlasilo s rozhovorem, který se konal přímo v ordinaci plicního lékaře / plicní lékařky.

Oslovena byla i vedoucí lékařka, která výše zmíněnou ordinaci řídí. Vedoucí lékařka souhlasila a poskytla mi rozhovor, ve kterém se vyjádřila, jaký zaujímá postoj vůči alternativní medicíně.

Data získaná z rozhovorů byla rozdělena do 4 kategorií a podkategorií. Rozhovor začínal údaji o samotném onemocnění Asthma Bronchiale, době trvání i podmínkách diagnostiky (jako následek jiného onemocnění atd.). Dále rozhovor pokračoval otázkami, které se soustředili na samotnou léčbu, tedy léčbu medikamentózní i alternativní. Data získaná z rozhovoru s informantkou (vedoucí lékařkou) byla rozdělena do 4 kategorií a do 5 podkategorií. Rozhovor s informantkou (vedoucí lékařkou) začínal dotazem na délku odborné praxe v rámci plicního lékařství. Dále se rozhovor soustředil na samotné onemocnění Asthma Bronchiale, rozhovor pokračoval dotazy na léčebný režim a na samotnou léčbu. Nakonec byl rozhovor ukončen dotazem na alternativní medicínu v léčbě Asthma Bronchiale.

První výzkumnou otázkou byly nejčastější přístupy v léčbě pacientů Asthma Bronchiale. V rozhovoru bylo zjišťováno, jaké přístupy v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale používají oslovení informanti (pacienti) nejčastěji. Během rozhovoru s informanty (pacienty) bylo zjištěno, že všech 10 oslovených informantů užívá inhalační léčbu. Informanti (pacienti) tuto informaci zmínili zcela automaticky, bez závislosti na probíhající rozhovor, či bez ohledu na znění původní otázky. Devět z deseti informantů, si nedokázali vybavit, jak se jmenují/nazývají jimi užívaná inhalační terapie. 19 sdělila,

že: „ Užívám Symbicort, který mi byl naordinován hned v počátku mého onemocnění, a mohu říct, že jsem s jeho účinky velice spokojená. ”

Během rozhovoru s informantkou (vedoucí lékařkou) byla zjištěna skutečnost, že jako základ léčby onemocnění Asthma Bronchiale ordinuje inhalační kortikoidy. Inhalační kortikoidy tvoří, dle slov informantky základ léčby onemocnění Asthma Bronchiale spolu ve spojení s bronchodilatačními léky, mezi něž řadíme i systémové kortikosteroidy. Kašák (2018) uvádí jako nejčastější přístup v léčbě, léčbu pomocí inhalačních kortikosteroidů (IKS). Kašák (2018) dále ve svém tvrzení uvádí, že inhalačním kortikosteroidům (IKS) otevřelo dveře (co se týče jejich užití v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale), přijetí onemocnění Asthma Bronchiale, jako chronické zánětlivé onemocnění dolních dýchacích cest. Neumannová, Kolek et al. (2012) tvrzení, jež uvedl Kašák (2018) podpořili výrokem, že inhalační kortikosteroidy jsou současným lékem první volby v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale.

Ve výsledku lze říct, že nejčastějším přístupem v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale je přístup skrze inhalační terapii, pomocí inhalačních kortikosteroidů (IKS). Informanti (pacienti) se shodli na použití inhalační terapie, ve všech 10 případech. Informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že základem léčby onemocnění Asthma Bronchiale je užití inhalační terapie. V závěru lze tedy říct, že medikamentózní léčba (inhalační terapie) je nejčastějším přístupem v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, zda pacienti s Asthma Bronchiale dodržují léčebný režim. Dodržení nastaveného léčebného režimu, lze považovat za základní pilíř v udržení stavu, asthma pod kontrolou. Výzkumné šetření prokázalo, že všech 10 oslovených informantů (pacientů), dodržují naordinovaná režimová opatření, a že případné změny konzultují se svým plicním lékařem. Informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že: *„ Jak kteří, pacienti se liší dle compliance (schopnosti spolupracovat) do několika skupin: a) ti, co se snaží a berou vše, tak jak mají – je jich relativně málo; b) ti, co se snaží, ale zapomínají – drtivá většina (aneb nejsme roboti) ; c) ti, co se snaží v době, kdy jim není dobře, a pak poleví; d) ti, co nevěří a hledají jiné cesty – což se jim většinou nevyplácí. ”*

Dle výše zmíněného sdělení informantky (vedoucí lékařky), lze říct, že drtivá většina pacientů se snaží pravidelně užívat naordinovanou medikaci (a tím pádem i dodržovat nastavený léčebný režim), ale občas zapomenou. Kašák (2018) uvedl, že velice častou

chybou ne-li komplikací je nepřijetí diagnózy Asthma Bronchiale samotným pacientem, a to vede k nedodržení nastaveného léčebného režimu.

Petrů, Kolek, Pohunek (2015) uvedli, že dodržení léčebného režimu, je nutné a pro lepší kvalitu života pacienta nezbytné. Kašák (2018) ; Neumannová, Kolek et al. (2012) a Petrů, Kolek, Pohunek (2015) se shodli na tvrzení, že dodržení léčebného režimu ovlivňuje kvalitu života pacientů a každý pacient vnímá léčebný režim, zcela individuálně. Kašák (2018) uvedl, že nedodržení léčebného režimu se vyskytuje především v období adolescence (adolescenti začínají kouřit cigarety, objevují opojení alkoholu a noční „hýření“) a v období seniorského věku (lidé v tomto období pomaleji chápou, a hlavně zapomínají na aplikaci léků pomocí inhalačního systému [IS], potíž také tkví ve špatné technice aplikace léků ve formě IS).

