

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

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U KLIENTŮ  
S CHRONICKOU OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Lucie Rolantová

Autor práce:  
Romana Dvořáková

2012

## Specifics of nursing care in patients with chronic obstructive pulmonary disease

The chronic obstructive pulmonary disease is characterized by the restriction of air flow in the bronchi. It is a combination of two diseases: chronic bronchitis and pulmonary emphysema. Because the symptoms of both diseases blend, the joint name “chronic obstructive pulmonary disease” is used. It is a neutrophil inflammation that causes irreversible changes. The most common cause of the disease is smoking tobacco products.

The aim of this bachelor’s work is to determine the specifics of nursing and refer to the specific needs of patients. If nurses should provide high-quality care, they must be aware of these specifics when treating patients with this particular disease. The role of the nurses in this area is very important as they must approach patients individually. The nurses provide specific nursing care and educate patients.

The theoretical part of the work focuses on the characteristics of the disease, its causes, treatment or prevention and nursing activities performed by nurses. The practical part of the work was processed in the form of qualitative research by means of a semi-structured interview. The research sample was represented by patients from pulmonary hospitals and pulmonary departments of hospitals in the Plzeň region and the Central Bohemian region. In total, eight respondents participated in the research. According to interviews, case reports were executed based on which categorized tables were executed with the most interesting data.

It arises from the results that the chronic obstructive pulmonary disease brings various problems, and a patient and nurse must be able to solve them and be aware of them. Further, it is obvious that informedness of patients, and the wider public, could be more detailed because this disease stands on the first place in the list of civilization diseases and there are increasingly more patients with this disease. Thus, a brochure was executed based on the results with the aim to provide information about chronic obstructive pulmonary disease.

This information brochure can be used for study purposes or for patients with this disease.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....

Podpis

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lucii Rolantové za poskytnutí cenných rad a připomínek při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji za její ochotu, podporu, trpělivost a čas strávený při kontrole práce.

## OBSAH

1. Současný stav .....	4
1.1 Definice onemocnění .....	4
1.2 Etiologie onemocnění .....	4
1.3 Klasifikace a stádia onemocnění .....	5
1.4 Příznaky onemocnění.....	7
1.4.1 Příznaky dle stadia CHOPN.....	8
1.4.2 Ostatní příznaky .....	9
1.5 Diagnostika .....	9
1.6 Léčba.....	11
1.6.1 Režimová opatření .....	11
1.6.2 Léčba kyslíkem.....	11
1.6.3 Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT) .....	12
1.6.4 Farmakologická léčba.....	13
1.6.5 Chirurgická léčba .....	13
1.6.6 Rehabilitace .....	14
1.6.7 Lázeňská léčba.....	14
1.7 Komplikace .....	15
1.8 Prognóza.....	16
1.9 Ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí .....	16
1.9.1 Role sestry v péči o hospitalizovaného pacienta s CHOPN.....	16
1.9.2 Péče o dýchací cesty .....	19
1.9.3 Pomůcky a cviky pro dechovou rehabilitaci, masáže .....	20
1.9.4 Edukace pacienta.....	21
1.10 Sdružení pro pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí .....	22
2. Cíl práce a výzkumné otázky .....	23
2.1 Cíl práce .....	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3. Metodika .....	24
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	24

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	24
4. Výsledky výzkumu.....	25
4.1 Kasuistiky.....	25
4.2 Kategorizace dat v tabulkách .....	39
5. Diskuze .....	47
6. Závěr .....	53
7. Seznam použitých zdrojů.....	54
8. Klíčová slova.....	56
9. Přílohy.....	57

## Úvod

Chronickou obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN), jak již z názvu vyplývá, řadíme mezi chronické onemocnění. Soužití s chronickou chorobou není snadné, už jen kvůli nejistotě z nemoci a nemožnosti úplného vyléčení. CHOPN je souhrn dvou onemocnění, která se liší patologickým nálezem, ale i přesto někdy není lehké je odlišit. Jedná se o chronickou bronchitidu a plicní emfyzém (rozedma plic).

V prvním případě dominuje zánětlivé poškození průdušek, které je většinou aktivováno kouřem z cigaret a jinými škodlivinami. Tento děj je dlouhodobý a postupně dochází k degeneraci chrupavek malých průdušek a zadržování vzduchu v plicích, které se klinicky projeví výdechovou dušností a cyanózou.

V druhém případě se jedná o poškození plicního parenchymu a vznikají buly, což jsou dutiny vyplněné vzduchem. Dále dochází ke kolapsu drobných bronchiolů při výdechu a pacienti používají k usnadnění výdechu retní brzdu, tak je možné je rozeznat od pacientů, u kterých převažuje první složka poškození – bronchitis.

Toto onemocnění je v naší době velmi časté, poněvadž nejčastější příčinou vzniku je kouření tabákových výrobků, proto mezi nejčastější pacienty patří kuřáci cigaret. Je podivuhodné, že většina kuřáků z výzkumného šetření o této nemoci žádné informace neměla a nebyla si vědoma, že jde o závažné a nevratné onemocnění. I z tohoto důvodu jsem si toto téma vybrala, protože se domnívám, že by toto onemocnění mělo projít osvětou a lidé by si měli uvědomovat důsledků svých činů, protože neovlivňují jen sebe, ale i ostatní ve svém nejbližším okolí. Kuřáctví patří mezi zlozvyky se silnou závislostí, kterou si většina lidí neuvědomuje a často si jí nechtějí ani připustit. Právě tito lidé by měli být informováni o této nemoci a především o dalším nebezpečném onemocnění, kterým je rakovina plic, která je při pozdější diagnostice svou prognózou smrtelná.

Cílem mé bakalářské práce zjistit specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty a poukázat na jejich specifické potřeby.

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Definice onemocnění***

Chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) je charakterizována omezením průtoku vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí). Jedná se o neutrofilní zánět, který způsobí ireverzibilní změny stěny bronchů a destrukce alveolů, oproti astma bronchiale (příloha 1), kde dominuje eozinofilní zánět průduškové stěny, který způsobuje funkční změny bronchů.

Postupem času CHOPN progreduje a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodlivé částice a plyny. Pojmenování CHOPN v sobě zahrnuje chronickou bronchitidu s obstrukcí a plicní emfyzém, kdy vzniká obstrukce proudění vzduchu ve výdechu. (17, 18, 24)

### ***1.2 Etiologie onemocnění***

Nejčastější příčinou vzniku CHOPN je kouření tabákových výrobků. O něco méně škodlivé je kouření dýmek a doutníků. Kolem 90 % nemocných s CHOPN jsou současní nebo bývalí kuřáci cigaret. Do stadia onemocnění CHOPN dospěje zhruba 20-50 % všech kuřáků, avšak chronickou bronchitidu mají téměř všichni kuřáci. U pasivního kouření není zcela jasné, zda je rizikovým faktorem, ale může mít vliv na růst plic během fetálního vývoje.

Mezi rizikové faktory je řazeno i znečištěné ovzduší, které má vliv na vznik prosté chronické bronchitidy i chronické obstrukční plicní nemoci. Rovněž ke vzniku CHOPN může vést vystavení se profesním chemikáliím, například u pracovníků v chemickém průmyslu, svářečů, v hornictví a obzvláště ve spojení s kouřením cigaret. Další predispozicí jsou častější infekce v dětském věku, opakované bakteriální respirační infekce (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*), bronchiální hyperreaktivita dýchacích cest (astma bronchiale). Nízký příjem vitamínů s antioxidačními účinky (A, C, E) vede rovněž ke zvýšenému riziku vzniku chronické obstrukční plicní nemoci.



Mezi ojedinělé příčiny lze zařadit i genetické vlivy. Jako nejznámější genetická vada je deficit alfa 1 antitrypsinu, který u mladých jedinců způsobuje plicní emfyzém. (17, 27, 13)

### ***1.3 Klasifikace a stádia onemocnění***

#### *Chronická bronchitida*

Chronická bronchitida je definována, dle WHO (World Health Organization), jako 3 měsíce trvající produktivní kašel (kašel s expektorací), a to dva následující roky po sobě. Kdy u nemocných by mělo být vyloučeno jiné plicní či kardiální onemocnění. Klinicky však není rozhodující vykašlávání a produkce sputa (dle definice), ale to, zda je onemocnění provázeno bronchiální obstrukcí či nikoliv. Proto může být chronická bronchitida dále dělena na prostou (simplex) neboli hlenohnisavou chronickou bronchitidu a na chronickou bronchitidu s obstrukcí. Zánětlivé děje v průduškách jsou nejčastěji aktivovány cigaretovým kouřem a škodlivinami. Jedná se o zánět dlouhodobého charakteru, kdy dochází k edému s degenerací chrupavek malých bronchů a následně dojde ke kolapsu průdušek, který je příčinou fenoménu zadržování vzduchu v plicích, tzv. air trapping a tím dochází ke zvětšování reziduálního objemu (RV – jako součást diagnostiky). Dochází k zúžení proudění vzduchu a vzniká hypoxémie, vazokonstrikce a plicní hypertenze, která je klinicky doprovázena cyanózou a výdechovou dušností. Prostá bronchitida končí bez vzniku obstrukce, kdy především dochází ke zmnožení hlenových žlázek. Někdy dochází k akutním exacerbacím zánětu, kdy dochází ke vzestupu teploty, jinak je chronická bronchitida bez teplot. (17, 22, 23, 24)

#### *Akutní exacerbace*

CHOPN, jako jakékoliv chronické onemocnění, je doprovázena vzplanutím obtíží, tzv. exacerbací, která je definována jako stav v normálním průběhu nemoci, kdy dochází ke zhoršení dušnosti pacienta, kašle nebo vykašlávání. Exacerbace mají vždy akutní začátek a mohou vyžadovat změnu pravidelné léčby. (16, 17)

U pacientů s akutní exacerbací, může dojít k hyperkapnickému respiračnímu selhávání, kdy se k zajištění podpory ventilace používá tzv. neinvazivní ventilace. Neinvazivní ventilace je alternativou umělé plicní ventilace pozitivním tlakem bez tracheální intubace. Ventilátor se aplikuje pomocí obličejové či nosní masky nebo pomocí speciální helmy. Tímto způsobem dochází k eliminaci iatrogenních komplikací, které vznikají v souvislosti s umělou plicní ventilací a s invazivním zajištěním dýchacích cest (poškození hrtanu, stenózy trachey, infekce atd.). Neinvazivní ventilace se nejčastěji používá na JIP (jednotkách intenzivní péče) nebo na pooperačních pokojích. Pokud je tato metoda neúčinná, je indikována umělá plicní ventilace. Je-li tato metoda včas a správně indikována může pacientovi zlepšit prognózu, zkrátit dobu hospitalizace a dojde ke snížení nákladů na léčbu. (4, 17)

### *Emfyzém*

Emfyzémem neboli rozedmou plic, se rozumí destrukce plicního parenchymu, která je způsobena poškozením stěny alveolů a přepážek. Následkem poškození sklípkových přepážek, mohou někdy vznikat dutiny (cysty) větší než 1 cm, které jsou vyplněné vzduchem – buly (bulózní emfyzém). Pokud dojde ke ztrátě plicní pružnosti, dochází rovněž ke zvýšení odporu ve výdechu, drobné bronchioly ztrácejí elasticitu a během výdechu kolabují. Zmenšení celkového plicního povrchu k výměně plynů, vede ke sníženým hodnotám difúzní plicní kapacity. (10, 17, 23)

### *Stádia onemocnění*

Podle klinického obrazu a výsledků vyšetření funkce plic, může být CHOPN dělena do 5 stádií.

0 stadium – rizikové stadium, které je charakterizováno chronickým kašlem s tvorbou sputa. Spirometrie je bez patologického nálezu. Do tohoto stadia již patří prostá chronická bronchitida.

1 stadium – lehké stadium, kdy dochází k lehké poruše průtoku vzduchu. Pacient si potíže v tomto stadiu neuvědomuje. Na spirometrii jsou plicní funkce nepatrně zhoršené.

2 stadium – střední stadium, kdy dochází ke zhoršování dušnosti při zátěži. (FEV 1 se snižuje od 79 % do 50 %). FEV 1 neboli jednosekundová vitální kapacita, je objem vzduchu, který pacient při největším úsilí vydechne za jednu sekundu. Tento ukazatel se vyjadřuje v procentech vitální kapacity. Norma FEV 1 je 70 - 75 %. Výrazné snížení této hodnoty je při obstrukci v malých i velkých dýchacích cestách.

3 stadium – těžké stadium, kdy hodnota FEV 1 je kolem 49 - 30 %.

4 stadium – velmi těžké stadium CHOPN, kdy ukazatel FEV 1 je pod 30 % nebo se vyskytuje dechová nedostatečnost či cor pulmonale chronicum. Pacient je vždy v ohrožení života. (10, 23)

#### ***1.4 Příznaky onemocnění***

Mezi hlavní příznaky CHOPN se řadí kašel, vykašlávání a narůstající dušnost, která trvá několik let a může pacienta omezovat v pracovních aktivitách. Díky tomu má pacient čas „zvyknout si“ na své obtíže. U této nemoci je patrný tzv. fenomén „ledovce“, kdy jen malá část takto nemocných pacientů je diagnostikována a léčena včas.

Dušnost je většinou doprovázena kašlem s expektorací. Přítomna může být i cyanóza (modrofialové zbarvení kůže a sliznic, způsobené vyšším množstvím redukovaného hemoglobinu v krvi-nad 50g/l), popřípadě známky pravostranného srdečního selhání. V rozvinutém stadiu onemocnění se může objevit váhový úbytek, tzv. respirační kachexie. Pro toto chronické onemocnění jsou velmi typické akutní exacerbace.

Při fyzikálním vyšetření pacient většinou zaujímá polohu, při které využívá pomocné dýchací svaly, nejčastěji tedy v předklonu s podepřenými pažemi. Dalším typickým příznakem je svírání rtů při výdechu, tzv. „retní brzda“, kdy dochází ke zvýšení odporu vydechovaného vzduchu. Dále dle vzhledu nemocného je možno rozlišit, zda je dominující složka emfyzému, kdy pacient je růžový a jsou menší tendence k cyanóze (tzv. pink puffer – „růžový foukač“) či chronické bronchitidy (tzv. blue bloater – „modrý odulec“) (příloha 1), kdy převažuje bronchitický nálezný a velmi často dochází k překrvení spojivek. Tento typ má tendenci k cyanóze. (10, 19, 21, 24)

### *Kašel a sputum*

Kašel patří mezi obranný reflexní děj, jehož podstatou je uvolnění dýchacích cest. Kašel s tvorbou sputa může být přítomen i několik let. Nejčastěji dochází ke zhoršení v zimních měsících. Zpočátku je kašel nejintenzivnější po probuzení, později bývá přítomen i v průběhu dne. Sputum je převážně hlenovitého charakteru a při akutních exacerbacích bývá až hnisavé.

### *Dušnost*

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu, při němž dochází ke zvýšenému dýchacímu úsilí pacienta. Mívá pozvolný začátek, nemocný se snaží přizpůsobovat své chování svým obtížím. V pozdější fázi onemocnění se pacient snaží mírnit dušnost používáním pomocných dýchacích svalů. (17, 21)

#### *1.4.1 Příznaky dle stadia CHOPN*

Toto onemocnění je možné dělit do 4 forem dle příznaků.

Jako první je tzv. chronická forma CHOPN, kde je typické inspirační postavení hrudníku, výrazná celková slabost, zhoršující se dušnost, která se stále vyvíjí až v těžkou dušnost klidovou. Pacient zapojuje do dýchání pomocné dýchací svaly, je cyanotický a s produktivním kašlem.

