

# COMPLIANCE RODIČŮ A DĚTÍ S ASTMA BRONCHIALE PŘI DODRŽOVÁNÍ REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

## COMPLIANCE OF PARENTS AND CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA DURING OBSERVANCE OF REGIMEN MEASURES

Anna Matysová<sup>1</sup>, Pavlína Rabasová<sup>1</sup>

### Abstrakt

**Úvod:** Průduškové astma u dětí zasahuje dýchací cesty a je charakterizováno vleklým neinfekčním zánětem průduškové stěny. Při včasné diagnóze a dostatečné compliance dítěte i rodiče je prognóza onemocnění a kvalita života dítěte uspokojivá.

**Cíl:** Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření.

**Metodika:** Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Ke zjištění dat byl použit polostrukturovaný rozhovor na základě zvolených okruhů týkající se dané problematiky.

**Výsledky:** Dostatečná compliance vyžaduje znalosti rodiče v péči o astmatické dítě. Výsledky výzkumného šetření ukázaly spokojenost s edukací, od které se odvíjí samotná compliance. Z výzkumného šetření vyplynulo, že největší přítěží pro astmatické dítě je pravidelná medikace. U jednotlivých respondentů byly zjištěny nedostatky v oblasti compliance vyskytující se individuálně v odlišných situacích. Ukázalo se, že hlavní zásluhou správné spolupráce při léčebném režimu je komunikace mezi sestrou, lékařem a pacientem či rodinným příslušníkem.

**Závěr:** Compliance při dodržování režimových opatření je individuální záležitostí každého nemocného či jeho rodiny. Každé nemocné dítě má jiné potřeby a rozdílně nastavenou terapii. To, co pro jedno dítě může být v terapii přínosem, pro druhé dítě může být přítěží. Výsledky práce mohou také přispět k lepšímu pochopení vedení života astmatického dítěte a jeho rodiny.

### Klíčová slova

Astma bronchiale, dítě, rodič, compliance, režimová opatření

<sup>1</sup> Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

## Abstract

**Introduction:** Among children bronchial asthma affects the airways and it is characterised by a protracted inflammation of the bronchial wall, of which the inflammation is not infectious. With an early diagnosis and sufficient child and parent compliance the disease prognosis and life quality are satisfying.

**Aim:** The aim of the research investigation is to map the compliance of parent and child with bronchial asthma during observance of regimen measures.

**Methodology:** A qualitative research method was chosen for the exploratory survey. To determine the data the semi-structured interview was chosen based on selected topics engaged in this field.

**Results:** Sufficient compliance requires knowledge of a parent in the care of an asthmatic child. The results of the research method showed a high satisfaction with education, which determines the actual compliance. The research showed that the greatest burden a child has is regular medication. It also showed individual deficiencies and risks of non-compliance occurring rarely in particular situations. The work proved that the main merit of proper cooperation in the treatment regimen is communication between the nurse, doctor, patient and the family member.

**Conclusion:** Compliance during observance of the regimen measures is an individual patient matter or for his or her family. Each child patient will have different needs and diverse therapy settings. What is beneficial for one child could be harmful for another child. The work results may contribute to a better understanding of living of an asthmatic child and their family.

## Keywords

Bronchial asthma, child, parent, compliance, regimen measures

---

## ÚVOD

Mechanismus astma bronchiale je spojen s vyvoláním zánětu stěny dýchacích cest. Po kontaktu organismu s určitými podněty dochází k zúžení dýchacích stěn a dojde k vyvolání záchvatovité dušnosti (Kašák et al., 2013; Schad a Haufs, 2008; Navrátil et al., 2008). Dalšími klíčovými respiračními symptomy při onemocnění dýchacích cest jsou suchý kašel a kašel s expektorací. V některých případech se může objevit i cyanóza (Kolek et al., 2014).

V dětském věku patří astma k nejčastějším chronickým onemocněním (Kašák et al., 2013; Schad a Haufs, 2008). Na základě klinického postupu se stále více zdůrazňují základní

rozlišnosti v příznacích onemocnění, které jsou závislé na věku, spouštěcích faktorech a průběhu samotného onemocnění. Astma je v dětském věku ve většině případů způsobeno alergií, projevující se alergickou rýmou, ekzémem. K vyvolávajícím faktorům astmatu patří virová onemocnění. Okolo 5. roku života dítěte dochází k spontánní remisi (Kašák et al., 2013; Pohunek a Svobodová, 2007). U dětí předškolního věku je pro určení závažnosti astmatu podstatný průběh uplynulého roku. Prognóza astmatu je příznivá v případě, jsou-li patrné symptomy v souvislosti s infekcí dýchacích cest, a mezi symptomatickými epizodami zcela vymizí. Jedná se tak o astma vyvolané virovou infekcí. V případě, že symptomy přetrvávají nebo je astma v souvislosti s alergickou senzibilitou, je možno očekávat trvalé problémy i v následujícím průběhu života, je tedy nutno přistoupit k léčbě aktivně. Chronické potíže lze rovněž očekávat u dětí, u kterých se první obstrukční problémy objeví už kolem třetího roku života a později. U dětí tohoto věku jsou různé důvody, které způsobí obstrukční projevy, a v podstatě je zde malá souvislost s astmatem. U dětí školního věku jsou obstrukční příznaky skoro vždy vyvolány astmatem. Podstatnou roli zde mají sezonní výkyvy teplot v souvislosti s intenzitou vystavení různým alergenům (stres, cigaretový kouř, polékové astma). V tomto věku je také jasný případný výskyt alergické senzibilace. Potíže, které jsou vyvolané virovou infekcí, zde nemají velké zastoupení. Virová infekce i tak může vyvolat akutní potíže. Mohou se vyskytnout i jiné druhy alergické reakce jako alergický zánět spojivek nebo alergická rýma. Děti v tomto věku lze plnohodnotně vyšetřit na základě jejich větší spolupráce, je možno provést spirometrii a bronchomotorické testy. Průběh onemocnění a příznaky u dětí této věkové skupiny připomínají astma dospělého pacienta. Mezi rizikové skupiny se řadí i děti nízkého věku jako jsou kojenci a malé děti do věku tří let. Důvodem je menší průsvit dýchacích cest, a tím stoupá riziko vzniku hypoxie a respiračního selhání. Významnou roli zde hrají respirační viry způsobující bronchitidu a průduškovou obstrukci. Tyto záněty průdušek bývají doprovázeny subferiliemi a jinými symptomy, které jsou totožné s bronchiální obstrukcí jiné etiologie. U těchto dětí se rychleji rozvíjejí akutní stavy a jejich intenzita je mnohem prudší než u dětí starších. Proto je velmi důležité sledovat jakékoli potíže. Nástup obtížného dýchání, které dítě unaví a vyčerpá, signalizuje závažný stav (Pohunek a Svobodová, 2007; Beránková, 2011).

