

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Jan Chrastina**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Ústav speciálněpedagogických studií

Jan CHRASTINA

**Astma bronchiale – chronické onemocnění a příčina  
zdravotního znevýhodnění**

Bakalářská práce

Studijní obor: Speciálně pedagogická andragogika

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Hana KRYLOVÁ, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 28. březen 2011

---

podpis

Děkuji Mgr. et Mgr. Hance Krylové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce. Velké poděkování patří také za podporu, čas a ochotu, kterou mi po dobu tvorby práce poskytovala. V neposlední řadě děkuji také všem těm, které mám kolem sebe a dodávají mi potřebnou podporu a opravdový, lidský zájem.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ A JEHO SPECIFIKA</b> .....	<b>10</b>
1.1 Chronické onemocnění „pohledem pojmů“ „chronic illness“ a „chronic disease“ .....	12
1.2 Chronické onemocnění dle kritéria ovlivnění aktivit nemocného jedince, kvality života.....	13
<b>2 ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ/POSTIŽENÍ PŘI ONEMOCNĚNÍ ASTMA BRONCHIALE</b> .....	<b>17</b>
2.1 Zdravotní a sociální model uplatňující se při vymezování oblasti zdravotního znevýhodnění/postižení .....	17
2.2 Nástin možností sociální podpory, pomoci a péče .....	22
<b>3 ASTMA BRONCHIALE JAKO CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>24</b>
3.1 Astma bronchiale pohledem nozologické jednotky.....	24
3.2 Astma bronchiale jako psychosomatické onemocnění .....	28
<b>4 OBLAST DOPADU ASTMA BRONCHIALE NA AKTIVITY JEDINCE</b> .....	<b>30</b>
4.1 Ovlivnění školských aktivit dětí a dospívajících přítomností astmatu a edukační dopad .....	31
4.2 Realizace výchovně-vzdělávacího procesu v „alternativních“ školských podmínkách.....	38
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>
5.1 Cíl a metodika oblasti definování pojmu chronické onemocnění .....	39
5.2 Metodologie a výstupy praktické části práce (problematika definování chronického onemocnění) k diskusi .....	40
5.3 Cíl a metodika řešeršních aktivit měřících nástrojů ve vztahu k astma bronchiale.....	45
5.4 Výstupy – měřící nástroje ve vztahu k astma bronchiale a deskripce .....	46
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY, PRAMENŮ A ZDROJŮ</b> .....	<b>59</b>

# ÚVOD

Astma bronchiale je dlouhodobé, velmi často chronické onemocnění s celoživotním průběhem. Postihuje celé věkové spektrum lidské populace a je spojováno taktéž s onemocněními psychosomatickými. Za poslední dobu jeho incidence neustále stoupá (srov. Braman, 2007). Postihuje populaci dospělých osob, stejně tak jako děti. Zároveň lze konstatovat, že astma u dětí je nejčastěji se vyskytujícím onemocněním, které můžeme považovat za typicky chronické. Přestože téměř vždy je známa vyvolávající příčina tohoto onemocnění, v současné době je považováno za stále ne zcela vyléčitelné.

Vycházíme-li z premisy, že speciální pedagog – andragog může uplatnit své dovednosti, vědomosti i znalosti v oblasti sociální práce (což mu současná legislativa toto upravující umožňuje), pak můžeme konstatovat, že zejména v oblasti somatopedie může být klientela (osoby s astmatem) cílovou skupinou jeho aktivit, práce, péče a cílené podpory.

**Cílem práce** je definovat a popsat astma bronchiale jako chronické onemocnění a současně jako možnou příčinu zdravotního znevýhodnění/postižení. Práce se zaměřuje nejen na dospělého klienta (předmět andragogiky), ale i na dětskou klientelu a rodiče takto nemocných dětí, se kterými speciální pedagog – andragog, pracuje. Na dětskou klientelu je zaměřena část práce popisující aspekty přítomnosti astmatu u dětí a dospívajících v rámci plnění školní docházky (pak andragog pracuje s rodiči). Obecně platné informace jsou však v širokém kontextu uplatnitelné také u celého věkového spektra astmaticky nemocných jedinců, klientů.

Propojením problematiky astmatu a chronického onemocnění se otevírá široké pole pro různá výzkumná šetření v dané oblasti. Tím, že neexistuje celosvětově jednotná, validní a obsáhlá definice chronického onemocnění, je cílem taktéž přinést přehled o dostupných definicích chronického onemocnění (skrze rešeršní aktivity a kvalitativně-kvantitativní obsahovou analýzu), které takto mohou být v dalších krocích využity při dalších bádáních v komplexně pojaté problematice. V neposlední řadě je cílem práce přinést přehled validních a reliabilních měřících nástrojů, které jsou při onemocnění astmatem (zejména v zahraničí) užívány, a které by mohly být implementovány do našich sociokulturních podmínek. Ty by mohl následně využívat

(jako řádný člen multidisciplinárního týmu) rovněž speciální pedagog (andragog, somatoped). Přinejmenším považují za vhodné, aby s ve světě užívanými měřicími nástroji byl pracovník obeznámen. Mohou mu totiž přinést jiný vhled na komplexně pojatou problematiku, přístup, nabídku podpory a poskytované péče či jen zamyšlení se nad daným problémem. Cílem tohoto přístupu je v co možná nejvyšší dostupné míře uplatnit veškeré kroky k realizaci takových aktivit a opatření, která pak následně povedou k co nejvyšší možné kvalitě života s chronickým astmatickým onemocněním.

**Teoretická část** práce popisuje astma bronchiale jako chronické onemocnění a nozologickou jednotku. Popisuje jej skrze jeho etiologii, patogenezi, preventivní opatření, možné dopady apod. Je zde vymezen pojem zdravotní znevýhodnění/postižení. Text vždy směřuje k uchopení speciálním pedagogem – pro jeho potřeby, kompetence a využití v praxi či teoreticko-praktickém základu svého povolání. Současně je na astma nazíráno jako na onemocnění psychosomatické. I zde se „otevírají“ speciálnímu pedagogovi možnosti, jak lépe pochopit onemocnění skrze psychiku (prožívání) a reakce (chování) nemocného, a taktéž podává informace, jak lze využít spolupráce klinického psychologa se speciálněpedagogickým pracovníkem. Samostatně bude řešeno astma jako příčina (předmět) zdravotního znevýhodnění/postižení s důrazem kladeným na somatopedický přístup.

**Praktická část** obsahuje dva dílčí celky. První z nich prezentuje konceptuální práci s dostupnými definicemi (a hesly) chronického onemocnění. Tyto jsou podrobeny kvalitativně-kvantitativní obsahové analýze s užitím vytvořených kategorií, které obsahují. Bude tak poukázáno na vhodné (tj. kategoriemi nasycené) definice, které mohou být i následně uplatněny při operacionalizaci v rámci speciálněpedagogického výzkumu (který bude zaměřen na chápání astmatu jako chronického onemocnění).

Část druhá, skrze rešeršní aktivity a výstupy, přináší přehled v zahraničí užívaných měřících nástrojů (v převážné většině dotazníkového typu), které jsou uplatňovány pro hodnocení, sledování, prognostiku či vědecko-výzkumné aktivity při onemocnění chronickou nemocí – astmatem.

Astma bronchiale není v oblasti speciální pedagogiky (zejména pak somatopedie) pojmem a problémem nikterak novým. Je však obvykle popisováno stručně, často bez patřičného zaměření na aktivity somatopeda, často se silně medicínským obsahem a kontextem. Často je opomíjen tzv. edukační dopad astmatu, kterému je tato práce samostnou pasáží textu rovněž věnována.

Domnívám se, že práce má také edukační charakter a nese známky tzv. *přehledové kvalifikační práce* („review thesis“). Výstupy práce lze uplatnit nejen při edukačním procesu klientů (uživatelů sociálních služeb, osob se zdravotním postižením), ale také v rámci dalšího (sebe)vzdělávání pracovníků již s výše uvedenou cílovou skupinou pracujících.

Jedním z možných cílů aktivit, péče a podpory ze strany speciálně pedagogického andragoga (včetně přesahu do speciálněpedagogického výzkumu) by mělo být zjištění, jak lze efektivně provázet nemocného s chronickým onemocněním, jak společně nacházet cestu zpět k „jeho“ sociálním rolím (včetně té zaměstnanecké) a jak může oblast speciální pedagogiky přispět ke kvalitnímu managementu chronické nemoci v individuálním pojetí

## TEORETICKÁ ČÁST

Cílem a obsahem této části práce je deskribce astmatu jako chronického onemocnění, vymezení jeho příčin, vazeb na působící alergen, patogenezí apod. V neposlední řadě bude také poukázáno na propojenost s psychosomatickými onemocněními.

Dále se pokusím čtenáře seznámit s rozsáhlou problematikou chronického onemocnění, mezi které astma bronchiale náleží. Na problematiku chronického onemocnění bude nahlíženo zevrubně, aby byly odkryty široce působící vazby působící u chronického onemocnění.

Součástí teoretické části je rovněž propojenost mezi chronickou nemocí v podobě astmatu a možnou příčinou zdravotního znevýhodnění/postižení.

Pasáž textu nemá za cíl přinést zcela vyčerpávající a především medicínsky koncipované a orientované informace, ale předat čtenáři baterii informací, které mohou být v práci speciálního pedagoga využity zejména pro oblast podpory a speciálněpedagogické péče.

# 1 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ A JEHO SPECIFIKA

Chronické nemoci jsou často diskutovanými fenomény v mnoha oblastech podpory a péče – jsou ústředním pojmem ve zdravotnictví, školství i v oblasti tzv. pomáhajících profesí.

Incidence chronických onemocnění se neustále zvyšuje, a to zejména v souvislosti se stárnutím populace a zvyšující se účinností medicíny a zdravotnictví, včetně kvality a dostupnosti jejich služeb. **Problematika chronických onemocnění jako celku je velmi rozsáhlá.** Zajímá lékařské i nelékařské obory, přičemž prostupuje mj. celým oborem ošetrovatelství, sociální práci i speciální pedagogikou. Má taktéž své zásadní místo i v oblasti speciálněpedagogického (a i jiného aplikačního) výzkumu. Nejen v oblasti výzkumu bývá problematika chronického onemocnění propojována také s konceptem **kvality života chronicky nemocného jedince**. Pojem chronická nemoc (ve svých různých podobách pojmů) se objevuje v teoretických i empirických publikačních výstupech. Přesto, že jde o často užívaný pojem, **neexistuje zde jednoznačně platný konsensus v tom, co je (a co není) chronická nemoc, do kterých oblastí zasahuje a zejména po jak dlouhou dobu toto onemocnění trvá.**

Z časového hlediska lze chronickou nemoc jako konstrukt vztáhnout k pojmu „**chronicita**“, kterým označujeme vleklou chorobu či průběhu nemoci. Má-li chronická nemoc prognosticky nezlepšitelný průběh v čase, hovoříme o **nemocech celoživotních**. Často jsou chronická onemocnění vymezována oproti těm, které mají průběh akutní (tzn. časově krátký, omezený, bez většího dopadu na jedince, jeho aktivity a především zdravotní stav). Chronické onemocnění lze definičně i obsahově vymezit také oproti ostatním typům onemocnění. Kupř. Burish a Bradley (1983) rozlišili nemoci akutní, infekční a chronické s využitím následujících čtyř kritériálních dimenzí:

- a) **příčina** (pro kterou je akutní nemoc důsledkem působení infekčních agens, zatímco chronická onemocnění jsou často důsledkem životního stylu);
- b) **časová přímka** (budoucnost událostí), dle které jsou akutní onemocnění krátká s předvídatelným koncem, zatímco chronická onemocnění "mají pomalý, pozvolný začátek a setrvávají po dlouhou či neurčitou dobu";
- c) **identita** (pro kterou má člověk představu o tom, co je „špatné“, a je schopen snadno rozpoznat příznaky tohoto stavu (spojeny s konkrétní příčinou). Jinak je

tomu u chronické nemoci, která nemusí mít jednu konkrétní příčinu a nemusí mít viditelné projevy, dokud onemocnění není v pokročilém stádiu (např. u rakoviny nebo vážných onemocnění srdce);

- d) **výsledky, výstupy** (vyléčení v krátkém čase u nemoci akutní, zatímco chronická onemocnění bude i nadále přítomna (navzdory léčbě), často po zbytek života nemocného).

Astma je považováno za „**typické**“ **chronické onemocnění** (zejména z hlediska chronologie v čase). V zahraničních publikačních zdrojích se často objevuje zmínka o „celoživotnosti“ stavu po objevení příznaků. Současně se objevuje konstatování, že onemocnění astmatem nelze (vy)léčit (So You Have Asthma, 2007, online).

Podle závažnosti nemoci ovlivňuje život nemocného a jeho kvalitu na dlouhou dobu. Jak uvádí Renotierová (2003, s. 47), *„čím dříve se podaří zařadit změny spojené s onemocněním do každodenního režimu, tím dříve lze žít plný život, který jistě v některých aktivitách nebude dosahovat původní kvality, v některých se však může rozvinout až do nepředpokládané úrovně. Někdy zůstávání po prodělání nemoci různé následky, které více nebo méně ovlivňují další život postiženého, jeho výchovu, vzdělávání, pracovní a společenské uplatnění“*. **Společenské uplatnění** bude zcela jistě úzce souviset také s plněním role pracovní, která je pro dospělého jedince zcela zásadní. Jak uvádějí Pastorková a Ivanová (2011, s. 252) *„okruh problémů týkajících se vztahu choroby k možnosti obnovení zaměstnání nebyl zatím důkladně prozkoumán, ale lze předpokládat, že u osob s chronickým onemocněním bude jejich schopnost zvládnout chorobu i jejich další začlenění významně ovlivňovat právě perspektiva dalšího sociálního a zejména pracovního zařazení, obnovení pracovní činnosti a tím splnění role pracujícího a následně dalších sociálních rolí“*. Jedním z možných cílů speciálněpedagogického výzkumu by mělo být zjištění, jak lze **efektivně provázet nemocného s chronickým onemocněním**, jak společně nacházet cestu zpět k „jeho“ sociálním rolím (včetně té zaměstnanecké) a jak může oblast speciální pedagogiky přispět ke kvalitnímu managementu chronické nemoci v individuálním pojetí. Validní výsledky výzkumu však vyžadují již od počátku svého designování správnost, výstižnost, přesnost, adekvátnost, vědeckost a obsahovou jednotnost definic chronické nemoci.

## 1.1 Chronické onemocnění „pohledem pojmů“ „chronic illness“ a „chronic disease“

Nejednotnost v těchto pojmech lze sledovat v názvu odborných publikací, realizovaných projektů, obsahu odborných článků apod. Taktéž cizojazyčné slovníky či překladače („translatory“) znají oba výše uvedené pojmy (event. hesla). Sperry (2006) shrnul rozdíly vědců a lékařů mezi „chronic disease“ a „chronic illness“. „**Chronic disease**“ je považován za objektivní a definovatelný proces "*vymezovaný obdobími exacerbace a remisí, stejně jako progresivní degenerací*". „**Chronic illness**“ je pak vymezován jako „*subjektivně vnímaná zkušenost chronické nemoci (s chronickou nemocí)*“. Jisté diskrepance lze nacházet také při realizaci rešeršních činností v dostupných databázích článků. Ne vždy autoři dostávají stejné výstupy rešerše při zadávání klíčových vyhledávacích slov „chronic illness“ a „chronic disease“. Lze konstatovat, že pojem „**chronic illness**“ je vztahován především k subjektivitě nemoci – prožívání, přijímání a vyrovnávání se s nemocí včetně ovlivnění aktivit dne, zdravotního stavu apod., zatímco pojem „**chronic disease**“ je častěji užíván pro oblast epidemiologicko-preventivní, etiologií a patogenezí vymezené zdravotní stavy či pro oblast lékařskou. V přehledu zahraničních odborných statí věnovaných problematice chronických onemocnění lze nalézt také pojmy „**Chronic Long-term Disease**“, „**Long-lasting Health Condition**“ nebo „**Long Lasting Illness**“, které jsou obvykle vymezovány skrze dlouhodobý či dlouze trvající zdravotní stav, nemoc.

Tentýž autor (2006) dále vymezil čtyři samostatné druhy chronických onemocnění. Toto členění lze užít při plánování a následné realizaci managementu chronické nemoci v rámci speciálně pedagogického přístupu. Konstatoval, že každý druh vyžaduje jiný přístup multidimenzionálního (biopsychosociálního) zájmu, včetně poradenství a terapie:

1. život ohrožující chronická onemocnění;
2. život neohrožující chronická onemocnění, která jsou vhodným přístupem často řešitelná;
3. progresivní závažná chronická onemocnění;
4. chronická onemocnění příznakově nestálá, ale život neohrožující.

## 1.2 Chronické onemocnění dle kriteria ovlivnění aktivit nemocného jedince, kvality života

Nejen zdravotničtí profesionálové pracující s jedinci s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením (znevýhodněním) by měli znát a rozumět symptomům nemoci, možným omezením daných nemocí, a také progresi stavu, aby byl co nejlépe podpořen proces adaptace jednotlivce „jejich stavu“ a došlo tak k využití **maximálního potenciálu nemocného** (Dudgeon et al., 2002).

Několikrát zmíněnou oblastí byl **životní styl** jako globální fenomén. Ten lze charakterizovat kupř. jako „funkční systém, kterým si člověk vybírá z repertoáru dané kultury za určitých podmínek jisté prvky podle svých kritérií (hodnoty, cíle) a potřeb, a podle svých aktuálních statkových a i materiálně ekonomických možností“ (Ivanová, 2006, s. 17). Během nemoci (chronické zejména) přizpůsobujeme svůj (dosavadní) životní styl dané nemoci a jejímu charakteru (ten lze spatřovat v důsledcích nemoci, omezeních danými nemocí apod.).