Druhá je akutní exacerbace CHOPN, která nastává po respirační infekci, kdy je přítomna dušnost, která je doprovázena kašlem s vykašláváním hnisavého sputa. Pacient také využívá pomocných dýchacích svalů. V tomto stadiu dochází u pacienta k poklesu oxygenace, ke zhoršení cyanózy a k tachykardii.

Třetí forma je nazývána jako těžká akutní exacerbace. U tohoto stadia dochází k výraznému zhoršení kašle, klidové dušnosti a tělesná teplota stoupne nad 38,5°C. Pacient má zrychlené dýchání nad 25/min, zrychlená srdeční frekvence nad 110/min. U pacienta stále dochází ke zhoršení cyanózy a nastává útlum vědomí.

Poslední formou je život ohrožující exacerbace CHOPN, při níž již dochází k zástavě dýchání až k zástavě srdečního oběhu. U pacienta se začíná objevovat

zmatenost až kóma a pH krve je pod 7,3. (Tuto hodnotu zjistíme dle laboratorního vyšetření Astrup) (ošetřovatelský postup odběru: viz kapitola Ošetřovatelství) (13, 23)

#### *1.4.2 Ostatní příznaky*

Mezi další příznaky CHOPN je řazeno typické sípání, které se může objevit jak během exacerbace, tak během období dušnosti. Dále se mohou objevovat otoky kloubů, které jsou projevem dekompenzovaného cor pulmonale. U pozdějšího stadia onemocnění se objevuje nechutenství a následné hubnutí. Mezi fyzikální známky CHOPN patří soudkovitý hrudník nebo pokleslá, ale nezvětšená játra. Dochází k prodlouženému výdechu se sípáním, nejčastěji v expiriu. U pacienta je nízko položená a oploštělá bránice, která vyvolává vklesávání dolních žeber při nádechu. U 50 % případů bývá přítomna sinusitida. (17, 18)

### **1.5 Diagnostika**

#### *Anamnéza*

Při sběru anamnestických dat je pacient dotazován na prodělané onemocnění, jako např. chronická bronchitida, astma bronchiale atd. Důležité je zjistit, zda-li je pacient kuřák a kolik vykouří průměrně cigaret denně. Dále se hledají inhalační expozice chemickým látkám (pracovní anamnéza) a jiné rizikové faktory.

#### *Fyzikální vyšetření*

Fyzikální vyšetření u pacientů s CHOPN se provádí pohledem a poslechem. Pohledem se zkoumá, zda pacient zaujímá ortopnoickou polohu (poloha vsedě s rukama opřenýma o podložku se zapojením pomocných dýchacích svalů) a prodloužené expirium. Dále se zjišťuje inspiračního postavení hrudníku (soudkovitý hrudník). (15, 23)

### *Funkční vyšetření plic – spirometrie*

Spirometrie (příloha 2) má zásadní význam v diagnostice CHOPN, kde nám stanoví diagnózu, v jakém stadiu se onemocnění vyskytuje a jaká složka převažuje (bronchitida či emfyzém). Dále nás informuje o průchodnosti dýchacích cest a o stavu plicního parenchymu. Patří k základnímu vyšetření, které hodnotí funkce plic. Toto funkční vyšetření plic prokazuje obstrukční či ventilační poruchu. Diagnostika obstrukce je založena na poměru FEV 1 a vitální kapacity plic (VC), což je největší objem vzduchu, který může pacient vydechnout po maximálním nádechu (cca 5 litrů). U postižení plic se snižuje především vitální kapacita (restrikční vada ventilace) a u onemocnění průdušek se snižuje FEV 1 (obstrukční vada ventilace).

Vyšetření se provádí vdechováním a vydechováním atmosférického vzduchu do plic, kdy nejprve pacient klidně dýchá do přístroje, aby si zvykl, a posléze je vyzván, aby se co nejvíce nadechl, na vrcholu nádechu krátce zadržel dech a poté největším úsilím všechn vzduch vydechl. Dýchání se většinou provádí 3x po sobě. Přístroj, kterým se toto vyšetření provádí, se nazývá spirometr. Výsledek vyšetření se znázorňuje v litrech či v procentech náležité hodnoty. (23, 24, 27)

### *Laboratorní vyšetření*

Mezi nejčastější laboratorní vyšetření v diagnostice CHOPN patří vyšetření krevních plynů a acidobazické rovnováhy dle Astrupa. Acidobazickou rovnováhu vyšetřujeme buď z arteriální nebo kapilární krve z ušního lalůčku či z bříška prstu, a to z důvodu zvýšeného prokrvení. Normální pH krve je 7,35 – 7,45, kdy pokles pod dolní hranici normy se nazývá acidemie a vzestup nad horní hranici normy je nazýván alkalemie. Vyšetření se provádí u těžkého a velmi těžkého stadia CHOPN, kde se zjišťuje přítomnost respirační insuficience. Vyšetření informuje lékaře o pH krve, parciálním tlaku kyslíku, parciálním tlaku oxidu uhličitého a hladiny hydrogenuhličitanů. U pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou je vyšetřena koncentrace alfa 1 antitrypsinu. (3, 6, 25).

### *Další vyšetření u pacientů s CHOPN*

Aby lékař mohl vyloučit zánětlivé plicní procesy (pneumonie, bronchopneumonie), provádí se u veškerých nemocných skiagram hrudníku. Mezi vyšetření, která mohou vyloučit srdeční příčinu dušnosti, řadíme EKG a ECHO. Dále se provádí bakteriologické vyšetření sputa, které má ovšem význam pouze při hnisavé expektoraci. Nejčastějším nálezem u akutních exacerbací je *Haemophilus influenzae*. (3, 10)

## **1.6 Léčba**

### *1.6.1 Režimová opatření*

Mezi nejdůležitější režimová opatření patří přísný zákaz kouření, respektive zamezení inhalace tabákového kouře. Mezi další režimová opatření je řazeno zamezení expozici profesionálním prachům a chemikáliím a domácím i venkovním zdrojům znečištění ovzduší. Ukončení kouření je nejspolehlivější metodou zabránění zhoršování CHOPN. V ČR je možné využít protikuřáckých poraden, kde lékaři pomáhají pacientům zbavit se, jak fyzické, tak psychosociální závislosti na nikotinu. Existuje také náhradní terapie nikotinem, kdy jsou k dispozici různé prostředky, např.: náplasti obsahující nikotin, nosní nikotinové spreje, žvýkačky aj. Velice důležitá je spolupráce a komunikace s nemocným tak, aby byl dostatečně motivován a ke své chorobě zaujímal aktivní přístup. Dále je nutno odstranit podmínky umožňující pasivní kouření, neboť riziko CHOPN se výrazně zvyšuje expozicí tabákového kouře v prenatálním a dětském věku. Jako další preventivní opatření je doporučována protichřipková vakcinace, zejména u starších osob, kde byla prokázána snížená mortalita až o 50 %. (3, 10, 17)

### *1.6.2 Léčba kyslíkem*

Pacientům, u kterých byla zjištěna dechová insuficience, je prováděna krátkodobá léčba kyslíkem, kdy musí být použita co nejnižší koncentrace kyslíku. V dnešní době dochází k aplikaci kyslíku nejčastěji z centrálního rozvodu nebo z přenosné kyslíkové lahve. Pokud je zahájena léčba kyslíkem, měla by být každých 30 minut kontrolována hladina krevních plynů, aby nedocházelo k zadržování oxidu uhličitého, nebo ke vzniku

acidózy a přesvědčili jsme se o bezpečné oxygenoterapii. Většina pacientů při aplikaci kyslíku dává přednost kyslíkovým brýlím před kyslíkovou maskou, která však umožňuje přesnější kontrolu nad podávaným kyslíkem. Kyslík aplikovaný kyslíkovými brýlemi se podává v množství 1-2 l/min. Naordinované procento kyslíku je velice důležité dodržovat a jeho dávku nikdy nepřekračovat. Při podání vyšší koncentrace pacientovi s těžkou hyperkapnií, kdy je centrum dýchání stimulováno pouze hypoxémií, může převážit tlumivý účinek vysokou hladinou pCO<sub>2</sub>, poté dojde k prohloubení hypoventilace či zástavě spontánního dýchání. Proto by podávání kyslíku mělo být doplněno stimulací dechového centra např. ventilační podporou či kontinuálním podáváním aminophyllinu. (7, 14, 17, 19)

### *1.6.3 Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT)*

U pacientů ve velmi těžkém stadiu CHOPN je indikována dlouhodobá domácí oxygenoterapie. Tato metoda patří k základním léčebným postupům v posledním stadiu CHOPN. Kritériem k DDOT je arteriální hypoxémie pod 7,3 kPa a pokud je zároveň přítomna plicní hypertenze, cor pulmonale nebo hyperkapnie. Jedinou kontraindikací k DDOT je nespolupracující pacient nebo pacienti, kteří nepřestali kouřit. DDOT zmírňuje příznaky dušnosti, pomáhá zpomalit rozvoj plicní hypertenze a cor pulmonale a prodlužuje délku pacientova života. Dále pacientům s CHOPN výrazně zlepšuje kvalitu života a psychický stav. (24, 27)

Cílem metody je zvýšení hodnoty PaO<sub>2</sub> o nejméně 1 kPa a zároveň aby nedošlo ke zvýšení PaCO<sub>2</sub>. V indikovaných případech lze použít tzv. tekutý kyslík, se kterým se může pacient volně pohybovat. Nevýhodou je pouze jeho vyšší cena. Pacient před propuštěním musí být řádně poučen o používání a aplikaci kyslíkové léčby pověřeným školitelem. Dále jsou pacienti poučeni o dostatečné hydrataci a hygieně dutiny ústní, aby nedocházelo k vysychání sliznic. Pacientům s kyslíkovou léčbou by měl být sledován stav kůže na obličeji a nemělo by dojít k otlakům (zejména nosní dírky, uši, zevní strana nosu). Pacienta je možné poučit o podložení elastických pásků mulem, který zmírní tlak na výše uvedených místech a přinese úlevu. Je vhodné, aby se na léčbě podílela i rodina. Indikaci k DDOT provádí plicní lékař. (26, 27)



#### *1.6.4 Farmakologická léčba*

Farmakologická léčba je určena pro celkové zlepšení zdravotního stavu pacienta, ke snížení frekvence exacerbací a ke kontrole příznaků. Z farmakologické léčby je možno využít perorální nebo inhalační přípravky. Výhodou inhalačních přípravků je jejich vyšší účinnost a menší riziko nežádoucích účinků. Mezi základní farmakologickou léčbu u CHOPN řadíme bronchodilancia (rozšíření průdušek), expektorancia (usnadňují vykašlávání), mukolytika (zřed'ují sputum) a antitusika (tlumí kašel). Léčba tudíž spočívá především v bronchodilataci a zlepšení expektorace. Mezi krátkodobě účinná bronchodilancia jsou řazena beta-2-mimetika a anticholinergika. Tyto léky slouží především jako záchranná medikace při dušnosti. Od druhého stadia CHOPN se v dnešní době užívají dlouhodobě účinná beta-2-mimetika a dlouhodobě účinná anticholinergika (Foradil, Oxis, Serevent). Tyto léky pacientům zajišťují dlouhodobou a stabilní bronchodilataci, díky které dochází k redukci příznaků nemoci a tím snižují potřebu na záchrannou medikaci.

Pro léčbu nemocných s těžkou až velmi těžkou CHOPN (3. a 4. stadium) a s častými exacerbacemi (více než 2x ročně) jsou pravidelně indikovány inhalační kortikosteroidy, které nezpomalí rozvoj onemocnění, ale eliminují počet exacerbací. (8, 11, 17, 18, 23)

Mezi další farmakologickou léčbu se řadí antibiotika, která při okamžitém podání mohou zkrátit dobu exacerbace. Pacient většinou dostává zásoby antibiotik, která užívá, pokud má zelené sputum. Jako další farmaka, která může pacient s CHOPN užívat jsou diuretika. Diuretika se podávají pacientovi s otoky, značící plicní onemocnění, které může způsobit pravostranné srdeční selhání. Pacienti s CHOPN by neměli užívat sedativa a hypnotika, neboť tlumí dechovou frekvenci. (9, 21, 24)

#### *1.6.5 Chirurgická léčba*

Mezi možnosti chirurgické léčby je zahrnuta bulektomie, volumredukční operace a transplantace plic. Bulektomií se rozumí terapie bulózního emfyzému. Bulektomie je indikována pokud bula utlačuje okolní parenchym nebo pokud je vysoké riziko

komplikací (krvácení, pneumotorax). Největší efekt má odstranění velké buly u mladého pacienta s malým stupněm obstrukce. Další chirurgickou metodou je volumredukční operace plic. U této metody se jedná o odstranění periferních částí plic, kdy záměrem je snížení hyperinflace, tím pádem dokáže zbývající část plic snadněji ventilovat. Metoda zaručuje zlepšení účinnosti dýchacích svalů. Poslední chirurgickou metodou je samotná plicní transplantace. Indikací k transplantaci plic je pokročilé onemocnění s těžkou obstrukční poruchou, kdy FEV 1 dosahuje 20 % a méně. Další podmínkou pro transplantaci je pacient, který nemá šanci na dvouleté přežití. Toto kritérium se ovšem dá stanovit velice obtížně. (10, 23, 24)

#### *1.6.6 Rehabilitace*

Rehabilitační léčba je indikována od 2. stadia onemocnění. Délka rehabilitačního pobytu by měla trvat minimálně 2 měsíce. Rehabilitační program má za úkol snížit subjektivní pocit dechové tísně, zlepšit fyzickou i psychickou kondici pacienta a snížit sociální izolaci v důsledku onemocnění a tím snížit počet dnů strávených hospitalizací v nemocnici. Rehabilitační program není omezen pouze na fyzioterapii, ale je také zaměřen na dechovou gymnastiku, cvičební trénink (cvičení na rotopedu, chůze), kondiční tělesná cvičení, trénink správné expektorace, expirium proti našpučeným rtům, cvičení inspiračních svalů a poklepová masáž hrudníku.

Dále je kladen důraz na úpravu denního režimu a úpravě výživy. Dalším cílem tohoto programu je redukce obezity či podvýživy. V neposlední řadě je velice důležitá edukace, kde jsou pacienti informováni o nutnosti pokračování dechové gymnastiky a kondičního tělesného cvičení i doma. Dále jsou zapojováni k aktivnímu přístupu ke své léčbě a nemoci. Rehabilitace zahrnuje komplexní terapii a pacientovi by měla mimo jiné přinášet i psychosociální uspokojení. (5, 8, 10, 27)

#### *1.6.7 Lázeňská léčba*

Lázeňská léčba je řazena jako další účinná a užitečná terapie v léčbě CHOPN. Léčba využívá pozitivních účinků přírodního léčivého zdroje, jako jsou přírodní minerální vody, které jsou především využívány k inhalační léčbě. Dále poskytuje

metody jako je balneoterapie, která podpurným působením přispívá ke zvýšení obranyschopnosti organismu. Inhalace minerálních vod přináší účinky mukolytické, dále snižuje dráždivost sliznic horních cest dýchacích a dochází ke zvýšené sekreci a snadnější expektoraci.

Vhodné je využívání solných jeskyní, které mají podobnou účinnost jako léčebné pobyty v přímořských oblastech. Po opakovaných návštěvách léčebných zařízení, pacienti udávají stabilizaci stavu na nejméně 3-6 měsíců a dochází ke snížení dávek farmakologické léčby a snížení počtu hospitalizací a pracovních neschopností. Mezi nejznámější lázeňské zařízení v ČR patří Lázně Luhačovice. (5)

### ***1.7 Komplikace***

Chronická obstrukční plicní nemoc může způsobit řadu komplikací, které mohou pacienta ohrožovat na životě. O možných komplikacích by měl být pacient seznámen.