Příznaky vyskytující se u astmatu se mohou někdy podobat příznakům jiných onemocnění dýchacích cest. Astmatické symptomy se však pravidelně opakují. Některé astmatické projevy mohou zaznamenat i samotní pacienti. Jedná se o dušnost a dýchavičnost vyskytující se při záchvatech. Především v noci se mohou vyskytnout prudké ataky kašle s vykašláním hlenu (Schad a Haufs, 2008). Častým příznakem je i kašel ráno po probuzení. Suchý dávivý kašel se u dětí může vyskytnout i v souvislosti s fyzickou zátěží, intenzivním plácem nebo křikem. Na základě těchto symptomů je možné diagnostikovat astma během tělesné výchovy ve škole, nebo při hře se zvýšenou fyzickou námahou u dětí v mateřské škole. Stav dušnosti a kašle obvykle omezí dítě při hře či fyzické aktivitě. V takovém případě může být viditelné i zatahování jugula a mezižebří. Při výskytu akutního vzplanutí astmatu se kromě dušnosti může objevit hypoxie a také může dojít ke vzniku cyanózy. Ačkoli při astmatu se obstrukce zvyrazňuje ve výdechu, většina nemocných uvádí spi-

še pocit omezení při nádechu. V době obstrukce, při poslechovém nálezu, je slyšitelné prodloužené expirium s přítomností pískotů a vrzotů při dýchání, avšak absence těchto doprovázejících jevů astma nevylučuje. Jako rizikový faktor pro vznik astmatu u dětí je považován atopický ekzém. U poloviny dětí trpících atopickým ekzémem, se později vyskytne astma bronchiale (Pohunek a Svobodová, 2007; Vávrová, 2014).

Jako nejtěžší stupeň astmatu je označován status astmaticus. Jedná se o stav, kdy astmatický záchvat trvá déle než 24 hodin, a to i po podání léků. Prvním varovným příznakem při těžkém záchvatu astmatu, který by mohl přejít do status astmaticus, je ztišení doprovodných zvuků při dýchání. Přejít z astmatického záchvatu do astmatického stavu je plynulý. Při stavu status astmaticus se objevuje velmi těžká dušnost, při níž nemocný může upadnout do bezvědomí, proto bývá status astmaticus často zaměňován za epileptický záchvat (Schad a Haufs, 2008). Stanovení diagnózy astma bronchiale bývá doživotní diagnózou, proto je důslednost při volbě vyšetřovacích metod velmi významná (Teřl et al., 2015).

Astma bronchiale patří mezi onemocnění, které nemocného doprovází téměř celý život. Důležitou roli v péči o astmatické dítě tvoří jeho rodina a její postoj k onemocnění. Aby byl dítěti zajištěn určitý komfort a předešlo se komplikacím, je nutno dodržovat řadu režimových opatření. Odpovídající terapie a dodržení doporučených opatření může dítěti s astmatem pomoci. Je však důležitá spolupráce jak rodiče, tak samotného dítěte. Proto je nezbytné neustále rodiče i děti podporovat v jejich vytrvalosti a v případě zjištěných nedostatků nabídnout pomocnou ruku (Matysová, 2017).

## CÍL

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření během léčebného procesu.

## METODIKA

### *Design*

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výběr metody byl zvolen pro individuální a citlivé pochopení vytýčených problémů.

### *Soubor*

Kritériem výběru byl rodič (matka/otec) dítěte s onemocněním astma bronchiale a dítě s onemocněním astma bronchiale. Výběr dětí, které se zúčastnily výzkumného šetření, byl ovlivněn mnoha faktory. Z důvodu předpokládané nespolečné či obtížné získání dat nebyly do výzkumu zařazeny děti mladší šest let. Výběr dítěte ovlivnila i další kritéria, bylo pohlíženo na vzdálenost bydliště respondentů od alergologické ambulance. Dalším předpokladem pro výběr respondentů bylo období zjištění diagnózy astma bronchiale.

Do výzkumu nebyly zařazeny maminky s dětmi, u kterých bylo diagnostikováno astma bronchiale před čtyřmi lety a méně. Na základě těchto faktorů byl věk dětí vymezen na 9–15 let. Celkový výzkumný soubor tvořilo 6 matek a 5 dětí s diagnózou astma bronchiale. Záchyt této diagnózy byl u všech dětských respondentů v předškolním věku. Výzkumného šetření se zúčastnily matky s dětmi v odlišném věku. Děti byly věkově staré: devět let (1 dítě – dítě nezúčastněno výzkumného šetření, jen rodič), jedenáct let (1 dítě), dvanáct let (2 děti) a třináct let (2 děti). Jednalo se o děti, s kterými maminky celoročně navštěvovaly alergologickou a imunologickou ambulanci. Všechny děti měly včetně diagnózy astma bronchiale také polyvalentní alergii, která v souvislosti s astmatem hraje významnou roli, především roli spouštěče.

