

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DÍTĚ S ATOPICKOU
DERMATITIDOU**

bakalářská práce

ABSTRACT

Constitutional dermatitis is one of the most frequent skin diseases that come into being especially on an allergic basis. Establishing the number of individuals suffering from this disease is immensely difficult, although its growth has become obvious in recent years. Combined with this, the need of sufficient information in relationship with this diagnosis has grown, too.

The thesis is aimed at surveying the knowledge of nurses in this field and at establishing the situation in the field of providing information on regime measures. Further, the thesis is aimed at surveying the informedness of parents of children suffering from constitutional dermatitis and verifying whether the measures related to this disease are observed. Altogether, five such work hypotheses were formed.

The first hypothesis found out the differences in the knowledge of nurses in dermatological and pediatric surgeries, on the questions of the lifestyle of children suffering from constitutional dermatitis. The second hypothesis found out, whether parents requesting information on the disease, more frequently turn to nurses in the surgeries of pediatricians than to those in dermatological surgeries. The third hypothesis focused on surveying the informedness of parents of children concerning regime measures. The fourth hypothesis focused on surveying the parents' informedness of associations of patients suffering from this disease. The last, fifth hypothesis dealt with surveying the situation in observing the regime measures related to this disease.

The second, third and fourth hypotheses were confirmed within the actual research, while the first and fifth hypotheses were not confirmed.

The research was carried out in the Regions of South Bohemia and West Bohemia, in cooperation with the doctors and nurses in dermatological and pediatric surgeries. The quantitative exploration research, using the method of questioning was applied. The technique of data collection was that of an anonymous questionnaire. For the research purposes, two kinds of questionnaires were handed out, a different questionnaire for nurses and a different one for the parents of children suffering from constitutional dermatitis. The research set consisted of about 30 nurses from the above institutions, and 45 parents of children suffering from constitutional dermatitis.

The outcomes of the research were summed up in the research part of this thesis and compared with expert literature and my experience. The information obtained from this thesis gave rise to a manual for pediatric nurses that contains basic information related to the questions of constitutional dermatitis. A great contribution of this thesis is the possibility to compare the theoretical knowledge of nurses and its practical use in everyday life and nursing care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o dítě s atopickou dermatitidou vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě / v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 6. 4. 2008

Věra Veisová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat za cenné rady a výbornou spolupráci mé konzultantce Mgr. Ivaně Turkové, R. N. Velké poděkování patří též mému příteli a mým rodičům za trpělivost a pochopení, které mi věnovali během tvorby této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat Ivě Melicharové a Evě Rohlíčkové za pomoc a podporu.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Anatomie a fyziologie kůže	4
1.1.1 Odlišnosti v anatomii a fyziologii kůže u dětí	5
1.2 Historie a definice pojmu atopické dermatitidy	6
1.2.1 Prevalence a etiopatogeneze atopické dermatitidy	7
1.3 Klinický obraz atopické dermatitidy	7
1.3.1 Kojenecká atopická dermatitida	8
1.3.2 Dětská forma atopické dermatitidy	9
1.3.3 Atopická dermatitida dospívajících	9
1.3.4 Atopická dermatitida dospělých	10
1.4 Provokační faktory	11
1.5 Diagnostika atopické dermatitidy	12
1.6 Léčba atopické dermatitidy	13
1.6.1 Zevní léčba atopické dermatitidy	13
1.6.2 Celková léčba atopické dermatitidy	14
1.7 Onemocnění přidružená k atopické dermatitidě	15
1.8 Oblasti ošetřovatelské péče u dětí s atopickou dermatitidou	17
1.8.1 Péče o kůži (Ošetřovatelské intervence při péči o kůži)	17
1.8.1.1 Aplikace léků na kůži	17
1.8.1.2 Snížení pruritu	18
1.8.1.3 Hygienická péče o kůži	19
1.8.2 Péče o respirační systém	20
1.8.2.1 Aplikace léků do dýchacích cest	21
1.8.2.2 Režimová opatření zaměřená na minimalizaci styku s alergenem	22
1.8.3 Péče zaměřená na výživu dětí s atopickou dermatitidou	23
1.8.3.1 Dietní opatření v prvním roce života dítěte	24