#### *Pneumothorax*

Pneumothorax je definován jako přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině, kde dochází k následnému kolapsu plíce, zhoršenému dýchání a nebezpečí hypoxie. U CHOPN dochází k pneumothoraxu z důvodu roztržení plíce při prasknutí bul u emfyzému. Příznaky pneumothoraxu se vyznačují dušností, suchým kašlem, bolestí na hrudi, celkovou slabostí. Pacient může zaujímat ortopnoickou polohu a v těžších stavech i selháním respiračních funkcí a srdečního oběhu. (24, 25)

#### *Chronické pravostranné srdeční selhání*

Chronické pravostranné srdeční selhání je definováno jako postupný nárůst plicního tlaku pravé srdeční komory a dochází k městnání krve v povodí horní a dolní duté žíly. Nastává snížení minutového srdečního objemu, který má za následek hypoxii orgánů. Krev postupně městná v systémových žilách. Při městnání krve v povodí horní duté žíly dochází ke zvýšené náplni krčních žil, zmatenosti, nespavosti a závratím. Při městnání krve v povodí dolní duté žíly vznikají otoky kolem kotníků, anasarka (prosáknutí všech tkání), ascites, hepatosplenomegalie, nechutenství, nauzea či zvracení. (10, 22, 23)

### *Respirační insuficience*

Respirační insuficience neboli dechová nedostatečnost, je neschopnost dýchacího ústrojí zajistit výměnu plynů, tzn. normální ventilaci a postupně se vyvíjí hypoxémie a hyperkapnie s dušností, která může způsobit udušení či selhání srdce. Dle těchto stavů rozdělujeme dechovou nedostatečnost na parciální a globální. (7, 22, 23)

### **1.8 Prognóza**

K příznivé odezvě u pacientů s CHOPN je nutné v začátcích onemocnění zanechání kouření. CHOPN však neustále pozvolna v pozdějších stádiích progreduje, proto je prognóza nepříznivá. Rychlost progresu je velice individuální, kolísá v závislosti na dodržení režimových opatření (kouření, exacerbace), na výsledcích léčby atd. Tito nemocní jsou omezeni postupnou respirační insuficiencí a chronickým pravostranným selháváním (cor pulmonale), kdy tyto problémy bývají nejčastějším důvodem k úmrtí pacienta. Mezi nepříznivé prognostické faktory patří často se opakující exacerbace, cor pulmonale a vznik hypoxémie. Pacienti s CHOPN mají častější nález bronchogenního karcinomu. (3, 10, 13)

### **1.9 Ošetrovatelská péče o pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí**

Při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s CHOPN má sestra stanoveno plno cílů, vykonává mnoho aktivit a musí mít odborné znalosti především v oblasti medicínské a ošetrovatelské.

#### *1.9.1 Role sestry v péči o hospitalizovaného pacienta s CHOPN*

Pacient je přijímán k hospitalizaci při vzniku komplikací spojených s chorobou, při exacerbaci choroby či pro zhoršení jeho stavu. Pacienti jsou přijímáni v život ohrožujících stavech na oddělení intenzivní péče, v lehčích případech na interní oddělení. U pacienta, který je přijat na oddělení, je třeba, aby sestra sledovala a zaznamenávala základní životní funkce pacienta (krevní tlak, puls, tělesná teplota, dech). Role sestry spočívá ve sledování kašle a vykašlávání, kdy pacient odstraňuje nečistoty či hleny z dýchacích cest. Nejčastěji bývá přítomen kašel produktivní, kdy u

pacienta dochází k produkci sputa. Sestra by měla umět zhodnotit vzhled a množství sputa. Sputum může být vazké, husté, zpeněné, zapáchající, bílé, s příměsí krve, žluté či zánětlivé. U nemocných s CHOPN se vzorek sputa odebírá na vyšetření citlivosti a kultivace. Veškeré informace se zapisují do ošetrovatelské dokumentace.

Sestra sleduje hodnoty saturace, která je měřena pulsním oxymetrem, který se přiloží pacientovi na prst či ušní lalůček. Norma kyslíkové saturace se pohybuje kolem 95-99 %. U nemocných s CHOPN se může pohybovat zhruba jen kolem 85 %. Dále jsou také kontrolovány hodnoty laboratorních výsledků (Astrup). Role sestry také spočívá ve správné aplikaci kyslíku a správnému podání léků dle ordinace lékaře. Pokud pacient má potíže při uvolňování hlenu, sestra objednáva fyzioterapeuta, který pacientovi pomáhá s vykašláváním sputa. Dále sleduje průběh a zhoršování dušnosti a cyanózy. V neposlední řadě by sestra měla pacientovi poskytnout emocionální podporu, zejména ve stavech extrémní dušnosti, být k pacientovi empatická a uklidňovat ho. U pacientů s dechovou nedostatečností mohou nastat komplikace se spoluprací, i tak sestra musí zůstat vlídná a zvolit správný přístup chování ke svému pacientovi. Jestliže nastanou potíže s usínáním z důsledku dýchacích obtíží, sestra se snaží zabezpečit klidné prostředí ke spánku, popřípadě podává léky dle ordinace lékaře. (6, 21, 23, 26)

#### *Ošetrovatelský postup při odběru kapilární krve (Astrup)*

Odběr kapilární krve na vyšetření acidobazické rovnováhy se provádí u pacientů v těžkém stadiu CHOPN. Před tímto vyšetřením sestra poučí pacienta o provedení výkonu, vysvětlí, že není bolestivý, pouze nepříjemný. Vyšetřením je zjišťována hodnota pH krve a krevních plynů. Vyšetření provádí sestra z kapilární krve (ušní lalůčky, bříška prstů). Místo vpichu je před odběrem nutné dostatečně prokrvit (zahřátí v teplé vodě), vypodložit buničitou vatou a vydezinfikovat. Je důležité dezinfekci řádně vysušit. Po vpichu se nechá krev volně vytékat, nevymačkává se. Po setřené první kapce se nabere plná kapilára bez vzduchových bublin. Kapiláru držíme ve středu kapky směrem nahoru, aby byla krev nasávána ve směru gravitace. Krev je odebírána do heparinizovaných kapilár. Po naplnění se do kapiláry vloží ocelový drátek a uzavře se plastickými uzávěry. Následně je pohybováno magnetem podél kapiláry, aby se krev

smíchala s protisrážlivým roztokem a nesrážela se. Sestra drží kapiláru mezi palcem a ukazovákem. Pokud není vzorek krve odnesen do laboratoře ihned, sestra zabezpečí jeho uchování v ledu (v emitní misce) a v laboratoři musí následně dojít k rychlému vyšetření. Při tomto vyšetření sestra pracuje bezpečně, rychle a kvalitně. (12, 23)

#### *Vhodné polohy klienta s chronickým onemocněním dýchacích cest*

Jako základní a účelná poloha pro pacienty s CHOPN je tzv. ortopedická poloha, která zlepšuje ventilaci plic. Pacient sedí na lůžku, dolní končetiny jsou volně svěšené z lůžka a rukama se opírá o stůl (podložku), tím dochází k použití pomocných dýchacích svalů a k následnému zmírnění pocitu dušnosti. Nemocní s chronickou dušností neradi mění polohu, proto je vhodné umístit antidekubitární matraci do lůžka, aby nedocházelo k otlakům na kůži. Pokud je to možné, pro dušné pacienty je vhodnější sedět v křesle než ležet na lůžku. Ke zlepšení psychického stavu pacienta je možné pustit fén a tím pacient ucítí proudění vzduchu.

Při správném nácviku dýchání při dechové rehabilitaci, je nutné, aby pacient zaujímal různé polohy.

Například poloha vsedě, v tzv. „jezdecké pozici“, kdy pacient sedí na židli trupem k opěradlu, nohy má rozkročené, lokty opřené o opěradlo a narovnaná záda. Popřípadě tzv. poloha vsedě, v pozici „vozky“. Pacient sedí na okraji židle, dolní končetiny rozkročené, ruce opřené o kolena nebo podpírají hlavu. Pacient je poučen, že při cvičení v těchto polohách má mít na sobě pohodlný a volný oděv.

Další poloha, která nemocnému usnadní uvolnění sekretu z dýchacích cest je posturální drenáž. Při této poloze sestra poučuje pacienta, aby se nahnul přes okraj lůžka či přes polštář tak, aby měl hrudník níže než dolní končetiny a snažil se co nejvíce odkašlávat. Obdobnou metodou je polohová drenáž, kdy sestra pacientovi podloží dolní končetiny polštářem či polohovacími pomůckami tak, aby měl nohy výše než hrudník. Tím dochází k uvolňování sekretu a k lepšímu odkašlávání vlastní vahou pacienta.

Pro pacienta s CHOPN jsou výše uvedené polohy velmi důležité z důvodu psychické a fyzické pohody. Pacienti by měli být s polohami řádně seznámeni a sestra

by měla být nápomocná v rámci ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou dýchání. (14, 23, 26)

### *1.9.2 Péče o dýchací cesty*

Ošetrovatelská péče o dýchací cesty u pacientů s CHOPN je nezbytnou součástí a samozřejmostí. Je zde zařazeno mnoho výkonů, které musí sestra znát a vykonávat. Při ošetrovatelské péči o dýchání je důležité, aby pacient měl čisté cesty dýchací. Proto je pacientovi vždy zajištěna zvýšená poloha, čerstvý vzduch, zvlhčování vzduchu, ošetřování kůže kolem nosu, čisté nosní průduchy, odsávání a inhalace.

Mezi nejdůležitější aspekty pro pacienta s CHOPN patří správné dýchání a aktivní odkašlávání, které by měl pacient dodržovat zhruba každé 2 – 3 hodiny ve spolupráci s fyzioterapeutem.

Dále jsou pacientům podávány inhalace s léčebným roztokem. Do dýchacích cest je inhalační léčivo aplikováno ve formě plynu či páry. Inhalace může být přirozená (horská sanatoria, pobyty u moře, na horách) nebo umělá, kdy dochází k rozptýlení látky v inhalátorech. Sestra s pacientem nacvičuje správnou aplikaci a užívání léků, pacienta kontroluje a je mu vždy nápomocná. Dále sestra sleduje další vývoj a změny stavu pacienta. (6, 14, 23)

### *Ošetrovatelský postup při odběru sputa, sledování sputa*

Při chronickém onemocnění dýchacích cest, je sputum řazeno jako typický klinický příznak. Na sputu lze posoudit konzistenci, barvu a množství. U pacientů s CHOPN se sputum tvoří ve zvýšeném množství, proto je důležité pacienta poučit o pravidelném odkašlávání a poskytnout dostatek kapesníků, nádob či kelímků na odkašlání. Nádoby by měly být uzavíratelné, zejména při likvidaci, aby nedocházelo k přenosu infekce.

Sputum odebrané od pacienta, je možné vyšetřit mikroskopicky (kultivace a citlivost). Před odebráním vzorku je nutné pacienta informovat o správném odběru, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Nejprve si sestra připraví pomůcky k odběru (buničina, žádanka na laboratorní vyšetření, plastový sáček, ústní voda, odběrová nádobka, emitní miska). Pacient je poučen, že sputum bude odebráno před tím, než si vyčistí zuby,

napije nebo vypláchne ústa. I pro pacienta je ranní odběr jednodušší, neboť má více sil a sputum se přes noc nahromadilo v horních dýchacích cestách a bude lépe vykašláno. Pacient se posadí, několikrát se zhluboka nadechne, zakašle a vyplivne sputum do odběrové nádoby. Tato procedura se může opakovat několikrát po sobě pro získání dostatečného množství sputa. Sestra při odběru může zajistit pacientovi fyzioterapeuta, ke správnému vykašlávání. Následně se nádoba ihned uzavře, označí jménem a rodným číslem a vloží se do plastového pytlíku společně s žádankou. Pacientovi je nabídnuta ústní voda a buničitá vata na otření úst. Po výkonu si sestra pečlivě umyje a vydezinfikuje ruce a vše zaznamená do dokumentace (odběr + barva, konzistence a zápach vzorku). Vzorek se co nejrychleji transportuje do laboratoře. Pokud toto není možné ihned, uloží se vzorek do chladničky. (12, 21, 26)

### *1.9.3 Pomůcky a cviky pro dechovou rehabilitaci, masáže*

V rámci ošetrovatelské péče je prováděna s pacienty tzv. dechová rehabilitace. Jedná se o řadu různých aktivit, které pacient provádí za asistence sestry a fyzioterapeuta. Dechová cvičení zároveň posilují dýchací svalstvo, zlepšují ventilaci plic, naučí pacienta pracovat s dechem, podporují krevní oběh a celkově uklidňují nemocného.

Pro pacienty s chronickým onemocněním dýchacích cest je vhodné použití cviků jako jsou: nafukování balónku a jiných gumových předmětů, nádech nosem a výdech pod hladinu tekutiny brčkem nebo tzv. poklepová drenáž. Mezi dechová cvičení, která efektivně a účelně podporují dýchání je řazeno pomalé nadechování nosem, který si pacient předem stiskne lehce prsty a vydechne přes téměř uzavřené rty. Cvičení by se mělo opakovat asi 7x. Aby nedošlo k únavě, pacient vkládá mezi jednotlivé nádechy pauzy. Dále sestra může s pacientem trénovat tzv. nácvik břišního dýchání, který se provádí v polosedě. Pacient pokrčí kolena, sestra pacientovi položí ruce těsně pod žebra a pacient začíná vdechovat nosem se zavřenými ústy. Je nabádán, aby vnímal ruce na svém břiše a pomalu vydechoval přes přivřené rty.



K dechové gymnastice a pro snadnější uvolňování sekretu z dýchacích cest, je vhodné doplnit cviky masáží, za pomoci gelů či roztoků (alpa, kafir). Tyto roztoky sestra maže pacientovi na hrudník a následně dochází ke zlepšení prokrvení.

Další přínosnou metodou, při které dochází ke zlepšení uvolnění sekretu je poklepová masáž. Sestra konečky prstů poklepává pacienta na stěně hrudníku od periferie ke středu. Tato metoda by měla být prováděna nejméně 5 minut. (6, 23, 14).

Jestliže pacient není sám schopen odkašlávat, sestra vykonává odsávání sekretu z dýchacích cest pomocí odsávacího přístroje. Výkon by neměl trvat déle jak 15 sekund. Je nutné dodržet aseptický přístup. Při odsávání je sestra chráněna rukavicemi, ústenkou a ochranným oděvem. (6, 14, 23)

#### *1.9.4 Edukace pacienta*

Jako u jakéhokoliv onemocnění, je i zde důležitá edukace pacienta. Při edukaci pacient dostává veškeré údaje o své chorobě. Tyto informace by měl získávat při každé návštěvě lékaře či nemocničního zařízení

Při propuštění pacienta z nemocničního zařízení do domácí léčby, je nutná edukace ze strany zdravotního personálu. Základní informace o nemoci jsou pacientovi poskytnuty ze strany ošetřujícího lékaře. Role sestry spočívá v důkladné informovanosti pacienta, ale i jeho rodiny, která by měla být zapojena do léčby a prevence. Velmi důležitá je neustálá edukace ohledně zákazu kouření (u pacientů, kteří stále kouří) a zamezení přístupu k profesním chemikáliím či prachům. Na tyto informace by měl být kladen velký důraz a měly by být řečeny při každé návštěvě lékaře. Dále sestra edukuje pacienta ohledně hygieny dýchacích cest a pravidelné dechové rehabilitaci, kterou se naučil při hospitalizaci. Měl by být informován o důležitosti pobytu na čerstvém vzduchu, případně návštěvě solných jeskyní, pobytů u moře či procházkách v lesním prostředí. Pacient je informován o ochraně před infekcemi a o vhodnosti otužování v rámci možností. Pacientům s chronickým onemocněním dýchacích cest je doporučována klimatická či lázeňská léčba.