### ***Sběr dat***

Výzkum byl uskutečněn prostřednictvím rozhovorů s dětmi s astma bronchiale a jejich matkami. Výběr respondentů byl konzultován s vedoucím lékařem alergologické a imunologické ambulance. Jednalo se tedy o výběr záměrný. Při výzkumném šetření byl rozhovor s každým rodičem veden individuálně v denní místnosti stacionáře alergologické ambulance. Následně byly individuálně vedeny rozhovory s jeho dítětem s časovým odstupem 4–10 dní. Rozhovory s dětmi probíhaly pouze v přítomnosti rodiče. Jedno z dětí nebylo na přání rodičů podrobeno rozhovoru.

### ***Analýza dat***

Data byla získána na základě polostrukturovaného rozhovoru. Po ukončení získávání dat následovala jejich transkripce. Přepis získaných audionahrávek byl proveden doslovně. Přepisována byla jen mluvená slova respondentů bez doprovázejících mimoslovních projevů. Po ukončení transkripce následovala kategorizace jednotlivých výpovědí. Cílem bylo získané údaje zredukovat a identifikovat významné skutečnosti mezi jednotlivými výpověďmi. Výpovědi dětí byly použity pouze jako doplňující materiál pro vzájemnou komparaci mezi výpověďmi rodiče a výpověďmi dítěte.

## **VÝSLEDKY**

### ***Období před stanovením diagnózy***

Během výzkumného šetření byly v rozhovorech analyzovány vnímané potíže v dimenzi fyzické, psychické a socio-kulturní před stanovením diagnózy. Z výpovědí respondentů v oblasti fyzických potíží před stanovením diagnózy se všechny maminky shodly na vysoké nemocnosti a častých infekcích dýchacích cest u svých dětí. Objektivizujícím faktorem byla častá terapie antibiotiky, dušnost během zvýšené fyzické námahy a potíže s dýcháním při inverzním počasí. V oblasti psychických potíží před stanovením diagnózy zaznamenaly respondentky v malé míře úzkost a pocit samoty z důvodu větší absence v mateřské škole a nemožnosti vykonávat aktivity společně s vrstevníky. V některých případech se děti dle svého rodiče jevily více uzavřené a tiché. U žádného z dětí však nebyly

rodičem zaznamenány výrazné psychické změny v chování dítěte, psychické potíže či jiné problémy, které by onemocnění zhoršily. Při hodnocení potíží v oblasti socio-kulturní, uváděly respondentky zejména vysokou absenci v mateřské škole, omezení či ukončení sportovních aktivit a zájmových kroužků.

### **Období stanovení diagnózy**

Pro identifikaci reakcí rodičů na stanovení diagnózy byly analyzovány pocity a emoce rodičů. Respondentky uváděly zejména pocity strachu o dítě, nejistotu rodiče, výčitky rodiče, ale také pocity úlevy po objektivizaci onemocnění a stanovení diagnózy: „...Já, abych vám pravdu řekla, jsem byla ráda, že se vůbec něco zjistilo a věděli jsme, kde je problém, protože my jsme nevěděli, proč má ty infekce, proč je nemocná ... takže když už jsme znali příčinu, tak se to podchytilo a trochu jsem se uklidnila...“. Z výpovědí maminek lze usuzovat, že pro některé je konečné stanovení diagnózy „uklidňující“ zjištění. Naopak pro vybrané maminky to byla od lékaře nepříjemná zpráva.

V otázkách týkajících se edukace se respondentky shodovaly na důležitosti poskytované edukace rodičům i dětem. S postupujícím věkem byly dle respondentek děti vnímavější k poskytovaným informacím. Děti uváděly jako nejčastěji vnímaný problém s onemocněním dodržování medikace, výběr vhodných potravin a volbu fyzické aktivity.

Jedním z cílů výzkumného šetření bylo také zmapovat u rodičů a dětí dodržování doporučených režimových opatření. Zejména v oblastech: dodržení medikace, fyzická aktivita, sociální život dítěte, psychická podpora (podpora rodiny), prediktory terapie a dodržení opatření a faktory ovlivňující non-compliance.

V kategorii *dodržení medikace* se téměř všechny maminky i děti vyjadřují k důležitosti pravidelné medikace. Ve většině výpovědích se maminky shodují na zlepšení stavu, a to díky terapii léky. Výpovědi jsou jednoznačné i u dětí. Všechny děti uvádějí, že medikace jim pomáhá: „...Myslím si, že kdybych léky nebrala, hlavně foukátka, tak bych nepřežila...“. Z výpovědí respondentek je také zřejmé, že ony i děti znají názvy léků a jejich dávkování a v případě potřeby i užití SOS léků.

V oblasti týkající se fyzické aktivity astmatického dítěte lze usuzovat z výpovědí respondentů, že ne vždy fyzická aktivita astmatickému dítěti škodí. Při nastavení terapie a odstupu času se děti mohly ke svým aktivitám – koníčkům vrátit. Lze předpokládat vliv správně užívané medikace a dodržení dalších opatření, které jsou u každého pacienta individuální. Z některých výpovědí dětí je patrné, že i samotné děti si uvědomují důležitost dodržení omezení fyzické aktivity: „...Kromě tělocviku žádnou zvýšenou zátěž nemívám. Nesmím...“. Každé dítě vnímá fyzickou aktivitu a přistupuje k ní s ohledem na jeho zdravotní stav.