1.8.3.2	<i>Dietní opatření dětí starších jednoho roku</i>	25
1.8.4	<i>Péče v oblasti psychosociální</i>	25
1.8.4.1	<i>Péče zaměřená na pomoc při akceptaci vlastního onemocnění</i>	25
1.8.4.2	<i>Výběr povolání a volnočasových aktivit</i>	26
1.9	<i>Edukační činnost sestry</i>	27
2.	Cíle práce a hypotézy	29
2.1	<i>Cíle práce</i>	29
2.2	<i>Hypotézy</i>	29
3.	Metodika	30
3.1	<i>Použité metody a technika výzkumu</i>	30
3.2	<i>Charakteristika souboru</i>	30
4.	Výsledky	31
4.1	<i>Výsledky dotazníků pro sestry v ordinacích kožních lékařů a lékařů pro praktických lékařů pro děti a dorost</i>	31
4.2	<i>Výsledky dotazníku pro rodiče dětí s atopickou dermatitidou</i>	74
5.	Diskuse	98
6.	Závěr	114
7.	Seznam použité literatury	116
8.	Klíčová slova	119
9.	Přílohy	120
9.1	<i>Seznam příloh</i>	120

Úvod

Atopická dermatitida neboli atopický ekzém je jedním z nejčastějších kožních onemocnění vznikajících převážně na alergickém podkladě. Stanovení počtu jedinců trpících tímto onemocněním je velice obtížné, avšak v posledních letech je celosvětově patrný jeho nárůst. S tím souvisí i zvyšující se potřeba dostatku informací ve vztahu k této diagnóze. Protože i já trpím tímto onemocněním, vybrala jsem si pro svou práci právě toto téma, které je mi velmi blízké.

V současné době, kdy dochází ke zrychlení způsobu života lidí, k neustálému zvyšování nároků kladených na jednotlivce a ke zvyšování významu přičítaného vizáži jedinců, nabývá péče o kůži atopiků velkého významu. Vždyť právě vzhled bývá často tím prvním, ač většinou nechtěným, impulzem pro vytvoření si představy o člověku. Nezřídka se můžeme setkat i s tím, že efekt prvního dojmu následně ovlivní naše zařazení do společnosti.

Se vzrůstající technickou vybaveností společnosti vzrůstá i dostupnost informací vztahujících se k atopické dermatitidě. Avšak je třeba si uvědomit, že první linií, která by měla informace o této problematice poskytovat, jsou právě zdravotníci (ať už sestry nebo lékaři). Měli by být schopni poskytnout nejen atopikům samotným, ale i jejich rodinám teoretické poznatky, rady a doporučení. Při tom by neměli zapomínat na to, že mnohdy nestačí holá fakta, ale je třeba pomoci v jejich praktickém uvádění do každodenního života.

Samotná péče o děti s atopickou dermatitidou nezahrnuje pouze aplikaci léčiv naordinovaných lékařem. Stoupá zde význam úpravy životního stylu těchto dětí, dodržování doporučených režimových opatření či snahy předejít kontaktu s alergeny. Proto je třeba na péči o tyto děti nahlížet celostně, což sebou přináší často i nutnost změny životního stylu celé rodiny. Tento fakt si v poslední době uvědomuje stále více odborníků.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie kůže

Kůže (cutis) je největším plošným orgánem lidského těla. Pokrývá plochu 1,5 až 1,8 m² a její hmotnost činí přibližně 4,5 kg. Skládá se ze tří vrstev, a to pokožky, škáry a podkožního vaziva. Je vybavena velkým počtem přídatných kožních orgánů (kožní adnexa). Kůže není pouze zevní ochranou lidského těla, ale významně napomáhá i udržování stálé tělesné teploty, vylučování a vnímání pocitků (především dotkových – chlad, teplo a bolest). Mezi její další funkce patří i funkce skladovací, neboť slouží jako zásobárna živin, a funkce vstřebávací, která se využívá při aplikaci dermatik. **(9, 23)**

Pokožka (epidermis) je svrchní vrstvou kůže složenou z několika vrstev plochých buněk, které na povrchu rohovatí, odumírají a postupně se olupují. Tyto buňky jsou pak nahrazovány buňkami z vrstev hlubších, které mají schopnost rychle se dělit. Díky tomu, že buňky pokožky obsahují také bílkovinu, která je těžko rozpustná ve vodě, se kůže stává prakticky nepropustnou. V hlubších vrstvách epidermis dále nacházíme zvláštní vazivové buňky obsahující zrna tmavohnědého barviva – kožního pigmentu, jehož množství podmiňuje barevný odstín kůže. Význam tohoto barviva spočívá v jeho schopnosti pohlcovat ultrafialovou složku slunečního záření, a tím chránit citlivé buňky hlubších vrstev. **(9, 23)**