V neposlední řadě je pacient informován o používání kapesních inhalátorů a celkově o pravidelném užívání medikace. Dále je informován o základních činnostech,

jako je dostatečná hydratace, dostatek spánku a odpočinku, pravidelné větrání a vyprazdňování. Následně pacient dostane informace o další návštěvě lékaře. (10, 23, 27)

### ***1.10 Sdružení pro pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí***

Na internetových stránkách je možné se dočíst o tzv. Sdružení pacientů s obstrukční plicní nemocí. Jedná se o nezávislé občanské sdružení, které má stanoveny určité cíle, kterých se snaží dosáhnout.

#### *Informace o sdružení*

Mezi hlavní činnosti organizace patří zapojování pacientů do protikuřácké odvykací léčby. Edukace pacientů a jejich rodin do problematiky CHOPN (průběh, režimová opatření, léčebné postupy). Organizace neustále a aktivně spolupracuje, se stejně či podobně zaměřenými sdruženími, na vydávání publikací a článků a na výzkumné činnosti. A v neposlední řadě se zabývají pořádáním různých informačních programů, kde seznamují pacienty i laickou veřejnost s novými trendy v léčbě, moderními postupy a novými léky. Proti této nemoci se snaží bojovat také propojením klasické moderní medicíny s alternativními léčebnými postupy.

Toto sdružení sídlí v Praze ve fakultní nemocnici Motol. Aby organizace mohla pokrýt náklady vlastních potřeb, náklady na činnost, a aby mohli dosáhnout svých cílů, vybírají dobrovolné členské poplatky, příspěvky či sponzorské dary. Sdružení si o svém hospodaření vede účetnictví. (1)

#### *Světový den CHOPN v České republice*

V Liberci, Olomouci a v Praze se dne 18. 11. 2010 uskutečnilo bezplatné měření spirometrie. Kuřáci zde měli u zástupců Centra závislosti na tabáku i možnost změření obsahu nikotinu v dechu. Bylo vyšetřeno 641 účastníků. Dále byli návštěvníci informováni o problematice CHOPN, řada zúčastněných si však vyšetření spirometrie nepřálo.(2)

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klienta s chronickou obstrukční plicní nemocí.
2. Zjistit specifické potřeby klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí?
2. Jaké specifické potřeby mají klienti s chronickou obstrukční plicní nemocí?
3. Jak jsou klienti s chronickou obstrukční plicní nemocí informováni o své nemoci?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika a technika výzkumu***

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením, a to technikou polostrukturovaného rozhovoru (příloha 4). Rozhovory probíhaly jednotlivě a pacienti odpovídali na předem připravené otázky

Rozhovor obsahoval celkem 42 otázek. První část otázek byla zaměřena na příčinu, příznaky, prvotní problémy či informovanost pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (dále jen CHOPN). V další části byly otázky zaměřeny na vzniklé problémy pacientů vlivem CHOPN. A zbytek otázek byl zaměřen na léčbu pacientů s touto chorobou.

Rozhovory byly sepsány formou kasuistik a následně byly vytvořeny kategorizační tabulky, které shrnovaly nejdůležitější výsledky výzkumu. Šetření probíhalo od ledna do března 2011.

#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 8 respondentů (5 mužů a 3 ženy). Rozhovory byly provedeny s pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí z plicních léčeben a z vybraných oddělení nemocnic v Plzeňském a Středočeském kraji. Čtyři respondenti byli z plicní léčebny Janov, dva respondenti navštěvují plicní ambulanci příbramské nemocnice a dva respondenti byli z oblastní nemocnice Kladno.

## 4. Výsledky výzkumu

### 4.1 *Kasuistiky*

#### **Respondent č. 1**

Respondent č. 1 je muž ve věku 40 let. Respondent měl čtvrtý stupeň chronické obstrukční plicní nemoci (dále jen CHOPN), kdy mu posléze byla nabídnuta transplantace plic. Mezi první problémy, které respondentu přiměly jít k lékaři, byla horečka, kašel, dušnost a silná bolest na hrudi. V nemocnici mu byl diagnostikován těžký zápal plic. Po dalších vyšetřeních bylo zjištěno onemocnění CHOPN s těžkou ventilační poruchou. Respondent pracoval jako horník v dole, což také udává jako hlavní příčinu vzniku choroby. Nicméně tvrdí, že kouřil zhruba 14 let, kolem 10 cigaret denně, což jak sám tvrdí také nebylo ideální. Diagnóza pro něj byla velký šok. O této nemoci slyšel velmi málo, ale nikdy ho nenapadlo, že by „potkala“ právě jeho. Nejhorší však bylo, že ho vyřadili z dolu a propustili ze zaměstnání. To nesl velice těžce. Naštěstí velikou oporou je pro něj jeho manželka s dětmi, kteří ho psychicky podporovali v těch nejtěžších chvílích. Největší strach pociťoval z toho, co s ním bude dál, jak se bude vyvíjet léčba a hlavně zlepšení. Vůbec si nechtěl připustit, že by se nemoc nedala vyléčit. Vysvětlení lékařů chápal minimálně, a tak si začal vyhledávat veškeré informace na internetu, kde se také o svém onemocnění dozvěděl nejvíce. „Myslím, že jsem se o této chorobě dozvěděl prakticky úplně všechno,“ doplňuje.

Omezení v dýchání pociťuje velké. Nejhorší to bylo v zimě. „Když jsem vyšel z tepla domova, ven do zimy, velice často jsem se musel po pár metrech vracet zpátky domů z důvodu silné dušnosti,“ smutně dodává. Dušnost ho velmi omezovala a nepomáhal ani inhalační spray Berodual, který užíval. Párkrát se i stalo, že si byl nucen zavolat záchrannou službu, která ho odvezla do nemocnice, do rukou odborníků. Respondent udává, že dušnost pro něj byla nejhorším problémem a velice ho omezovala v běžných denních činnostech. V zimních měsících, pokud to nebylo nutné, nechodil ven vůbec, aby neonemocněl. A ani samotná dušnost mu „nedovolila“ nikam jít. Dušnost nejčastěji pociťoval při chůzi do schodů, lepší už to bylo při chůzi po rovině. V klidovém režimu byl dušný při nachlazení a po celkovém vyčerpání.

Žádný problém s vylučováním neměl. Respondent udává změny ve stravování a tvrdí, že má i do teď, když už je po transplantaci. Lékaři mu byl nasazen lék Prednison, díky němuž měl neustálý pocit hladu. Tudíž začaly problémy s přibíráním na váze.

„Z důvodu dušnosti a neschopnosti cokoliv dělat, bylo shazování kil téměř nemožné“ vzpomíná smutně respondent.

Respondent udává omezení ve fyzické aktivitě. Toto omezení je velmi úzce spojeno s dušností. Při jakékoliv větší fyzické zátěži se respondent zadýchal. Udává, že nejhorší pro něj byla chůze do schodů, která byla velmi namáhavá. Musel si dávat velké pauzy, než všechny schody vyšel.

Respondent udává, že kvůli dušnosti a velkému kašli se v noci nikdy pořádně nevyspal a tím pádem jeho rodina rovněž. Ale i tak nadále zůstává jeho rodina pro něj tou největší oporou a snažili se mu to co nejvíce ulehčit. I po propuštění z práce ho kolektiv nadále zval na veškeré společenské události. Byl moc rád, že ho bývalý kolegové zcela „nezavrhlí“. Samozřejmě chodil jen tam, kde byl zákaz kouření v budově.

Respondent výše vypsáním omezením dříve nepřikládal větší význam, bral je jako samozřejmost. Byl velice smutný, že nemohl chodit tam, kam chtěl, a že měl takové problémy s dýcháním. Ve svém okolí se setkal i s negativní reakcí. Jak sám udává: „Záviděli mi invalidní důchod v mém věku“. Respondent se dále setkal s pomluvami od svého okolí, které ale snášel a snáší do teď. Tvrdí, že nikomu nic nevysvětloval a snažil se pomluvy ignorovat, je to pro něj velmi nepříjemné. Opět jeho rodina (zejména manželka) mu byla a je obrovskou oporou.

Lékaře byl nucen navštěvovat častěji. Nejvíce z důvodu velkého kašle a dušnosti. Nyní lékaře také navštěvuje, ale už jen z důvodu kontroly krve. Respondent se o svojí nemoc zajímá aktivně, a to pořízením odborných literatur i prohlížením internetových stránek. Kvůli onemocnění se mu změnily životní hodnoty a i jeho celkový pohled na život. Transplantaci bere jako svojí druhou šanci. „Kdo pocítil nemoc CHOPN, ví, o čem mluvím, jaké to je když chybí kyslík“ sám rozpačitě doplňuje. Před transplantací užíval léky: Euphyllin 300, Prednison 5, Seretide diskus 50/500, Spiriva 18 a Berodual, kdy všechny tyto léčebné prostředky pro něj byly dostupné. Účinky a správné

dávkování léků znal dokonale. Léčbu snášel dobře, pomáhala mu a byla účinná. Respondent udává i vedlejší účinky léčby, a to bolest kloubů a svědění očí. Po transplantaci již neužívá žádné léky na dýchání. Domnívá se, že byl seznámen se všemi možnostmi a postupy léčby a pokud něco nevěděl, zdravotní personál ho ochotně o všem znova informoval.

Respondent využil služeb lázeňské péče Jeseník. Tvrdí, že mu to velice pomohlo, ale jen na krátkou chvíli, zhruba 2 měsíce, než přišly teplotní změny a vše se vrátilo zpátky. Byly mu nabídnuty i doplňující metody léčby (rehabilitace, pobyty v jeskyních), které ale nevyužíval. Kvůli onemocnění byl mnohokrát hospitalizován, z důvodu častých akutních exacerbací.

Pro své onemocnění musel náhle změnit zaměstnání (horník). Poté se jeden měsíc pokoušel pracovat u bezpečnostní služby. Odtud musel také odejít pro zhoršení zdravotního stavu a požádal si o invalidní důchod.

Respondent žije ve městě a domnívá se, že prostředí má vliv na průběh onemocnění. „Je lepší bydlet na vesnici, někde u lesa, už jen pro ten pocit čistšího dýchání“ doplňuje. Jako další onemocnění, která mu vznikla na základě CHOPN udává vysoký tlak a osteoporózu. Myslí si, že zdravotní sestry by měly mít přehled o tomto onemocnění, ale posouzení není objektivní, většinu problémů řešil s lékařem.

Kyslík v domácí léčbě nevyužíval, byl mu aplikován jen při hospitalizaci. Respondent je členem sdružení spchopn, které má své internetové stránky. S tímto sdružením jezdí se svými „kolegy a kolegyněmi“ na ozdravné pobyty po ČR.

## **Respondent č. 2**

Respondentkou č. 2 je žena ve věku 39 let. Respondentka je již také po transplantaci plic. Chronickou obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) měla od roku 2000 – 2009, čtvrtý stupeň. Poprvé navštívila lékaře z důvodu zhoršeného dýchání, horečky a kašle. Byl ji diagnostikován zápal plic a následné odhalení CHOPN. Jako hlavní příčinu vzniku nemoci udává genetickou dispozici, deficit AAT – alfa 1 antitrypsinu. Respondentka byla kuřačka, a to od 18 ti do 33 let, cca 10 cigaret denně, ale po zjištění diagnózy okamžitě s kouřením přestala. Jak sama tvrdí, první reakce po

zjištění diagnózy byla „nijaká“, nebrala to moc vážně. Tudíž i reakce okolí byla podobná, moc to doma nerozebírala a nikdo si neuvědomoval jak vážné je to onemocnění. Následně si o své nemoci začala shánět informace, převážně na internetových stránkách.

Dýchání jí dělalo obrovské potíže. V roce 2003 byla na spirometrickém vyšetření, kdy výsledek byl 35% (norma 100-80%). V roce 2007 měla respondentka při námaze viditelné zhoršení dýchání, například při běžných domácích pracích. V roce 2008 jí byl zakoupen invalidní vozík, jelikož nemohla ujít ani menší vzdálenosti. V roce 2009 došlo k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Respondentka vážila 36kg a následně jí byl zaveden PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Nebyla schopná se sama najíst, proto musela být nutričně podporována. Velmi časté hospitalizace pro ní byly samozřejmostí. Při hospitalizaci v nemocnici, v listopadu 2009, jí bylo provedeno předoperační vyšetření a v únoru 2010 byla respondentka zařazena na čekací listinu na transplantaci plic.

Respondentka pociťovala problémy při vylučování, stávalo se, že došlo k samovolnému úniku moči při záchvatech kašle. Dále udává omezení ve stravování, které spočívalo opět v dušnosti, kdy jak sama udává: „Při zhoršeném dýchání nejde stravu ujíst, jelikož Vám nestačí dech“. Tvrdí, že nejčastěji pociťovala dušnost při změně počasí a při stresu. Respondentka vyžadovala pomoc při běžných činnostech, jako je oblékání či hygiena. Udává, že sama zvládla 5-6 kroků a i to ji velice vysílilo. Potřeba spánku se vlivem onemocnění velice zvýšila. Respondentka udává, že v podstatě prospala skoro celý den a cítila se stále unavená. Spánek nebyl kvalitní, vzhledem k častému dávivému kašli. Její společenský život byl velmi omezen a závisel na tom, jak jí momentálně bylo. Její přátele na ní nezanevřeli, respektovali nemoc a přizpůsobovali tomu i své návštěvy.

Veškeré výše uvedené omezení, která vznikla kvůli onemocnění, si uvědomovala intenzivněji než dříve, jelikož dnů, kdy jí bylo dobře, bylo velmi málo a o to víc si jich cenila. Naštěstí její rodina ji ve všem velmi podporovala. „Bez nich bych to nezvládla“ dodává. S negativní reakcí z okolí se setkala a co ji překvapilo, bylo to z řad zdravotníků. O reakci se nechtěla dále rozpovídat. K lékaři moc často nechodila, spíše



to byly hospitalizace. Nejčastěji z důvodu zúžení průdušek a následné dýchací obtíže, kdy jí byl v nemocnici aplikován kyslík. Respondentka se aktivně zajímá o své onemocnění, a to čtením informací na internetových stránkách, myslí si, že její informace o nemoci jsou dokonalé a ucelené. Respondentce se vlivem nemoci rázně změnila její priority. Vážila si každého dne, kdy jí bylo dobře, a nezatěžovala se zbytečnými starostmi. Léky, které užívala, znala dobře. Jak jejich dávkování, tak účinky. Užívala léky: Berodual, Spiriva, Euphyllin a Erdomed. Tuto léčbu snášela dobře a vzhledem ke stupni nemoci byla i účinná. Na vedlejší účinky léčby si bohužel nepamatuje, ale domnívá se, že se žádné nevyskytly. Respondentka si myslí, že je seznámena se všemi postupy v léčbě CHOPN. Lázeňské služby nevyužívala. Doplňující metody léčby zná. Absolvovala pobyty u moře, ale bez většího efektu zlepšení. Dále byla seznámena s rehabilitačním cvičením. S metodami byla spokojená.

Respondentka je v současné době v invalidním důchodu. V době, kdy onemocněla, zaměstnaná nebyla. Starala se o svého postiženého syna. Respondentka žije ve městě a není schopna posoudit, zda život na venkově by byl pro její stav lepší. Jako další onemocnění vzniklé kvůli CHOPN, uvedla osteoporózu. Mezi největší vzniklé problémy a omezení, řadí neschopnost se sama o sebe postarat (připravit si jídlo, obléci se, vykoupat se, atd.).