Sociální život dítěte nebyl významně narušen. Všechny dotazované maminky uvedly, že absence jejich dětí ve srovnání s minulostí, tedy před zahájením léčby, se zlepšila. Některé maminky také uvedly, že jejich děti byly v lázeňské péči, kde se mohly více socializovat mezi dětmi se stejnou diagnózou či podobnými problémy. Po stabilizaci zdravotního stavu se u dětí obnovil zájem o sportovní aktivity či koníčky. Samotné děti uvedly snížení absence ve škole. Většina dětí byla schopna mluvit o svém onemocnění se svými kamarády či spoluža-

ky: „...Kamarádům jsem to řekl normálně, ve škole mezi řečí. Vzali to v pohodě, myslím, že někteří mají i stejné potíže ...“. Naopak jedno dítě uvedlo, že se bálo posměchu: „...Jako je fakt, že o tom moc nemluví, protože se zase bojím, že to budou brát špatně a budou si myslet, že se lituju. Spíše držím jazyk za zuby...“. V průběhu terapie nebylo dle respondentek nutné dětem poskytovat odbornou psychologickou podporu. Dle dětí byla pro ně největší a nejdůležitější psychologickou intervencí podpora a zájem rodičů.

Dodržení režimových opatření, kam patří i pravidelná medikace, se ukázalo jako jeden z hlavních důvodů zlepšení stavu dětí. Kompenzace zdravotního stavu a celkové zlepšení je jedním z ukazatelů úspěšnosti dodržování opatření a správné compliance. Téměř všechny maminky hodnotí zdravotní stav jejich dětí jako „lepší.“ I samotné děti ve svých výpovědích uvádí, že se cítí lépe. Faktory ovlivňující non-compliance jsou zcela individuální. Kromě medikace je léčebný plán s edukací přizpůsoben individuálním potřebám každého dítěte. Celkově se maminky shodly, že k porušení režimových opatření, které mají dodržovat, dochází. Děti uvedly jako porušení opatření: zapomenutí užít medikaci a nedodržení změny ve fyzické aktivitě.

### **Dopad onemocnění na život rodiny**

Cílem výzkumného šetření bylo také zmapovat dopady onemocnění na život rodiny z pohledu rodičů a dětí. Z uvedených výpovědí maminek lze usoudit, že astma na jejich děti dopad má. Maminky se shodly na určitém režimu, které dítě musí dodržovat. Uvedly, že jejich děti se musely stát dříve zodpovědnější. Výpovědi dětí byly rozdílné, přesto si děti své onemocnění uvědomují: „...Neznám ten pocit nemít astma...“. Většina dětí však uvedla jako zásadní změnu užívání léků a omezení koníčků. Dle maminek děti pochopily závažnost svého onemocnění až v pozdějším věku. Z reakcí dotazovaných maminek lze usuzovat, že astma jako onemocnění dítěte je velký zásah do života samotného rodiče. Časté návštěvy lékaře, hospitalizace, vyšší nemocnost dětí a lázeňská péče může být problémem u pracujícího rodiče. V některých případech se může jednat až o ztrátu zaměstnání. Dle výpovědí maminek byla adaptace na onemocnění jejich dětí dlouhá. Postupem času se s onemocněním svého dítěte sžily. Důležitým faktorem pro ztotožnění se s onemocněním dítěte je dle maminek podpora lékaře: „...Pochopila jsem, že je důležitá důvěra k lékaři, protože mu svěřujete své dítě do péče...“.

### **DISKUZE**

Přibližně 300 milionů obyvatel naší planety trpí onemocněním astma bronchiale. Globální výskyt astmatu se pohybuje mezi 1–18 % populace. Astma se řadí mezi jedno z chronických onemocnění, které má častý výskyt s prevalencí 10–15 % a to především v ekonomicky vyspělých zemích. V dětské populaci výskyt bronchiálního astmatu stále roste, hlavně vůči alergenům, především ve věku 6–7 let. V České republice je přibližná prevalence astmatu odhadována na téměř 8 % celé populace tj. přibližně 800 000 obyvatel, u dětí se tento údaj pohybuje v rozmezí vyšším a to 12–15 %. Za jeden kalendářní

rok se stanoví diagnóza astma bronchiale u 30 000 obyvatel, z toho dvě třetiny osob tvoří děti. Studie, které se zaměřovaly na dětské astma, potvrdily větší prevalenci u chlapců (Kašák et al., 2008; Pohunek a Svobodová, 2007). Podle Státního zdravotnického ústavu (SZÚ) byl v roce 2015 vymezen výskyt alergických onemocnění včetně astma bronchiale a jiných dýchacích potíží u dětí v Moravskoslezském kraji. Z výsledků této analýzy vyplynul výskyt astmatu u 11,2 % dětí z celkového počtu 7 519 dětí (SZÚ, 2016).

Výsledky celosvětové studie ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Children) nabízejí nejdetailnější analýzu dětského astmatu. Studie potvrdila velmi vysokou prevalenci u dětí ve školním věku (6–7 let a 13–14 let). Výsledky studie odhalily i odlišnosti mezi jednotlivými zeměpisnými oblastmi ve světě. V Evropě jsou také rozdíly mezi východními a západními zeměmi a mezi oblastmi jižními a severními. Jako pomůcka k měření nemocnosti dětského astmatu slouží absence dítěte ve vyučování během školní docházky. U 42,7 % astmatických dětí byla zjištěna nepřítomnost dítěte ve vyučování, ve stejné analýze uvedlo 38,2 % dětí symptomy astmatu během dne a 28 % dětí vyrušení astmatem ze spánku. Byla prokázána i nedostatečná terapie, a to z důvodu, že 26 % dětí bylo léčeno inhalačními kortikosteroidy, přestože u 49,5 % byly zjištěny symptomy, které odpovídaly přetrvávajícímu astmatu (Pohunek a Svobodová, 2007).