Škára (corium) je druhou vrstvou kůže složenou z vazivových buněk a vláken, mezi kterými je množství buněk tukových. Pružná elastická vlákna coria jsou uspořádány vždy do směru, jenž odpovídá směru mechanického zatížení kůže v dané krajině. Tím je zajištěna pružnost, roztahitelnost, pevnost a štěpitelnost kůže v určitých směrech, které je pak nutné respektovat při výkonech týkajících se chirurgické oblasti. Ve škáře je dále uložena síť krevních a mízních cév, potních a mazových žlázek a nervových drah. Jsou zde uloženy také folikuly vlasů a chlupů, většinou doplněné snopečky hladkých svalových vláken – napřimovače chlupů. **(9, 23)**

Podkožní vazivo (stratum subcutaneum) je tvořeno sítí vazivových vláken, mezi nimiž jsou roztroušené vazivové buňky. Tato síť je poměrně řídká, čímž umožňuje posun kůže, ale i ukládání množství tukových kapének. Proto také podkožní vazivo obsahuje velké množství buněk tohoto typu. V oblasti břicha, hýždí či stehen pak může být tvořeno zvláště silnou tukovou vrstvou. **(9, 23)**

1.1.1 Odlišnosti v anatomii a fyziologii kůže u dětí

Stavba kůže u dětí a u dospělých se v podstatě neliší. Jednotlivé vrstvy jsou stejné, ale na rozdíl od kůže dospělého člověka je dětská celkově slabší a vláčnější. Mívá růžový až červeně modrý nádech, což je způsobeno prosvítáním cév skrz tenčí vrstvy. Pigment, který dodává kůži odstín, se tvoří až po narození. **(8)**

V době nitroděložního vývoje jedince je pokožka velmi tenká, jednovrstevná a pokrytá mázkem, který ji chrání před působením plodové vody. Koncem prvního trimestru se začíná tvořit vícevrstevný epitel. Rohová vrstva tohoto epitelu je zatím nesouvislá a objevuje se až v sedmém měsíci těhotenství. Pokožka plodu je zprvu hladká, typické ohybové rýhy na kůži dlaní a kožní reliéf na bříšcích prstů se objevuje postupně až od 4. měsíce vývoje. Škára, na kterou epidermis nasedá, obsahuje menší množství elastických vláken, což má za následek méně pevnou vazbu těchto vrstev. V praxi lze tento fakt pozorovat na odlišnosti tupých zranění měkkých tkání u dětí a u dospělých. **(8)**

Funkce a vlastnosti kůže u dětí jsou prakticky stejné jako u dospělých, pouze nástup jejich aktivity bývá postupný. Například kožní žlázy jsou při narození zcela způsobilé plnit svou úlohu, ale nástup jejich aktivity je pozvolný. Stejně tak potní žlázy, které zahajují svoji činnost přibližně 3. až 4. den po narození, začínají vylučovat plnohodnotný pot vhodný pro dobrou chemickou ochranu kůže až koncem prvního měsíce. **(8)**

1.2 Historie a definice pojmu atopické dermatitidy

Atopická dermatitida neboli atopický ekzém je jednou z nejčastějších kožních chorob. První zmínky o tomto onemocnění pocházejí již z antiky a vztahují se ke starověkému Římu. Týkají se císaře Gaia Octavia, známého pod jménem Augustus („Vznešený“). Ten podle historických pramenů trpěl těžkým pruritem a sezónní rinitidou s dušností. Další výskyt atopie je uváděn u jeho vnuka, císaře Claudia, který míval záchvaty rhinokonjunktivitidy. Spolu s Augustovým prasynovcem Britanikem, trpícím alergií na koňskou srst, představuje jeden z prvních příkladů familiárního postižení atopií. **(24, 25, 28)**

Samotný název onemocnění pochází z řeckého slova „atopos“, což v překladu označuje něco, co nefunguje správně, je atypické. Jako první pojem atopie vymezili Coca a Cook v první polovině 20. století. O dva roky později pak přítomnost „reaginových protilátek“ přenesených pasivně sérem Prausnitzem a Kürstnerem umožnila Cookovi definovat atopii z nového úhlu pohledu, a to stanovení rozdílu hladiny sérového IgE u zdravých jedinců a u atopiků. **(24, 28)**