Nemocný by měl taktéž hledat adekvátní **copingové strategie** (strategie zvládnání) pro řešení situace, ve které se díky chronické nemoci ocitá, a měl by rovněž nalézt nové aktivity pro vytvoření (a následně realizaci a udržení) **individuálního životního stylu při chronické nemoci**. Často se lze u chronicky nemocných setkat se znovunalézáním smyslu života, který se mění vlivem (a dopady) samotné nemoci. Důležité je uvědomit si, že tak jako nelze stanovit univerzální životní styl jedince, nelze stanovit ani univerzální (či „optimální“) životní styl jedince s chronickou nemocí. Životní styl, modifikován chronickou nemocí, závisí také na **postoji chronicky nemocného k samotné nemoci**. V této souvislosti lze užít mnoha modelů postojů k nemoci, u chronicky nemocných je často užíván např. **Zolův model pěti momentů** (Křivohlavý, 2002, s. 13). Ten poukazuje na momenty určující míru znepokojenosti po objevení se příznaků nemoci, jaké povahy a kvality je tento objevený příznak, do jaké míry příznak ovlivňuje (ohrožuje) vztah nemocného s nejbližšími lidmi, do jaké míry překáží zdravotní problém v realizaci činností a jaké sankce nemocnému vyvstanou vlivem vzniklé nemoci. Ke změně životního stereotypu dochází v případech, kdy **chronická nemoc způsobí např. pracovní neschopnost nebo nutnost hospitalizace nemocného**. Bývá spojena s pocity nejistoty, pocity úzkosti a pocity odkázanosti na péči jiných osob (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007, s. 125). V některých

publikacích (i populárně-naučného charakteru) se rovněž vyskytuje pojem „**aktivní životní styl**“. Tento bývá také spojován s chronickou nemocí, zejména s tzv. **(individuálním) managementem chronické nemoci**. O vymezení tohoto pojmu se pokusil Valjent (2008), který konstatuje, že aktivní životní styl „je chápán nejvíce jako synonymum k pojmu „zdravý životní styl“, resp. jako životní styl spjatý s pohybovou aktivitou“. V jeho práci definoval tento pojem takto: „*Aktivní životní styl jako systém důležitých činností a vztahů a s nimi provázaných praktik zaměřených k dosažení plnohodnotného a harmonického stavu mezi fyzickou duševní stránkou člověka*“.

**Kvalita života** souvisí s dalšími faktory (které jsou často diskutovány jako přímo související s chronickými nemocemi). Jsou jimi např. demografické faktory a vlivy, stanovování jednotlivých lékařských a ošetrovatelských diagnóz, rizika nemocí, doba (délka) přežití nemocných, funkční status nemocného a také náročnost a možný ekonomický dopad chronické nemoci pro společnost. Corbin a Strauss (1988) vymezili tři skupiny „úkolů“ vztahující se k chronickým stavům:

- a) zdravotnicko-lékařský management daného stavu (např. medikace, změna stravovacích zvyklostí, sebesledování u diabetiků apod.),
- b) tvorba a dodržování nově vzniklých „užitečných rolí“ (např. ve sféře pracovního a rodinného života, ve sféře sociálních kontaktů apod.),
- c) zvládání hněvu, strachu a obav, frustrací a zármutku při onemocnění chronickou nemocí.

Vliv dopadu chronického onemocnění na denní aktivity, zažitý způsob života a kvalitu života je různorodý. Samotný **rozsah dopadu chronického onemocnění** je závislý na těchto proměnných (Falvo, 2005, s. 1):

- a) povaha onemocnění
- b) stav před nemocí / premorbidní osobnost
- c) význam (výklad pojmu) onemocnění nebo zdravotního postižení pro jedince (jedincem)
- d) současná životní situace nemocného
- e) stupeň rodinné a sociální podpory

V oblasti výzkumu zaměřeného na osoby s chronickým onemocněním lze využít jako teoretický rámec tvrzení, že při **zvládnutí chronického onemocnění** je nutno zvažovat tyto hrozby (Falvo, 1991, s. 2):

- a) ohrožení života a fyzické pohody;
- b) ohrožení tělesné integrity (homeostázy) a komfortu (důsledkem nemoci, léčby, nebo postupů);
- c) ohrožení nezávislosti, soukromí, autonomie a kontroly;
- d) hrozby pro sebepojetí nemocného a plnění obvyklých sociálních rolí;
- e) ohrožení životního cíle a plánů do budoucna;
- f) ohrožení vztahů s rodinou, přáteli, kolegy;
- g) ohrožení schopnosti zůstat v důvěrně známém prostředí;
- h) ohrožení ekonomické samostatnosti nemocného.

Pro potřeby komplexní práce s pojmem chronické nemoci v oblasti výzkumu lze současně vycházet také z perspektivy modelu „**Rolland's illness trajectory model**“ (Rolland, 1987; Jablonski, 2004, p. 54). Dle modelu může být pojem chronické nemoci členěn do tří samostatných časově omezených úseků, což může přispět uchopení problematiky chápání nemoci samotným nemocným. Zmíněný model sestává z těchto fází:

1. **Kritická fáze („crisis“)** – tato fáze zahrnuje také 2 dílčí fáze:
  - a) symptomatologické období předcházející diagnóze („symptomatic period prior to diagnosis“); a
  - b) období počátečního přizpůsobení se bezprostředně po stanovení diagnózy („period of initial adjustment just after diagnosis“).
2. **Chronická fáze („chronic“)** – období mezi zahájením léčby a terminální fází;
3. **Terminální fáze („terminal“)** – členěna do:
  - a) preterminální fáze („preterminal phase“), ve které klient i jeho rodina berou na vědomí, že smrt je nevyhnutelná; a
  - b) období končící smrtí a po smrti („period following death“).

Pro chronická onemocnění jsou obvykle typické určité fáze, které jsou vázány na průběh v čase a přijetí daného stavu nemocným, včetně jeho přístupu k nemoci, postojů

k celkovému zdravotnímu stavu a nastavených copingových strategiích. Jsou determinovány tyto 4 fáze chronické nemoci (Fennel, 2001):

1. Krize („the Crisis Phase“).
2. Stabilizace („the Stabilization Phase“).
3. (Vy)řešení („the Resolution Phase“).
4. Ingegrace („the Integration Phase“).

Pojetí a koncepce pojmu chronického onemocnění se bude odvíjet také od samotného subjektu – nositele nemoci. Ti mohou její přítomnosti rovněž „využívat“ – hovoříme o tzv. **sekundárních ziscích z nemoci. Chronická nemoc se tak stává každodenní součástí běžných aktivit a chování jedince.**

## 2 ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ/POSTIŽENÍ PŘI ONEMOCNĚNÍ ASTMA BRONCHIALE

Mezi pojmy „zdravotní znevýhodnění“ a „zdravotní postižení“ a jejich obsahem panují značné rozdíly a nejednotnost v jejich definování. Odlišnosti jsou vnímány také skrze oblast zájmu a aktivit, ve kterých jsou prakticky aplikovány (výchovně vzdělávací proces vs. oblast pracovně právní). Obvykle jde o pojmy užívané ve vztahu k samostatné schopnosti pracovat (tzn. vydělávat – dostávat pravidelnou mzdu) při klasifikované poruše zdraví (zejména funkční), dále ve vztahu ke vzdělávání. Při definování obou pojmů se užívají tzv. modely, z nichž nejčastěji uplatňovanými je **model zdravotní** a **model sociální**. Tyto modely budou stručně vymezeny v následujícím textu.

### 2.1 Zdravotní a sociální model uplatňující se při vymezování oblasti zdravotního znevýhodnění/postižení

**Model zdravotní** vychází především z tvrzení, že zdravotní postižení je důsledkem narušeného zdraví (tzn. jeho poruchy), přičemž aktivity vedoucí k nápravě stavu lze souhrnně označit jako medicínskou rehabilitaci (chápáno v širokém výrazovém termínu). Pracovníci z Brunel University poukazují na specifickou modelu sociálního: *„Postižení je chápáno ne jako individuální záležitost jedince, nýbrž jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a jeho okolím. Postižení tedy není samotný nedostatek zdraví, ale je až výsledkem bariér mezi jedincem a okolím, ať už mají povahu fyzickou (např. špatná přístupnost budov) nebo sociální (např. odmítání ze strany společnosti). Tyto bariéry pak znemožňují člověku vykonávat činnosti běžného života. Smyslem práce se zdravotně postiženými je potom především identifikování a odstraňování těchto bariér. Jak vyplývá z níže uvedených definic provedených v nejnovějších mezinárodních dokumentech, sociální model začíná převažovat v moderním chápání pojmu zdravotního postižení. Nicméně jeho problémem je dosud obtížná uchopitelnost a operacionalizovatelnost“* (Brunel University, 2002, online).

S pojmem „zdravotní postižení“ pracuje taktéž OSN, přičemž pojem je definován v *Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením* (z roku 2007, 2010) (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, In Sbíрка mezinárodních smluv č. 10/2010). Je vymezeno jako: „...zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“. V témže dokumentu lze nalézt také definování osob se zdravotním postižením: „...osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (srov. tamtéž, s. 98)

Na východiska pro definování pojmu zdravotní postižení (v podobě modelů) poukazuje také Víšková (2008): „*Medicínský přístup ke zdravotnímu postižení vychází z myšlenky, že to, co brání osobám se zdravotním postižením plnohodnotně participovat ve společnosti, je především jejich zdravotní postižení samotné. Medicínskému pojetí zdravotního postižení je někdy vytýkáno to, že je v jeho rámci věnována pozornost především léčbě zdravotně postižených nikoliv jejich integraci a zrovnoprávnění. V rámci medicínského pojetí zdravotního postižení není přisuzován význam bariérám vnějšího světa a není tedy ani vyvíjena snaha tyto bariéry odstraňovat, což ve svých důsledcích vede k segregaci a izolaci osob se zdravotním postižením.*“

**Model sociální** pak poukazuje na to, co osoby se zdravotním postižením nejvíce omezuje (nejde tedy o samotný zdravotní stav, ale o bariérovost prostředí). Koncept tak vychází z premisy rovných práv osob se zdravotním postižením s jejich uplatněním při socializaci a integraci a posílení všeobecné životní samostatnosti (srov. tamtéž).

Při komparaci (ne)výhod definování pojmu zdravotní postižení lze dospět k následujícímu (zpracováno dle Víškové, 2008):

- Na sociálním modelu založené definování neakceptuje pouhé jmenování různých onemocnění a postižení, ale naopak podstatným faktem je *stav, kdy je jejich postižení podstatně a dlouhodobě omezuje při výkonu každodenních činností*;
- Definice vycházející ze sociálního modelu je *modernější*;

- Úskalí sociálního modelu pro potřeby definování zdravotního postižení lze spatřovat v *náročnosti (až nemožnosti) prokazování obsahu omezení daných zdravotním postižením dle legislativní úpravy.*

V platné legislativě České republiky lze pojem „zdravotní postižení“ nalézt v **oblasti zaměstnanecké**. V zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, je výše uvedený pojem definován ve vztahu k jeho nositelům, tzn. osobám, které „*jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními<sup>1</sup> (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“), nebo orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními, nebo rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoby zdravotně znevýhodněné“).*“<sup>2</sup> (§ 67 citovaného zákona).

Výše zmíněnou definici „zná“ také zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb.) S pojmem operuje také zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Zde je (§3 písm. g) **zdravotní postižení** vymezeno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.

V legislativních zdrojích se setkáváme také s pojmem „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav“. **Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** se považuje „nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění“. **Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** pro účely **zákona o důchodovém pojištění** považuje „zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok“ (Lékařská posudková služba: slovníček, 2001, online).

Do problematiky vymezení osob se zdravotním postižením vstupuje také **školská legislativa**. Ta vymezuje **osoby se speciálními vzdělávacími potřebami**. Mezi tyto osoby je řazena **osoba se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním**. Zákon (§16, část první zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním,

---

<sup>1</sup> dle aktuální platné a účinné legislativy pozměněno na invaliditu daného stupně

<sup>2</sup> Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má zachovány schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (§ 67–84 citovaného zákona)

základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), pak vymezuje výše uvedené takto:

1. **Zdravotním postižením** je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování;
2. **Zdravotním znevýhodněním** je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání;
3. **Sociálním znevýhodněním** je pro účely tohoto zákona:
  - a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením,
  - b) ohrožení sociálně patologickými jevy,
  - c) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
  - d) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu

Z hlediska diferenciální diagnostiky je nutno odlišit astma od chronické bronchopulmonální nemoci, která rovněž může být příčinou zdravotního znevýhodnění/postižení (Čejková, 2008, s. 27). Samostatným problémem u dospělé speciálněpedagogické klientely je **vazba onemocnění na možnost vykonávat práci a povolání**.

Astma je často zmiňováno (v rámci pracovního a posudkového lékařství) **ve vazbě na profesionální astma/rinitidu**, tzn. onemocnění, která byla primárně vyvolána škodlivinou z pracovního prostředí, a dále již dříve vzniklé astma/rinitidu, které jsou pracovním prostředím zhoršovány. Uznat nemoc z povolání je možné pouze v prvním zmíněném případě. Situace, které je praktický lékař v souvislosti s astmatem nucen (spolu)řešit, jsou:

1. stanovení diagnózy astmatu,
2. otázka profesionality potvrzené nemoci,
3. pracovní zařazení osob s bronchiálním astmatem a alergickou rýmou. Šetřením a přiznáním profesionality se zabývá **odborník pro pracovní lékařství a nemoci z povolání** (srov. Boušová, Krčmová, 2010, s. 376).

Při trvajícím podezření na astma/rinitidu se další diagnostika opírá o (Boušová, Krčmová, 2010, s. 377):

- a) anamnézu s důrazem na rozbor vztahu obtíží k pracovní činnosti a expozici jednotlivým škodlivinám,
- b) pohovor o současných obtížích,
- c) fyzikální vyšetření nemocného,
- d) základní spirometrické vyšetření metodou smyčky průtok/objem, bronchodilatační testy,
- e) alergologické vyšetření s provedením kožních prick testů<sup>3</sup> s ubikviterními a podle možností také s profesními alergeny; sérologické vyšetření specifických protilátek třídy IgE,
- f) plicní vyšetření, nespecifický bronchoprovokační test,
- g) seriál měření vrcholového výdechového průtoku (PEF),
- h) otorinolaryngologické vyšetření.

Astma je „centrem dění“ také při **posuzování invalidity**. Zde je základním zjištěním to, zdali jde u konkrétního nemocného o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a pokud je zdravotních postižení přítomno více (polymorbidita a vícenásobná postižení), určit, které z nich způsobuje nejvyšší pokles výdělečné schopnosti (odst. 3, § 6 vyhlášky č. 284/1995 Sb.). *Konstatování nemoci samo o sobě nestačí jako kritérium uznání invalidity a jejího stupně. Nikdo není plně nebo částečně invalidní jen proto, že trpí nějakou nemocí, jestliže tato nemoc nemá ve svých důsledcích dopad na funkci organismu. Pro stanovení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti vycházíme z doložených výsledků funkčních vyšetření a ze schopnosti pojištěnce vykonávat práce odpovídající jeho zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem. Omezení plicních funkcí, vliv choroby na celkový zdravotní stav, projevy na jiných orgánových systémech jsou součástí posudkového hodnocení. Z prognostického hlediska se jedná o závažný zdravotní stav, vyúsťující ve ventilační poruchu trvalého charakteru, se závažnými socioekonomickými dopady“* (Čejková, 2008, s. 30).

---

<sup>3</sup> kožní prick testy jsou specifickým testovacím nástrojem, kdy se do kůže injektuje minimální množství alergenu či skupiny alergenů a následně se hodnotí stav reakce kůže na kontakt s alergenem (Rees, Kanabar, 2006, p. 11).

## 2.2 Nástin možností sociální podpory, pomoci a péče

V tomto úseku práce chci, kromě nástinu výše zmíněné oblasti péče, poukázat taktéž na vazbu funkčních vyšetření v práci sociálního pracovníka (speciálně pedagogického pracovníka). Ten by měl mít přehled o možnosti využití výsledků funkčních vyšetření takté v „jeho“ agendě. V § 25, odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je dokonce zmínka o funkčních vyšetřeních. Je vyjádřena následovně: *„Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře“.*

Při plánování sociálně koncipované podpory a péče, včetně té speciálně pedagogické, lze následně **využít možností sociálních dávek jako nástroje kompenzace (zejména finanční a materiální) chronického onemocnění** (v kontextu zdravotního postižení/znevýhodnění). Lze využít dávek uvedených v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění, zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, zákoně č. 111/ 2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění, zákoně č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, v platném znění. Při posuzování nároku a výše státní sociální podpory při stanovování stupně zdravotního postižení se vychází z vyhlášky č. 207/1995 Sb. Možný výčet sociálních dávek a pomoci je následující<sup>4</sup>:

- a) Rodičovský příspěvek
- b) Přídavek na dítě
- c) Sociální příplatek
- d) Dávky péstounské péče
- e) Příspěvek na péči
- f) Sociální služby
- g) Pomoc v hmotné nouzi

Využit může být také „pilíř“ **nemocenského pojištění**. Zde je pracováno s fenomény nemoci, mateřství, ošetřování člena rodiny a vyrovnávacího příspěvku

---

<sup>4</sup> jde pouze o přehled neobsahující vyčerpávající informace. Jde o zachycení ilustrativnosti možné podpory a péče z různých zdrojů pomoci, podpory a péče.

v těhotenství a mateřství, a je to právně ukotveno v zákoně č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Lze tak využít zejména dávky:

- a) ošetřovné;
- b) nemocenské.