Ve výsledku výzkumného šetření je zmíněno, že všech 10 oslovených informantů (pacientů), se snaží dodržovat léčebný režim a změny provádí výhradně po konzultaci se svým plicním lékařem. Změny, které mají dle pacienta „zlepšit“ jeho zdravotní stav, a tedy i naordinovaný léčebný režim, jsou: navýšení/snížení naordinované dávky medikace (inhalace, tablety) ; úplné vynechání naordinované medikace; kombinace naordinované léčby s jinou (alternativní) terapií, bez předchozí konzultace s ošetřujícím plicním lékařem či bez odborných znalostí z oblasti alternativní medicíny. Mnoho pacientů s onemocněním Asthma Bronchiale provádí změny v naordinovaném léčebném režimu, na základě vlastního rozhodnutí, zkrátka *„Když tu chemii vynechám, bude mi lépe“*. Anebo změny v naordinovaném léčebném režimu provádí, na základě rad svého okolí (přátel, příbuzných). Informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že dodržení léčebného režimu, závisí na úrovni compliance (schopnost spolupracovat) pacienta. Výzkumné šetření tedy ukázalo, že všech 10 oslovených informantů (pacientů), tedy rovných 100 %, dodržuje naordinovaný léčebný režim a změny konzultuje se svým plicním lékařem.

Třetí výzkumnou otázkou bylo, zda využívají pacienti v léčbě Asthma Bronchiale více způsobů léčby. V rozhovoru bylo zjišťováno, zda informanti (pacienti) vyhledávají a využívají i jiné způsoby léčby než klasickou medikamentózní léčbu.

Křížová (2016) mezi alternativní medicínu řadí homeopatii, masáže či bylinky. Neumannová, Kolek et al. (2012) mezi alternativní medicínu řadí fyzioterapii (jóga), dechovou rehabilitaci a mimo jiné i lázeňskou léčbu.

Heřt (2011) uvedl, že jedním z důvodů, proč pacienti vyhledávají alternativní medicínu, jsou chyby a omyly lékařů. Pokud pacienti nemají v lékaře důvěru či byli svědky lékařem určené špatné diagnózy či špatné volby léčby, pak je pro pacienty dalším jasným krokem, vyhledání jiného lékaře, anebo vyhledání alternativní léčby jejich onemocnění. V tomto případě, onemocnění Asthma Bronchiale. Informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že nedůvěra je jedním z důvodů, jak nedodržení léčebného režimu, tak i vyhledávání alternativních metod léčby onemocnění Asthma Bronchiale.

Heřt (2011) dále uvedl, že další příčinou vyhledávání, ale i šíření alternativní medicíny, je přitažlivost mystiky, záhad a neznáma. Výzkumné šetření prokázalo, že polovina (5) z oslovených 10 informantů vyhledává alternativní medicínu a jedním z důvodů, je zvědavost.

Informanti (pacienti) nejčastěji využívají alternativní medicínu v podobě bylinek, Kopřiva dvoudomá (*Urtica Dioica*) a Aloe Vera (Aloe pravá, *Aloe barbadensis*). Gato (2013) uvedl, že Kopřiva dvoudomá má velice širokou oblast působnosti, v oblasti lidského těla. Kopřiva dvoudomá má čistící účinek; čistí krev a ledviny (je močopudná). Dále je velice žádaná v prevenci proti chřipce, je protivirového působení. Kopřivu dvoudomou, lze užívat v podobě čaje i tinktury. Pokud je užívána v podobě tinktury, tak její doporučené dávkování je 3x30 kapek. Avšak častějším užitím kopřivy, je v podobě čaje či bylinného odvaru. Kopřivu dvoudomou je možno užívat, bez obav z možných kontraindikací. Grešík (2008) uvedl, že Kopřiva dvoudomá obsahuje účinné látky: histamin, vitamíny (A, B2, C, K1), kyselina listová, chlorofyl či acetylcholin. Tuto podobu alternativní medicíny zkouší, dle rad známých či dle článků z internetu. Nejčastější chybou v použití „bylinkové“ alternativní medicíny, je neznalost správné koncentrace, která je vhodná k užití, spolu s neznalostí všech možných účinků bylin na lidský organismus. V případě užití nesprávné koncentrace hrozí komplikace od nauzei (nevolnosti) a zvracení až po možnou lehkou otravu organismu. Dalším velikým negativem „bylinkové“ alternativy, je její použití v případě, že pacient trpí onemocněním Asthma Bronchiale, které má svůj podklad v alergii. V takovém případě se použití „bylinkové“ alternativy striktně nedoporučuje. Nedoporučuje se z důvodu zhoršení stavu pacientova zdraví, ale i z důvodu možného rozvinutí anafylaktického šoku. Informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že není odpůrcem alternativní medicíny, ale v případě alergie, „bylinkovou“ alternativu nedoporučuje. Dále informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že se tématu alternativní medicína nebrání, pokud se nejedná o „výstřel do tmy“, který zdraví