Respondentka využívala v domácí léčbě kyslík. Zhruba kolem 20-22 hodin denně. Ona i její rodina byla řádně proškolená o správné manipulaci s přístrojem. Uvedla, že dlouhodobá domácí oxygenoterapie je určena pouze lidem, kteří projdou různými testy. K tomu dodává: „Myslím si, že lidé by měli mít možnost užívat tuto léčbu dříve, než je jejich zdravotní stav špatný“. Není členem žádného sdružení.

### **Respondent č. 3**

Respondent č. 3 je muž ve věku 65 let. Chronickou obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) má již zhruba 8 let a nachází se ve třetím stadiu nemoci. Dle lékařů je kouření, s největší pravděpodobností, příčinou vzniku jeho onemocnění. Respondent kouřil cca 20 let, a to 40 – 50 cigaret denně. Udává, že přestal kouřit již před zjištěním diagnózy CHOPN, ale tvrdí, že jistě by kvůli nemoci přestal též. O návštěvě lékaře

poprvé začal uvažovat po zjištění, že se velmi rychle zadýchá a skoro není schopen vyjít schody do prvního patra, problémy měl při chůzi i do mírného kopce. Reakce po zjištění diagnózy byla zpočátku nijaká a se zhoršujícími se problémy začal shánět veškeré dostupné informace o svojí nemoci. Respondent se také snažil dělat osvětu mezi známými. Reakce okolí na nemoc byla rovněž prakticky nijaká, protože nikdo nevěděl co to CHOPN vůbec je. Až postupem času začaly být na respondenta brány ohledy a snaha o pomoc hledání rozumných řešení. Nyní se respondent domnívá, že má informace o své chorobě dostatečné až dokonalé. Zajímá se velmi aktivně o své onemocnění, občas píše o své chorobě informace na internetové stránky a do časopisů. Prostudoval a prokonzultoval vše, co se dalo.

Omezení v dýchání pociťuje velmi často a nyní má téměř trvale pocit nedostatku vzduchu a nemožnosti odkašlávání. Změny ve vylučování nemá žádné. Respondent se stravuje beze změn, jí prakticky totéž co před onemocněním. Jen on sám se nutí do menších porcí, aby se vyhnul zbytečným problémům s nadváhou, která by jeho stav zhoršovala. Fyzická kondice se kvůli onemocnění značně zhoršila. Při práci, často i nefyzického charakteru, se rychleji unaví a jsou nutné častější přestávky. Dojde k rychlejšímu až velmi rychlému nástupu únavy a dechové nedostatečnosti. Změny ve spánku nepociťuje. Tvrdí, že vždy poměrně málo spal, tudíž nelze říci, zda-li se jedná o důsledek CHOPN. Omezení z hlediska společenských potřeb jsou patrné. Delší účast na jakýchkoliv kulturních událostech je téměř nemožná. „Otravuji okolí“ smutně dodává. Naopak ve skutečném přátelství a lásce je vše bez omezení, díky ohleduplnosti okolí. Samozřejmě si tyto potřeby nyní více uvědomuje, ale snaží si nacházet i jiné využití (psaní, malování, fotografování a studium).

Rodinní příslušníci jsou pro něj obrovskou oporou. Tvrdí, že zvládnutí CHOPN bez nejbližších, by bylo téměř nemožné. S negativní reakcí se nesešel. Snad jen, že velmi často někteří zdravotní pracovníci nevědí co CHOPN je, nebo je tato choroba zaměňována s astmatem (sestra z interního oddělení). K lékaři chodí jen na kontroly a pro léky. Z důvodu nemoci a vyššího věku tvrdí, že se mu zcela jistě životní hodnoty změnily. Mezi léky, které užívá, patří: Atrovent, Combair, Ventolin, Solmucol, analgetika a občas je nucen využít léčbu kyslíkem, ale zhruba jen na hodinu až dvě, a to

cca 1 – 2krát týdně. Všechny léky snáší dobře, bez větších obtíží. Jako vedlejší účinky léčby, udává změnu chuti po vdechových přípravcích (spray) – kovová chuť. Jinak z léků nežádoucí reakce neudává. Domnívá se, že léčba je účinná. Přesto dochází k mírné progresi v posledních třech letech. Veškeré léky jsou pro něj dostupné.

Domnívá se, že zná a byl seznámen s veškerými postupy v léčbě CHOPN, i když nebyly všechny vyzkoušeny. Lázeňská péče mu nebyla nikdy nabídnuta a nezná ji, tudíž její účinky nemůže posoudit. Respondent dochází do solných jeskyní, ale o jejich významnějším účinku není přesvědčen. Uvádí, že jde spíše o pohodu, klid a rozjímání v příjemném prostředí, které je také velmi důležité. Kvůli svému onemocnění byl již hospitalizován, a to z důvodu nedostatku vzduchu. V nemocnici mu byl podáván kyslík.

Respondent pracuje jako právník a hospodářský pracovník. Kvůli chorobě nemusel opouštět zaměstnání. Žije na okraji velkoměsta a nedomnívá se, že životní prostředí má vliv na průběh nemoci, avšak udává, že dlouhodobý pobyt v čistém lesním prostředí mu dodává subjektivní pocit zlepšení stavu a též libé pocity. Při pocitech dušnosti nelze stanovit přesnou denní či noční dobu. Spíše než běžné problémy, přicházejí průběžně i bez očekávání větší ataky. Onemocnění vzniklá kvůli CHOPN neudává. Pouze, že občas kvůli nemoci trpí depresivními stavy.

Při shrnutí největších omezení a problémů, které respondentovi vznikly kvůli CHOPN, udává obtížnější kulturní využití, absolutní nemožnost tance, omezení pracovních činností, prakticky nemožnost sportovního využití (atletika, kolektivní i většina individuálních sportů). Veškeré pomůcky, které jsou třeba k dlouhodobé domácí oxygenoterapii, si respondent pořídil sám z vlastních zdrojů. Správnou manipulaci s přístrojem si přečetl z návodu. Není členem žádného sdružení CHOPN.

#### **Respondent č. 4**

Respondentkou č. 4 byla žena ve věku 58 let. Nachází se ve čtvrtém stupni nemoci, a to již 7 let. Jako hlavní příčinu vzniku chronické obstrukční plicní nemoci (dále jen CHOPN) ji lékaři označili kouřením. Ona sama se však domnívá, že hlavní příčinou je práce s kyselinami a louhy, se kterými pracovala 20 let. Než lékaři zjistili příčinu všech obtíží, byla respondentka v pracovní neschopnosti. Nyní je již 7 let v invalidním

důchodu. Respondentka byla kuřačka od svých 20 ti let, 10-15 cigaret denně, po dobu 35 ti let. Onemocnění ji donutilo přestat kouřit až 3 roky po diagnostice CHOPN. Časté zadýchávání se při sebemenší námaze ji donutilo navštívit lékaře. Reakce při zjištění diagnózy nebyla žádná, neboť nevěděla co to je za chorobu. Zhruba za 14 dní šla znova na kontrolu, kde jí bylo oznámeno, že je to nevléčitelné onemocnění. Toto zjištění ji velmi šokovalo. Reakce okolí byla podobná. Posléze, když zjistili co to je za onemocnění, jí byla celá rodina velkou oporou. Informace od lékařů byly velmi strohé a nechápala je, proto o nemoci získávala informace převážně z internetových stránek a myslí si, že jsou dostačující.

Omezení v dýchání velmi pociťuje. Momentálně se zadýchává kdykoliv při sebemenší námaze. Tato dušnost se neustále zhoršuje. Jak sama uvádí „Zadýchám se i při vaření čaje“. Při kašli občas dojde k nechtěnému úniku moči, proto musí používat pomůcky pro inkontinentní. Při jídání stravy je nucena jíst pomalu, velmi špatně se jí polyká, ale domnívá se, že je to spíše z důvodu zvětšené štítné žlázy. Jakákoliv větší, ale i menší fyzická aktivita nepřipadá v úvahu. Respondentka tvrdí, že již nemůže dělat skoro nic. Většinu dne prospí nebo jen odpočívá u televize či luští křížovky. Po většinu dne je unavená. Respondentka má spoustu přátel, kteří ji stále navštěvují. Potřeby, kterým dříve nepřikládala význam, si dnes uvědomuje velice intenzivně. Je smutná, že se o sebe nedokáže sama postarat a je závislá na pomoci druhých. Naštěstí rodina jí je velkou oporou. S negativní reakcí se ve svém okolí nesetkala.

K lékaři chodí každé 3 měsíce na pravidelné kontroly, což jí velmi unavuje a stresuje. Informace o svoji chorobě aktivně a neustále vyhledává na internetových stránkách, odbornou literaturu si nepořídila. „Nových informací není nikdy dost“ dodává. V jejích určených prioritách došlo k určité změně. Nyní je pro ni nejpřednější její zdraví. „Tohle člověk pochopí, až když klesne na samé dno svých sil“ smutně dodává. Užívá léky: Seretide a Spiriva. Užívá i jiné léky, a to na srdce, štítnou žlázu a na uklidnění. Léčba je účinná a snáší jí relativně bez problémů, ale jak sama udává „Beru to jako nutné zlo“. Jako vedlejší účinky léčby udává tvorbu podlitin i po nechtěném, nepatrném bouchnutí. Respondentka má oslabené srdce a zvětšenou štítnou žlázu, která je momentálně tak veliká, že jí utlačuje průdušnici a plíce. Ale v současné

době není operace možná kvůli CHOPN. Jsou pro ni dostupné všechny léčebné prostředky a myslí si, že zná veškeré postupy v léčbě CHOPN. Lázeňskou péči či doplňující metody léčby nevyužila, ale je s nimi seznámena a zná je. Kvůli svému onemocnění byla již několikrát hospitalizována, nejčastěji pro komplikace při chřipce a vždy ji byl v nemocnici aplikován kyslík pro podporu dýchání. Respondentka žije ve městě a tvrdí, že pracovní prostředí mělo vliv na její nemoc. Domnívá se, že zdravotnický personál (zdravotní sestry) má přehled o její chorobě a důvěřuje jim. Jako největší problém CHOPN udává absolutní neschopnost dělat to co dříve. Je to pro ní změna v celém životě.

V domácí léčbě využívá kyslík, a to zhruba 20 hodin denně. Dlouhodobá domácí oxygenoterapie ji vyhovuje, jen si stěžuje, že prakticky nemůže opustit bytový prostor a udává velikou spotřebu elektrické energie, kterou si sama hradí. Pokud je to nutné a opouští byt, používá malou kyslíkovou bombu, která ale vydrží pouze 2 hodiny a náplň je drahá (cca 600kč). K tomu všemu ještě platí 5 000Kč/rok za pronájem bomby. Toto pojišťovna neproplácí. Respondentka a její manžel byli řádně proškoleni odborným pracovníkem o správném zacházení s kyslíkovým přístrojem. Není členem žádného sdružení.

### **Respondent č. 5**

Respondentem č. 5 je žena ve věku 52 let. Chronickou obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) má již 7 let a nachází se ve čtvrtém stupni nemoci. Hlavní příčina vzniku nemoci je kouření a pobyt v zakouřeném prostředí. Kouřila od 18 ti let, a to cca 30 cigaret denně. S kouřením přestala zhruba čtyři roky před zjištěním diagnózy. Její první návštěva lékaře byla v nemocnici, kde byla hospitalizovaná pro zápal plic. Po zjištění diagnózy byla reakce zpočátku nijaká. Vůbec netušila co to je za nemoc. Postupně však začala nacházet informace a zjišťovala, o co se jedná. Byl to pro ni veliký šok a nemohla tomu uvěřit. S postupem času se s tím začala pomalu smiřovat. Reakce její rodiny byla podobná. Nikdo netušil, o co jde. Snažili se nedávat na sobě znát, jak je to velmi mrzí a byli jí obrovskou oporou. Informace o chorobě si vyhledává

na internetových stránkách a myslí si, že jsou dokonalé. O svém onemocnění ví všechno.

Změny v dýchání jsou samozřejmě velmi patrné. Rychle dochází k dušnosti při námaze. Je velmi rychle unavená. Veškeré činnosti provádí opatrně a zbytečně se nepřetěžuje. Fyzická aktivita je pro ni téměř nemožná. Má jen pár přátel, kteří jí nepravidelně navštěvují. Omezení ve vylučování, spánku a stravování neguje. S negativní reakcí se nesetkala. Lékaře navštěvuje jen zřídka, a to z důvodu pravidelných kontrolních prohlídek. O svoji nemoc se zajímá velice aktivně. Pořádila si plno odborných literatur, ze kterých čerpá. Její životní hodnoty se změnily a na prvních příčkách je její zdraví, kterému dříve nepřikládala význam. Její manžel je kuřák, respondentka se s tím nemůže smířit a má o něj strach. Užívá léky: Formano a Spiriva. Účinky a správné dávkování zná velice dobře. Tvrdí, že je seznámena se všemi léčebnými postupy. Léčbu snáší dobře, nežádoucí účinky neudává. Léčba je v rámci možností účinná. Léčebné prostředky jsou jí dostupné ve výši důchodu, tudíž ne jak by si přála. Služeb lázeňské péče (Jeseník) využila 1x, připadalo jí to velmi krátké a finančně neúnosné. Procedury ji pomohly jen na krátkou dobu (cca 1 měsíc), nebyla moc spokojená. Domnívá se, že pro nějaký efekt by musely být tyto procedury pravidelné a trvat podstatně delší dobu. Doplnující metody léčby (pobyty u moře, rehabilitace, jeskyně atd.) zná z internetových stránek. Rehabilitace jí nikdy nebyla nabídnuta. „Na pobyt u moře ušetřím s odřenýma ušima jednou za rok“ velice smutně dodává. Na různé ostatní pobyty jí nezbyvají finance. Kvůli své nemoci nebyla hospitalizována, kromě již výše zmíněné hospitalizace. Zaměstnání kvůli nemoci měnit nemusela (kancelářská práce) a nyní je v invalidním důchodu. Respondentka bydlí ve městě a nemyslí si, že by prostředí mělo vliv na její onemocnění. Nejčastěji mívá pocit dušnosti při změnách počasí, prostředí a při stresu. Jiná onemocnění vzniklá kvůli CHOPN nemá. Myslí si, že zdravotnický personál (zdravotní sestry) má přehled o této chorobě, ale podle ní je každou otázkou obtěžuje. Jako shrnutí největšího problému, který vznikl kvůli CHOPN udala velmi ztížené dýchání, tudíž prakticky vyřazení z běžného života.

Kyslík v domácí léčbě zatím nevyužívá. Respondentka není členem žádného sdružení CHOPN a udává, že ani o žádném neví.

### **Respondent č. 6**

Respondent č. 6 je muž ve věku 56 let. Chronickou obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) má již 7 let a nachází se ve třetím stadiu onemocnění. Jako hlavní příčinu vzniku nemoci udává kouření. Respondent kouřil 20 let, a to 20-30 cigaret denně, ale domnívá se, že i jeho zaměstnání mohlo mít vliv na vznik nemoci. Pracoval jako topič v koksově kotelně. V době, kdy mu byla choroba diagnostikována, již 2 roky nekouřil. Mezi problémy, které ho přiměly navštívit lékaře, řadil obtíže s dýcháním a častý hlenovitý kašel. Při sdělení diagnózy nevěděl, o jaké onemocnění jde, tudíž reakce nebyla žádná. Až postupem času se začal s nemocí „seznamovat“ a smiřovat. Respondent svojí chorobu nerozšiřoval mezi své nejbližší, ale když jeho bývalá manželka později zjistila, že je nemocný, nastěhovala se k němu zpět a se vším mu dodnes pomáhá. Informace o své chorobě měl pouze od lékařů, žádnou odbornou literaturu si nepořídil. Ale zhruba před pěti lety si pořídil internet, kde načerpal plno nových informací. Nyní může říci, že o nemoci ví všechno.