Osoby, které trpí těžkým zdravotním postižením, mohou využívat **výhody, které legislativně ošetřuje vyhláška č. 182/1991 Sb.**, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška člení zdravotní postižení do tří kategorií dle intenzity postižení, a v těchto kategoriích mají nárok na mimořádné výhody I. až III. stupně.

Výše uvedené informace může speciální pedagog využít při **individuálním plánováním v sociálních službách**. Může tak „na míru“ sestavit vhodné aktivity vedoucí k zvládnání zdravotním znevýhodněním nastalé situace.

### 3 ASTMA BRONCHIALE JAKO CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Následující text přináší informace o astmatu jako chronickém onemocnění. Bude popsáno skrze nozologickou jednotku a psychosomatické onemocnění s přechodem do další kapitoly, která bude zaměřena na možné oblasti dopadu onemocnění na aktivity a chování takto nemocného jedince (klienta).

#### 3.1 Astma bronchiale pohledem nozologické jednotky

Tato část práce je vypracována systematickým pohledem na astma bronchiale jako **nozologickou jednotku**. Nozologii můžeme volně definovat jako nauku o jednotlivých nemocech, jejich třídění.<sup>5</sup> Pod pojmem nozologická jednotka rozumíme nemoc v užším slova smyslu, tzn. skupinu příznaků s jednotnou a známou etiologií a patogenezi.

**Astma bronchiale**<sup>6</sup> (též dříve **průdušková záducha** či **průduškové astma** – dále jen **AB**) je chronické onemocnění záchvatovitého typu respirační soustavy, které postihuje celé spektrum populace. AB je spojováno také s problematikou psychosomatických onemocnění a onemocnění celoživotních. Pro AB je typické, že se objevuje v **atakách nemoci**, tzn., že nemocný zažívá také okamžiky, kdy je mnohdy zcela bez jakýchkoli potíží a projevů nemoci. Vyšší frekvence výskytu AB lze spatřovat v období posledního čtvrtstoletí. Právě u dětí je AB považováno za **nejčastější chronické onemocnění dětského věku** (Salajka et al., 2005, s. 1), a to i dle statistik poukazujících na četnost případů AB v dětském věku: počet dispenzarizovaných astmaticky nemocných dětí ve věku 0-14 let v roce 2008 činil 56 453, ve věkové skupině dorost (15-18 let) celkem 26 074 (ÚZIS, 2009, s. 33). Celosvětová prevalence onemocnění je registrována prostřednictvím ISAAC (*International Study of Asthma and*

---

<sup>5</sup> Název je odvozen o řeckého „*nosos*“ (nemoc) a „*logos*“ (nauka, zkoumání, věda)

<sup>6</sup> V Čínské medicíně se setkáváme s pojmem „*xiao chuan*“, v Japonsku pak „*zensoku*“ a v Indické ajurvédě s pojmem „*tamaka swasa*“ (Jackson, 2009, p. 205).

*Allergy in Children*). Specifická **prevalence** je uváděna taktéž mezi „mladými dospělými“, kdy dramaticky klesá na v průměru 5 % z cílové populace osob ve věku 20 až 30 let. Avšak později opět stoupá – na průměrnou prevalenční hodnotu 7 až 9 % u již starší populace (srov. Braman, 2007).

**K hlavním (tzv. typickým či dominantním) symptomům AB** můžeme řadit opakování stavů dušnosti (dyspnoe) s doprovodnými jevy jako jsou pískoty a vrzoty na hrudi, pocity tíhy, svírání na hrudi, dráždivý kašel apod. Za nezbytně důležité je nutno upozornit na dráždivý kašel, který při onemocnění AB může být pouze jediným dominantním symptomem onemocnění. Možný je rovněž výskyt tzv. **vzdálených symptomů** – jde např. o projevy alergické rýmy či atopické dermatity či keratokonjunktivit. Je nezbytné (diferenciální diagnostikou), aby AB bylo odlišeno od symptomaticky podobné chronické obstrukční (broncho)pulmonální nemoci (CHOPN, v angl. pak COPD<sup>7</sup>). Tato diskrepance byla již naznačena také v předchozím úseku práce. Za nejčastěji ve světě uváděné symptomy onemocnění patří (srov. *Asthma in adults*, 2004, online; National Asthma Education and Prevention Program, 2002, online):

- a) dušnost („breathlessness“)
- b) sípění, sípot („wheezing“),
- c) kašel, zejména v noci („cough, especially at night“),
- d) pocity tísně na hrudi („a feeling of tightness in the chest“),
- e) (nad)produkce hlenu („production of mucus“).

V české literatuře dominuje následující přehled symptomů (Kolek et al., 2002):

- a) dušnost (dostaví-li se dušnost náhle, hovoříme o astmatickém záchvatu);
- b) dráždivý kašel (označován jako předstupeň dušnosti);
- c) status asthmaticus (astmatický stav) – vystupňovaná těžká dušnost, nereagující na léčbu trvající více jak 24 hodin, vykazující známky respirační insuficience, cyanózy až poruchy vědomí;
- d) dušnost s pískáním, obtížný výdech;
- e) „senná rýma“;
- f) atopický ekzém;
- g) pokročilá onemocnění přecházejí v chronické ireverzibilní morfologické změny průdušek (v chronickou obstrukční plicní nemoc – CHOPN)

s projevy chronické respirační insuficience, včetně selhávajícího plicního srdce (cor pulmonale) až respirační kachexie.

Výše uvedené projevy se často objevují v průběhu nočních hodin nebo časně z rána. Dílčí symptomy se někdy zhoršují při současném výskytu virových infekcí, po fyzické námaze a silných emocích (Kašák et al., 2002, s. 3). Nejen speciální pedagog, ale všichni zúčastnění při poskytování komplexního přístupu a péče by měli vždy vzít v potaz fakt, že i u nemocného s lehkým stupněm AB se může vyvinout těžký, život ohrožující astmatický záchvat, zvláště u nemocných se sníženým vnímáním dušnosti (Kašák et al., 2001, s. 442). Úmrtí na astmatické záchvaty jsou však velmi vzácná.

Nejčastěji působící příčinou AB je vliv **alergenu**. Alergeny jsou řazeny mezi rizikové faktory. Klienti mladšího věku bývají diferencováni do čtyř diagnostických věkových spekter: kojenecký a batolecí věk, předškolní věk, školní věk a adolescence. Pro školní věk (6-12 let) je typické viry indukované AB, pro období adolescence jsou typickými ovlivňujícími faktory nepravidelné užívání léků, dále pak také kuřáctví, častá změna lékaře (přestup k jinému lékaři), nespolupráce (non-compliance) apod. (Petrů, 2008, s. 150). Celková prevalence astmatu v ČR (komplexně) se odhaduje na 8 % (Salajka et al., 2005, s. 1).

Samotné rizikové faktory, ke kterým se řadí také tzv. spouštěče, se člení na rizikové faktory hostitele (predispozice) a faktory prostředí – faktory modifikující vnímavost a faktory precipitační, které mohou vyvolat exacerbace (Kašák, Pohunek, 2009). Za časté v zahraniční literatuře uváděné **spouštěče („triggers“)** jsou uváděny (srov. Asthma Triggers, 2010, online):

- a) infekce dýchacích cest;
- b) námaha;
- c) emoce;
- d) kouření cigaret či inhalace kouře;
- e) roztoči;
- f) škůdci (švábi, potkani, myši);
- g) plíseň;
- h) domácí mazlíčci.

---

<sup>7</sup> COPD – Chronic Obstructive Pulmonary disease, pozn. autora

Často je uváděna také vazba vzniku astmatických záchvatů na příjem „alergenních“ potravin. Za často udávané potraviny, které jsou považovány za alergeny, se považují především (Asthma & Food, 2010, online) mléko, vejce, arašídy, ořechy, sója, pšenice, ryby a mořští koryši a měkkýši.

Současný stav **diagnostikování potíží** a nemoci se odvíjí od doporučení *Globální iniciativy pro astma (GINA)*. Ta klade důraz na fakt, že jde o zánětlivé onemocnění, při kterém se uplatňuje účast více typů buněk a jejich produktů. Ve světě se astmatem z globálního pojetí zabývá mnoho výzkumných center či organizací. Jednou ze známých je *Ontario Lung Association*, která pravidelně připravuje, aktualizuje a vydává *Canadian asthma guidelines*, které bývají diskutovány a podrobeny kritice při pravidelných workshopech.

Nozologické jednotky bezprostředně patří ke klasifikacím nemocí. Tou nejčastěji užívanou je **Mezinárodní klasifikace nemocí**<sup>8</sup> (MKN-10) ve své desáté platné a používané revizi. Zde lze astma (jako nozologickou jednotku) nalézt v oddíle X. s písemným označením „J“. Nozologická jednotka „astma“ je uvedena pod nadřazeným alfanumerickým kódem „J45“. Zde lze nalézt astma vydefinováno v mnoha podobách (MKN-10, s. 364).

Často diskutovanou otázkou i mezi pedagogickými pracovníky je samotná **prevence AB**. Prevencí, určováním rizikových faktorů včetně jejich popisu se věnují zejména projekty WHO (*Světová zdravotnická organizace*) a WAO (*Světová alergologická organizace*) (Novák, 2007, s. 144). Z důvodu spojitosti s alergickou rýmou vzniká (ve spolupráci s WHO) iniciativa ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*).

**Primární prevence** doposud nebyla stanovena a prokázána. Uplatňována je tak **prevence sekundární a terciární**, která je realizována farmakologickými i nefarmakologickými intervencemi. Můžeme k nim řadit kupř. opatření technická a režimová, včetně komplexní efektivní úpravy prostředí, ve kterém jedinec realizuje své zájmy, volný čas, práci – jde o úpravy bytového prostředí, pracovního prostředí a v neposlední řadě taktéž prostředí školního (edukačního), ve kterém je realizován výchovně-vzdělávací proces či edukace u cílové skupiny dospělých klientů.

---

<sup>8</sup> Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10. revize.

### 3.2 Astma bronchiale jako psychosomatické onemocnění

Pojem „psychosomatika“ vznikl spojením dvou řeckých slov – „*psyché*“ (duše) a „*sóma*“ (tělo) – a označuje symbiózu tělesných a duševních procesů. Pojem však implicitně neznačí reakci patologickou – jde o „zdravou“ podobu prožívání. Vychází z tvrzení, že psychický stav (rozpoložení) ovlivňuje anatomicko-fyziologickou a funkční vlastnost (a schopnost) lidského organismu. Recipročně lze konstatovat, že také somatický stav působí (a působit bude) na prožívání daného jedince. „*Pojmy „psychosomatické choroby“ a „psychosomatózy“ pak označují patologické formy vztahu mezi tělem a duší, totiž spolupůsobení fyzických a psychických faktorů při vzniku a průběhu nemoci. Psychosomatika nehodlá přisuzovat menší význam tělesným faktorům, chce zdůraznit význam faktorů duševních*“ (Psychosomatika v proměnách věků, 2010, online). Mezi časté psychosomatické onemocnění je řazeno také astma. Za nejčastěji udávaná (srov. Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993) psychosomatická onemocnění se považují (tzv. „*sedmička psychosomatických onemocnění podle Franze Alexandera*“):

- bronchiální astma,
- revmatoidní artritida,
- ulcerózní kolitida,
- esenciální hypertenze,
- neurodermatitida,
- tyreotoxikóza,
- duodenální peptický vřed.

„V roce 1932 poukázali E. D. Wittkower a H. Petow na to, že již v 17. a 18. století byla známa psychická podmíněnost astmatického onemocnění. Bylo vyzorováno, že **ke spasmu může dojít jak při styku s alergenem, tak i působením emocionálních faktorů**. Zdá se, že k vyvolání záchvatu vede i jen souběh obou podnětů. Někteří z pacientů totiž po prodělání psychoterapeutické léčby „ztratili své astma“, přestože citlivost na alergeny u nich zůstala stejná. Je tedy možné, že k tomu, aby byl nemocný bez záchvatů, postačí odstranit pouze jeden z existujících příčinných faktorů. Podle Zieglera hraje specifický alergen roli jen u 20 % astmatiků. I bez alergenů mohou být totiž pacienti zaskočeni záchvatem, který někdy mohou vyvolat již obrazy zvířat či rostlin“ (Asociace českých aromaterapeutů, 2010, online).

Rozsáhlou přehledovou studií, která byla zaměřena na psychologické aspekty dětí a dospívajících s astmatem (šlo o „systematic literature review“) realizovali Tibosch, Verhaak a Merkus (2011, pp. 11-19). Zde lze nalézt vymezené oblasti, které by se mohly stát ústředními při plánování aktivit či realizaci komplexních intervencí se zaměřením také na prevenci potíží astmatika.

Ve světě se běžně užívá několik validních měřících nástrojů. Jmenujme kupř. ty, kdy je diagnosticky potvrzeno, že jde o psychosomaticky podmíněné AB, a to *Giessen Complaint List* a *Multidimensional Health Locus of Control Scale*.

## 4 OBLAST DOPADU ASTMA BRONCHIALE NA AKTIVITY JEDINCE

AB svými důsledky ovlivňuje nejen klienta samotného, ale také jeho rodinu či blízké příbuzné (sociální vazby, fungování ve společenstvích, otevřenost komunikace apod.) (Miller, 2004, p. 378). Právě těmto oblastem se věnuje řada studií (kupř. Reichenberg, Broberg, 2001), přičemž dominantními mezníky studií bývá kvalita života nemocného s AB a rovněž kvalita života rodičů či příbuzných. V této oblasti lze spatřovat vhodný prostor pro práci a realizaci aktivit speciálního pedagoga, který pracuje jak s dítětem nebo s dospělým jedincem, a pak také s jeho rodiči (v případě dětského klienta) nebo rodinnými příslušníky.

Právě kvalita života dětí s AB (a jeho rodiny) může být identifikována a hodnocena např. s užitím *Paediatric Astma Caregiver's Quality of Life Questionnaire* (PACQLQ). Ten (s implementací dvou subškál) zjišťuje dvě oblasti:

- a) ovlivnění rodiny s astmaticky nemocným dítětem (7 otázek),
- b) druhá subškála (4 otázky) se zaměřuje na problematické oblasti života rodičů, ve které může přítomnost AB u dítěte vyústit.

Možným problémem u klientů s AB je spolupráce (compliance) se členy rodiny a nejbližších osob, ale především s odborníky, kteří participují na poskytování komplexní péče. Neléčené (nebo nevhodně léčené) astma tak může vyústit až v **ireverzibilní funkční změny**, které přímo dopadají na aktuální stav a výkonnost klienta (s dopadem na aktivity životního stylu, včetně dopadu edukačního a dopadu na aktivity a trávení volného času).

V souvislosti s chronickými onemocněními jsou diskutovány dílčí dopady na široké spektrum oblastí nemocného jedince. Lze se tak setkat s **psychickým, sociálním** (obecně pak psychosociálním) **dopadem, včetně dopadu somatického či ekonomického**. Opomíjen často bývá **dopad AB na edukační (výchovně-vzdělávací) proces**.

Zmíněný edukační dopad je významnou oblastí každodenních aktivit, které jsou přítomností chronické nemoci ovlivňovány. Na možné dílčí oblasti dopadu na

pedagogické aktivity poukázali také Chrastina et. al. (2009) vymezením základních oblastí zorného pole pedagoga, pedagogického prostředí (klimatu) a samotného dítěte s jeho rodinou.

V široké oblasti edukačních aktivit a následného dopadu na stav výchovně-vzdělávacího procesu se lze setkat rovněž s důležitým pojmem – **Continuing medical education (CME)**, který již svým názvem naznačuje nutnost provádění edukačních aktivit, které jsou cyklickým a stále se tvořícím fenoménem. Využívány jsou rovněž tzv. *Asthma Plan of Action*, které jsou připravovány jak lékaři, tak nelékařskými profesemi při poskytování komplexní péče (Lougheed et al., 2007, p. 111-113). Ve světě je více a více v oblibě také edukace s využitím výukových programů. Pro potřeby astmatu byl vytvořen specifický edukační program s názvem *Watch, Discover, Think and Act*, který je dedikován cílové skupině nemocných dětí ve věkovém rozmezí 9 až 13 let (Shegog et al., 2001, p. 49). Vlivu astmatu u dítěte na plnění školních povinností se věnuje následující kapitola.

#### **4.1 Ovlivnění školských aktivit dětí a dospívajících přítomností astmatu a edukační dopad**

Následující souhrn informací se věnuje vlivu přítomnosti astmatu u dětského klienta (kdy s rodiči pracuje speciálně pedagogický andragog) v oblasti plnění školní docházky a aktivit s ní spojených. Naznačeny jsou oblasti, kterými je modifikován dosavadní životní styl chronicky nemocného dítěte (včetně role žáka), jeho volnočasové aktivity i situace v rodině.

Informace mohou využít pracovníci ve zdravotnictví (seznámení se s konkrétními prvky onemocnění a jeho dopadu na dětské i dospělé klienty), zdravotně-sociální pracovníci (sociální práce a podpora klienta s astmatem), stejně tak jako speciálněpedagogičtí pracovníci (žák ve výchovně-vzdělávacím procesu s astmatem; výchova a vzdělávání v ozdravovnách či školách při nemocnicích apod.) a pracovníci tzv. pomáhajících profesí. V neposlední řadě může informace využít taktéž rodič astmaticky nemocného dítěte.