Zvratem v péči o pacienty trpící astma bronchiale bylo v roce 1992 zřízení organizace Globální iniciativa pro astma (GINA, Global Initiative for Asthma). V České republice byla zřízena národní organizace Česká iniciativa pro astma (ČIPA) v březnu v roce 1996. V roce 2012, díky vzájemné kooperaci odborníků v oboru pneumologie a dětské alergologie, vznikl dokument International Consensus ON pediatric asthma (ICON) (Pohunek a Svobodová, 2007; Hoňková et al., 2014). V roce 1996 ČIPA zahájila činnost v Praze. Významnou roli hrály tři lékařské odborné společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Jedná se o Společnost alergologie a klinické imunologie, Společnost fyziologie a patologie dýchání a Společnost ftizeologie a pneumologie. Na odborné aktivitě ČIPA se podílí i lékaři dalších odvětví, například pediatrie. Od roku 2002 patří pod ČIPA i Česká pylová informační služba. Světový den astmatu spadá na první květnový týden, během něhož jsou pořádána odborná sympozia pro lékaře. Kromě programu pro lékaře jsou organizována i regionální setkání zdravotníků s pacienty nebo laickou veřejností. Od roku 2001 organizuje ČIPA formy vzdělávání pro sestry, které pracují v ambulancích, zaměřené na problematiku astma. Většina alergických onemocnění se poprvé objeví v dětském věku, proto se předpokládá, že zhoršení stavu nastane během školní docházky. Provedené výzkumy prokázaly, že většina škol na takové situace není připravena, a proto byly vytvořeny projekty k řešení této problematiky (Kašák et al., 2013). „*Základním přínosem ČIPA je sjednocení názorů na péči o astma v ČR a implementace celosvětových doporučení do široké medicínské praxe i do reálného života pacientů s astmatem*“ (Kašák et al., 2013, s. 89).

Dalšími podobnými organizacemi jsou ČAS (Česká asociace sester) a ČARO (Česká aliance proti respiračním nemocem). ČARO je sesterská aktivní instituce, která podporuje i diskuze na téma praktických aspektů edukační a ošetřovatelské péče v kontextu s respiračním onemocněním. ČIPA je dnes součástí GINA a aktivně spolupracuje s aktivitami EFA



(Evropská federace sdružení astmatiků, alergiků a v dnešní době i nemocných s CHOPN). GINA vznikla za podpory Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1992. Na jejím vzniku se podílel i Institut pro výzkum nemocí srdce, plic a krve (NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institut). GINA má za cíl představení a objasnění uznaných strategií při terapii a léčbě astmatu. Hlavní strategií GINA je cílená efektivní terapie, která se projevuje tím, že léčba nemá žádné vedlejší účinky, s absencí astmatických příznaků během noci, dne nebo jejich minimální výskyt. Dalšími znaky úspěšné terapie je minimální omezení pacienta v jeho každodenním životě, snížení spotřeby SOS léků a absence stavů, které vyžadují zásah lékařské rychlé pomoci. Součástí organizace GINA je i pediatrická problematika, která zahrnuje celosvětový dokument v péči o astmatické dítě. Tento dokument vznikl na základě dvou kontinentálních organizací: Evropská akademie alergologie a klinické imunologie (EAACI) a Americká akademie alergie astmatu a imunologie (AAAAI). Tyto organizace se podílí na vzniku pracovního týmu odborníků. Českou republiku zastupoval doc. MUDr. P. Pohunek CSc., který je spoluautorem dokumentu – *Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a Practall consensus report* (Bacharier et al., 2008). Tento dokument obsahuje základní části zaměřující se na dětskou problematiku astma: anamnéza onemocnění, faktory definující fenotypy astmatu, patofyziologie, diagnostika, terapie a monitoring onemocnění (Kašák et al., 2013; Schad a Haufs, 2008; Petrů, 2008). U dětí dochází k postupnému vývoji organismu spojeného s dozráváním dýchacích cest a imunitního systému. Vzhledem k této skutečnosti je astma u dětí specifické svou etiopatogenezí a svými symptomy. Proto u dětí s onemocněním astma bronchiale nelze aplikovat stejné terapeutické postupy a doporučení, která jsou určena pro dospělé jedince. Z uvedeného důvodu je nutné převzít právě diagnostické a léčebné postupy, které jsou určeny jen pro dětskou populaci s astmatem. Souhrnný dokument ICON byl publikován v magazínu *Allergy*. Cílem tohoto dokumentu je sjednotit světová a národní doporučení, která byla dosud publikována. Tato doporučení se zabývají výskytem astmatu v dětství a jednoznačně vymezují podstatné a důležité informace. ICON se snaží realizovat doporučené postupy a jejich použití v klinické praxi (Hoňková et al., 2014).

Nedílnou součástí péče o astmatické dítě ve vztahu s compliance je efektivní edukace. Ta by měla začít při prvním setkání dítěte s lékařem. Edukace je dlouhodobý, nepřetržitý a v podstatě nikdy nekončící proces, na kterém by se měl podílet každý zdravotník, přicházející s nemocným do kontaktu. Lékař i všeobecná sestra se v edukaci vzájemně doplňují a informace se kontinuálně prolínají. Proto je nutné považovat poskytnuté informace od lékaře a zároveň i od sestry za významné. Vedle informací, jako jsou znalosti postupu terapie, režimových opatření, je neméně důležitá i edukace o aplikaci léků inhalační cestou. V ČR byl proveden výzkum ve 44 pneumologických a alergologických ambulancích, byla zjištěna chybovost v používání inhalační techniky. Opakovaná kontrola, jak pacient či rodič zvládá techniku použití inhalátoru, je velmi důležitá. Součástí edukace je nemocného s jeho rodinou motivovat. Současná léčba astmatiků umožňuje vést plnohodnotný život s různým stupněm omezení. Často zapomínanou součástí edukace je písemný pokyn pro naléhavé situace a také podání informací o zdravotním stavu dítěte škole, kterou navštěvuje. Tyto informace by měly vysvětlit první pomoc při astmatickém záchvatu, nebo