pacienta ohrozí, namísto zlepší. Jako by byl případ užití „bylinkové“ alternativní medicínu u alergiků. Dále jsou v léčbě Asthma Bronchiale využívány Bachovy květy, Bachovky. I9 uvedla, že: *„ Alternativu rozhodně vyhledávám. Již jsem vyzkoušela odvar z Kopřivy dvoudomé, Bachovy květy a pravidelně provádím dechová cvičení. A vyhledávám i další možnosti v oblasti alternativy. ”* Přestože, jsou Bachovy květy oblíbené a vyhledávané (viz. I9), Tak je nutné mít na paměti, že Bachovy květy působí psychosomaticky. Uklidňují mysl, a tím pádem nevznikají astmatické záchvaty, exacerbace. Dále I4 uvedl, že: *„ Dle doporučení jedné známé chci vyzkoušet houbu Reishi a Aloe Veru. ”*. Houba Reishi (*Ganoderma lucidum*, Lesklokorka lesklá), posiluje imunitní systém. Dalším přisuzovaným účinkem, je pročištění střev, což napomáhá v léčbě alergií. Na internetu je velice zajímavý článek, jež hovoří o Houbě Reishi: <https://www.superionherbs.cz/reishi/>. Zde je přidán odkaz na článek o Houbě Reishi, která spadá pod umění čínské medicíny. Výše bylo zmíněno, že častou vyhledávanou alternativou je i Aloe Vera (Aloe pravá, Aloe barbadensis), Gato (2013) uvedl, že z Aloe Vera jsou nejčastěji užívány její listy, respektive gel získaný z jejích listů. Tento gel/šťávu, lze používat i vnitřně. Gel/šťávu z listů, lze použít i na povrchová zranění (popáleniny, lehké šrámy, ale i na akné a na kožní plísň). Dále Aloe Vera svými účinky posiluje organismus, což je v léčbě onemocnění Asthma Bronchiale velice významným účinkem. V případě vnitřního užití je nutné být na pozoru, nesmí být překročena doporučená dávka 3x1 kávová lžička, v případě tinktury je doporučená dávka 2x10 – 25 kapek denně. Avšak je lepší její vnější užití než vnitřní. Vnitřní podání má řadu kontraindikací: gynekologické problémy, krvácející hemeroidy či nepravidelnou menstruaci.

Nejvhodnější „bylinkovou“ alternativní terapií je Kopřiva dvoudomá. Nejsou jí přisuzovány žádné kontraindikace, a tudíž je vhodná i u alergiků. Navíc, její nejčastější použití je ve formě čajů, odvarů. Tudíž je snazší na přípravu. Naproti tomu Aloe Vera odstrašuje svými kontraindikacemi, které jsou velice nepříjemné i lehce nebezpečné pro zdraví pacienta.

Pokud je pacient plně rozhodnut vyzkoušet si alternativní medicínu, měl by se se svým úmyslem svěřit ošetřujícímu plicnímu lékaři, aby znal i jeho názor a pohled na danou problematiku. Avšak je i velice pravděpodobné, že pacient se s úvahou na téma „Alternativní medicína“, svému lékaři nesvěří. Častým důvodem bývá nedůvěra v lékaře, či strach z jeho reakce. Heřt (2011) uvedl nedůvěru, jako jeden z mnoha důvodů, proč se pacienti obrací na alternativní medicínu. Pro správné užití alternativní medicíny, je nutná

její odborná znalost. Informanti (pacienti), tedy 3(4) informanti (pacienti) poskytující rozhovor, uvedli, že nejefektivnější léčbou je spojení medikamentózní a alternativní medicíny. Avšak bez odborné znalosti, ať už alternativní, tak i medikamentózní medicíny není možné užití, ani jedné z obou nabízených variant.

V kapitole „1.5.4 Jiné (alternativní) možnosti léčby Asthma Bronchiale“ byly zmíněny nejčastější chyby, kterých se pacienti dopouští při vyhledávání alternativních možností léčby onemocnění Asthma Bronchiale. Všechny zmíněné chyby a omyly, ve výše zmíněné kapitole, poukazují na skutečnost, že i dobrý úmysl má své stinné stránky. Mnoho pacientů nechce užívat klasickou medikamentózní léčbu, z důvodu velikého množství „chemie“, kterou takovéto léky obsahují. Na druhou stranu, když Alexander Fleming v roce 1928, objevil Penicilin, jednalo se o přelom lékařství, jak ho známe. A toto je jeden z důvodů, proč mnoho lékařů a vědců odsuzují alternativní medicínu. Existuje takzvaný: Český klub skeptiků Sisyfos. Členem tohoto klubu byl i lékař, anatom i profesor Jiří Heřt, jehož kniha „*Alternativní medicínu a léčitelství*“, byla využita výše v kapitole 5. Diskuse. Jiří Heřt byl předsedou tohoto klubu, avšak po jeho úmrtí nastoupil na místo předsedy Jaromír Šrámek. Tento klub je znám, především tou skutečností, že alternativní medicína je pro členy tohoto klubu, pouze moderním úkazem dnešní doby. Na druhou stranu Heřt (2011), ve výše zmíněné knize uvedl, negativa i pozitiva alternativní medicíny, pohledem skeptika a lékaře.