Speciální pedagog by měl současně projektovat, realizovat, respektovat individuální kompenzační program při nepřítomnosti žáka ve škole (např. ataka nemoci,

lázeňská léčba apod.). Zámečnicková a Opatřilová (2007, s. 2) vymezují hlavní problémy týkající se přítomnosti chronické nemoci u dítěte:

- častá absence žáků,
- vyčlenění z běžného školního prostředí,
- obtíže spojené s re-integrací zpět do kmenové školy,
- problémy v rodině a s tím spojené i možné finanční obtíže.

Titíž autoři (2007, s. 3) poukazují na obecné hlavní oblasti vlivu chronického onemocnění – jde o:

- dlouhodobě nepříznivé ovlivnění zdravotního stavu;
- vliv na fyzický, psychický i sociální vývoj jedince;
- časté, opakované i dlouhodobé hospitalizace;
- vytržení ze sociálního prostředí.

Povolání speciálního pedagoga zahrnuje širokou paletu aktivit, kompetencí a rolí. Jednou z mnoha rolí je rovněž **role edukátorská**. Ta cíleně, aktivním přístupem a efektivně provádí edukační proces u konkrétního klienta. Cílem edukačního procesu je akceptace informací, následná transformace ve znalosti a dodržení pravidel při realizaci životního stylu s chronickou nemocí (získání dovednosti, naučení se novému přístupu, změna chování) (Chrastina, 2009).

Z didaktického pojetí se při **plánování edukačního procesu** užívá stanovení dílčích cílů edukace (taktéž výsledků edukačního procesu). Ty bývají stanovovány v dimenzi afektivní, kognitivní a psychomotorické. Kvalitně a odborně prováděná edukace má významný motivační charakter – dochází k pochopení vazeb, poznatků a může ovlivňovat hodnotový systém nemocného (klienta). Dochází rovněž ke zvýšení zdravotní osvěty a posílení zdraví jedinců ve společnosti.

Vliv úrovně a kvalitu poskytnutého edukačního procesu na výsledky a dodržování edukačních aspektů (po již realizované edukační jednotce) zkoumali v zahraničí kupř. Cabana et al. (2006, pp. 2149-2157).

Velkou roli pro kvalitu edukačního procesu hraje samotná **compliance se zdravotnickými odborníky a také s rodinou nemocného dítěte**. Spolupráci dítěte s rodiči využívají z hlediska diagnostiky projevů AB různé měřicí nástroje, škály a dotazníky. Z mezinárodních jsou známy a ve světě užívány kupř. *Nottingham Health*

*Profile, the McMaster Questionnaire a St. George's Respiratory Questionnaire* (Barnes, Jonsson, Klim, 1996, p. 639). Rozsáhlá výzkumná šetření jsou realizována také s pomocí *Asthma Problem Behavior Checklist* (Noeker, Petermann, 1998, s. 21).

Tam, kde je diagnosticky potvrzeno, že jde o psychosomaticky podmíněné AB lze užít také *Giessen Complaint List a Multidimensional Health Locus of Control Scale*. Schematicky jednoduchý, zajímavý a motivující dotazník v našich podmínkách je „*Test kontroly astmatu*“, který má podobu bodovaných odpovědí na otázky s aplikací do zásahu terče. Test je dostupný také online (<http://www.astmatest.cz>) a volně s ním mohou pracovat také speciálně pedagogičtí pracovníci.

Často jediným symptomem astmatu může být rovněž tzv. **pozátěžový bronchospasmus**, který bývá způsoben hyperventilací při zátěži. I z tohoto důvodu je vhodné pomýšlet na přiměřenou fyzickou zátěž a náročnost aktivit během realizace sportovních a pohybových aktivit dítěte s AB v rámci plnění aktivit ve školním prostředí (tělesná výchova, zájmové aktivity, kroužky apod.) i dospělého klienta v rámci volnočasových aktivit (např. služby sociální rehabilitace aj.). Při realizaci širokého spektra aktivit by měli mít klienti k dispozici dostatek vhodně zvolených pohybových a také dechových aktivit (různá dechová cvičení, cvičení s různými kompenzačními pomůckami, aktivity podporující nácvik a upevňování správného dýchání, zdravotní cvičení – jóga, cvičení na rehabilitačních balónech pro správné držení těla a nácvik dýchání, psychomotorické dráhy složené z překážek různé obtížnosti apod.).

Samozřejmostí je dodržování základních právních i hygienických norem ve školním prostředí (kupř. zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon); vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních; vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných; vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a plnění povinné školní docházky; vyhláška č. 410/2005 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení a provozoven pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých aj.). S těmi by měl být speciální pedagog dobře seznámen a brát je za právní vymezení působnosti aktivit v oblasti komplexního přístupu o dítě s AB ve školských podmínkách.

Pro AB může být typické, že se může projevit zcela náhle a výskyt prvních projevů záchvatu byl zaznamenán také ve školním prostředí. Při realizaci vzdělávacích

cílů ve školním vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (ŠVP ZV) v oblasti podpory zdraví vychází ze zkušeností žáků s AB a s nazíráním jeho zdravých spolužáků na AB, na postoj ke zdraví a nemoci, k péči o své zdraví a podmínky vhodné pro zdraví. Pedagogické a speciálně pedagogické disciplíny často propojují přítomnost AB jako chronického onemocnění se samostatnou disciplínou – **pedagogikou volného času**. Volný čas, včetně zájmových aktivit, hery a společenských událostí úzce souvisí s efektivností plánování času a ovlivňuje také subjektivně chápanou kvalitu života s nemocí. Většina autorů z oblasti pedagogiky volného času řadí mezi hlavní funkce volného času odpočinek, zábavu, vlastní rozvoj člověka a zájmovou činnost.

V kontrastu s plněním školní docházky a dílčích aktivit výchovně-vzdělávacího procesu pak stojí oblast mimoškolních aktivit a trávení volného času astmaticky nemocných dětí, dospívajících i dospělých klientů. Obecně lze konstatovat, že děti za volný čas často považují čas (s)trávený mimo školní prostředí, povinnosti z ní vyplývající a mimo práci a jiné aktivity pod delegováním rodičů.

Čas strávený ve školním prostředí, stejně tak volný čas, představují prostor pro navazování, upevňování sociálních kontaktů, kdy se děti učí sociálním rolím a mohou zde realizovat aktivity vyplývající z jejich sociálního postavení. Klienti s AB mají v oblasti trávení volného času nemocí vymezené limity či bariéry. Tyto mohou představovat problém také při socializačním procesu (navazování sociálních kontaktů, kvalita mezilidských interakcí, úroveň sebevědomí, aspirační míra nemocného apod.)

V těchto souvislostech je nezbytně nutné, aby speciální pedagog dobře znal **zdravotní stav dětí, žáků** (nejen) s AB a mohl tak včas a vhodnými opatřeními reagovat a plánovat aktivity. Plnění školní docházky a povinností z ní vyplývajících je úzce spjato také s pohybem, sportem a psychomotorickými výukovými cíli při realizaci výchovně-vzdělávacího procesu. Dítě či klient s AB může být pohybově i sportovně běžně aktivní, avšak za předpokladu důsledné a pečlivé kontroly žáka, jeho chování, symptomů nemoci apod. Nejen z důvodu poskytování první pomoci v průběhu astmatického záchvatu, ale rovněž pro možnost nadměrné fyzické (sportovní) aktivity by měl být žák vybaven dostatečným množstvím léčebných preparátů (především v inhalační formě podávaných léků).

V neposlední řadě je žádoucí, aby přinejmenším speciální pedagog byl vybaven **možnou dostupností zdravotnické péče** (síť kontaktů a specializovaných pracovišť pro dlouhodobější i akutní pomoc nemocnému). Automatickou „povinností“ ze stran

pedagogických pracovníků (ve spolupráci s rodinou nemocného žáka) by měla být kontrola (a přítomnost) dostatečného množství ordinovaných léků, které dítě pravidelně užívá, a které souvisí s možným zhoršením stavu či výskytu nečekaných potíží.

Sklobením těchto aktivit s preventivními nebo terapeutickými aktivitami představují **letní a zimní ozdravné pobyty** (např. lázeňská péče, pobyty u moře, letní tábory pro alergiky, pobyty v horských podmínkách) a také komplexní kompenzační a rehabilitační péče (např. využívání solných jeskyní, speleoterapie, fyzikální terapie apod.). Hra, školní docházka a také volný čas astmaticky nemocných dětských klientů může být provázán s hudbou – koníček může být realizován např. hrou na dechový hudební nástroj, zapojením se do zájmových kroužků apod. Vhodně edukovaný speciální pedagog (event. ve spolupráci s jinými odborníky a zdravotnickými pracovníky) může uplatnit ve výchovně-vzdělávacím procesu také prvky rehabilitačního přístupu. Lze tak využít, zejména v rámci zvláštní tělesné výchovy (ZTV) dechová cvičení, zejména ty bez doprovodných pohybů částí těla (VZP, 2007, s. 3-4). Vážným problémem se jeví rovněž strach a obavy ze zhoršení zdravotního stavu nebo zhoršení prospěchu ve škole.

Výše uvedený prvek může působit i zprostředkovaně – nevhodným stresujícím přístupem pedagogů, pracovníků multidisciplinárního týmu, rodičů či spolužáků dítěte. Zvláštní zřetel by měl být brán rovněž na volbu zájmových kroužků dětských i dospělých klientů – speciálně pedagogický pracovník či rodiče by měli zvážit, které jsou vhodné a které nikoli. Měly by tak být vynechány **zájmové aktivity**, kde hrozí přímý kontakt s alergenem (kontakt s lepidly v modelářském kroužku, kontakt se spreji a fixátory ve výtvarném kroužku či „terapeutických dílnách“ apod.). Výše uvedené limity je nutno respektovat také ve výchovně-vzdělávacím procesu ve vyučovacích předmětech výtvarné či technické výchovy.

Možným problémem astmaticky nemocných mohou být také větší, nepřiliš dobře větrané prostory (auly, zasedací místnosti, větší posluchárny apod.), protože v těchto prostorách (i za účasti stresu a úzkosti) může dojít ke vzniku astmatického záchvatu. Speciálně pedagogický pracovník by měl pracovat také s prvkem dojíždění do školy u dětí či doprovodu klientů s handicapem do poraden či pracovišť speciálních pedagogů. Problémy se objevují zejména při cestování prostředky hromadné dopravy – byly zaznamenány výskyty astmatických obtíží z důvodu nadměrného a často (pravidelně) se objevujícího průvanu při čekání na vlakových nádražích. Novák (2007,

s. 146) poukazuje na informaci, že signifikantně nejvyšší prevalenci hvízdavého dýchání měly v rozsáhlé americké studii děti, které bydlí do 100 m vzdálenosti od zastávky autobusu. Tyto informace mohou být v edukační podobě předány taktéž klientům, aby se vyvarovali působení rizikových faktorů.

V některých školách, zejména z důvodu realizace zájmových přírodovědných kroužků, jsou ve školním prostředí chována také zvířata. Kontakt s nimi by se děti s AB měly zcela vyvarovat, zejména pro možnost styku se srstí (např. chov křečků, morčat apod.) nebo peří (chov drobného exotického ptactva) jako možného alergenu a spouštěče záchvatu. Významnou roli zde hrají také ostatní děti (kolektiv), které přicházejí do styku s domácími zvířaty běžně. V této souvislosti dochází k tzv. sekundárnímu přenosu alergenu, kdy dítě nepřichází ke kontaktu s domácím zvířetem přímo, ale zprostředkovaně. Spolužáci nebo i pedagogičtí pracovníci, kteří doma chovají kupř. kočky, jsou nositeli pasivního transportu alergenu Fel d1 do prostředí, kde se kočky nevyskytují (Custovic et. al., 1996, s. 1949).

Speciální pedagog by měl během výchovně-vzdělávacího procesu uplatňovat **prvky a zásady pedagogické diagnostiky s prvky charakteristik školního klimatu** – v některých případech, zejména při formování skupiny (třídy) a stanovování pravidel nebo při přijímání nového člena do skupiny přátel (např. nově přichozí žák do již „pevné třídy“), může docházet k opakovanému stresu. Stres v této podobě pak může být opět spouštěčem astmatem podmíněných potíží. Navíc se také mohou objevovat „ataky od spolužáků“ vyzdvihující nemožnost uplatnění se v některých sférách práce a profesí. Žák ukončující povinnou školní docházku, klienti v rámci pracovní rehabilitace či agentur podporovaného zaměstnávání se tak musí vzdát pro astmaticky nemocného naprosto nevhodných povolání, kterými jsou např. kominík, uklízeč/ka, servírka, číšník nebo zedník pro vystavování se prašnému prostředí, účinkům chemikálií nebo kouřů. Z důvodu rizikového prostředí je nutno z výběru povolání eliminovat také profese spojené s nadměrnou či opakovaně náročnou fyzickou zátěží – jde o profese jako je dělník, profesionální hudebník na dechové nástroje, horolezec, vrcholový sportovec apod. – nebo se zátěží chemickými sloučeninami, kupř. laborant/ka, veterinář, chemik apod. Všechny tyto aspekty měl monitorovat a respektovat pracovník školy, který zodpovídá za problematiku volby budoucího vzdělávání a pracovního uplatnění žáka.

Edukační dopad může být spatřován také ve faktu, kdy samotný nemocný žák či dospělý klient se začne **vyhýbat (účelově) jistým aktivitám, povinnostem a začne tak ze své nemoci těžit výhody**. Často se lze setkat s jedinci, kteří jsou enormně opečovávanými, s nepřehlédnutelnými výhodami domácího prostředí (pozor na časté domácí vyučování) a rovněž četnějšího kontaktu s rodiči či jemu blízkými osobami. Rodina takto mnohdy vyhoví potřebám dítěte (totéž platí u dospělého nemocného), změní dokonce zájmy vlastní a přizpůsobují se požadavkům dítěte či specifickým vyžadovaným klientem.

Aktivita životního stylu nemocných s AB (ne)přímo ovlivňují také samotní učitelé a lektori v sociálních službách – svým pedagogickým i výchovným působením, (ne)přiměřenými požadavky, náročností domácí přípravy apod. Ti by měli rovněž respektovat nestálou výkonnost křivku a za úspěch požadovat každou práci jedince.

Četné studie potvrzují, že alergická onemocnění včetně AB dopadají na schopnost koncentrace, negativně ovlivňují studijní výsledky i možnosti účastnit se různých rekreačních a sportovních aktivit (Seberová, 2004, s. 69).

Speciální pedagog by měl získat absolutoriem kvalitní pregraduální přípravy kompetence k suportivní činnosti účastníků vzdělávání. Kurikulum by mělo v rámci nyní implementovaných disciplín první pomoci, speciální pedagogiky aj. obsahovat také efektivně koncipovanou medicínskou propedeutiku. V ní se budoucí pedagog seznámí s onemocněními typickými pro dětský věk a období dospívání, event. rané dospělosti. Vhodně vzdělaný a eticky pracující pedagog může posilovat sebeúctu a motivaci dítěte a klienta s astmatem, a ne se stát rizikem na cestě rozvoje jeho osobnosti. Následující stručný souhrn sumarizuje možné oblasti monitoringu událostí a aktivit ze strany osobnosti pedagoga při realizaci výchovně-vzdělávacího procesu (Chrastina et al., 2009):

- Autoři individuálního vzdělávacího plánu,
- objektivní diagnostika, znalost AB, teoretické znalosti o anafylaktickém šoku, o fungování školy / komunity,
- etiketace a/nebo etiketizace nemocného žáka – znalost dokumentace,
- formy, znalost strategie a technik suportu v krizové situaci,
- projektuje, realizuje, respektuje individuální kompenzační program při nepřítomnosti žáka ve škole (např. ataka nemoci, lázeňská léčba apod.),
- dbá na co nejvyšší úroveň socializace,

- respektuje výkon žáka, nikoli jen vybrané výkony,
- zná spektrum alergenů.

Vhodnými aktivitami lze dítě podporovat v reálném, „zdravém“ přístupu k nemoci. Bude znát rizika spojená s astmatickým onemocněním a bude veden k běžným aktivitám běžného dne s tím, že snahou bude omezení možností těžení z nemoci pro svůj prospěch.

## 4.2 Realizace výchovně-vzdělávacího procesu v „alternativních“ školských podmínkách

Samostatnou kapitolou je realizace výchovně-vzdělávacího procesu **v lázních, při dlouhodobých hospitalizacích nebo realizaci vyučovacího procesu v podobě studia při nemocničním zařízení**. Speciální pedagog i osoba blízká (rodič, rodina, známí) by se měli „umět“ učit a trávit čas s astmaticky nemocným klientem, a měli by být dopředu seznámeni s možnými riziky, který tento způsob výchovně-vzdělávacího procesu může představovat. Nejen v těchto případech by měl být k dispozici klientovi (a zprostředkovaně v podobě nácviku i pedagogovi) peakflowmetr, osobní spirometr, a současně tak s žákem vést přehledný záznam o výskytu dílčích obtíží s určením času a právě konaných aktivit. Rozsáhlá výzkumná šetření dokazují nezbytnost a kvalitu užívání peakflowmetrů a i spirometrů realizoval García-Marcos et al. (2004, pp. 365-371). Pro AB nemocné děti jsou k dispozici i tzv. **ozdravovny**. Zákon o veřejném zdravotním pojištění definuje dětskou ozdravovnu jako *„zdravotnické zařízení určené dětem od 3 do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci“* (§ 34 zákona č. 48/1997 Sb.). Velmi vhodné jsou i léčebně-ozdravné pobyty u moře. I v této výchovně-vzdělávací oblasti lze spatřit propojenost AB s příčinou zdravotního znevýhodnění. V tomto pojetí pak **zdravotní znevýhodnění znamená zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání** (§ 16 zákona č. 561/2004 Sb.). Zdravotní znevýhodnění předpokládá, že jde o stav, který je možné pomocí lékařských nebo pedagogických metod více ovlivnit.