jiných stavech, které se ve škole mohou vyskytnout. Zákonní zástupci jsou povinni tyto informace škole poskytnout. Veškeré potřebné informace, které by měla škola znát, si rodiče vyžádají od ošetřujícího lékaře dítěte. Compliance znamená, že pacient je ochoten řídit se instrukcemi a radami lékařů. Výsledkem nedostatečné compliance je absence domluvených kontrol při dispenzarizaci. Uvádějí se dva hlavní důvody nedostatečné compliance. Může se jednat o situaci, kdy pacient nebo rodič nerozumí instrukcím a pokynům, nemůže tedy spolupracovat, i když má zájem. Druhou možností je, že nemocný či rodič instrukcím rozumí, ale nerespektuje je. U některých pacientů míra compliance závisí na vnímání svého zdraví. V období tzv. „klidu“, kdy nemocný při chronickém onemocnění nemá potíže, obvykle míra compliance klesá. Compliance je ovlivněna také složitým podáváním léků, užíváním několika medikamentů ve stejnou dobu a dlouhým čekáním na jejich účinek. Snížená míra spolupráce ze strany pacienta se může objevit také v souvislosti s dlouhými a nevyhovujícími termíny návštěvy lékaře, ať už pro nemocného, či jeho doprovod (Kašák et al., 2013; Baštecká et al., 2003; Petřů et al., 2012).

Everard et al. (2015) ve své studii nachází problém v nedostatku edukačního, věkově vhodného materiálu pro děti. Tato globální studie, která proběhla ve 31 zemích, prokázala významné rozdíly v dostupnosti edukačního materiálu a zdůrazňuje potřebu vyvinout nové a věku jasně dané příslušné materiály. Domnívá se, že poskytnutí těchto materiálů podpoří lepší léčení a compliance při léčbě dětského astmatu. V budoucnu by tyto materiály měly být k dispozici v elektronické podobě např. jako mobilní aplikace.

Dětské průduškové astma je onemocnění, které dítě doprovází celé jeho dětství. Při onemocnění astma bronchiale v dětském věku, jako při jiných chronických onemocněních, je velmi důležitá spolupráce se zdravotním týmem, který pečuje o nemocné dítě. Neméně podstatná je spolupráce samotného rodiče, od které se odvíjí i spolupráce dítěte. Dle Baštecké et al. (2003) přibližně jedna třetina pacientů či příbuzných zpochybňuje lékařova doporučení a terapii při onemocnění. Bylo doloženo, že 50 % pacientů-astmatiků užívá antiastmatika dle doporučení lékaře. Při nedostatečné spolupráci dítěte i rodiče, klesá i kvalita života astmatického dítěte. Dětské astma má výrazný dopad nejen na samotného dětského pacienta, ale i na ostatní členy rodiny a celkově na její chod. Astma může dítě ovlivnit v mnoha směrech například z hlediska zapojení do kolektivu přátel při činnosti, při studijních výsledcích i po psychické stránce. Onemocnění má dopad také na rodinu dítěte, což se může projevit na pracovní výkonnosti rodičů nebo také na jejich psychickém stavu. V některých případech může astma narušit fungování rodiny jako skupiny. Onemocnění dítěte může rodiče ovlivnit na ekonomickém postavení. Rodina může být celkově omezena po stránce společenských aktivit. Salajka (2006) uvádí, že často řešenými a debatovanými problémy, které jsou u rodičů a jejich chronicky nemocných dětí a také možnými příčinami nepříznivého fungování rodiny, jsou nečekaně vysoké finance spojené s terapií. Problematická může také být časově náročná každodenní péče o nemocné dítě, nejistota v průběhu nemoci a její vývoj i samotné doprovázející potíže astmatického dítěte (Baštecká et al., 2003; Salajka, 2006).

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že prvotním prediktorem úspěšné terapie je medikamentózní terapie, při níž je důležitá spolupráce rodiče i dítěte. Většina

rodičů se shoduje na dodržování pokynů a rad lékaře a terapii neupravuje bez vědomí odborníka. Samotné děti se v průzkumném šetření shodují, že dochází k zapomenutí užít medikaci, jako důvod uvádějí málo času a spěch. Vella et al. (2014) ve své studii poukazuje na důležitost dodržení předepsané terapie u dětí s astmatem. Autor došel k závěru, že míra dodržování terapie je uspokojivá, i když vzorek tvořili i rodiče non-compliance, kteří nepovažovali terapii za nutnou a dítěti terapii upravili z důvodu lepšího se stavu. Také Mirsadraee et al. (2012) se ve své studii zaměřuje na důvody, které vyústily v nespolupráci během terapie. Uvádí, že příčiny nespolupráce při terapii tvořily obavy rodiče ze vzniku lékové závislosti, ale také vysoké výdaje za užívané léky.

Z výsledků studie autorů Al-Muhsen et al. (2015) vyplývá, že většina pacientů nemá dostatečné znalosti o svém onemocnění a nejsou důkladně poučeni o správném užívání léků. Následkem nedostatečné edukace jsou častější návštěvy na pohotovosti z důvodu zhoršení stavu. Naopak studie autorů Delgado et al. (2014) poukazuje na fakt, že i když jsou využity edukační materiály a provedena edukace, neznamená to dostatečnou a uspokojivou compliance. Zahraniční výzkum ukázal, že 92,3 % rodičů uvedlo jako nejlepší zdroj informací lékaře, 23 % uvedlo jako zdroj média. Naopak z výsledků našeho výzkumného šetření bylo zjištěno, že rodiče byli poučeni ošetřujícím lékařem nebo sestrou na alergologické ambulanci a s edukací uvádí spokojenost. Také bylo zjištěno, že edukace od lékaře rodičům i dětem dostačuje. Jen malá část rodičů uvedla vyhledávání informací v médiích.