Alternativní medicína je pozitivem a přínosem, převážně pro lidi, kteří mají v tomto oboru odborné znalosti, nebo vyhledají odbornou pomoc v daném oboru. Informanti (pacienti), tedy všech 10 dotazovaných informantů (pacientů) se shodlo na tvrzení, že medikamentózní léčba je základ. Avšak 3(4) informanti (pacienti) se nebrání spojení alternativní medicíny s medikamentózní léčbou. Informantka (vedoucí lékařka), jež má atestaci z plicního lékařství a stálou praxi provozuje již 23 let uvedla, že se alternativní medicíně nebrání, pokud neohrozí pacientovo zdraví.

Alternativní medicína, dle Heřt (2011), vždy byla součástí lidského života a v průběhu vývoje nás provázela až dodnes. Je však nutné brát v úvahu její, jak negativa, tak i pozitiva.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala přístupem pacientů k léčbě Asthma Bronchiale.

Výzkum byl zpracován pomocí kvalitativního výzkumu, byly stanoveny tři výzkumné otázky, na které se mi podařilo odpovědět, a dva výzkumné cíle, které se mi podařilo splnit. Z polostrukturovaného rozhovoru bylo zjištěno, že nejčastějším užívaným přístupem v léčbě Asthma Bronchiale informanti (pacienti) je klasická medikamentózní léčba, která je aplikována pomocí inhalačního systému. Výzkumné šetření prokázalo, že informanti (pacienti) tento přístup v léčbě shledávají nejefektivnějším, a 3 (4) informanti (pacienti) se nebrání spojení alternativní a medikamentózní terapie. Dále výzkumné šetření prokázalo, že všichni oslovení informanti (pacienti) dodržují naordinovaný léčebný režim, který je nezbytnou součástí léčby onemocnění Asthma Bronchiale. Nakonec výzkumné šetření prokázalo, že informanti (pacienti) vyhledávají alternativní přístupy v léčbě Asthma Bronchiale. Nejčastější vyhledávanou alternativní terapií jsou bylinky, dechová rehabilitace, cvičení či houba Reishi (Lesklokorka lesklá/ganoderma lucidum/lingzhi, Reishi)

Z rozhovorů bylo zjištěno, že medikamentózní léčba je základem léčby onemocnění Asthma Bronchiale, a informanti (pacienti) jsou s jejími účinky naprosto spokojeni. Z rozhovorů vyplývá, že informanti (pacienti) vyhledávají alternativní medicínu, ze zvědavosti, na základě rad známých či na podkladě minulé kladné zkušenosti. Informantka (vedoucí lékařka) uvedla, že zcela záleží na complianci pacientů.

Výsledky práce budou využity v rámci pochopení celistvé problematiky Asthma Bronchiale, a to zejména v oblasti způsobu léčby. Výsledky práce budou složit ke zmapování nejúčinnějšího způsobu léčby, dle svědectví pacientů.

7 Seznam použité literatury

- 1) ARTEAGA-BADILLO, A., D., PORTILLO-REYES, J. et al., 2020. Asthma: New Integrative Treatment Strategies for the Next Decades. *Medicina*. [online]. **56(9)** (438), 1-20. [cit. 2021-02-02]. ISSN 1010-660X. Dostupné z: doi:10.3390/medicina56090438
- 2) BANTULA, M., ROCA-FERRER, J. et al. 2021. Asthma and Obesity: Two Diseases on the Rise and Bridged by Inflammation. *Journal of Clinical Medicine*. [online]. **10**(169), 1-21, [cit. 2021-02-02]. ISSN 2077-0383. Dostupné z: doi:10.3390/jcm10020169
- 3) BUREŠ, J., HORÁČEK J., MALÝ, J. et al., 2014. *Vnitřní lékařství*. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha 5: Galén. s. 1215. ISBN 978-80-7492-145-2.
- 4) ČÁP, P., BENČOVÁ, A., JESEŇÁK, M., 2014. *Vyšetřování vydechovaného oxidu dusnatého u asthma bronchiale*. Praha 4: Mladá fronta. s. 141. ISBN 978-80-204-3363-3.
- 5) FORMÁNKOVÁ, K., KABELKOVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, I., 2018. *Poznáváme homeopatii: Jak se léčit šetrně*. [online]. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 168. ISBN 978-80-271-0676-9.
- 6) FREY, A., LUNDING, P., L. et al., 2020. More Than Just a Barrier: The Immune Functions of the Airway Epithelium in Asthma Pathogenesis. *Frontiers in Immunology*. [online]. **11**(761), 1-22 [cit. 2021-02-02]. ISSN 1664-3224. Dostupné z: doi:10.3389/fimmu.2020.00761.
- 7) GATO, M., 2013. *Léčivé rostliny v praktickém bylinkářství, kosmetice a kuchyni*. Olomouc: Agentura Rubico. s. 264. ISBN 978-80-7346-156-0.
- 8) GREŠÍK, V., 2008. *Léčivé rostliny: jejich vlastnosti, účinky a použití*. Praha: Edition, Eminent. s. 176. ISBN 978-80-7281-331-5.