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce má **charakter rešeršní, metodologický a přehledový**. Zaměřuje se na 3 hlavní oblasti:

1. *Rešeršními činnostmi vyhledat dostupné definice (event. hesla) chronického onemocnění a skrze vhodnou metodologii stanovit hlavní kategorie, které definice (hesla) obsahují. Výstupem bude přehledová tabulka poukazující na jednotlivé kategorie;*
2. *na základě zjištěných kategorií vymezit definici(e) chronického onemocnění, které jsou naplněny nejvyšším počtem kategorií a určit je tak pro oblast komplexní práce s pojmem „chronické onemocnění“ a pro oblast speciálně pedagogického výzkumu;*
3. *systematickou rešeršní činností vymezit a stručně popsat užívané zahraniční měřící nástroje, které se vztahují k hodnocení astmatu jako chronického onemocnění.*

### 5.1 Cíl a metodika oblasti definování pojmu chronické onemocnění

Předkládaný text má za cíl zjistit obsahy pojmu „chronická nemoc“ v dostupných definicích a heslech chronické nemoci<sup>9</sup>. Byla užitá obsahová analýza (analýza obsahu – **kvalitativně-quantitativní pojetí obsahové analýzy**), jejímž výstupem byla **kategorizace** (tj. na základě deskriptivní analýzy textu vybrané samostatné kategorie).

První fází dvouetapového principu byl **přístup kvalitativní** – na základě prostudované literatury a rešerší byly vymezeny důležité oblasti informací, ze kterých byly stanoveny kategorie.

Následnou (druhou) fází byl **přístup kvantitativní** (jehož výstupem je přehledová tabulka a práce s definicemi). Proces kvalitativně-quantitativní analýzy byl podpořen metodologickou a výzkumně-vědeckouází autora bakalářské práce.

---

<sup>9</sup> Zahraniční definice ani hesla užitá v přehledu *nebyla podrobena procesu lingvistické validizace*, jedná se o volné překlady z anglického jazyka

Vycházeno bylo z dodržení základních pravidel kategorizace dle Kerlingera<sup>10</sup> (1972, s. 585–587). **Analýzou obsahu (kvalitativní část)** zjištěné kategorie byly zpětně (**obsahovou analýzou – kvantitativní část**) přiřazovány k jednotlivým definicím. Považuji za vhodné, obsahově naplněné a zásadní ty definice, které obsahují (z hlediska početnosti) nejvíce zjištěných kategorií. Skrze proces kategorizace definic budou předloženy jednotlivé vymezené kategorie a srovnání těch, které se objevují nejčastěji. Ty mohou být následně užity v oblasti speciálněpedagogického výzkumu, při pojetí nemoci speciálním pedagogem (výzkumníkem), samotným nemocným a event. taktéž rodinným příslušníkem.

Byly tak provedeny rešeršní aktivity pro nalezení 22 dostupných definic a hesel chronického onemocnění (dostupné knižní i článkové publikace věnované chronické nemoci, dostupné definice a hesla získaná on-line vyhledáváním), které mohou být pro vymezení nemoci (stejně tak pro potřeby výzkumu) použity.

## **5.2 Metodologie a výstupy praktické části práce (problematika definování chronického onemocnění) k diskusi**

Koncept (pojmový aparát) chronického onemocnění není v literatuře a jiných zdrojích uchopen zcela jednoznačně. Objevují se pojmy jako:

- **chronická nemoc, chronické onemocnění,**
- **dlouhodobé onemocnění, celoživotní onemocnění,**
- **rekurentní onemocnění,**
- **z angl. pak „Chronic Disease“, „Chronic Illness“, „Chronic Long-term Disease“, „Long-lasting Health Condition“ nebo „Long Lasting Illness“,** což komplikuje jak vyhledávací strategie, tak samotné chápání pojmu a jeho následné uchopení a použití v oblasti (nejen) výzkumu.

Z níže uvedené přehledové tabulky vyplývá, že obsah definic chronických onemocnění obsahuje různé kategorie. Na základě analýzy bylo vymezeno následujících

---

<sup>10</sup> tzn., že kategorie musí být vyčerpávající; vzájemně se vylučovat; každá jednotka musí být zařaditelná pouze do jedné kategorie a vytvořeny tak, aby se při zařazování do nich shodovali nezávisle na sobě různí výzkumníci atd.

7 kategorií („kriteria obsahu“), které se objevují v jednotlivých definicích. Z hlediska tohoto aspektu byly jednotlivé definice analyzovány, popisovány a interpretovány. Kategorie byly následující:

- [1] *časový úsek trvání nemoci*
- [2] *ovlivnění aktivit jedince či jeho zdravotního stavu*
- [3] *dopad na kvalitu života chronicky nemocného*
- [4] *opoziční vymezení pojmu k nemoci akutní*
- [5] *nemožnost kurativního ovlivnění nemoci*
- [6] *(postupné) zhoršování nemoci, nepředvídatelnost stavu, zdravotního stavu jedince*
- [7] *„celoživotnost“ daného stavu*

Výše uvedená obsahová kriteria se vyskytují u konkrétních definic níže v textu (pod svými pořadovými čísly).

Kriterium přítomnosti více než čtyř<sup>11</sup> kategorií naplnily definice s pořadovým číslem 9 (kategorie 1, 2, 3, 6 a 7) a s pořadovým číslem 19 (kategorie 1, 2, 3, 6, 7). Obě definice naplnily naprosto stejné kategorie, kterými byly *časový úsek trvání nemoci, ovlivnění aktivit jedince či jeho zdravotního stavu, dopad na kvalitu života chronicky nemocného, (postupné) zhoršování nemoci, nepředvídatelnost stavu, zdravotního stavu jedince* a *„celoživotnost“ daného stavu*.

Oblast *kvality života* a/nebo *ovlivnění aktivit jedince či jeho zdravotního stavu* (kategorie 2 a 3) se objevily celkem v devíti definicích (z celkového počtu 22), se kterými bylo pracováno.

V definicích, se kterými bylo pracováno, lze spatřovat široké časové rozmezí jejího trvání. Objevují se tvrzení, že chronická nemoc je „delší než 3 měsíce“, „delší než 6 měsíců“, „trvajících 1 rok a více“ apod. Nejkratším zjištěným časovým vymezením bylo trvání 4-6 týdnů.

Přehled vybraných dostupných definic chronické nemoci (včetně hesel), jejich zdrojů a výskytu jednotlivých kategorií, se kterými autorský tým pracoval, uvádí následující tabulka (Tab. 1):

---

<sup>11</sup> vycházejíc z premisy nadpolovičního počtu přítomných kategorií, tj. minimálně 4 kategorie přítomné v definici

**Tab. 1 Přehled definic a kategorií chronické nemoci**

Č.	Znění definice	Zdroj	Kategorie obsažené v definici							
			1	2	3	4	5	6	7	
1.	Pojem „chronický“ je definován jako „trvající delší dobu, pomalu se vyvíjející (opak akutní), v medicínské terminologii vztaženo na chronické onemocnění“.	Nový akademický slovník cizích slov (2007)	✓			✓				
2.	„Chronická nemoc se vyznačuje vleklým průběhem, dle dohody odborníků trvá déle než 1 rok a vyžaduje modifikaci normálního způsobu života“.	Pacovský, Sucharda, 2002, s. 43	✓	✓						
3.	Jde o „poruchu zdraví, která trvá dlouho, často je problémem celoživotním. Mnohdy není znám její začátek, ani její konec“.	Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007, s. 117	✓	✓						✓
4.	„Chronická nemoc se vyznačuje vleklým, dlouhotrvajícím, často celoživotním průběhem“.	Renotierová et. al., 2006, s. 216	✓							✓
5.	„Takové onemocnění, které je léčitelné, u kterého je možno zmírňovat příznaky, zpomalovat průběh nemoci, avšak není možno je vyléčit“	Fischer, Škoda, 2008, s. 73					✓			
6.	„Chronické onemocnění je zdravotní problém, který trvá rok nebo déle, omezuje to (aktivity), co člověk může (u)dělat, a vyžaduje pokračující či následnou péči“. Dále definování doplňují také prvky průběhu samotného onemocnění: ... „průběh chronického onemocnění (a následný stupeň postižení) se velmi liší. Některé mají dopady mírné, zasahující pouze do pohodlí a několika fyzických omezení. Jiné mají trvalý charakter, mnohdy spojený s bolestí a snižující úroveň kvality života“	Patrick, Dinne, Engelberg, Pearlman, 2000, s. 779	✓	✓	✓					
7.	"Nemoc, která přetrvává po dlouhou dobu. Jedná se o pokračování počátečního procesu nemoci".	MedicineNet (2006, online)	✓							
8.	„Nemoci trvající tři měsíce a déle“	The U. S. National Center for Health Statistics (MedicineNet, 2006, online)	✓							

Č.	Znění definice	Zdroj	Kategorie obsažené v definici							
			1	2	3	4	5	6	7	
9.	"Nemoc, která je trvalá nebo trvá dlouhou dobu. Postupem času se zhoršuje. Taktéž může vést ke smrti, nebo naopak může zcela odeznít. Může však způsobit trvalé tělesné změny, které budou mít vliv na kvalitu života".	The Chronic Illness Alliance (2006, online)	✓	✓	✓				✓	✓
10.	„Nemoc, která vyžaduje alespoň 6 měsíců nepřetržité lékařské péče, způsobuje trvalé změny životního stylu, chování a neustálý proces adaptace na nepředvídatelný průběh nemoci“	LeBlanc, Goldsmith, Patel, 2003, s. 859	✓	✓					✓	
11.	„V medicíně je chronická nemoc taková, která je dlouhodobá nebo rekurentní. Pojem „chronický“ popisuje průběh onemocnění nebo rychlost počátku vzniku či rozvoje onemocnění“.	Wikipedia (2011, online)	✓							
12.	„Onemocnění trvajících dlouhou dobu, často po celý život, zatímco akutní onemocnění vzniká náhle a odezní v krátkém čase“.	What is chronic disease? (2011, online)	✓			✓				✓
13.	„Dlouhodobý stav (např. více než 4-6 týdnů a v mnoha případech celoživotně), což znamená dlouhodobě ji zvládat (léčit). Dva příklady chronické nemoci jsou astma bronchiale a hypertenze“	Case Management-Contact Information (2011, online)	✓							✓
14.	„Stav trvajících 1 rok a déle, limitující činnosti a může vyžadovat neustálou péči“.	What is Chronic Illness? (2011, online)	✓	✓						
15.	„Dlouhodobé onemocnění“.	Dealing With a Health Condition (2011, online)	✓							
16.	„Chronické onemocnění: onemocnění, které přetrvává po dlouhou dobu. Pojem „chronický“ je odvozen od řeckého slova chronos (čas), což znamená „dlouhodobě trvajících“	Living With a Chronic Illness and Staying Positive (2011, online)	✓							

Č.	Znění definice	Zdroj	Kategorie obsažené v definici							
			1	2	3	4	5	6	7	
17.	<i>„Chronické onemocnění je takové, které dle definice U. S. National Center for Health Statistics trvá 3 měsíce nebo déle. Ve starověkém Řecku, zakladatel lékařství Hippokrates rozlišoval nemoci, které byly akutní (náhlé, prudké a krátké) od těch, které považoval za chronické. Toto členění lze považovat za stále funkční. Označení „subakutní“ bylo vytvořeno propojením mezi významy akutní a chronický“.</i>	Definition of Chronic illness (2011, online)	✓			✓				
18.	<i>„V medicíně je chronické onemocnění nemoc trvající dlouho nebo rekurentní. Pojem „chronický“ popisuje průběh onemocnění nebo rychlost počátku vzniku či rozvoje onemocnění. Chronický průběh je odlišován od průběhu rekurentního; u těchto dochází ke střídání období relapsů s remisemi. Chronicita je obvykle spojována se stavem, který trvá déle než 3 měsíce. Dobrým příkladem je cukrovka“.</i>	Definition: Chronic Illness (2011, online)	✓							
19.	<i>„... onemocnění, které je trvalé nebo trvající po dlouhou dobu. V průběhu času se může pomalu zhoršovat. Může vést ke smrti, nebo může zcela odeznít. Dále může způsobovat trvalé tělesné změny. Jistě bude ovlivňovat kvalitu života nemocného jedince“.</i>	Chronic Illness Alliance (2011, online)	✓	✓	✓				✓	✓
20.	<i>„Onemocnění, které přetrvává po dlouhou dobu. Jde o pokračující proces nemoci“.</i>	Biology online: Chronic illness (2011, online)	✓							
21.	<i>Chronické onemocnění je „jakékoliv porucha, která přetrvává po dlouhou dobu a ovlivňuje fyzické, emocionální, intelektuální, profesní, sociální či duchovní působení“.</i>	MedicalDictionary: Chronic Illness (2011, online)	✓	✓						
22.	<i>Chronická nemoc „představuje onemocnění, které v průběhu života přetrvává, i když se chcete zbavit samotné příčiny nemoci“.</i>	TheFreeDictionary: Chronic Illness (2011, online)	✓							✓

Pro potřeby výzkumných aktivit a stanovení teoretického rámce či teoretických východisek odborných výzkumných prací (nejen v oblasti speciální pedagogiky) lze využít následujících dvou definic chronického onemocnění, které obsahují vícedruhové a poměrně vyčerpávající kategorie.

Dle první definice (pořadové číslo 9) je chronické onemocnění „*nemoc, která vyžaduje alespoň 6 měsíců nepřetržité lékařské péče, způsobuje trvalé změny životního stylu, chování a neustálý proces adaptace na nepředvídatelný průběh nemoci*“ (Kyngas, Kroll, Duffy, 2000, s. 379; Perrin, Newacheck, Pless et al., 1993, s. 787) v článku *Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents* (LeBlanc, Goldsmith, Patel; 2003, s. 859).

Dle definice druhé (pořadové číslo 19) je chronické onemocnění „*...onemocnění, které je trvalé nebo trvající po dlouhou dobu. V průběhu času se může pomalu zhoršovat. Může vést ke smrti, nebo může zcela odeznít. Dále může způsobovat trvalé tělesné změny. Jistě bude ovlivňovat kvalitu života nemocného jedince*“ (Chronic Illness Alliance, 2011, online).

### **5.3 Cíl a metodika rešeršních aktivit měřících nástrojů ve vztahu k astma bronchiale**

Rešeršní činnosti byly realizovány v dostupných databázích dostupných z on-line přístupů na Univerzitě Palackého v Olomouci. Rešerše prováděl autor bakalářské práce s užitím **následující vyhledávací strategie**:

- a) období vyhledávání: 10/2010 – 03/2011 (z důvodu aktuálnosti informací),
- b) klíčová slova pro vyhledávání: „asthma“ AND „measurement“ v první fázi hledání, a „asthma“ AND „questionnaire“ ve fázi hledání druhé,
- c) použité databáze: PubMed, EBSCO Host, MEDLINE, PROQUEST a Science Direct (dle stavu dostupnosti přístupů i jiné),
- d) vyhledávání v: source: title, source: abstract a source: everywhere in key words,
- e) časový úsek publikování: 1995 – 2011 (including).

Cílem rešeršních aktivit (dle výše uvedených kritérií) bylo nalézt dostatečné množství odborných článků, přehledových článků (systematic review) či dostupných abstraktů vědeckých prací k získání přehledu užívaných zahraničních měřících nástrojů použitelných při onemocnění astmatem. Po analýze (za předpokladu dodržení výše uvedené vyhledávací strategie) a podrobení kritice získaného materiálu bylo následně pracováno s **60 dostupnými (full)texty a abstrakty**.

#### **5.4 Výstupy – měřící nástroje ve vztahu k astma bronchiale a deskripce**

Následující text nese charakter metodické práce s literárními a publikačními záznamy. Vycházeno bylo z dostupných textů získaných rešeršními aktivitami (viz text výše). Cílem této pasáže vytvořit přehled dostupných měřících nástrojů (dotazníků), které jsou užívány při vědecko-výzkumných šetřeních v zahraničí. Ty následně budou stručně charakterizovány se zaměřením na jejich vhodnost, využitelnost a „jedinečnost“. Dle dostupnosti informací bude stručně charakterizován také obsah položek jednotlivého měřícího nástroje.