Respondent pociťuje změny v dýchání, trpí dušností a často se zadýchává i při menší pohybové aktivitě. Je po většinu času velice unavený. Změny ve vylučování neguje, sám se smíchem dodává: „Jen se cestou na toaletu více zadýchám“. Omezení ve fyzické aktivitě jsou veliké. Dnes rozhodně nezvládne to, co zvládl dříve. S úsměvem na tváři dodává: „Zadýchám se už jen při představě práce v kotelně“. Udává menší výdrž při jakékoliv aktivitě, ale pokud je příznivé počasí, zvládá drobné práce na zahrádce. Změny ve spánku a odpočinku jsou patrné. V noci spí cca 6 hodin a přes den více odpočívá. Respondent se cítí být omezen ve společenských potřebách. Dříve chodil fandit na fotbal a nyní fandí pouze doma u televize, což ho mrzí. Jeho přátelé se mu to snaží vynahradit a pravidelně respondentu navštěvují. Veškeré výše uvedené potřeby si nyní více uvědomuje a nezabývá se zbytečnými maličkostmi.

Onemocnění prakticky stmelilo rodinu dohromady. Udává, že bez bývalé manželky by to nezvládl a je jí za to vděčný. Se vším mu ochotně pomáhá. Negativní reakci

z okolí ještě nezaznamenal. K lékaři chodí pravidelně na kontroly a hospitalizován byl při komplikacích z chřipky, kdy měl obtíže s dýcháním. U respondenta došlo ke změnám priorit, kdy momentálně je na prvních příčkách zdraví a jeho bývalá manželka. Dříve nebyl moc rodinný tip. Z léků užívá: Spiriva, Berodual a Atrovent, účinky a správné dávkování zná perfektně. Léčbu zvládá bez problémů a je účinná, jen občas cítí větší únavu. Léčebné prostředky jsou pro něj dostupné. Respondent se domnívá, že zná veškeré léčebné postupy CHOPN a byl s nimi seznámen v nemocnici. Lázeňské léčby ještě nevyužil, ale do budoucna o ní určitě uvažuje. Jako doplňující metodu léčby, užívá sousedovu domácí solnou jeskyni, kam chodí relaxovat. Vnímá to jako účinnou a příjemnou atmosféru a po užití udává zlepšení dýchání. Jeskyni užívá pravidelně a je sousedovy za tuto službu velmi zavázán.

Momentálně je respondent invalidní důchodce a dříve pracoval jako topič v koksové kotelně. Zaměstnání musel kvůli nemoci opustit. Žije na okraji menšího města a myslí si, že prostředí nemá vliv na nemoc. Kousek od svého domu se nachází les, kam občas chodí relaxovat. Udává, že prostředí, ve kterém žije je celkem čisté. Nejčastější pocity dušnosti mívá v mrazech, teplech a ve vlhku, takže prakticky skoro pořád. Nedá se mluvit o nějakém pravidelném intervalu. Kvůli CHOPN někdy trpí pocity úzkosti. Domnívá se, že zdravotnický personál (zdravotní sestry) má přehled o CHOPN, ale spíše jen na specializovaných pracovištích. Jako největší omezení udává neschopnost v jakékoliv fyzické aktivitě. V domácí léčbě kyslík nevyužívá a není členem žádného sdružení.

### **Respondent č. 7**

Respondent č. 7 byl muž ve věku 52 let. Dle lékařů se momentálně nachází ve třetím stadiu nemoci. Chronickou obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) má cca 6 let, ale největší obtíže ho provázejí až poslední rok. Hlavní příčinou vzniku nemoci je silné kuřáctví. Kvůli CHOPN kouřit nepřestal. Dříve kouřil zhruba 40 cigaret denně a nyní se snaží snižovat dávku na 10 cigaret za den. To se mu zatím daří, ale jak sám smutně dodává: “Touha po nikotinu je velmi silná, je to pro mě těžké“. Prvotní problém, který ho donutil navštívit lékaře, byl pocit dušnosti při zátěži. Po zjištění diagnózy se



cítil být v šoku. Měl sice jen trochu ponětí, o jakou nemoc jde, ale i tak pochopil jak je to závažné. Jeho manželka reagovala poněkud naštvane a začala mu nadávat kvůli kouření, což prakticky dělá s neúspěchem doposud. Ale i přesto je pro něj největší oporou. Informace o nemoci mu podal ošetřující lékař a domnívá se, že byly vyčerpávající a srozumitelné.

Změny v dýchání značně pociťuje. V současné době se zadýchá při námaze. S tímto souvisejí i změny ve fyzické aktivitě, kdy respondent nezvládá běžné denní činnosti, které dříve zvládal bez obtíží. Dále pociťuje omezení ve spánku, kdy ho velmi sužuje dávkový kašel, kterým je buzen prakticky celou noc. Změny ve vylučování či stravování neguje. Omezení z hlediska společenských potřeb neudává. I přes občasná omezení si tyto potřeby neuvědomuje intenzivněji než dříve. S negativní reakcí z okolí se ještě nesešel. K lékaři chodí z důvodu pravidelné kontroly. Respondent se aktivně nezajímá o CHOPN. Nepořizuje si odbornou literaturu ani nehledá informace na internetových stránkách. Základní informace o své chorobě pochopil od svého ošetřujícího lékaře, a to mu stačí. Víc vědět nepotřebuje. Životní hodnoty se mu nezměnily, vždy měl zdraví na prvním místě.

Z léků užívá 2x denně Euphyllin, Atrovent a další si nepamatuje. Správné dávkování má vždy napsané na krabičce. Léčbu snáší dobře. Vedlejší účinky neudává. Zda-li je léčba účinná nedokáže posoudit. Léčebné prostředky jsou pro něj dostupné, ale jsou velmi drahé. Domnívá se, že byl seznámen s veškerými léčebnými postupy. Se službami lázeňské péče a s doplňujícími metodami byl podrobně seznámen, ale nevyužil je. Kvůli nemoci nebyl hospitalizován.

Respondent pracuje jako řidič z povolání a nemusel své zaměstnání opustit. Žije ve městě a myslí si, že životní prostředí má vliv na průběh nemoci. Často jezdí s manželkou na chalupu do blízké vsi, kde pociťuje zlepšení v dýchání, i když dodává: „Možná jde jen o pocit čistého vzduchu v plicích“. Pocity dušnosti má nejčastěji při zvýšené fyzické a bio zátěži. Jiná onemocnění vzniklá kvůli CHOPN neguje. Myslí si, že zdravotnický personál (zdravotní sestry) má přehled o CHOPN a zná specifika léčby. Jako největší omezení udává snížení fyzických schopností a neustálé riziko nedostatku kyslíku pro organismus.

V domácí léčbě kyslík nevyužívá a není členem žádného sdružení CHOPN.

### **Respondent č. 8**

Respondent č. 8 byl muž ve věku 48 let. Nachází se ve druhém stadiu chronické obstrukční plicní nemoci (dále jen CHOPN) a o chorobě ví zhruba 2 roky. Mezi hlavní příčiny vzniku CHOPN řadí práci v prašném prostředí a také kouření cigaret. Respondent byl kuřák cca 21 let a kouřil kolem 20 ti cigaret denně. Po zjištění diagnózy se rozhodl s kouřením přestat. Poprvé lékaře navštívil z důvodu dušnosti při námaze. Jeho první reakce byla obava z následků a zděšení. Podobné to bylo u rodinných příslušníků, kteří se báli o jeho zdraví. Informace o nemoci mu podal ošetřující lékař. Pro respondenta byly srozumitelné a dostačující, ale i přesto si sám aktivně doplňoval údaje z internetových stránek. Nyní má ucelené a veškeré informace o své nemoci.

Omezení si uvědomuje v potřebě dýchání, a to zatím jen při zvýšené námaze. Omezení ve vylučování, stravování, spánku či společenského uplatnění nekuje. Výše uvedené potřeby si uvědomuje stále stejně jako před onemocněním. Rodinní příslušníci jsou pro něj velikou oporou, podporují ho ve všech rozhodnutích. S negativní reakcí na svoji nemoc se ještě nesetkal a doufá, že ani nesetká. K lékaři chodí prozatím jen na pravidelné kontroly. Pravidelně, 3x denně, užívá Ventolin. Dávkování i účinky velice dobře zná. Léčebné prostředky jsou pro něj dostupné. Léčbu snáší dobře a myslí si, že je účinná. Vedlejší účinky léčby neudává. Zná veškeré postupy v léčbě CHOPN a byl s nimi řádně seznámen. Služeb lázeňské péče nevyužil, ale každý rok si dopřává pobyt u moře, kde je moc spokojený. Kvůli CHOPN zatím hospitalizovaný nebyl.

Respondent pracuje v prašném prostředí na stavbě, ale kvůli CHOPN zaměstnání neměnil. Žije na vesnici a domnívá se, že životní prostředí má vliv na průběh nemoci. Pocit dušnosti nejčastěji udává při větší fyzické námaze. Momentálně udává dýchací obtíže zhruba 1krát měsíčně. Jiná vzniklá onemocnění neudává. Myslí si, že zdravotnický personál (zdravotní sestry) by měl mít přehled o CHOPN, ale rozsah jejich vědomostí nezná. Jako největší problém udává pocit strachu z budoucnosti, klidové dušnosti a dalšího průběhu onemocnění. Kyslík zatím v domácí léčbě nevyužívá. Respondent není členem žádného sdružení CHOPN.

## *4.2 Kategorizace dat v tabulkách*

### **Seznam kategorizačních skupin**

1. Identifikační údaje (tabulka 1)
2. Hlavní příčina vzniku chronické obstrukční plicní nemoci (tabulka 2)
3. Míra informovanosti a informační zdroje (tabulka 3)
4. Omezení v životních potřebách a denních činnostech (tabulka 4)
5. Negativní reakce (tabulka 5)
6. Jiná onemocnění vzniklá kvůli CHOPN (tabulka 6)
7. Doplnující metody léčby a lázeňská péče (tabulka 7)
8. Faktory zhoršující pocit dušnosti (tabulka 8)
9. Subjektivně nejzávažnější obtíže (tabulka 9)

Tabulka 1 Identifikační údaje

Respondent (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Věk	40 let	39 let	65 let	58 let	52 let	56 let	52 let	48 let
Stadium	IV.	IV.	III.	IV.	IV.	III.	III.	II.
Pohlaví	muž	žena	muž	žena	žena	muž	muž	muž

Tabulka 1 popisuje identifikační údaje respondentů. Respondent č. 1 je muž, 40 let a nachází se ve čtvrtém stadiu nemoci. Respondent č. 2 je žena, 39 let a nachází se ve čtvrtém stadiu nemoci. Respondent č. 3 je muž, 65 let a nachází se ve třetím stadiu nemoci, Respondent č. 4 je žena, 58 let a nachází se ve čtvrtém stadiu nemoci. Respondent č. 5 je žena, 52 let a nachází se ve čtvrtém stadiu nemoci. Respondent č. 6 je muž, 56 let a nachází se ve třetím stadiu nemoci. Respondent č. 7 je muž, 52 let a nachází se ve třetím stadiu nemoci, Respondent č. 8 je muž, 48 let a nachází se ve druhém stadiu nemoci.

Tabulka 2 Hlavní příčina vzniku CHOPN

Respondent (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Celkem
Kouření cigaret	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Pracovní prostředí	x			x		x		x	4
Genetická dispozice		x							1

Tabulka 2 v kategorizované formě znázorňuje hlavní příčiny vzniku CHOPN. Kategorie odpovědí kouření cigaret, uvedlo všech osm dotazovaných. Kategorie odpovědí pracovní prostředí byla uvedena u čtyř respondentů a kategorie genetická dispozice, byla uvedena jednou.

Tabulka 3 Míra informovanosti a informační zdroje

<b>Respondent (R)</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>	<b>Celkem</b>
Dokonalá informovanost	x	x	x		x	x		x	<b>6</b>
Stálé hledání nových informací				x					<b>1</b>
Základní a víc nechce vědět							x		<b>1</b>
Ošetřující lékař	x	x	x	x	x	x	x	x	<b>8</b>
Internet	x	x	x	x	x	x		x	<b>7</b>
Odborná literatura			x		x				<b>2</b>

Tabulka 3 v kategorizované formě znázorňuje míru informovanosti respondentů o svém onemocnění. Kategorie odpovědí dokonalá informovanost, byla uvedena u šesti respondentů. Kategorie odpovědí stálé hledání nových informací, byla uvedena jednou. Kategorie odpovědí základní a víc nechce vědět, uvedl jeden respondent. Dále tabulka v kategorizované formě popisuje informační zdroje, ze kterých respondenti získali či získávají údaje o své chorobě. Kategorie odpovědí ošetřující lékař, byla uvedena u všech osmi dotazovaných. Kategorie odpovědí internet, uvedlo celkem sedm respondentů a kategorii odpovědí odborná literatura, byla uvedena u dvou dotazovaných.

Tabulka 4 Omezení v životních potřebách a denních činnostech

Respondent (R)	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Celkem
Dušnost v klidovém režimu		x							1
Dušnost při sebemenší námaze	x	x	x	x	x	x	x		7
Dušnost při větší námaze								x	1
Neschopnost jakékoliv aktivity	x	x		x	x				4
Neschopnost větších fyzických aktivit			x			x	x		3
Nedostatek spánku (dávivý kašel)	x	x					x		3
Inkontinence (z kašle)		x		x					2
Neschopnost stravu „ujíst“ (dušnost)		x							1
Nepřetržitý pobyt v domácím prostředí		x		x					2
Únava	x	x	x	x	x	x			6
Nemožná účast na jakýchkoliv kulturních událostech	x	x	x	x		x			5

Tabulka 4 v kategorizované formě popisuje omezení v životních potřebách a denních činnostech respondenta. Kategorie odpovědí dušnost v klidovém režimu, byla uvedena 1krát. Kategorie dušnost při sebemenší námaze, byla uvedena 7krát. Kategorie odpovědí dušnost při větší námaze, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí neschopnost jakékoliv aktivity, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí neschopnost větších fyzických aktivit, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí nedostatek spánku (dávivý kašel), byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí inkontinence (z kašle), byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí neschopnost stravu „ujíst“ (dušnost), byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí nepřetržitý pobyt v domácím prostředí, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí únava, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí nemožná účast na jakýchkoliv kulturních událostech, byla uvedena 5krát.

Tabulka 5 Negativní reakce z okolí

<b>Respondent (R)</b>	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	<b>Celkem</b>
Závist invalidního důchodu	x								<b>1</b>
Záměna CHOPN s astma bronchiale			x						<b>1</b>
Ze strany zdravotníků		x							<b>1</b>
Nesetkal/a se				x	x	x	x	x	<b>4</b>

Tabulka 7 v kategorizované formě popisuje, s jakou negativní reakcí se respondenti setkali ve svém okolí. Kategorie odpovědi závist invalidního důchodu, byla uvedena 1krát. Kategorie záměna CHOPN s astma bronchiale, uvedl jeden respondent. Kategorie odpovědi ze strany zdravotníků, byla zodpovězena 1krát. Kategorie odpovědi nesetkal/a se, byla uvedena 4krát.

Tabulka 6 Jiná onemocnění vzniklá kvůli chronické obstrukční plicní nemoci

<b>Respondent (R)</b>	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	<b>Celkem</b>
Osteoporóza	x	x							<b>2</b>
Kardiovaskulární onemocnění	x			x					<b>2</b>
Depresivní stavy			x			x			<b>2</b>
Žádná					x		x	x	<b>3</b>

Tabulka 6 v kategorizované formě znázorňuje další onemocnění vzniklá kvůli CHOPN. Kategorie odpovědi osteoporóza, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi kardiovaskulární onemocnění, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi depresivní stavy, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi žádná, byla uvedena u třech respondentů.