- 9) HERIBANOVÁ, L., 2016. Novinky v léčbě astma bronchiale u dospělých. *Interní medicína pro praxi*. [online]. **18**(3), 120-123. [cit. 2021-02-02] ISSN 1803-5256. Dostupné z: doi:10.36290/int.2016.029
- 10) HEŘT, J., 2011. *Alternativní medicína a léčitelství*. Praha: Klika. s. 240. ISBN 978-80-87373-15-6.
- 11) JANČA, J., 2008, a). *Reflexní terapie: Tajemná řeč lidského těla*. 2. doplněné vydání. Praha 1: Eminent. s. 204. ISBN 80-85876-17-5.
- 12) JANČA, J., 2008, b). *Reflexní terapie rukou: Nejdostupnější metoda alternativní medicíny*. Praha 1: Eminent. s. 156. ISBN 80-7281-087-1.
- 13) KAMINSKY, A., D., CHAPMAN, G., D., 2020. Asthma and Lung Mechanics. *Comprehensive Physiology*. [online]. **10**(3), 975–1007, [cit. 2021-02-02] ISSN 20404603. Dostupné z: doi:10.1002/cphy.c190020
- 14) KARGES, W., DAHOUK, AI, D., 2011. *Vnitřní lékařství: Stručné repetitorium*. Praha 7: Grada Publishing. s. 112. ISBN 978-80-247-3108-7.
- 15) KAŠÁK, V., 2018. *Asthma Bronchiale: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Třetí aktualizované a doplněné vydání. Praha 4: Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury. s. 311. ISBN 978-80-7345-585-9.
- 16) KLENER P., et al. 2011. *Vnitřní lékařství*. Čtvrté, přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. s. 1174. ISBN 978-80-246-1986-6.
- 17) KOLEK, V., KAŠÁK, V., et al. 2010. *Pneumologie: Vybrané kapitoly pro praxi*. Praha 4: Maxdorf. s. 423. ISBN 978-80-7345-220-9.
- 18) KOLEK, V., KAŠÁK, V., VAŠÁKOVÁ, M., et al. 2011. *Pneumologie*. Praha 4: Maxdorf. s. 552. ISBN 978-80-7345-255-1.
- 19) KOS, S., 2020. Moderní léčba a diferenciální diagnostika kašle. *Medicína pro praxi*. [online]. **17**(1), 18-22, [cit. 2021-02-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: doi:10.36290/med.2020.008
- 20) KŘÍŽOVÁ, E., 2016. *Alternativní medicína v České republice*. Druhé vydání. Praha: Karolinum. s. 150. ISBN 978-80-246-2498-3.

- 21) LUDVÍKOVÁ, I., 2013. *Homeopatie a sport*. Praha: Grada Publishing. s. 152. ISBN 978-80-247-4545-9.
- 22) MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J., 2012. *Patologie*. 2., doplněné vydání. Praha 7: Grada Publishing. s. 352. ISBN 978-80-247-3530-6.
- 23) NAVRÁTIL, L., et al., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Druhé, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha 7: Grada Publishing. s. 560. ISBN 978-80-271-0210-5.
- 24) NEUMANNOVÁ, K., KOLEK, V., et al., 2012. *Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc: Možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta*. Praha 4: Mladá fronta. s. 171. ISBN 978-80-204-2617-8.
- 25) NOE, M., 2014. *Aromaterapie do kapsy: Malá encyklopedie éterických olejů*. Praha: One Woman Press. s. 300. ISBN 978-80-86356-49-5.
- 26) NOVOTNÁ, B., NOVÁK, J., 2012. *Alergie a astma: v těhotenství, prevence v dětství*. Praha 7: Grada Publishing. s. 244. ISBN 978-80-247-4390-5.
- 27) PETRŮ, V., KOLEK, V., POHUNEK, P., 2015. *Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu*. Praha: nakladatelství GEUM s. r. o. a autoři. s. 61. ISBN 978-80-87969-08-3.
- 28) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I - Interna*. 2., doplněné vydání. Praha 7: Grada Publishing. s. 228. ISBN 978-80-247-3601-3.
- 29) ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., ČERNÝ, V., et al., 2014. *Intenzivní medicína*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha 5: Galén. s. 1195. ISBN 978-80-7492-066-0.
- 30) TIOTIU, I., A., NOVAKOVA, P., et al., 2020. Impact of Air Pollution on Asthma Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. 17(6212), 1-29 [cit. 2021-02-02]. ISSN 1661-7827. doi:10.3390/ijerph17176212. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176212>

- 31) TIOTIU, I., A., NOVAKOVA, S., et al., 2020. Progress in Occupational Asthma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. **17**(4553), 1-19 [cit. 2021-02-02]. ISSN 1661-7827. doi:10.3390/ijerph17124553. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124553>
- 32) VERNEROVÁ, E., 2018. Aktuální trendy v prevenci a léčbě alergie a astmatu. *Medicína pro praxi*. [online]. **15**(2), 88-92 [cit. 2021-02-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: doi:10.36290/med.2018.019
- 33) VLČEK, J., VYTRÍŠALOVÁ, M., et al., 2014. *Klinická farmacie II*. Praha 7: Grada Publishing. s. 368. ISBN 978-80-247-4532-9.
- 34) VONDRA, V., et al., 2015. *Dušnost: Problém mnoha oborů*. Praha 4: Mladá fronta. s. 240. ISBN 978-80-204-3659-7.
- 35) WORWOOD, A., V., 2009, *Voňavá lékárna: Aromaterapie a éterické oleje*. Praha: One Woman Press. s. 582. ISBN 978-80-86356-47-1.
- 36) ZAMPOGNA, E., ZAPPA, M., 2020. Pulmonary Rehabilitation and Asthma. *Frontiers in Pharmacology*. [online]. **11**(542), 1-6 [cit. 2021-02-02]. ISSN 1663-9812. Dostupné z: doi:10.3389/fphar.2020.00542
- 37) ŽÁK, A., PETRÁŠEK, J., et al., 2011. *Základy vnitřního lékařství*. Praha 5: Galén. s. 523. ISBN 978-80-7262-697-7.