1. **Asthma quality of life questionnaire a French verzion of the asthma quality of life questionnaire (AQLQ)**. Měřící nástroj zaměřený na hodnocení (posuzování) kvality života u astmaticky nemocných jedinců. Výhodou je velmi dobrá validita nástroje. Dotazník obsahuje 32 položek. Nástroj je také uváděn pod názvem **Juniper's Asthma Quality of Life Questionnaire**. (Leoyer et al., 1998; Barley, Jones, 2006, pp. 433-438)
2. **St. George's respiratory questionnaire**. Jde o druhý nejčastěji užívaný nástroj pro posuzování kvality života u astmaticky nemocných klientů. Užívá se nejen při onemocnění astmatem, ale také při chronické obstrukční pulmonální nemoci a i jiných respiračních onemocněních a poruchách. (Sanjuás et al., 2002)
3. **Living with Astma Questionnaier, Norwegian versions of the Living with Asthma Questionnaire (LWAQ) a Asthma Bother Profile (ABP)** jsou

lingvisticky validními instrumenty s velmi dobrou validitou (udávanou skrze Cronbachovu alfu). Jsou řazeny k tzv. astma citlivým dotazníkům („asthma-specific tools“). LWAQ byl sestaven za účel hodnocení výstupů farmaceutických klinických studií; ABP pak jako nástroj ke klinickému managementu pro pomoci nemocným jedincům. (Haave, Hyland, 2004)

4. **Airways Questionnaire 20 (AQ20)** je jednoduchý dotazník sestávající z 20 položek. Dotazník svých 20 položek „přebírá“ z dotazníku **AQ30** s třemi nabídnutými možnostmi odpovědi (ano – ne – nehodí se). Odpověď „ano“ je hodnocena 1 bodem, odpovědi „ne“ a „nehodí se“ pak nulovým počtem. AQ dosazuje výsledných hodnot bodů 0–20, stav jedince bez postižení je hodnocen nulou. (Nishimura, K. et al., 2004)
  
5. **Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)** byl sestaven Juniperem et. al. Jde o široce užívaný dotazník pro hodnocení kvality života u dětí a dospívajících (7-17 let). Celkově obsahuje 23 položek. Zahrnuje 3 domény: příznaky – 10 položek („symptoms“), limity aktivit – 5 položek („activity limitations“) a 8 položek pro emocionální fungování („emotional function“). Všechny položky mají 7 možných odpovědí. Hodnocení se obvykle děje skrze jednotlivé domény dotazníku. Nástroj byl prvně užit v Kanadě. Dotazník byl navržen tak, aby jako hodnotící nástroj citlivě „zaznamenával“ i malé změny u jedince v průběhu času, a lze tak vhodnými intervencemi celkový stav ovlivňovat (Raat et al., 2005, pp. 265-272; Poachanukoon et al., 2006, pp. 207-212). Lze se setkat také s jeho srbskou variantou v podobě **The Serbian Version of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire**. (srov. Cerović et al., 2009, pp. 936-939)
  
6. **Dotazník vlastní konstrukce: autoři Jenkinson a kol. se zaměřením na postoje ke klinickému testování u nemocných s astma bronchiale a s onkologickým onemocněním.** Jde o sestavení dotazníku k získání informací o postojích a následně jejich komparaci mezi dvěma výše uvedenými kategoriemi. Dotazník obsahuje 43 položek. (Jenkinson et al., 2005, pp. 244-252)

7. **Health Behavior Questionnaires.** V dostupném fulltextovém článku byla komparována možnost přímé a internetové administrace dotazníku se zaměřením na astmatické onemocnění ve vztahu ke konzumaci ovoce. Cílovou skupinou dotazování byli žáci základních škol a hlavním atributem dotazování bylo jejich chování a postoj k nemoci. (Mangunkusumo et al., 2006, pp. 80-86)
8. **Quality-of-Life Questionnaire** se zaměřením na socioekonomicky deprivované astmaticky nemocné děti (**QOLQ for Socioeconomically Deprived Asthma Patients**). Dotazník byl užit u specifické cílové skupiny k posouzení jeho reliability, citlivosti a validity. Respondenti vyplňují speciální kartičky („diary cards“) zaměřené na skórování symptomů astmatu, užívání úlevových medikamentů a měření a hodnocení PEF křivky při každé návštěvě lékaře (kde probíhala šetření). (deOliveira et al., 2005, pp. 41-44)
9. **Asthma symptom questionnaire.** Dotazník vlastní konstrukce, zaměřený na symptomatologii astmatu u žáků základních škol. Jde o nástroj, skrze který lze komparovat odpovědi dětí a jejich rodičů při společné administraci dotazníku se zaměřením na vhodné intervence multidisciplinárního týmu. Třídění dětských respondentů probíhá skrze rodiči vymezené tři kategorie s užitím McNemarova testu a kappy. (Wittich et al., 2006, pp. 236-240)
10. **Asthma Case Detection Instrument.** Jde o část originálního 15 položkového dotazníku **Brief Respiratory Questionnaire (BRQ)** se zaměřením na edukační intervence. Byl sestaven za účelem odhalení a včasného podchycení astmaticky nemocných dětí v cílové skupině předškoláků žijících v oblastech a komunitách s vysokou prevalencí a současně morbiditou na astma bronchiale. Plná verze BRQ při užití zabere cca 5 minut, zahrnuje 15 položek zahrnující diagnózou podložené dechové obtíže, opakující se symptomy jako dušnost nebo kašel, který trval jeden týden a déle. Dále také historii hospitalizace nebo aktivit první pomoci pro zvládnutí záchvatu, proskribované léky apod. K hodnocení se užívá specifického skórování. (Bonner et al., 2006, pp. 471-478)

11. **Asthma Control Scoring System (ACSS).** Nástroj sestavený pro kvantifikaci kontroly astmatu vycházející z doporučených kritérií Canadian Asthma Consensus Guidelines. Systém je doplněn současně dvěma užívanými nástroji, a to: **The Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (mini-AQLQ)** a **The Asthma Control Questionnaire (ACQ)**. (LeBlanc et al. , 2007, pp. 120-125) Studie zaměřena na užití mini-AQLQ u afro-amerických a latinsko-amerických dospělých astmatiků byla realizována Morou et al. (2009, pp. 371-380). ACQ obsahuje 7 položek s hodnotícími odpověďmi v bodovém rozmezí 0-6. Současně byl ACQ použit v rámci hodnocení a posuzování kvality života astmaticky nemocných klientů jako první (Halbert et al., 2009, pp. 659-664). ACSS obsahuje tři domény, každá z nich je samostatně procentuálně hodnocena a následně se pak stanovuje tzv. globální skór (srov. tamtéž, p. 660). Studie na odhalení rozdílů mezi „astma controlled“ pacienty a těmi, kteří k astmatu přistupují zcela pasivně bez adekvátních strategií zvládnutí („no astma controlled“) poukázali van den Nieuwenhof et al. (2006, 674-681). V dostupných publikačních výstupech se lze setkat také se Španělskou modifikací, a to v podobě **Spanish Version of the Asthma Control Questionnaire** (Picado et al., 2008, pp. 1918-1931). Rozsáhlou studii na užití obou měřících nástrojů (mini-AOQL a ACQ) realizovali Pinnock, Juniper a Sheikh (2005, pp. 809-814).
12. **Childhood Asthma Questionnaire (CAQ).** Dotazník vznikl jako reakce na nemožnost užití obecně užívaného **Health-related quality of life (HR-QOL)** dotazníku v oblasti Asie. Dotazník byl cíleně sestaven a verifikován ve studii pro děti s astmatem ve věku 7-11 let k pochopení vztahů mezi nemocným udávanými doménami a (zá)važností uváděnou lékařem nebo pečujícími osobami. (Chong et al., 2006, pp. 609-621)
13. **QUOTAC: Questionnaire On Day and Night Time Respiratory Symptoms in Asthmatic Children.** Dotazník se soustřeďuje na symptomy, které se objevují nebo jsou přítomny v průběhu dne a noci (zejména dušnost, kašel a sípot, pískoty aj.). Dotazník byl použit ve výzkumné studii s cílovou skupinou dětí ve věku 6-16 let. Doba sledování a administrace „deníku“ pro užití dotazníku byla 21 dnů. (VanZaane et al., 2007, pp. 107-111)

14. Schatz et al. (2007) ve své studii komparovali dostupné měřicí nástroje **Standardized Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ-S)**, **Asthma Control Questionnaire (ACQ)**, **Asthma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ)**, **Asthma Control Test (ACT)**. Standardizovaný dotazník **Standardized Asthma Quality of Life Questionnaire**, který obsahuje 18 položek, se v odborných publikacích objevuje také pod zkratkou **AQLQ(S)** nebo také **18-item standardized Asthma Quality of Life Questionnaire**. (Grammatopoulou et al., 2008, pp. 323-332; Betkas, H. A. et al., 2011, pp. 127-135) Na vhodnost použití ATAQ poukázala také rozsáhlá studie Tana et al. (2009, pp. 675-684). ATAQ obsahuje 7 položek ve 4 doménách sloužící k posouzení úrovně kontroly astmatu, ztrátě zaměstnání/absenci ve škole, noční probouzení a užívání úlevových antiastmatik. Položky jsou hodnoceny 0 či 1 bodem. ACT poskytuje jednoduchou kvantifikovatelnou metodu (z)hodnocení kontroly astmatu s nebo bez testu funkce plic. Je lehce a rychle aplikovatelný a rychle interpretovatelný v klinické praxi.
15. **Lara Asthma Symptom Scale (LASS)** byla sestrojena pro výzkum u cílové dětské skupiny, avšak je s úspěchy užívána také u populace dospělé. Dotazník obsahuje 8 položek s celkovým bodovým hodnocením 8 až 40 bodů (Halbert et al., 2009, pp. 659-664)
16. **Asthma self-management knowledge in adults** prezentuje vývoj a psychometrické charakteristiky jednoduchého **brief asthma selfmanagement questionnaire for adults** zahrnujícího 5 oblastí vycházejících z National Asthma Education and Prevention Programu. Dotazník je doporučován pro oblast self-managementu (vědomostí a znalostí) v klinické praxi a pro hodnocení programů zaměřených na oblasti vzdělávání při onemocněním astmatem. (Schaffer, Yarandi, 2007, pp. 530-535)
17. **The Asthma Behaviour Change questionnaire (ABC)** je vhodným nástrojem k posouzení úrovně znalosti a chování astmatika. Samotnému dotazníkovému testování předchází zodpovězení na baterii otázek (přítomnost astmatu, přítomnost potíží v současné době, limitace astmatem v běžných aktivitách, užívání inhalační terapie apod. Při konstrukci měřícího nástroje se původně pracovalo

s 57 otázkami, které vyústili do 45 aplikačních otázek (34 otázek pro oblast chování, 11 otázek ověřujících a identifikujících úroveň znalostí). (Trebuchon et al., 2009, pp. 62-71)

18. **Asthma-Specific Quality of Life Questionnaire (A-QOL)** vychází z HRQOL, avšak jeho specifita spočívá v užití nástroje u Korejské populace s astmatem. Sestavení dotazníku předcházela kvalitativně orientovaná výzkumná studie založena na zakotvené teorii. Byly realizovány hloubkové kvalitativní rozhovory s astmaticky nemocnými k zjištění definování jejich reality (život s nemocí) skrze sociokulturní interakce. (Lee et al., 2009, pp. 716-721)
19. **Questionnaire on asthma, allergic rhinitis, and conjunctivitis in young adults** je měřicí nástroj známý také pod kratším názvem „**Finnish questionnaire**“. Jak již z názvu vyplývá, cílovou skupinou pro užití tohoto měřicího nástroje jsou mladí dospělí (v publikované studii ve věku 18-25 let). Dotazník se svými otázkami zaměřuje na dvě široké oblasti: 1) symptomy zjištěné v průběhu předchozího roku rozhovorem lékaře; 2) objektivní měření, jako je hodnocení metacholinu, výsledků prick testů a specifických IgE protilátek. (Kilpeläinen et al., 2001, pp. 377-384)
20. **ISAAC questionnaires** jsou vytvořeny organizací ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). Jsou užívány u alergicky nemocných dětí školního věku. Zkušenosti s těmito dotazníky jsou ve více než 40 zemích. Rodiče vyplňují jednoduchý dvoustránkový dotazník věnovaný astmatu, alergické rinokonjunktivitě a atopickému ekzému. Další strana dotazníku je věnována rizikovým faktorům. (Ultintas et al., 2009, pp. 161-168)
21. **Common Cold Questionnaire (CCQ)** je dotazník užívaný u nemocných s virovými onemocněními. Lze jej užít také u nemocných s astmatem, a to zejména při akutních exacerbacích astmatu či u virových superinfekcí. Soustředí se na monitoring všeobecných projevů, dále pak nosních symptomů, krčních symptomů a hrudních symptomů. (Powell et al., 2008)

22. **Community-Specific Health-Related Quality of Life Questionnaire for Asthma (HRQOL)** a **Asthma-Specific Quality of Life Questionnaire for Native American Adults (AQLQ-NAA)** jsou specifickými dotazníky sestavenými pro konkrétní komunitu a „native American“ dospělé jedince. AQLQ-NAA byl odvozen modifikací z Asthma Quality of Life Questionnaire-Marks (AQLQM) užívajícího techniku focus group. Celkem má 19 položek a klade důraz na omezení v oblasti sociálních, komunitních a kulturních aktivit. Vyšší celkové skóre pak ukazuje na lepší kvalitu života. (Gupchup, G. V. et al., 2001, pp. 169-178)
23. **RHINASTMA: Specific quality of life (QoL) questionnaire for adult patients with rhinoconjunctivitis, asthma or both.** Jedná se o dotazník, který je použitelný jako měřicí nástroj u dospělé cílové skupiny respondentů. Jeho specifikum a jedinečnost je v tom, že je zaměřen na společný výskyt více nemocí – konkrétně jde o rinokonjunktivitou. Dotazník lze použít u respondentů s astmatem, nebo s rinokonjunktivitou nebo při onemocnění oběma zdravotními problémy. RHINASTMA je první specificky koncipovaný dotazník, který dokáže posoudit celkovou situaci nemocného s oběma zdravotními problémy s dopadem na běžné denní aktivity. (Baiardini et al., 2003, pp. 289-294)
24. **Strengths and Difficulties Questionnaire** a **Asthma-related QoL (Pediatric Asthma (Caregivers) Quality of Life Questionnaire)** jsou specifické dotazníky zaměřené na dopady vzniklé onemocněním. Zvláštní zřetel je zaměřen na psychosociální problémy u dětí s astmatem. Oba dotazníky se užívají u dětí a adolescentů s astmatem s většími (známými, zjištěnými) psychosociálními problémy. (Tibosch et al., 2010, pp. 1495-1501)
25. **Asthma Therapy Assessment Questionnaire for children and adolescents (the pediatric ATAQ).** Vzniká jako reakce na chybějící měřicí nástroj, kterého by bylo možno užít také u cílové skupiny dětí. Otázky dotazníku jsou hodnoceny v bodovém rozmezí 0-7, kdy 0 značí nepřítomnost problémů vázaných na kontrolu astmatu. (Diette et al., 2009, pp. 233-241)

26. **Asthma Trigger Inventory.** Dotazník, který monitoruje a evaluuje přítomnost spouštěčů astmatických potíží a záchvatů („triggery“; „triggers“). Dotazník obsahuje dílčí subškály, které mj. zkoumají vztah mezi alergeny a psychogenním spouštěčem, alergií kožního testu, závislostí respiračních obtíží na emocích apod. Hlavními komponentami pak jsou psychogenní faktory, zvířecí alergeny, pyly, fyzická aktivita, infekce, znečištění prostředí (ovzduší) a dráždivé látky. Validita dotazníku poukázala na kvalitní výsledky opravdu kauzálně působících faktorů – spouštěčů. (Ritz et al., 2006, pp. 956-965)
27. **The Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT)** je měřicí nástroj vycházející z doporučení směrnic Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). Je reakcí na statistické zpracování dat, kvalitní těsnost dat a validitu nástroje. Bývá zpracováván popisnou statistickou, faktorovou analýzou a konzistentností dat. Může být komparován s hodnoceními kvality kontroly astmatu apod. (Fonseca et al., 2010, pp. 1042-1048)
28. **Asthma management questionnaire (AMQ)** je modifikovaným měřicím nástrojem, který vychází z **Perceived Control of Asthma Questionnaire (PCAQ)**. AMQ sestavili odborníci z Department of Community Health and Epidemiology na Univerzitě v Kingstonu. Má dvě verze: základní verze obsahující 50 položek, následovná verze pak obsahuje položek 41. Je doplněn demografickými údaji, výsledku peak-flowmetru, současnými symptomy astmatu, medikací apod. Vyniká dobrou obsahovou validitou. PCAQ je 11 položkový dotazník sestavený na bázi Likertovy škály s krajními hodnotami od 1 (naprosto souhlasím) po 5 (naprosto nesouhlasím) a zabere při vyplňování cca 5 minut času. (Olajos-Clow et al., 2005, pp. 751-756).
29. **Asthma Outcomes Monitoring System (AOMS).** Měřicí nástroj, ze kterého se běžně pro potřeby ko-výzkumných aktivit vybírá pět položek (otázek). Hodnotí skrze stupnici závažnost symptomů astmatu ve škálovém rozmezí 1 až 4 (vyšší skóre značí vyšší symptomatickou závažnost). (Schatz et al., 2007b, pp. 345-355)

30. **The Asthma Impact Survey (AIS-6)** je nový, šesti položkový měřicí nástroj hodnotící výstupy („outcomes“) nemocného trpícího astmatu. Současně jde o specifický („asthma-specific“) nástroj pro posuzování kvality života. Byl sestaven v Kaiser Permanente Care Management Institute and QualityMetric, Inc. z baterie otázek, které odrážejí vliv astmatu na kvalitu života. Vyšší skórová hodnota značí větší rozsah a dopad postižení („impairment“). (Schatz et al., 2007b, pp. 345-355)
31. **The Berlin Questionnaire.** Dotazník je využíván u osob s vysokou pravděpodobností pre-testu OSA. Byl vyvinut jako „sebehodnotící“ měřicí nástroj, který by přesně předpovídal přítomnost poruch dýchání ve spánku. Obsahuje tři kategorie: otázky týkající se chrápání a přítomnost apney, otázky identifikující ospalost a únavu, a otázky, které monitorují přítomnost (a historii) hypertenze, výsledků BMI indexu, přítomnost či absenci obezity. Dotazník dosahuje velmi dobré validity. (Auckley et al., 2008, pp. 494–499)
32. **The ITG Asthma Short Form, Integrated Therapeutics Group Asthma Short Form (ITG-ASF).** Tento 15ti položkový nástroj zachovává validu nástroje AQLQ, avšak přináší lepší možnost pro škálování a interpretování. Hodnotí se 6 skóre: Symptom-Free Index, Functioning with Asthma, Psychosocial Impact of Asthma, Asthma Energy and Asthma-Confidence in Health a Total. Existuje také ve španělské verzi a připravuje se taktéž verze Čínsko-Americká. (Bayliss et al., 2000, pp. 451-466)

Z výše uvedených informací lze vyvodit, že dotazníky, které se v dostupných publikačních výstupech objevovaly, jsou zaměřeny na různé oblasti. Speciální pedagog tak může využít pro jeho potřeby (plánování aktivit, intervencí, posuzování kvality života apod.), stejně tak pro různá výzkumná šetření, specificky zaměřený měřicí nástroj. Následující výčet prezentuje hlavní oblasti, kterým se měřicí nástroje věnují s uvedením pořadových čísel dotazníků (či skupiny dotazníků).