Tabulka 7 Doplnující metody (DM) léčby a lázeňská péče (LP)

<b>Respondent (R)</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>	<b>Celkem</b>
DM zná, ale nevyužívá	x			x			x		<b>3</b>
Pobyt u moře		x			x			x	<b>3</b>
Solné jeskyně			x			x			<b>2</b>
Lázně Jeseník	x				x				<b>2</b>
LP nezná			x						<b>1</b>
LP zná, ale nevyužil/a		x		x			x	x	<b>4</b>
Uvažuje do budoucna						x			<b>1</b>

Tabulka 7 v kategorizované formě popisuje využívání doplňujících metod léčby a využívání lázeňské péče. Kategorie odpovědí doplňující metody zná, ale nevyužívá, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí pobyt u moře, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědí solné jeskyně, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí lázně Jeseník, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí lázeňskou péči nezná, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí lázeňskou péči zná, ale nevyužil/a, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí uvažuje do budoucna, byla uvedena 1krát.



Tabulka 8 Faktory zhoršující pocit dušnosti

<b>Respondent (R)</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>	<b>Celkem</b>
Nachlazení	x								<b>1</b>
Chůze	x	x	x	x	x	x			<b>6</b>
Jakákoliv fyzická námaha	x	x	x	x	x	x	x	x	<b>8</b>
I v klidovém režimu	x	x	x		x				<b>4</b>
Při změně počasí		x			x	x	x		<b>4</b>
Stresové situace		x			x				<b>2</b>

Tabulka 8 v kategorizované formě znázorňuje, jaké faktory zhoršují či ovlivňují pocit dušnosti respondentů. Kategorie odpovědí nachlazení, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí chůze, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědí jakákoliv fyzická námaha, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědí i v klidovém režimu, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí při změně počasí, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí stresové situace, byla uvedena 2krát.

Tabulka 9 Subjektivně nejzávažnější obtíže

<b>Respondent (R)</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>	<b>Celkem</b>
Velmi ztížené dýchání	x				x				<b>2</b>
Neschopnost se o sebe sám/a postarat		x							<b>1</b>
Nemožnost sportovního využití			x						<b>1</b>
Absolutní nemožnost tance			x						<b>1</b>
Omezení pracovních činností			x						<b>1</b>
Celkové vyřazení z běžného života				x	x				<b>2</b>
Omezení v jakékoliv fyzické aktivitě						x	x		<b>2</b>
Strach z progrese nemoci								x	<b>1</b>

Tabulka 9 v kategorizované formě znázorňuje subjektivně nejzávažnější obtíže v současné době. Kategorie odpovědí velmi ztížené dýchání, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí neschopnost se sám/a o sebe postarat, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí nemožnost sportovního využití, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí absolutní nemožnost tance, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí omezení pracovních činností, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí celkové vyřazení z běžného života, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí omezení v jakékoliv fyzické aktivitě, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědí strach z progrese nemoci, byla uvedena 1krát.

## 5. Diskuze

Chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen CHOPN) je charakterizována omezením průtoku vzduchu v průduškách, jehož nejčastější příčinou je kouření tabákových výrobků, jak popisuje Krofta (2005). Tato informace se nám zcela potvrdila výzkumem, ve kterém všech 8 respondentů uvedlo užívání tabákových výrobků, jako jednu z příčin vzniku onemocnění (viz tabulka 2). Informace je natolik alarmující, že bychom se měli zamyslet nad různými protikuřáckými opatřeními a protikuřáckými kampaněmi. Sestra by proto měla hospitalizované pacienty více informovat o škodlivosti kouření a poukazovat na negativní následky, které jsou mnohdy nevratné. Dále čtyři respondenti uvedli jako další příčinu vzniku CHOPN pracovní prostředí. Toto tvrzení nám popisuje i Krofta (2005), mezi další rizikové faktory vzniku CHOPN řadíme i znečištěné ovzduší či vystavení se profesním chemikáliím (chemický průmysl, hornictví) a obzvláště pokud je to ve spojení s kouřením cigaret. Respondentka č. 2 uvedla jako příčinu vzniku CHOPN genetickou vadu deficit alfa 1-antitrypsinu. Jak popisuje Zatloukal (2007), tato genetická vada je ojedinělá.

V další části výzkumu jsme zjistili, že všichni dotazovaní udali jako prvotní problém dušnost, stejně jak udává Klener (2006). Z našeho výzkumu vyplývá, že dušnost může způsobit několik faktorů. Všech 8 respondentů uvedlo, že dušnost pociťují při fyzické námaze, jeden respondent uvedl, že dušnost pociťuje i v klidovém režimu, naopak jiní respondenti uvedli, že až při menší či zvýšené námaze. Dalším spouštěcím faktorem dušnosti je například změna počasí či stres, ale i „obyčejné“ nachlazení. Proto by sestra měla zjistit tyto faktory u jednotlivých pacientů, dbát na ně a pacienta řádně poučit o preventivních opatřeních. Pacienta nepřetěžovat, doprovázet či vézt na kolečkovém křesle na jednotlivá vyšetření a v neposlední řadě udržovat pacientovu psychickou pohodu.

Dále by sestra v rámci ošetrovatelské činnosti měla dbát na pravidelný přísun čerstvého vzduchu dle přání pacienta. Sestra by měla vysvětlit pacientovi správnou techniku dýchání, péči o ústní a nosní dutinu, poučit pacienta o možnostech zvlhčování a čištění vzduchu, stejně tak jak uvádí Šafránková, Nejedlá (2006). Aby mohl pacient sám problémům s dušností alespoň částečně předcházet a vyvaroval se „zbytečným“

hospitalizacím. Dále může sestra pacientům vysvětlit a ukázat cviky na chronické onemocnění dýchacích cest, masáže či používání masážních roztoků (kafír) na zlepšení prokrvení. Jako další prvotní problém uvedli 3 respondenti hospitalizaci z důvodu zápalu plic, kde se následně dozvěděli svojí diagnózu. Tady se opět dostáváme do stavu, kdy by sestra měla být pro pacienta oporou, vyslechnout jeho problémy a promluvit si s ním. Dále by sestra měla dbát na pacientovu psychickou pohodu, aby nedocházelo ke zhoršení problémů. Je samozřejmé, že každý pacient potřebuje jiný, individuální přístup.

Zarazilo nás, že většina respondentů udala, že po sdělení diagnózy vůbec netušili, o jaké a jak závažné onemocnění se jedná. Po zjištění podrobností u nich většinou nastal šok, strach a úzkost. Podobné reakce provázeli i nejbližší rodiny respondentů. Toto je nejspíše ukazatel toho, jak málo lidí je seznámeno s touto nemocí, i přesto že je jí ohrožena větší skupina lidí, kuřáci. Domnívám se, že CHOPN by měla mít své „místo“ na krabičce cigaret, stejně jako rakovina plic. Více lidí by se o této nemoci dozvědělo a našli by si o ní informace dříve, než by jim byla nemoc diagnostikována. Na základě těchto zjištěných informací, jsme si zodpověděli výzkumnou otázku č. 1 **„Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s chronickou obstrukční plicní nemocí?“**

V další části výzkumu jsme se zaměřili na omezení v životních potřebách a denních činnostech. Jako největší omezení pro pacienta můžeme označit potřebu dýchání, kterou při rozhovoru uvedlo všech 8 respondentů, ale každý v jiném rozsahu. Šest respondentů uvedlo dušnost již při sebemenší námaze, jeden respondent uvedl dušnost až při větší námaze a pouze jeden respondent uvedl dušnost i v klidovém režimu. Úkolem sestry by měla být edukace o přiměřené zátěži, která by měla být závislá na zdravotním stavu pacienta. Doporučit mu, aby se zbytečně nepřetěžoval a tím předcházel zbytečným komplikacím.

Kvůli problémům s dýcháním byla většina respondentů v minulosti hospitalizována. Během hospitalizace jim byl vždy aplikován kyslík. Zde nacházíme další specifikum ošetrovatelské činnosti, kde je důležité, aby docházelo k bezpečné oxygenoterapii. O tom se přesvědčíme kontrolou hladiny krevních plynů, aby nedocházelo k zadržování oxidu uhličitého nebo ke vzniku acidózy. Zde je sestra zodpovědná za správnou

techniku odběru, dodržení veškerých zásad a včasné doručení vzorku do laboratoře, jak popisuje Krišková (2006). Aby tak nedošlo k chybným a zkresleným výsledkům, které by mohly mít pro pacienta až smrtelné následky.

S problémem dušnosti velmi úzce souvisí i omezení ve fyzické aktivitě, kterou uvedlo opět všech 8 respondentů, každý v jiném rozsahu, který je závislý na jejich zdravotním stavu. Toto omezení se nedá nijak zvlášť ošetrovatelsky řešit. Pacient by měl být poučen o snížení fyzické zátěže, která by jeho stav mohla zkomplikovat. Tři respondenti uvedli jako další omezení v potřebě spánku či odpočinku. Respondenti uvedli, že jejich spánek není tak kvalitní kvůli častému výskytu dávivého kašle a tudíž se většinou v noci nevyspí a jsou prakticky unavení po celý den. Sestra by jim měla při případné hospitalizaci zajistit dostatek klidu pro odpočinek během dne, na který jsou z domova zvyklí, jak většina při rozhovoru uvedla. Podmínky pro odpočinek by měly být přizpůsobeny přání pacienta. Toto všechno by měla sestra zajistit v rámci efektivní ošetrovatelské péče o pacienty s CHOPN.

Jako další problém uvedlo pět respondentů omezení v oblasti společenského života, a to nemožnou účastí na jakýchkoliv kulturních událostech. Většina z nich uvádí, že jediný společenský život pro ně představují návštěvy jejich přátel u nich doma. Jak je již psáno v kasuistice, pouze jeden z respondentů je členem sdružení CHOPN. Úloha sestry by v tomto případě mohla být informativního charakteru. Sestra by pacientům s CHOPN mohla poskytnout řadu informací o těchto sdruženích, aby se necítili osamělí, což může na pacienty působit depresivně. Nesmíme zapomenout také na problémy ve vylučování, které v rozhovoru uvedli dva dotazovaní respondenti. Jedná se převážně o močovou inkontinenci, která je spojena s častým kašlem. Zde by sestra mohla pacienta poučit o používání inkontinentních pomůcek a o správné hygieně. Dále by mohla pacientovi vysvětlit několik cviků na posílení svalstva pánevního dna, čímž by se mohly tyto obtíže alespoň částečně eliminovat.

Jako další omezení uvedla respondentka č. 2 stravování. Jak sama uvedla, nemohla stravu „ujíst“ kvůli dušnosti a musela jí být zavedena perkutánní gastrostomická endoskopie (dále jen PEG). Péče o PEG je velmi důležitá a sestra by měla znát správné postupy ošetrovatelské péče. Naopak respondent č. 1 uvedl, že po užívání

kortikosteroidů (Prednison), měl častější pocit hladu, proto více jedl a docházelo k přibývání hmotnosti. Sám uvádí, že shazování hmotnosti s CHOPN je téměř nemožné, a to z důvodu dušnosti při fyzické zátěži. Sestra by měla pacientovi vysvětlit jak se správně stravovat, naučit ho jednoduché cviky, úměrné jeho fyzické kondici. Dále šest respondentů uvedlo únavu, jakožto další omezení. Opět jdou všechna tato omezení životních potřeb a denních činnostech ruku v ruce s již několikrát zmiňovanou dušností. Sestra by měla poučit pacienta o klidu na lůžku, o zbytečném přetěžování a stresování se.

Dva respondenti uvedli jako další omezení, jejich nepřetržitý pobyt v domácím prostředí, jelikož pro svoji dušnost nemohou opustit byt. Jsou závislí na kyslíkové léčbě. Toto může být pro pacienty velmi deprimující a prakticky jsou odkázáni pouze na návštěvách svých přátel či rodiny. Jeden respondent udává závislost na kyslíkovém přístroji cca 20-22 hodin denně. Druhý respondent udává využití oxygenoterapie cca 20 hodin denně a stěžuje si na velikou spotřebu elektrické energie, kterou sám hradí. Dokonce respondent č. 3 uvedl, že si pomůcky k domácí oxygenoterapii pořídil sám z vlastních zdrojů a přístroj používá dle návodu a potřeby. Ostatní respondenti, kteří používají domácí oxygenoterapii, byli řádně proškoleni.

Tabulka 9 nám shrnuje další ošetrovatelské problémy, kde respondenti udávali subjektivně nejzávažnější obtíže. Tyto výsledky jsou velice individuální a ukazují, v jakých různorodých oblastech se cítí respondenti omezení. V této oblasti označili dva respondenti omezení, které souvisí s velmi ztíženým dýcháním. S tím úzce souvisí nemožnost sportovního využití, nemožnost tance či omezení v pracovních činnostech, jak také respondenti uvedli. Dva respondenti uvedli, že se cítí být absolutně vyřazení z běžného života a další dva udali, jako subjektivně nejzávažnější problém, omezení v jakékoliv fyzické aktivitě. Respondent č. 8 uvedl, že má strach z progrese nemoci. Tímto se dostáváme k faktu, že pro každého nemocného s CHOPN jsou subjektivní obtíže různorodé a jak vyplývá z tabulky 9, obtíže jsou počtem celkem vyrovnané. Je zde ale patrné, že veškeré potíže vyplývají opět z již několikrát zmiňované dušnosti.

Respondent č. 8 uvedl strach z progrese nemoci, sestra by měla pacientovi objasnit čím může nemoc „oddálit“, jaká jsou preventivní opatření, aby nedocházelo

k rychlejšímu nástupu nemoci, jsou to tzv. režimová opatření, která by měl každý pacient s CHOPN velmi dobře znát. Stejně tak důležitost prevence popisuje Klener (2006) nebo Dítě (2007). Nemoc sice není vyléčitelná, ale je jen na pacientovi jak se k léčbě a dodržování režimových opatření postaví.

Z našeho dosavadního výzkumu jsme zjistili, že největším problémem a omezením spojeným s CHOPN je dušnost. Ať už se jednalo o prvotní problém, omezení potřeb či celkové omezení v běžném životě. Dušnost byla skoro vždy uvedena na prvních příčkách. A další omezení, jako např. ve sportovní a pracovní činnosti, v kulturním vyžití a společenském životě, se úzce odvíjejí opět jen od dušnosti. Dalo by se říci, že dušnost pacienta velmi omezuje a takřka mu znemožňuje vést normální život. Na základě těchto údajů, jsme si zodpověděli výzkumnou otázku č. 2: „**Jaké specifické potřeby mají klienti s chronickou obstrukční plicní nemocí?**“.

Dále jsme se dozvěděli, zda respondenti využívají lázeňské léčby či doplňujících metod léčby. O zajímavou informaci se s námi podělila respondentka č. 5, která využila léčebných lázní Jeseník, ale nebyla spokojená. Finančně to pro ni bylo neúnosné, pobyt trval krátkou dobu a léčebné procedury měly pouze krátkodobý účinek (cca 1 měsíc). Stejně tak to udává i respondent č. 1. U něj měla lázeňská léčba účinek cca 2 měsíce, než přišly teplotní změny. Pak se vše vrátilo „zpátky do normálu“. Lázeňská léčba by měla být opakovaná a posléze dojde ke zlepšení zdravotního stavu cca na 3-6 měsíců, jak popisuje Hnátek (2010). Tudíž pacienti by měli být důrazně informováni o důležitosti opakování léčebných procedur, i když je to pro některé bohužel finančně neuskutečnitelné. Je zarážející, že respondent č. 3 o takové možnosti léčby nikdy neslyšel a nebyla mu nikdy nabídnuta. Tady opět hraje hlavní roli informovanost pacientů, která by pravděpodobně, dle výsledků, měla být v tomto směru více podrobná.