8 Přílohy

8.1 Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor s pacienty

- 1) Jak dlouho se léčíte s onemocněním Asthma Bronchiale?
- 2) Kdy, respektive za jakých podmínek Vám bylo diagnostikováno (zjištěno) onemocnění Asthma Bronchiale?
- 3) Užíváte naordinované léky pravidelně a dle instrukcí lékaře?
- 4) Upravujete si dávky léků dle vlastní potřeby nebo až po konzultaci se svým lékařem?
- 5) Vyhledáváte jiné (alternativní) možnosti léčby onemocnění Asthma Bronchiale? Pokud ano, jaké?
- 6) Jaká je Vaše zkušenost s alternativní medicínou?
- 7) Diskutoval / a jste Vaši úvahu nad alternativní medicínou s Vaším plicním lékařem?
- 8) S jakou reakcí jste se setkal /a ze strany Vašeho plicního lékaře?
- 9) V případě medikamentózní léčby, shledáváte ji účinnou?
- 10) Jaký druh praktikované léčby, považujete za nejefektivnější?

8.2 Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor s vedoucí lékařkou plicní ambulance

- 1) Jak dlouho pracujete v plicním odvětví medicíny?
- 2) Je dle Vašeho názoru Asthma Bronchiale častým onemocněním?
- 3) S jakou věkovou hranicí se setkáváte nejčastěji v oblasti onemocnění Asthma Bronchiale?
- 4) Užívají pacienti, dle Vašeho názoru, předepsanou medikaci pravidelně?
- 5) Jakou skupinu léků využíváte v léčbě Asthma Bronchiale nejčastěji?

- 6) Jaký je Váš obecný názor na alternativní medicínu?
- 7) V rámci léčby Asthma Bronchiale, setkala jste se s možností alternativní medicíny?
- 8) Setkáváte se s myšlenkou na alternativní medicínu ze strany Vašich pacientů často?
- 9) Jaký je Váš osobní a profesní názor na alternativní medicínu, zejména v oblasti léčby Asthma Bronchiale?
- 10) Domníváte se, že by alternativní medicína mohla mít příznivější vliv na léčbu Asthma Bronchiale oproti klasické medikamentózní léčbě?

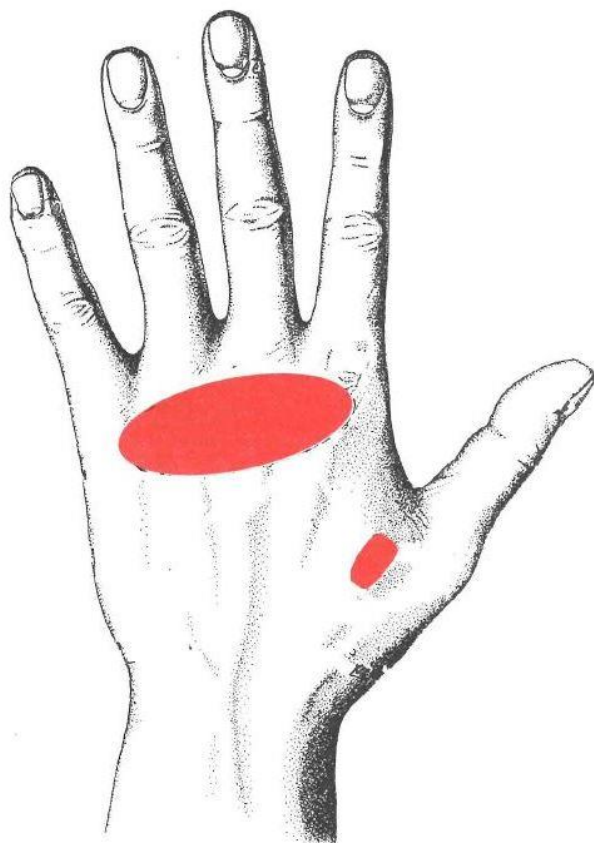
8.3 Příloha 3 – Souhlas s poskytnutím rozhovoru

Souhlas s poskytnutím informací k bakalářské práci,

Souhlasím s použitím mých odpovědí na téma astma bronchiale a jeho léčby k potřebám sepsání bakalářské práce na téma "Přístupy pacientů k léčbě Asthma Bronchiale", autorky Marie Bubnové, studentky 3.ročníky Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. V práci nebudou žádné osobní údaje, odpovědi budou použity jako anonymní.