Lepší kvalita života dětí s astma bronchiale v souvislosti s rodinným prostředím byla doložena ve výzkumu autorů Santos et al. (2012), kde se autoři zaměřují na vztahy v rodině dětí a mladistvých s astma bronchiale. Výsledky poukazují, že rodina a její tradice mohou být možným zdrojem pro rozvoj pozitivního rodinného prostředí a atmosféry, což může mít vliv na zlepšení zdravotního stavu, blaha dítěte s astmatem a také šití se s onemocněním. Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují, že podpora rodiny hraje velmi významnou roli. Každá matka v průzkumném šetření uvedla jako vhodnou podporu a psychologickou pomoc pro své astmatické dítě právě rodinné prostředí, především sebe – rodiče. Tímto ze strany rodiče byla prokázána snaha zachovat co největší komfort dítěte, nebylo zapotřebí vyhledávat pomoc dalšího odborníka, například psychologa.

Výsledky naší práce také poukazují na zajímavá zjištění v oblasti fyzické aktivity. Větší část oslovených maminek neuvedla fyzickou zátěž jako primární příčinu potíží astmatického dítěte a to na základě užívání pravidelné medikace. Ke stejnému závěru dospěl také Yüksel et al. (2009), který prováděl studii, jež měla vyhodnotit účinky pravidelného cvičení a vliv cvičení na kvalitu života a plicní funkci u astmatických dětí. Z výsledků zahraniční studie je zřejmé, že pravidelné vhodné cvičení a pohyb dítěte by mělo být zařazeno do obvyklého léčebného režimu u dětí s astmatem, stále za předpokladu správné compliance v souvislosti s užíváním medikace. Willeboordse et al. (2016) studoval souvislost mezi onemocněním astma bronchiale, nadváhou a fyzickou aktivitou. Závěrem jeho průzkumu byl výskyt snížené fyzické aktivity, bez ohledu na to, zda dítě trpí chronickým onemocněním dýchacích cest či obezitou. Lze tedy konstatovat, že nízká fyzická aktivita se nemusí vyskytovat jen u dětí s astmatem, ale i u ostatních dětí – neastmatiků, např. obézních.

Křivohlavý (2002) rozděluje dodržování rad a doporučení lékaře do určitých modelů, které lze identifikovat i v našem výzkumu. Z analyzovaných výsledků našeho výzkumného šetření většina respondentů uplatňuje tzv. *model učení*. V modelu učení je důležitá přítomnost kladného nebo negativního výsledku toho, co pacient či jeho rodina dělá. Pokud je výsledek pro klienta kladný a pozitivní, pacient bude opakovaně dělat to, co dělal. Lze poukázat například na dodržení pravidelné medikace. I když pravidelná medikace byla uvedena jako přítěž a je opomíjena, i přesto si rodič uvědomuje její důležitost. Pravidelná medikace byla uvedena jako ukazatel úspěšné terapie. V případě dodržení pravidelné medikace, kdy nemocný zaznamená kladný výsledek své compliance mluvíme o *modelu posilování*. Compliance tedy přináší nemocnému nejen pocit důležitosti, ale i pocit nutnosti dodržování režimových opatření. Jestliže je naopak výsledek pacienta a jeho aktivity negativní či záporný, hovoříme o *neposilování* až vyhasínání toho, co by klient měl dodržovat. Pokud by pravidelná medikace pro dítě nebyla přínosem a nebylo by vidět zlepšení stavu, došlo by k rezignaci compliance dítěte i rodiče. Jako určitou formu posilování může pacient vnímat pochvalu a podporu za příkladnou compliance od lékaře či sestry. Z výsledků analyzovaných studií lze také konstatovat, že compliance rodičů a jejich astmatických dětí je velmi individuální. Záleží na postoji rodiče k onemocnění a od toho se odvíjí postoj dítěte k jeho nemoci.

### **Limitace studie**

Za limitaci tohoto výzkumného šetření lze považovat neoslovení většího počtu respondentů a neprovedení výzkumu prostřednictvím jiných metodologických přístupů, například pozorováním, v delším časovém úseku. Výsledky výzkumného šetření poskytují pouze informativní náhled na vybranou problematiku. Výsledky této práce považujeme pouze za vstupní předvýzkum v námi sledované oblasti.

## **ZÁVĚR**

Po vyhodnocení výsledků výzkumného šetření lze potvrdit nepostradatelnou roli compliance dítěte a rodiče při dodržování režimových opatření při onemocnění astma bronchiále. Téměř u každého chronického onemocnění je nutné dodržovat určitá opatření. Zvláště u dětského onemocnění je podpora a spolupráce rodiny nesmírně důležitá. Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že medikamentózní terapie je jedním z hlavních ukazatelů zlepšení stavu dítěte. Pravidelná medikace a její správné užívání má zásadní význam a vliv na další omezení dítěte. Pokud je dítě po zdravotní stránce astmatu kompenzováno a medikace je správně nastavena, dítě se může vrátit k dřívějším aktivitám, které muselo omezit či jich zanechat. Aby pacient mohl spolupracovat a podílet se na léčebném režimu je nutná efektivní edukace, kterou lze považovat za nezbytnou součást léčebného programu.

### **Etické aspekty a konflikt zájmů**

Autoři prohlašují, že studie nemá žádný konflikt zájmů.

### **Autorský podíl**

Koncepce a design (AM, PR), sběr dat (AM), analýza a interpretace dat (AM, PR), zpracování návrhu rukopisu (PR, AM), supervize (PR), kritické korekce rukopisu (PR, AM).

### **Literatura**

AL-MUHSEN, S. et al. Poor asthma education and medication compliance are associated with increased emergency department visits by asthmatic children. *Annals of Thoracic Medicine* [online]. 2015, vol. 10, no. 2, p. 123–131. [cit. 18. 10. 2016]. ISSN 1998-3557. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25829964>.