Dále jsme se zaměřili na využívání doplňujících metod léčby. Tři respondenti tyto metody znají, ale nevyžívají je. Další tři respondenti jezdí pravidelně alespoň každý rok k moři a dva respondenti využívají léčby solných jeskyní. Zde by pacienti měli být informováni o příznivých účincích metod a o vhodnosti využívání na jejich zdravotní stav.

Dále jsme se zaměřili na informovanost respondentů o jejich nemoci. Šest respondentů vnímá své informace jako dokonalé. Toto tvrzení je ovšem velmi subjektivní. Konkrétně respondent č. 3 se domnívá, že má dokonalé informace, ovšem o lázeňské léčbě ještě neslyšel a nezná ji. Respondent č. 4 udává, že stále pátrá po nových informacích. Respondent č. 7 tvrdí, že informace má pouze základní, ale ani více vědět nechce. Samozřejmě bychom měli respektovat „přání“ pacienta, ale ze zdravotního hlediska se můžeme domnívat, že každý, kdo je „postižen“ jakoukoliv chorobou, chce o své nemoci vědět prakticky vše.

Dále jsme zjišťovali informační zdroje, ze kterých respondenti čerpají informace o svém onemocnění. Všech osm respondentů uvedlo jako hlavní zdroj příjmu informací svého ošetřujícího lékaře, k tomu sedm respondentů udává ještě internet. Pouze dva respondenti, konkrétně respondent č. 3 a č. 5, udali odbornou literaturu, jako informační zdroj. Nikdo z respondentů neudal přísun informací od sestry. Dokonce respondent č. 3 uvedl, že sestra z interního oddělení si spletla CHOPN s Astma bronchiale. Toto respondenta „vyděsilo“ a již neměl v sestře žádnou důvěru. To je ovšem pochopitelné. I přesto, že informace o nemoci jako takové, poskytuje lékař, sestra může pacienta vyslechnout, poskytnout mu materiály a cenné rady o jeho nemoci z hlediska ošetrovatelského. Pohovořit s ním o jeho pocitech, vzbudit v pacientovi důvěru, kterou každý velmi ocení, obzvláště ve stavu nemoci.

Sestra by se měla stát nedílnou součástí v péči o pacienta a může mu poskytovat psychickou podporu, která je úzce svázaná s fyzickým stavem pacienta. Na základě těchto údajů, jsme si mohli zodpovědět výzkumnou otázku č. 3 **„Jak jsou klienti s chronickou obstrukční plicní nemocí informováni o své nemoci?“**



## 6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče a specifické potřeby u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (dále jen CHOPN).

Na počátku výzkumného šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klientů s CHOPN? Výzkumná otázka č. 2: Jaké specifické potřeby mají klienti s CHOPN? Výzkumná otázka č. 3: Jak jsou klienti s CHOPN informováni o své nemoci? Na všechny tyto otázky jsme našli odpovědi.

Jako každá nemoc, má i CHOPN svá specifika. Jak jsme z výzkumného šetření zjistili, nejčastějším problémem spojeným s CHOPN je dušnost. Ať už se pacienti cítí být omezeni v jakýchkoliv stránkách svého života, počínaje od fyzické aktivity, spánku, vylučování, stravy, kulturních událostí atd. vždy je na „vině“ dušnost. Ta pacienty velmi sužuje a omezuje. Dalším důležitým zjištěním byly faktory, které právě onu dušnost vyvolávají. Nejčastěji to byla fyzická námaha, chůze. Ale například i změna počasí či stres. Tato a i jiná zajímavá tvrzení jsou důležitá pro poskytování efektivní a kvalitní ošetrovatelské péče u pacientů s CHOPN. Výsledky dále přinesly řadu důležitých informací, jako např. nejzávažnější obtíže pacientů, omezení v životních potřebách a denních činnostech, ale i poznatky o používání dlouhodobé domácí oxygenoterapie.

Na základě výsledků z výzkumného šetření, byl vytvořen informační materiál, ve formě brožury. Tato brožura by měla být přínosná pro pacienty s CHOPN, ale i pro širokou veřejnost. Měla by podat základní informace o onemocnění a prevenci. Celá práce může být využita jako výukový materiál v problematice CHOPN. A dále bych byla ráda, kdyby informační brožura našla své uplatnění a byla nápomocná komukoliv, kdo by se chtěl s touto chorobou více „seznámit“.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BIS, J., KOLKOVÁ, J., LANČOVÁ, V. *Partner pro zdraví* [online]. 2008 [cit. 2011-01-12]. Sdružení pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí. Dostupné z WWW: <<http://spchopn.ppzdravi.cz/stanovy/>>.
2. ČOPN [online]. 2006, 12/2010 [cit. 2011-01-12]. České občanské sdružení proti chronické obstrukční plicní nemoci. Dostupné z WWW: <<http://www.copn.cz/>>.
3. DÍTĚ, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 2.dopl.vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
4. HEROLD, I. Neinvazivní ventilace v intenzivní péči. *Praktický lékař*. 2008, 88/9, s. 506-511 ISSN neuvedeno.
5. HNÁTEK, J. Lázeňská léčba chronických onemocnění dýchacích cest. *Lékařské listy*. 2010-08-23, č.14, s. 14-15 ISSN neuvedeno.
6. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
7. KASAL, E., et al. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
8. KAŠÁK, V. Aktualizace světové strategie diagnostiky, léčby a prevence chronické obstrukční plicní nemoci z pohledu současné situace v České republice. *Praktický lékař*. 2007, č. 7, s. 395 - 398. ISSN 0032-6739.
9. KAŠÁK, V. *Chronická obstrukční plicní nemoc* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 186 s. ISBN 80-7345-082-8.
10. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 978-80-7262-430-0.
11. KOBLÍŽEK, V., SEDLÁK, V. Časná léčba CHOPN - kdy podat tiotropium?. *Lékařské listy*. 18.1.2010, č.01, s. 14-16 ISSN neuvedeno.
12. KRIŠKOVÁ, A., et al. *Ošetrovatelské techniky : metodika sesterských činností*. 2. vyd. Marti: Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.

13. KROFTA, K. *Pneumologie*. 6. vyd. Praha: Triton, 2005. 280 s. ISBN 80-7254-710-0.
14. MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I : aktualizované a doplněné vydání*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
15. MUSIL, J. Diagnostické a léčebné postupy u nemocných s CHOPN. *Lékařské listy*. 2.-29.1.2007, č.2, s. 4-6 ISSN neuvedeno.
16. MUSIL, J. Prevence exacerbací CHOPN. *Lékařské listy*. 18.1.2010, č.01, s. 21.
17. MUSIL, J., PETŘÍK, F., TREFNÝ, M., et al. *Pneumologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-246-0993-5.
18. NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
19. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. 1.vyd. Praha: Manus, 2003. 316 s. ISBN 80-86571-02-5.
20. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 248+16 stran barevné přílohy ISBN 80-247-1150-8.
21. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
22. SUSA, Z. *Chronická bronchitida a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 120 s. ISBN 80-7254-185-4.
23. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 284 s. ISBN 80-247-1148-6.
24. TEŘL, M., KRÁKOROVÁ, G., PEŠEK, M., et al. *Plicní lékařství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 218 s. ISBN 80-246-0820-0.
25. VOKURKA, M., HUGO, J., et al. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.
26. WORKMAN, B. A.; BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
27. ZATLOUKAL, J. Chronická obstrukční plicní nemoc. *Lékařské listy*. 12.3. 2007, č.5, s. 22 - 24. 316 s. ISBN 80-86571-02-5.

## **8. Klíčová slova**

Chronická obstrukční plicní nemoc

Sestra

Pacient

Dušnost

Ošetrovatelská péče

Informace

## **9. Přílohy**

### **Přílohy vázané**

**Příloha 1** CHOPN X astma bronchiale

**Příloha 2** Pink puffer X blue bloater

**Příloha 3** Spirometrie

**Příloha 4** Polostrukturovaný rozhovor

### **Přílohy volné**

**Příloha 5** Informační brožura

**Příloha 6** CD s přepsanými rozhovory respondentů

## Příloha 1 CHOPN X astma bronchiale

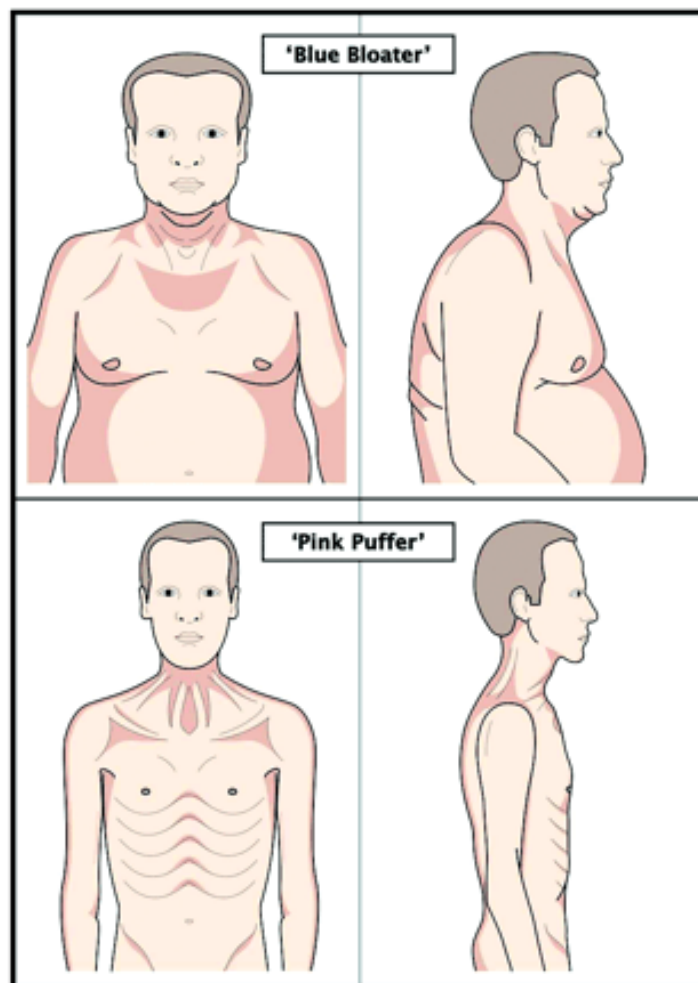
### Klinické rozdíly mezi CHOPN a astmatem:

	CHOPN	Astma
Kouření	Obvykle kuřáci	Postiženi i nekuřáci
Věk prvních projevů	Kolem 40 let	Většinou v mládí, ale možno kdykoliv
Příznaky	Pozvolna progredují	Mění se ze dne na den
Sezónní exacerbace	Zhoršení při extrémních teplotách /zima, léto/	Zhoršení při zvýšeném výskytu alergenů v ovzduší (jaro, podzim)
Reakce na bronchodilatancia	Většinou ireverzibilní změny	Většinou reverzibilní změny
Reakce na kortikosteroidy	Z hlediska zástavy progresu většinou neúčinné	Účinné tlumení příznaků zmírněním zánětlivé reakce dýchacích cest
Hodnoty plicních funkcí	Klesají s postupujícím onemocněním	Mohou se vrátit do normy
Atopie	Nepatří mezi rizikové faktory	Přítomna u většiny pacientů

*Vysvětlivka: Atopie je dědičně podmíněný sklon ke vzniku imunologické přecitlivělosti, která se klinicky projevuje alergickým onemocněním.*

Zdroj: [http://www.dychani.cz/jnp/cz/pro\\_laickou\\_verejnost/diagnostika.html](http://www.dychani.cz/jnp/cz/pro_laickou_verejnost/diagnostika.html)

## Příloha 2 pink puffer X blue bloater



Zdroj: <http://www.bmj.com/content/332/7552/1261.full>

### Příloha 3 Spirometrie



Zdroj:

[http://www.docvadis.de/praxisgaber/page/leistungen/leistungen/wie\\_lauft\\_eine\\_lungenfunktionsprufung\\_ab.html](http://www.docvadis.de/praxisgaber/page/leistungen/leistungen/wie_lauft_eine_lungenfunktionsprufung_ab.html)



## **Příloha 4 Polostrukturovaný rozhovor**

### *Otázky*

1. V jakém stádiu (stupni) nemoci se nacházíte a jak dlouho již Vaše onemocnění trvá?
2. Jaké jsou hlavní příčiny vzniku Vaší nemoci?
3. Byl/a jste kuřák? Kolik cigaret denně a jak dlouho jste kouřil/a?
4. Donutilo Vás onemocnění přestat kouřit?
5. Jaký problém Vás přiměl poprvé navštívit lékaře?
6. Jaká byla Vaše první reakce po zjištění diagnózy?
7. Jaká byla reakce Vašich nejbližších po zjištění diagnózy?
8. Jaké informace máte o svém onemocnění? Myslíte si, že jsou dostačující?
9. Pociťujete změny (problémy, omezení) v potřebě dýchání? Jaké?
10. Pociťujete změny v potřebě vylučování? Jaké?
11. Pociťujete změny v potřebě stravování? Jaké?
12. Pociťujete změny ve fyzické aktivitě? Jaké?
13. Pociťujete změny v potřebě spánku a odpočinku? Jaké?
14. Pociťujete omezení z hlediska vyšších (společenských) potřeb? (přátelství, láska, pracovní kolektiv, společenské uplatnění atd.) Jaké?
15. Uvědomujete si kvůli svému onemocnění veškeré tyto potřeby intenzivněji a dříve jste jim nepřikládal/a větší význam?
16. Jsou Vám rodinní příslušníci oporou?
17. Setkal/a jste se s negativní reakcí na Vaše onemocnění z okolí?
18. Musíte chodit často k lékaři? A z jakých důvodů nejčastěji?
19. Zajímáte se aktivně o Vaše onemocnění ( pořízení odborné literatury, internet ..)?
20. Myslíte, že se Vám kvůli onemocnění změnila Vaše priority (životní hodnoty)?
21. Jaké užíváte léky? Znáte účinky těchto léků a správné dávkování?
22. Jak snášíte léčbu?
23. Jaké má Vaše léčba vedlejší účinky? (nežádoucí reakce)
24. Myslíte, že je léčba účinná?
25. Jsou pro Vás dostupné všechny léčebné prostředky?

26. Myslíte si, že znáte veškeré postupy v léčbě CHOPN a byl/a jste s nimi důkladně seznámen/a?
27. Využil/a jste služeb lázeňské péče? Pomohly Vám tyto procedury?
28. Znáte doplňující metody léčby (rehabilitace, pobyty u moře či jeskyních ..)?  
Využíváte nějaké?
29. Byl/a jste spokojený s doplňujícími metodami léčby?
30. Byl/a jste někdy kvůli své nemoci hospitalizován? Z jakého důvodu?
31. Jaké máte zaměstnání?
32. Musel jste kvůli Vašemu onemocnění náhle změnit zaměstnání?
33. Žijete ve městě či na vesnici?
34. Myslíte, že Vaše životní prostředí má vliv na průběh (vznik) onemocnění?
35. Kdy míváte nejčastěji pocity dušnosti? Jak často a v jakém rozsahu?
36. Máte kromě CHOPN ještě jiná onemocnění vzniklá díky této chorobě?
37. Myslíte si, že ošetřující zdravotnický personál (zdravotní sestry) má přehled o Vaší chorobě a zná specifika léčby?
38. Jaké jsou podle Vás největší problémy a omezení způsobené Vaší nemocí?
39. Využíváte v domácí léčbě kyslík?
40. Je dlouhodobá domácí oxygenoterapie dostupná nebo jsou v tomto směru nedostatky (jaké)?
41. Pokud domácí oxygenoterapii využíváte, byl/a jste řádně proškolen/a jak správně manipulovat s přístrojem?
42. Jste členem nějakého sdružení CHOPN (jaké)?