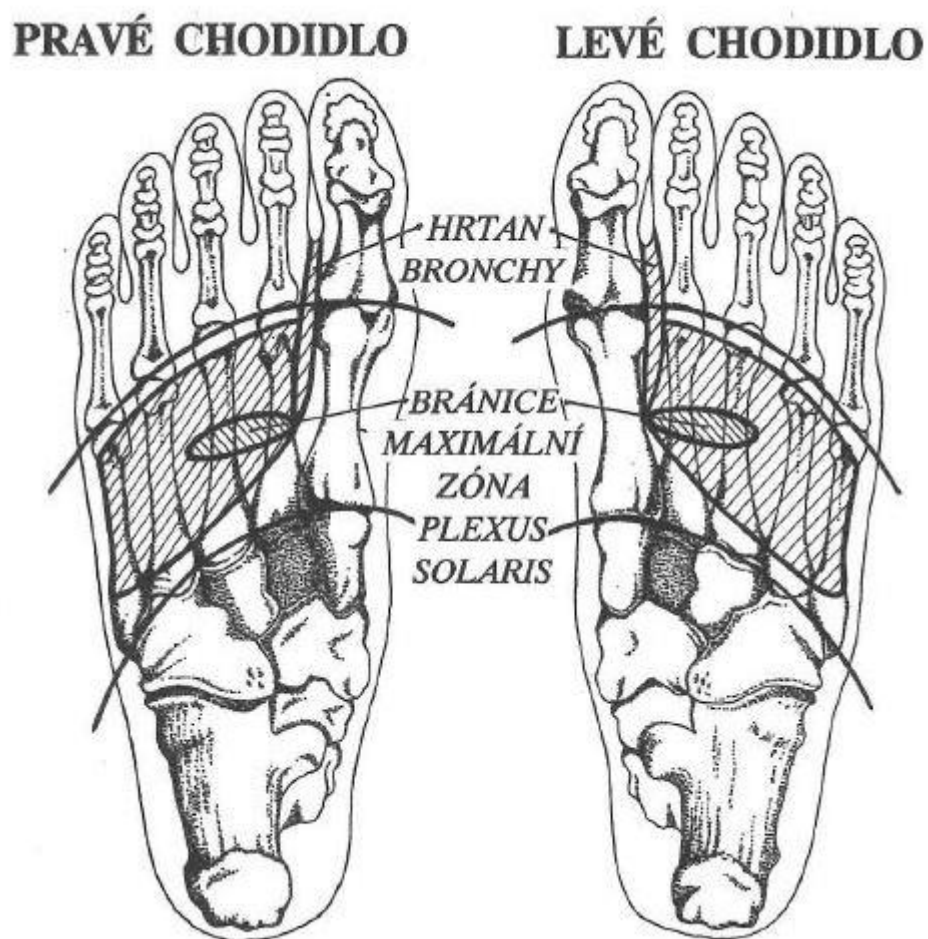
V Pelhřimově dne

8.4 Příloha 4 – Reflexní zóny plic na rukou



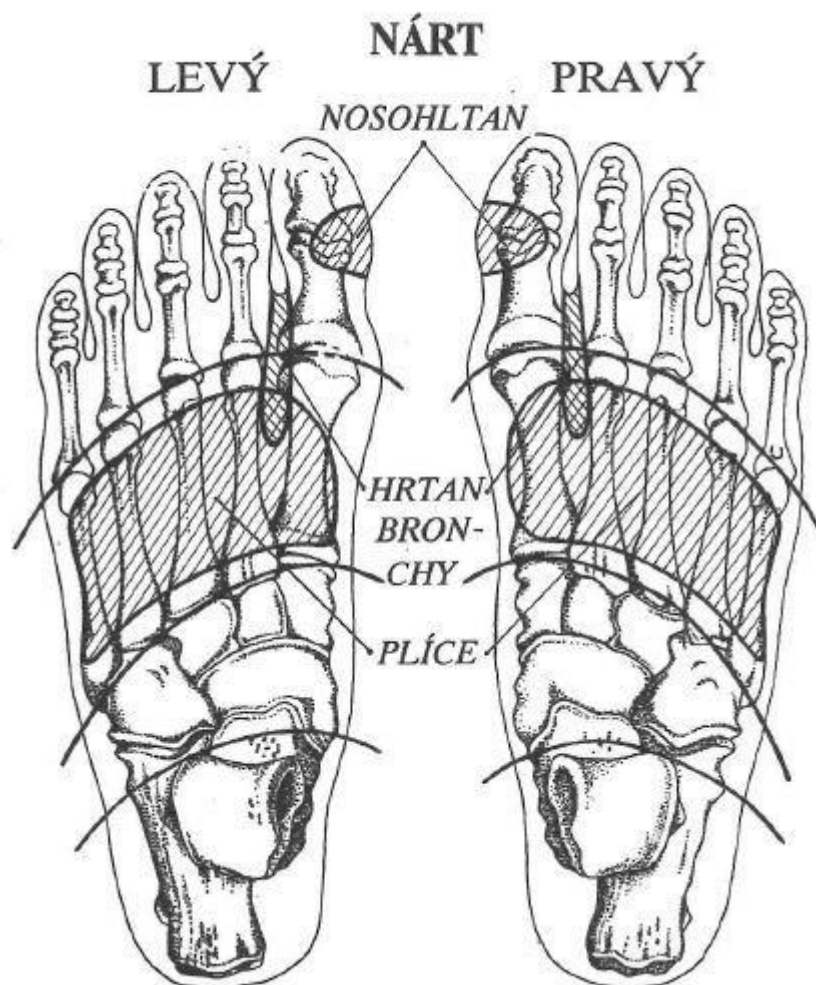
JANČA, Jiří. *Reflexní terapie rukou: Nejdostupnější metoda alternativní medicíny*. Praha 1: Eminent, 2008. ISBN 80-7281-087-1.