Hlavní kategorie<sup>12</sup> (oblasti) zaměřenosti měřících nástrojů jsou tyto:

- a) kvalita života;
- b) posuzování současného stavu, managementu nemoci a stavu kontroly;
- c) postoj(e) k onemocnění;
- d) chování astmaticky nemocného;
- e) monitoring symptomů onemocnění;
- f) edukační intervence.

Výše uvedené kategorie (oblasti) včetně pořadového určení takto vymezených měřících nástrojů shrnuje následující tabulka (Tab. 2).

**Tab. 2 Měřící nástroje dle obsahového zařazení**

<b>Hlavní kategorie (obsah) měřícího nástroje</b>	<b>Pořadová čísla měřících nástrojů (skupin nástrojů)</b>
kvalita života	1, 2, 5, 8, 12, 14, 18, 22, 24 a 30
posuzování současného stavu, managementu nemoci a stavu kontroly	3, 4, 11, 16, 25, 27, 28
postoj(e) k onemocnění	6
chování astmaticky nemocného	7 a 17
monitoring symptomů onemocnění	9, 13, 15, 19, 20, 21, 23, 26, 29, 31 a 32
edukační intervence	10

Lze konstatovat, že největší část dotazníků se zaměřuje na oblast monitoringu symptomů onemocnění a dále pak na oblast posuzování (hodnocení) kvality života astmaticky nemocného jedince (klienta).

<sup>12</sup> jde o vymezení rámcových oblastí, pod které lze měřící nástroje zahrnout

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo popsat astma bronchiale jako chronické onemocnění a současně jako možnou příčinu zdravotního znevýhodnění/postižení. Současnými cíli bylo také přinést přehled o dostupných definicích chronického onemocnění (skrze rešeršní aktivity a kvalitativně-kvantitativní obsahovou analýzu) a v neposlední řadě vytvořit přehled validních a reliabilních měřících nástrojů, které jsou při onemocnění astmatem a které by mohly být implementovány taktéž do našich sociokulturních podmínek.

Práce má edukační charakter a lze ji – jako baterii informací – využít v praxi pomáhajících profesí, které s astmaticky nemocnými klienty úzce pracují. Informace jsou zpracovávány tak, aby byly využitelné v práci speciálně pedagogického pracovníka.

Teoretická část práce definovala astma bronchiale jako chronické onemocnění a nozologickou jednotku. Současně bylo na astma definováno jako na onemocnění psychosomatické i jako příčina (předmět) zdravotního znevýhodnění/postižení s důrazem kladeným na somatopedický přístup. Rozsáhlý úsek práce byl věnován dětské klientele s astmatem v rámci plnění škoních povinností.

Praktická část prezentuje dva rozsáhlé celky. Jde o konceptuální práci s dostupnými definicemi (a hesly) chronického onemocnění a rešeršní aktivity přinášející informace o dostupných a užívaných měřících nástrojích (dotaznících) při hodnocení širokého spektra fenoménů u nemocného s astmatem. Práce podává přehled o několika desítkách měřících či hodnotících nástrojů, které jsou primárně zaměřeny na kvalitu života, péče či intervence, včetně oblasti diferenciální diagnostiky.

Lze konstatovat, že největší část dotazníků se zaměřuje na oblast monitoringu symptomů onemocnění a dále pak na oblast posuzování (hodnocení) kvality života astmaticky nemocného jedince (klienta). Hlavní kategorie (oblasti) zaměřenosti měřících nástrojů byly: *kvalita života; posuzování současného stavu, managementu nemoci a stavu kontroly; postoj(e) k onemocnění; chování astmaticky nemocného; monitoring symptomů onemocnění; edukační intervence.*

Definice a hesla chronického onemocnění byly podrobeny kvalitativně-  
kvantitativní obsahové analýze s výstupem v podobě kategorií.

Došlo tak k vymezení dvou definic, které jsou kategoriemi nejvíce nasycené  
a naplňují tak kriteria kladená na obsažnost a výstižnost definice s širokou  
uplatnitelností.

Chronická onemocnění jsou definována různě a značně nejednotně. Objevují se  
různé kategorie pojmu chronické onemocnění. Mezi jednotlivé kategorie byly zařazeny:  
*časový úsek trvání nemoci, ovlivnění aktivit jedince či jeho zdravotního stavu, dopad na  
kvalitu života chronicky nemocného, opoziční vymezení pojmu k nemoci akutní,  
nemožnost kurativního ovlivnění nemoci, (postupné) zhoršování nemoci,  
nepředvídatelnost stavu, zdravotního stavu jedince a „celoživotnost“ daného stavu.*

Nejednotnost definic se objevuje v časové přímce (chronologii) chronického  
onemocnění. V definicích, se kterými bylo pracováno (celkem 22), lze spatřovat široké  
časové rozmezí jejího trvání. Často se objevují časové úseky „delší než 3 měsíce“,  
„delší než 6 měsíců“, „trvající 1 rok a více“ apod. Oblast *kvality života a/nebo ovlivnění  
aktivit jedince či jeho zdravotního stavu* (kategorie 2 a 3) se objevily celkem v devíti  
definicích. K nemoci akutní opozičně vymezená chronická nemoc (kategorie 4) se  
objevila celkem ve 3 definicích. Kategorii 5 představovala *nemožnost kurativního  
ovlivnění nemoci*, které zpracovávané definice obsahovaly pouze v jediném případě.  
Chronická onemocnění jsou často progredující. Tento fakt byl zavzat v předposlední  
kategorii (6) označené jako *(postupné) zhoršování nemoci, nepředvídatelnost stavu,  
zdravotního stavu jedince*. Objevila se celkem ve třech případech. Poslední kategorie (7)  
skrže sedm definic poukazuje na *celoživotnost daného stavu*.

Některé z definic obsahují kategorií více, mohou tak být lépe uchopeny  
a také operacionalizovány pro potřeby speciálněpedagogického výzkumu. V práci  
předložené dostupné definice a hesla však nejsou vyčerpávající. Vždy je nezbytně  
nutné, a pro výzkumné šetření designově správné, aby výzkumník volil takovou definici  
chronického onemocnění, která naplní (obsahovými) kategoriemi potřebu jeho  
výzkumného šetření a byla vhodně, správně a účelně operacionalizována.

Výstupy práce lze uplatnit nejen při edukačním procesu klientů (uživatelů  
sociálních služeb, osob se zdravotním postižením), ale také v rámci dalšího  
sebevzdělávání pracovníků již s výše uvedenou cílovou skupinou pracujících. Speciální

pedagog tak může kvalitně edukovat klienta v rámci symptomatologie i prevence onemocnění, předat kvalitní informace o možnostech podpory v oblasti sociální péče či využít některého ze zahraničních dotazníků při realizaci komplexních intervencí se zaměřením na co nejvyšší samostatnost klienta a co možná nejvyšší možnou kvalitu života.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY, PRAMENŮ A ZDROJŮ

- (1). *Asociace českých aromaterapeutů: Skrytý význam astmatu*. [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupný z WWW: <http://www.aromaterapie.cz/index.php?/archives/15-Skryty-vyznam-astmatu.html>.
- (2). ALTINTAS, D. U. et al. 2009. Comparison of two different questionnaire techniques: the parent-reported and doctor guided-parent reported questionnaires-in determining the risk factors for allergic diseases among school-age children in the East Mediterranean Region. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2009, no. 7, pp. 161-168. ISSN 1735-5249.
- (3). *Asthma and food*. 2010. Everything you need to know about... [online]. International food information Council Foundation – *Food Additives Understanding Food Allergy*. [cit. 2011-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.aaaai.org>.
- (4). *Asthma in adults*. 2004. [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupný z WWW: [www.betterhealth.vic.gov.au](http://www.betterhealth.vic.gov.au).
- (5). *Asthma triggers*. 2010. San Diego Childhood Asthma Initiative. [online]. [cit. 2011-03-27]. Dostupný z WWW: [http://www.sandiego.networkofcare.org/mh/resource/agencydetail.cfm?pid=ChildhoodAsthmaInitiativeNationalCityCommunityClinic\\_61\\_2\\_0&ageGrp=](http://www.sandiego.networkofcare.org/mh/resource/agencydetail.cfm?pid=ChildhoodAsthmaInitiativeNationalCityCommunityClinic_61_2_0&ageGrp=).
- (6). AUCKLEY, D. et al. 2008. Findings of a Berlin Questionnaire survey: Comparison between patients seen in an asthma clinic versus internal medicine clinic. *Sleep Medicine*. 2008, no. 9, pp. 494-499. ISSN 1087-0792.
- (7). BAIARDINI, I. et al. 2003. Rhinasthma: a new specific QoL questionnaire for patients with rhinitis and asthma. *Allergy*. 2003, no. 58, pp. 289-294. ISSN 0105-4538.
- (8). BARLEY, E. A., JONES, P. W. 2006. Adapting to Asthma: Are Some Asthma Effects Acceptable? *Journal of Asthma*. 2006, no. 43, pp. 433-438. ISSN 1532-4303.

- (9). BARNES, P. J., JONSSON, B., KLIM, J. B. 1996. The costs of asthma. *European Respiratory Journal*. 1996, vol. 4, no. 9, pp. 636-642. ISSN 0903-1936.
- (10). BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. 1993. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
- (11). BAYLISS, M. S. et al. 2000. A new tool for monitoring asthma outcomes: The ITG Asthma Short Form. *Quality of Life Research*. 2000, no. 9, pp. 451-466. ISSN 0962-9343.
- (12). BETKAS, H. A. et al. 2011. Reliability and validity of the Assessment of Quality of Life in Asthma Patients (QLQ-Asthma) in a sample of adult asthmatic patients in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, vol. 20, no. 1/2, pp. 127-135. ISSN 0962-1067.
- (13). *Biology online: Chronic illness*. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: [http://www.biology-online.org/dictionary/Chronic\\_illness](http://www.biology-online.org/dictionary/Chronic_illness).
- (14). BONNER, S. et al. 2006. Validating an Asthma Case Detection Instrument in a Head Start Sample. *Journal of School Health*. 2006, vol. 76, no. 9, pp. 471-478. ISSN 0022-4391.
- (15). BOUŠOVÁ, K., KRČMOVÁ, I. 2010. Profesionální bronchiální astma a alergická rinitida v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 10, s. 376-379. ISSN 1803-5310.
- (16). BRAMAN, S. S. 2007. Asthma in the Elderly. *US Respiratory Disease*. 2007, pp. 14-16. ISSN 1753-4089.
- (17). BRUNEL UNIVERSITY. 2002. *Definitions of Disability in Europe. A Comparative Analysis*. [online]. Brussels: European Commission. [cit. 2011-03-23]. Dostupný z WWW: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/index/complete\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/index/complete_report_en.pdf)
- (18). BURISCH, T. G., BRADLEY, L. A. 1983. Coping with chronic disease: Definitions and issues. In BURISCH, T. G., BRADLEY, L. A. (Eds.): *Coping with chronic disease: Research and applications*. New York: Academic Press, pp. 3-12.
- (19). CABANA, M. D. et al. 2006. Impact of Physician Asthma Care Education on Patient Outcomes. *Pediatrics*. 2006, no. 117, pp. 2149-2157. ISSN 1098-4275.

- (20). *Case Management - Contact Information* [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <https://www.hnfs.net/common/caremanagement/Case+Management.htm>.
- (21). CEROVIĆ, S. et al. 2009. The Serbian Version of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire in Daily Practice. *Journal of Asthma*. 2009, no. 46, pp. 936-939. ISSN 532-4303.
- (22). CORBIN, J. M., STRAUSS, A. 1988. *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass, 1988. 358 pp. ISBN 978-1555420826.
- (23). CUSTOVIC, A., GREEN, R., TAGGART, S. C., SMITH, A., PICKERING, C. A., CHAPMAN, M. D. et al. 1996. Domestic allergens in public places. II: Dog (Can f 1) and cockroach (Bla g 2) allergens in dust and mite, cat, dog and cockroach allergens in the air in public buildings. *Clin Exp Allergy*. 1996, no. 26, pp. 1246–1252. ISSN 0954-7894.
- (24). ČEJKOVÁ, M. 2008. *Posuzování invalidity u chronické obstrukční plicní nemoci*. In *Aktuality lékařské posudkové služby*, 2008. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. s. 27–31. ISBN 978-80-86878-68-3.
- (25). *Dealing With a Health Condition*. [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: [http://kidshealth.org/teen/your\\_mind/problems/deal\\_chronic\\_illness.html](http://kidshealth.org/teen/your_mind/problems/deal_chronic_illness.html).
- (26). *Definition of Chronic illness*. [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2731>.
- (27). *Definition: Chronic Illness*. [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: [http://www.selfgrowth.com/articles/Definition\\_Chronic\\_Illness.html](http://www.selfgrowth.com/articles/Definition_Chronic_Illness.html).
- (28). deOLIVIERA, M. A. et al. 2005. Validation of a Simplified Quality-of-Life Questionnaire for Socioeconomically Deprived Asthma Patients. *Journal of Asthma*. 2005, no. 1, pp. 41-44. ISSN 1532-4303.
- (29). DIETTE, G. B. et al. 2009. Using the pediatric Asthma Therapy Assessment Questionnaire to measure asthma control and healthcare utilization in children. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. 2009, vol. 2, no. 4, pp. 233-241. ISSN 1178-1661.
- (30). DUDGEON, B. J., GERRARD, B. C., JENSEN, M. P., RHODES, L. A., TYLER, E. J. 2002. Physical disability and the experience of chronic pain.

- In *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2002, vol. 83, no. 2, pp. 229–235.
- (31). FALVO, D. R. 1991. 2005. *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. 4<sup>th</sup> ed. Gaithersburg, MD: Aspen, 1991. 693 pp. ISBN 978-0763744618.
  - (32). FENNEL, P. A. 2001. *The Chronic Illness Workbook. Strategies and solutions for taking back your life*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Albany Health Management Publishing, 2001. 241 pp. ISBN 978-0-9796407-0-4.
  - (33). FISCHER, S., ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika*. Praha: TRITON, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
  - (34). FONSECA, J. A. et al. 2010. Validation of a questionnaire (CARAT10) to assess rhinitis and asthma in patients with asthma. *Allergy*. 2010, vol. 65, no. 8, pp. 1042-1048. ISSN 0105-4538.
  - (35). GARCÍA-MARCOS, L. et al. 2004. The use of spirometers and peak flow meters in the diagnosis and management of asthma among Spanish pediatricians. Results from the TRAP study. *Pediatr Allergy Immunol*. 2004, no. 15, pp. 365-371. ISSN 2151-3228.
  - (36). GRAMMATOPOULOU, E. et al. 2008. An 18-item standardized Asthma Quality of Life Questionnaire-AQLQ(S). *Quality of Life Research*. 2008, no. 17, pp. 323-332. ISSN 0962-9343.
  - (37). GUPCHUP, G. V. et al. 2001. Developing a Community-Specific Health-Related Quality of Life (HRQOL) Questionnaire for Asthma: The Asthma-Specific Quality of Life Questionnaire for Native American Adults (AQLQ-NAA). *Journal of Asthma*. 2001, vol. 38, no. 2, pp. 169-178. ISSN 1532-4303.
  - (38). HAAVE, E., HYLAND, M. E. 2004. Norwegian versions of the Living with Asthma Questionnaire (LWAQ) and Asthma Bother Profile (ABP), validation and comparison of two asthma groups. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2004, no. 45, pp. 163-167. ISSN 0036-5564.
  - (39). HALBERT, R. J. et al. 2009. Measuring Asthma Control Is the First Step to Patient Management: A Literature Review. *Journal of Asthma*. 2009, no. 46, pp. 659-664. ISSN 1532-4303.
  - (40). CHONG, L.-Y., CHAY, O.-M., SHU-CHUEN, L. 2006. Is the Childhood Asthma Questionnaire a Good Measure of Health-Related Quality of Life of

- Asthmatic Children in Asia? Validation Among Paediatric Patients with Asthma in Singapore. *Pharmacoeconomics*. 2006, vol. 24, no. 6, pp. 609-621. ISSN 1170-7690.
- (41). CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., MAREČKOVÁ, J. 2009. *Životní styl s chronickou nemocí – teoretická východiska*. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds.). Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve a v pôrodnej asistencii. Martin: Jeseniova lekárska fakulta, 2009. s. 193–207. ISBN 978-80-88866-61-9.
- (42). CHRASTINA, J., TOMANOVÁ, D., MAREČKOVÁ, J. 2009. Astma bronchiálne – edukačný dopad na jedince, pedagogické prostredie a aktivity školy. *PROFESE on-line* [online]. 04/2009 [cit. 2010-09-06]. ISSN 1803-4330. Dostupný z WWW: <<http://www.pouzp.cz/text/cs/profese-on-line.aspx>>.
- (43). *Chronic illness alliance website* [online]. 2006. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://www.chronicillness.org.au/>.
- (44). *Chronic Illness Alliance*. [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://www.chronicillness.org.au/>.
- (45). IVANOVÁ, K. *Životní styl jako sociální determinanta zdraví*. Obhájená rigorózní práce. Katedra sociologie, Filozofická fakulta UK v Praze. Rok obhajoby 2006, 143 s.
- (46). JABLONSKI, A. 2004. The illness trajectory of end-stage renal disease dialysis patients. In *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 2002, vol. 18, no. 1, pp. 51-72. ISSN 1945-7286.
- (47). JACKSON, M. 2009. *Asthma. The Biography*. 1<sup>st</sup> ed. Oxford, US : Oxford University Press, 2009. 249 pp. ISBN 978-0-19-923795-1.
- (48). JENKINSON, C. et al. 2005. Patient attitudes to clinical trials: development of a questionnaire and results from asthma and cancer patients. *Health Expectations*. 2005, no. 8, pp. 244-252. ISSN 1369-7625.
- (49). KAŠÁK, V. Současná léčba astmatu. *Interní medicína pro praxi*. 2002, roč. 2002, č. 9, s. 429-433. ISSN 1212-7299.
- (50). KAŠÁK, V., POHUNEK, P. Astma bronchiálne. *EUNI – elektronické vzdelávanie pro lekáre a farmaceuty*. [online]. [cit. 2010-08-05]. Dostupný z WWW: <[http://www.euni.cz/review\\_win.php?review=73&akce=1574665](http://www.euni.cz/review_win.php?review=73&akce=1574665)>.