BACHARIER, L. B. et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a Practall consensus report. *Allergy* [online]. 2008, vol. 63, no. 1, p. 5–34. [cit. 9. 12. 2017]. ISSN 1398-9995. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18053013>.

BAŠTECKÁ, B. et al. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

BERÁNKOVÁ, K. Aktuální pohled na léčbu astmatu u dětí nejnižších věkových skupin. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 5, s. 306–308. [cit. 4. 12. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201105-0004\\_Aktualni\\_pohled\\_na\\_lecbu\\_astmatu\\_u\\_deti\\_nejnizsich\\_vekovych\\_skupin.php](https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201105-0004_Aktualni_pohled_na_lecbu_astmatu_u_deti_nejnizsich_vekovych_skupin.php).

DELGADO, E. M. et al. Parental Asthma Education and Risks for Non-Adherence to Pediatric Asthma Treatments. *Pediatric Emergency Care* [online]. 2014, vol. 30, no. 11, p. 782–787. [cit. 19. 1. 2016]. ISSN 1535-1815. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25343734>.

EVERARD, M. L. et al. Asthma education material for children and their families; a global survey of current resources. *World Allergy Organization Journal* [online]. 2015, vol. 8. [cit. 19. 1. 2016]. ISSN 1939-4551. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26681996>.

HOŇKOVÁ, L. et al. ICON – souhrn nejnovějších doporučení v managementu průduškového astmatu u dětí. *Československá pediatrie* [online]. 2014, roč. 69, č. 1, s. 21–28. [cit. 13. 10. 2016]. ISSN 1805-4501. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatric-clanek/icon-souhrn-nejnovejsich-doporuceni-v-managementu-pruduskoveho-astmatu-u-deti-48760>.

KAŠÁK, V. et al. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-325-1.

KAŠÁK, V. et al. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-158-5.

KOLEK, V. et al. *Pneumologie*. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-387-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MATYSOVÁ, A. *Compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě: 2017. Vedoucí práce P. RABASOVÁ.

MIRSADRAEE, R. et al. Evaluation of factors contributed in nonadherence to medication therapy in children asthma. *Iranian journal of allergy, asthma, and imunology* [online]. 2012, vol. 11, no. 1, p. 23–27. [cit. 26. 8. 2016]. ISSN 1735-5249. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427473>.

NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

PETRŮ, V. Co víme o dětském astmatu?. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 3, s. 148–152. [cit. 4. 12. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200803-0002\\_Co\\_vime\\_o\\_detskem\\_astmatu.php](https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200803-0002_Co_vime_o_detskem_astmatu.php).

PETRŮ, V. et al. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá Fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2584-3.

POHUNEK, P. a SVOBODOVÁ, T. *Průduškové astma v dětském věku: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-118-9.

SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.

SANTOS, S. et al. Quality of Life and Adjustment in Youths with Asthma: The Contributions of Family Rituals and the Family Environment. *Family Process* [online]. 2012, vol. 51, no. 4, p. 557–569. [cit. 18. 10. 2016]. ISSN 1545-5300. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23230985>.

SCHAD, O. a HAUFS, A. *Astma: prevence a vhodná péče: zdraví a současnost*. Praha: Olympia, 2008. ISBN 978-80-7376-111-0.

SZÚ [Státní zdravotní ústav]. *Alergická onemocnění v Moravskoslezském kraji v roce 2015* [online]. Praha: 2016. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne\\_zpravy/Zprava\\_MSK\\_2016.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/Zprava_MSK_2016.pdf).

TERĚL, M. et al. *Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu*. Semily: Geum, 2015. ISBN 978-80-87969-08-3.

VÁVROVÁ, H. Nová doporučení v diagnostice a léčbě astmatu v dětském věku. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, roč. 15, č. 2, s. 76–78. [cit. 4. 12. 2017]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: [https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201402-0005\\_Nova\\_doporu-ceni\\_v\\_diagnostice\\_a\\_lecbe\\_astmatu\\_v\\_detskem\\_veku.php](https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201402-0005_Nova_doporu-ceni_v_diagnostice_a_lecbe_astmatu_v_detskem_veku.php).

VELLA, C. et al. An audit of compliance of inhaled steroid medication in Maltese asthmatic children. A comparison between 2008 and 2014. *Malta Medical Journal* [online]. 2014, vol. 26, no. 2, p. 25–28. [cit. 26. 8. 2016]. ISSN 1813-3339. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/285997958\\_An\\_audit\\_of\\_compliance\\_of\\_inhaled\\_steroid\\_medication\\_in\\_Maltese\\_asthmatic\\_children\\_A\\_comparison\\_between\\_2008\\_and\\_2014](https://www.researchgate.net/publication/285997958_An_audit_of_compliance_of_inhaled_steroid_medication_in_Maltese_asthmatic_children_A_comparison_between_2008_and_2014).

WILLEBOORDSE, M. et al. Associations between asthma, overweight and physical activity in children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [online]. 2016, vol. 16. [cit. 18. 10. 2016]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27587091>.

YÜKSEL, H. et al. Effects of physical exercise on quality of life, pulmonary function and symptom score in children with asthma. *Asthma Allergy Immunology* [online]. 2009, vol. 7, no. 1, p. 58–65. [cit. 13. 10. 2016]. ISSN 1308-9234. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=5e1e6c6b-a638-41b4-ba53-cad-d92a82f26%40sessionmgr4006&hid=4209>.

## Kontakt

Bc. Anna Matysová  
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě  
Ústav ošetrovatelství  
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika  
[matysovaanna@seznam.cz](mailto:matysovaanna@seznam.cz)

Mgr. Pavlína Rabasová, Ph.D.  
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě  
Ústav ošetrovatelství  
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika  
[pavlina.rabasova@fvp.slu.cz](mailto:pavlina.rabasova@fvp.slu.cz)