8.5 Příloha 5 – Reflexní zóny plic na nohou



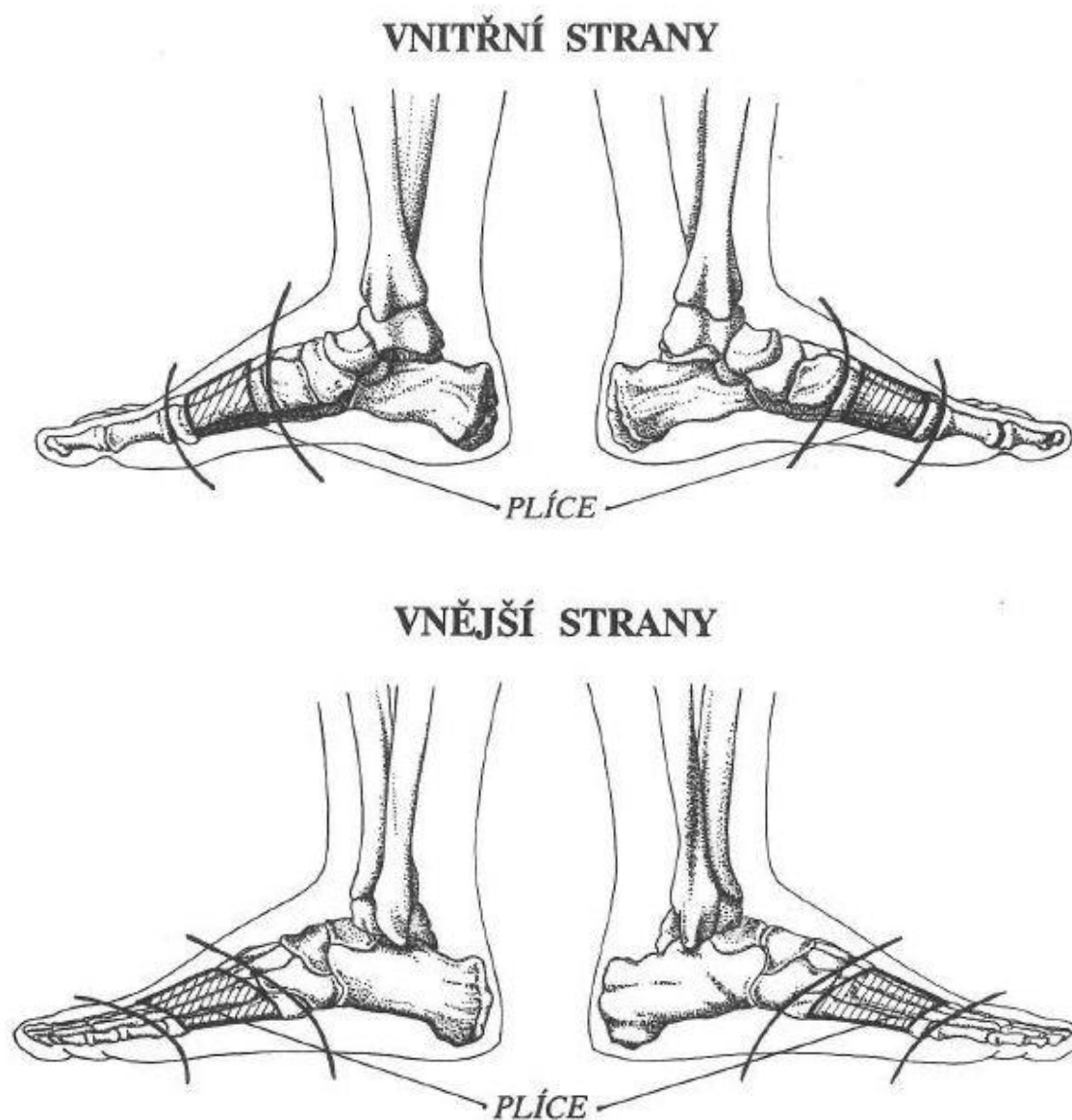
JANČA, Jiří. *Reflexní terapie: Tajemná řeč lidského těla*. 2. doplněné vydání. Praha 1: Eminent, 2008. ISBN 80-85876-17-5.

8.6 Příloha 6 – Reflexní zóny plic na nohou



JANČA, Jiří. *Reflexní terapie: Tajemná řeč lidského těla*. 2. doplněné vydání. Praha 1: Eminent, 2008. ISBN 80-85876-17-5.

8.7 Příloha 7 – Reflexní zóny plic na nohou



JANČA, Jiří. *Reflexní terapie: Tajemná řeč lidského těla*. 2. doplněné vydání. Praha 1: Eminent, 2008. ISBN 80-85876-17-5.

9 Seznam použitých zkratk

AB – Asthma Bronchiale

FENO – koncentrace oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu

IKS – inhalační kortikosteroidy

IS – inhalační systém

LABA – inhalační β_2 – agonisté s dlouhodobým účinkem

LAMA – inhalační Anticholinergikum s dlouhodobým účinkem

LTRA – Antileukotrieny

OLA – obtížně léčitelné astma

PA – pohybová aktivita

RABA – inhalační β_2 – agonisté s rychlým nástupem účinku

SABA – inhalační β_2 – agonisté s krátkodobým účinkem

SAMA – inhalační Anticholinergika s krátkodobým účinkem

SKS – systémové kortikosteroidy