Atopická dermatitida je tedy chronické svědivé zánětlivé kožní onemocnění převážně alergického původu. Jedná se o nepřiměřenou reakci organismu na alergen. Další možná definice uvádí, že ekzém je v podstatě obranná zánětlivá (alergická) reakce těla, které se tak snaží odstranit vyvolávající příčinu a její škodlivé účinky snížit na co nejnižší míru. Ve chvíli, kdy se podaří zánětlivé příčiny odstranit, projevy reakce mizí a kůže se rychle hojí. Ekzém však může mít i nezánnětlivou příčinu, která spočívá v suchosti kůže. Tu způsobuje nedostatek lipidů, tedy tukových buněk obsažených ve svrchních vrstvách kůže, které jsou schopny na sebe vázat vodu a tím udržet kůži dostatečně vláčnou, schopnou odolávat vnějším vlivům. To, která složka převažuje, je individuální. **(2, 6, 25)**

1.2.1 Prevalence a etiopatogeneze atopické dermatitidy

Stanovení počtu jedinců trpících atopickou dermatitidou je velice obtížné. Poslední odhady uvádí, že v naší populaci postihuje toto onemocnění 10 % všech dětí. Současný trend ukazuje neustále stoupající počet jedinců s touto diagnózou. Na vině jsou změny domácího, pracovního a obecně životního prostředí a stylu v posledních letech. **(13, 24)**

Příčinou atopické dermatitidy je odchylná reakce imunitního systému, kůže a nervového systému na zevní a vnitřní vlivy. Sklon k této reaktivitě je patrný hlavně u dětí, přičemž v rodině nemusí mít nikdo zjevné projevy. „Atopický ekzém patří k nejčastějším kožním onemocněním dětí, ale může se vyvinout v kterémkoliv věku. Vzniká většinou - z 60 % - již v průběhu prvního roku života dítěte, v 30 % v období mezi 1. - 4. rokem a v 9 % mezi 6. - 20. rokem jeho věku“ (Benáková, 2003, s.). Jedná se tedy o dědičnou predispozici, o jejímž projevení rozhoduje souhra zevních a vnitřních provokačních faktorů. Často se pak kombinuje se slizničními alergiemi, jako je senná rýma či astma, alergické záněty spojivek, dutin, zažívacího ústrojí, ale i kopřivkou a migrénou. Není onemocněním infekčním, a proto není ani přenosné na druhé jedince. **(22)**

1.3 Klinický obraz atopické dermatitidy

Mezi první projevy tohoto kožního onemocnění patří malé svědivé pupínky a puchýřky, ohraničená oválná ložiska začervenalé šupinaté kůže, nebo jen ložiska suché, popraskané a olupující se kůže. Jednotlivé klinické formy tohoto onemocnění se dělí podle věku na kojeneckou atopickou dermatitidu, dětskou atopickou dermatitidu, atopickou dermatitidu dospívajících a atopickou dermatitidu dospělých. **(10)**

Průběh onemocnění a přechod mezi jednotlivými fázemi je u každého dítěte či jedince individuální, a proto není možné jednoznačně stanovit prognózu. Co je však všeobecně známé, je fakt, že horší prognózu mívají jedinci s časným nástupem ekzému, s jeho větším rozsahem a intenzitou kožního postižení, výskytem dalších alergií, hlavně

v oblasti dýchacího traktu, a s výskytem atopické dermatitidy u dalších členů rodiny. To znamená, že se zde uplatňuje i vliv dědičnosti. **(13, 17)**

1.3.1 Kojenecká atopická dermatitida

Průběh onemocnění je fázický. Dochází ke střídání období zlepšení s období zhoršení, a to i zcela náhle. Jeho objevení není závislé na věku, i když typický je vznik ve věku kojeneckém (okolo 3. měsíce, tzv. kojenecká forma atopického ekzému). Projevy onemocnění jsou v této době lokalizovány v oblasti tváří, čela a na uších. Významný podíl na jejich vzniku v tomto období mají především potravinové alergeny, očkování a infekční onemocnění, která oslabují imunitu dítěte. Zpočátku bývá rozvoj onemocnění pozvolný a špatně odlišitelný od seborhoické dermatitidy. Ve vlasech dětí se tvoří pevně lpějící bělavé šupiny, lokalizované ve frontální oblasti, které se někdy rozšiřují na temeno a zasahují i čelo dítěte. Tento stav označujeme jako crusta lactea. Na tvářích dítěte pak můžeme pozorovat drobné, živě červené papulky splývající do zarudlých ploch s drobnými puchýřky, které splývají a praskají. Jejich povrch se postupně pokrývá vlhkými jantarovými krustami, které mohou svou barvu měnit dožluta až dohněda. V době, kdy kojeneček začíná lézt, můžeme známky onemocnění pozorovat i v místech mechanického dráždění, na bérkách a na předloktí. Koncem prvního roku života dítěte se mokravé projevy atopické dermatitidy zmírňují, může dojít ke zhojení, nebo onemocnění dále recidivuje a zhruba u třetiny dětí přechází kolem třetího roku věku do dětské fáze. **(3, 10, 22)**