- (51). KAŠÁK, V., ŠPIČÁK, V., POHUNEK, P. *Astma bronchiale. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. [cit. 2010-09-06]. Reg. č. 0/036/244. Dostupný z WWW: <[www.cls.cz/dp](http://www.cls.cz/dp)>.
- (52). KERLINGER, F. N. 1972. *Základy výzkumu chování: pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia, 1972. 705 s. ISBN neuvedeno.
- (53). KILPELÄINEN, M. et al. 2001. Validation of a new questionnaire on asthma, allergic rhinitis, and conjunctivitis in young adults. *Allergy*. 2001, no. 56, pp. 377-384. ISSN 0105-4538.
- (54). KOLEK, V. et al. 2002. *Bronchologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 212 s. ISBN 80-7013-370-8.
- (55). KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- (56). LeBLANC, A., GOLDSMITH, T., PATEL, D. R. 2003. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. In *Pediatr Clin N Am*, 2003, vol. 2003, no. 50, pp. 859–878.
- (57). LeBLANC, L. A., ROBICHAUD, P., LACASSE, Y., BOULET, L.-P. 2007. Quantification of asthma control: validation of the AsthmaControl Scoring System. *Allergy*. 2007, vol. 32, pp. 120-125. ISSN 0105-4538.
- (58). LEE, E.-H. et al. 2009. Development and Evaluation of an Asthma-Specific Quality of Life (A-QOL) Questionnaire. *Journal of Asthma*. 2009, no. 46, pp. 716-721. ISSN 1532-4303.
- (59). *Lékařská posudková služba: slovníček*. 2011. [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupný z WWW: <http://www.cssz.cz/cz/informace/slovnicky/slovnicek-lekarska-posudkova-sluzba.htm>.
- (60). LEROYER, C. et al. 1998. Knowledge, self-management, compliance a quality of life in asthma: a cross-sectional study of the French version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Quality of Life Research*. 1998, vol. 7, pp. 267-272. ISSN 0962-9343.
- (61). *Living With a Chronic Illness and Staying Positive*. [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupné na internetu: <http://ezinearticles.com/?Living-With-a-Chronic-Illness-and-Staying-Positive&id=5495943>.

- (62). LOUGHEED, M. D., MOOSA, D., FINLAYSON, S., HOPMAN, W. M., QUINN, M., SZPIRO, K., REISMAN, J. Impact of a provincial asthma guidelines continuing medical education project: The Ontario Asthma Plan of Action's Provider Education in Asthma Care Project. *Canadian Respiratory Journal*. 2007, vol 14., no. 2, pp. 111-117. ISSN 1198-2241.
- (63). MANGUNKUSUMO, R. T. et al. 2006. Internet Versus Paper Mode of Health and Health Behavior Questionnaires in Elementary Schools: Asthma and Fruit as Examples. *Journal of School Health*. 2006, vol. 76, no. 2, pp. 80-86. ISSN 0022-4391.
- (64). MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- (65). MARTZ, E., LIVNEH, H. 2007. *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer, 2007. 430 pp. ISBN 978-1441943088.
- (66). *MedicineNet: Definition of illness, chronic*. [online]. 2006. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=3903>.
- (67). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 10. revize. Aktualizovaná druhá verze k 01. 01. 2009. WHO, 2008: International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10, Volume 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> ed., 2008. ISBN: 978-80-904259-0-3.
- (68). MILLER, K. E. Impact of Self-Management Education on Asthma. *American Family Physician*. 2004, vol. 70, no. 2, pp. 378-379. ISSN 1532-0650.
- (69). MORA, P. A. et al. 2009. Measurement invariance of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire across African-American and Latino adult asthma patients. *Quality of Life Research*. 2009, no. 18, pp. 371-380. ISSN 0962-9343.
- (70). *National Asthma Education and Prevention Program*. 2002. NAEPP Expert Panel Report Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-Update on Selected Topics 2002. [online]. [cit. 2011-03-27]. Dostupný z WWW: <http://www.nhlbi.nih.gov>.
- (71). NISHIMURA, K. et al. 2004. A Comparison of Two Simple Measures to Evaluate the Health Status of Asthmatics: The Asthma Bother Profile and the

- Airways Questionnaire 20. *Journal of Asthma*. 2004, vol. 41, no. 2, pp. 141-146. ISSN 1532-4303.
- (72). NOEKER, M., PETERMANN, F. Children's and adolescents' perception of their asthma bronchiale. *Child: Care, Health & Development*. 1998, vol. 24, no. 1, pp. 21-30. ISSN 0305-1862.
- (73). NOVÁK, J. Primární prevence alergie a alergického astmatu. *Pediatric pro praxi*. 2007, roč. 2007, č. 3, s. 144-146. ISSN 1803-5264.
- (74). OLAJOS-CLOW, J. et al. 2005. Perceived Control and Quality of Life in Asthma: Impact of Asthma Education. *Journal of Asthma*. 2005, no. 42, pp. 751-756. ISSN 1532-4303.
- (75). PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. 2002. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0.
- (76). PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. 2011. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu - klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*. 2011, roč. XIV., č. 1., s. 250–256. ISSN 1213-6050.
- (77). PATRICK, D. L., DINNE, S., ENGELBERG, R. A., PEARLMAN, R. A. 2000. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000, vol. 2000, no. 53, pp. 779-785. ISSN 0895-4356.
- (78). PETRŮ, V. 2008. Co víme o dětském astmatu? *Pediatric pro praxi*. 2008, roč. 2008, č. 9, s. 148-151. ISSN 1803-5264.
- (79). PICADO, C. et al. 2008. Validation of the Spanish Version of the Asthma Control Questionnaire. *Clinical Therapeutics*. 2008, vol. 30, no. 10, pp. 1918-1931. ISSN 0149-2918.
- (80). PINNOCK, H., JUNIPER, E. F., SHEIKH, A. 2005. Concordance between supervised and postal administration of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (MiniAQLQ) and Asthma Control Questionnaire (ACQ) was very high. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2005, no. 58, pp. 809-814. ISSN 0895-4356.
- (81). POACHANUKOON, O. et al. 2006. Pediatric asthma quality of life questionnaire (PAQLQ): Validation among asthmatic children in Thailand. *Pediatr Allergy Immunol*. 2006, no. 17, pp. 207-212. ISSN 1399-3038.

- (82). POWELL, H. et al. 2008. Validity of the Common Cold Questionnaire (CCQ) in Asthma Exacerbations. *PLoS ONE*. 2008, vol. 3, no. 3. e1802.
- (83). RAAT, H. et al. 2005. Responsiveness, longitudinal- and cross-sectional construct validity of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) in Dutch children with asthma. *Quality of Life Research*. 2005, no. 14, pp. 265-272. ISSN 0962-9343.
- (84). REES, J., KANABAR, D. 2006. *ABC of asthma*. 5<sup>th</sup> ed. Oxford, UK : Blackwell Publishing, 2006. 70 pp. ISBN 0-7279-1860-5.
- (85). REICHENBERG, K., BROBERG, A. G. 2001. The Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire in Swedish parents. *Acta Paediatr.* 2001, vol. 2001, no. 90, pp. 45-50. ISSN 1651-2227.
- (86). RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. 2006. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 314 s. ISBN 80-244-1475-9.
- (87). RENOTIÉROVÁ, M. 2003. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 85 s. ISBN 80-244-0532-6.
- (88). RITZ, T. et al. 2006. The Asthma Trigger Inventory: Validation of a Questionnaire for Perceived Triggers of Asthma. *Psychosomatic Medicine*. 2006, vol. 68, no. 6, pp. 956-965. ISSN 1534-7796.
- (89). ROLLAND, J. S. 1987. Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*. 1987, vol. X, no. 26, pp. 203-221. ISSN 1091-7527.
- (90). SALAJKA, F. et al. 2005. *Asthma bronchiale. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. 12 s.
- (91). SANJUÁS, C. et al. 2002. Health-related quality of life in asthma: A comparison between the St George's respiratory questionnaire and the asthma quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*. 2002, vol. 11, pp. 729-738. ISSN 0962-9343.
- (92). SEBEROVÁ, E. 2004. Alergická rýma u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 2004, č. 2., s. 69-74. ISSN 1803-5264.
- (93). SHEGOG, R., BARTHOLOMEW, L. K., PARCEL, G. S., SOCKRIDER, M. M., MASSE, L., ABRAMSON, S. L. 2001. Impact of a Computer-assisted Education Program on Factors Related to Asthma Self-management Behavior.

- Journal of the American Medical Informatics Association*. 2001, no. 8, pp. 49-61. ISSN 1067-5027.
- (94). SCHAFFER, S. D., YARANDI, H. N. 2007. Measuring asthma self-management knowledge in adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2007, vol. 2007, no. 19, pp. 530-535. ISSN 1745-7599.
- (95). SCHATZ, M. et al. 2007. The Relationship Between Asthma-Specific Quality of Life and Asthma Control. *Journal of Asthma*. 2007, no. 44, pp. 391-395. ISSN 1532-4303.
- (96). SCHATZ, M. et al. 2007b. Validation of the asthma impact survey, a brief asthma-specific quality of life tool. *Quality of Life Research*. 2007, no. 16, pp. 345–355. ISSN 0962-9343.
- (97). *So You Have Asthma*. 2007. U. S. Department of Health and Human Services. 43 pp. NIH Publication No. 07-5248.
- (98). SPERRY, L. 2006. *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach*. 1<sup>st</sup> ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2006. 221 pp. ISBN 978-1-59147-354-1.
- (99). TAN, H. et al. 2009. Impact of Asthma Controller Medications on Clinical, Economic, and Patient-Reported Outcomes. *Mayo Clinic Proceedings*. 2009, vol. 84, no. 8, pp. 675-684. ISSN 1942-5546.
- (100). TIBOSCH, M. M. et al. 2010. An asthma-related quality of life instrument is unable to identify asthmatic children with major psychosocial problems. *European Journal of Pediatrics*. 2010, vol. 169, no. 12, pp. 1495-1501. ISSN 0340-6199.
- (101). TIBOSCH, M. M., VERHAAK, CH. M., MERKUS, P. J. F. M. 2011. Psychological characteristics associated with the onset and course of asthma in children and adolescents: A systematic review of longitudinal effects. *Patient Education and Counseling*. 2011, no. 82, pp. 11-19. ISSN 0738-3991.
- (102). *TheFreeDictionary: Chronic Illness*. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/chronic+illness>.
- (103). TREBUCHON, F. et al. 2009. Validation of a questionnaire for assessment of asthma patient knowledge and behaviour. *Allergy*. 2009, no. 64, pp. 62-71. ISSN 0105-4538.

- (104). *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. In Sbíрка mezinárodních smluv 10/2010. Částka 4. Rozeslána dne 12. 02. 2010. Dostupný z WWW: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>
- (105). *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Zdravotnictví České republiky 2008 ve statistických údajích*. [online]. [cit. 2009-10-14]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/news.php?mnu\\_id=1100](http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100).
- (106). Van den NIEUWENHOF, L. et al. 2006. Can the Asthma Control Questionnaire be used to differentiate between patients with controlled and uncontrolled asthma symptoms? A pilot study. *Family Practice*. 2006, vol. 23, no. 6, pp. 674-681. ISSN 1460-2229.
- (107). VanZAANE, B. et al. 2007. QUOTAC: QUestionnaire On Day and Night Time Respiratory Symptoms in Asthmatic Children-A Validity Study. *Journal of Asthma*. 2007, no. 44, pp. 107-111. ISSN 1532-4303.
- (108). VÍŠKOVÁ, L. 2008. *Diskriminace osob se zdravotním postižením aneb víme, koho a jak chceme vlastně před diskriminací chránit? Součást výstupu z projektu „Antidiskriminační vzdělávání zaměstnanců veřejné správy“*. [online]. Dostupný z WWW: [http://www.google.cz/url?sa=t&source=web&cd=4&ved=0CC8QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.mkc.cz%2Fuploaded%2Fantidiskriminace%2Fzdravotne\\_postizeni.doc&rct=j&q=zdravotn%C3%AD%20posti%C5%BEen%C3%AD%20definice&ei=xEKKTfjzAsmSswbgwrztAw&usg=AFQjCNEOBWJH4cboeVtE2TFMX1FQYz04BQ&cad=rja](http://www.google.cz/url?sa=t&source=web&cd=4&ved=0CC8QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.mkc.cz%2Fuploaded%2Fantidiskriminace%2Fzdravotne_postizeni.doc&rct=j&q=zdravotn%C3%AD%20posti%C5%BEen%C3%AD%20definice&ei=xEKKTfjzAsmSswbgwrztAw&usg=AFQjCNEOBWJH4cboeVtE2TFMX1FQYz04BQ&cad=rja).
- (109). *Všeobecná zdravotní pojišťovna: Jak zlepšit zdraví dítěte pohybem*. [online]. [cit. 2009-10-24]. Dostupné z WWW: [http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/VZP\\_Jak\\_zlepsit\\_zdravi.pdf](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/VZP_Jak_zlepsit_zdravi.pdf).
- (110). *What is Chronic Illness?* [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: [http://www.pbs.org/inthebalance/archives/whocares/awareness/what\\_is.html](http://www.pbs.org/inthebalance/archives/whocares/awareness/what_is.html).
- (111). *Wikipedia: Chronic (medicine)* [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: [http://en.wikipedia.org/wiki/Chronic\\_%28medicine%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Chronic_%28medicine%29).
- (112). WITTICH, A. R. et al. 2006. Comparison of Parent and Student Responses to Asthma Surveys: Students Grades 1-4 and Their Parents From an Urban Public School Setting. *Journal of School Health*. 2006, vol. 76, no. 6, pp. 236-240. ISSN 0022-4391.

- (113). *What is a chronic illness?* [online]. [cit. 2011-03-09]. Dostupné na internetu: <http://www.kgbanswers.co.uk/what-is-a-chronic-illness/18522423>.
- (114). *Vyhláška č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory.* [online]. Dostupný z WWW: [http://www.helcom.cz/download/rodicovska\\_dovolena/vyhl\\_c\\_207\\_1995\\_stupne\\_zdrav\\_postizeni.doc](http://www.helcom.cz/download/rodicovska_dovolena/vyhl_c_207_1995_stupne_zdrav_postizeni.doc) [cit. 2011-03-29].
- (115). *Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.* [online]. Dostupný z WWW: [http://i.iinfo.cz/urs-att/p\\_182-91-114816949052473.htm](http://i.iinfo.cz/urs-att/p_182-91-114816949052473.htm) [cit. 2011-03-29].
- (116). ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2007. *Psychologie pro zdravotnické obory. Vybrané kapitoly.* Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7368-334-4.
- (117). *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.* [online]. Dostupný z WWW: [https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108\\_2006.pdf](https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf) [cit. 2011-03-29].
- (118). *Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.* [online]. Dostupný z WWW: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/117-1995-sb-zakon-o-statni-socialni-podpore.html> [cit. 2011-03-29].
- (119). *Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.* [online]. Dostupný z WWW: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?kam=zakon&c=111/2006](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=111/2006) [cit. 2011-03-29].
- (120). *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.* [online]. Dostupný z WWW: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/socialzab/> [cit. 2011-03-29].
- (121). *Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.* [online]. Dostupný z WWW: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace/>. [cit. 2011-03-24].
- (122). *Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.* [online]. Dostupný z WWW: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/nemocenske-pojisteni/> [cit. 2011-03-29].
- (123). *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Zákon ze dne 13. května 2004.* [online]. Dostupný z WWW: [http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav\\_predpisy/akt\\_zneni/z\\_435\\_2004](http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004) [cit. 2011-03-24].

- (124). *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Úplné znění zákona. [online]. Dostupný z WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/uplne-zneni-zakona-c-561-2004-sb> [cit. 2011-03-24].
- (125). ZÁMEČNÍKOVÁ, D., OPATŘILOVÁ, D. 2010. *Žák s chronickým onemocněním ve škole*. [online]. [cit. 2010-09-01]. Dostupný z WWW: <<http://syp.muni.cz/ukazat.php?docId=368>>.