U kojenecké formy atopické dermatitidy je třeba ošetřovatelské intervence zaměřit především na zmírnění velmi silného svědění, které ruší spánek dítěte a je problémem při přebalování, kdy je dítě schopné během krátké chvíle rozškrábat postižená místa do krve. Je třeba si také uvědomit, že škrábáním dochází k uvolňování zánětlivých mediátorů a následnému zhoršení ekzému. **(10)**

1.3.2 Dětská forma atopické dermatitidy

Dětskou formou atopické dermatitidy nazýváme kojeneckou atopickou dermatitidu přetrvávající do dětského věku. Toto období zahrnuje přibližně věk od 3 do 10 let. Zde je třeba poznamenat, že atopická dermatitida může kojeneckou fázi zcela vynechat a objevit se až později ve formě dětské atopické dermatitidy. Atopický ekzém u dětí má svá odlišná specifika a projevy. Bývají postiženy hlavně loketní a zákolenní jamky, krk, zápěstí a hřbety rukou. Viditelné projevy onemocnění se v tomto období mění, kůže již tolik nemokvá, je spíše suchá, hrubá, popraskaná a silně svědí. Kůže na obličejí těchto dětí je bledá a zhrubělá kolem očních víček. Prognóza je v zásadě příznivá, neboť během puberty ekzém u většiny dětí přechází do klidového stádia bez zjevného kožního postižení. Během prvních školních let se zhojí okolo 75 % nemocných dětí. U zbývajících se může choroba zhoršit nebo znovu projevit v pubertě. Zkušenosti ukazují, že s přibývajícimi lety se závažnost a rozsah kožních změn snižuje a do 20 let postupně mizí. **(3, 6, 22)**

Ošetřovatelské intervence u této formy atopické dermatitidy se zaměřují především na péči o kůži ve smyslu jejího dostatečného promaštění a na eliminaci svědění a s tím spojeného škrábání. Dalšími oblastmi, na které se při ošetřování dítěte zaměřujeme, jsou minimalizace virových a bakteriálních infekcí, psychické vlivy (stres ve škole, ale i silné pozitivní emoce), vzdušné alergenů a faktory související s hrou a koníčky. **(22)**

1.3.3 Atopická dermatitida dospívajících

Atopická dermatitida dospívajících může navazovat na předchozí formy onemocnění nebo se vyskytovat coby první projev tohoto onemocnění. Lokalizace ložisek postižené kůže se od předchozího období, tedy dětské formy atopické dermatitidy, příliš neliší, ale postižení obličej, horní části hrudníku, ramen a rukou bývá masivnější. Kůže dítěte je velmi suchá, zhrubělá, s četnými drobnými oděrkami a krustami ze škrábání. Silné svědění i nadále přetrvává, obvykle v záchvatech. V letních měsících nabývá atopický ekzém dospívajících formy dyshidrotického ekzému: v centrech dlaní jsou patrné zanořené drobné puchýřky velikosti špendlíkové

hlavičky. Jejich povrch je napjatý a obsah čirý. Puchýřky silně svědí, po různě dlouhé době zasychají, kůže se začíná olupovat a má tendenci k praskání. U dívek můžeme pozorovat zhoršení projevů onemocnění v období menstruace nebo při léčbě nepravidelného cyklu hormonálními přípravky. **(13, 22)**

Z hlediska bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb je třeba ošetrovatelské intervence u těchto jedinců zaměřit opět na odstranění či zmírnění svědění. Dále je nutné myslet i na estetické hledisko, které má v této době mimořádný význam pro tvorbu sebehodnocení a sebevědomí jedince, a tím i pro navazování přátelství či sociálních vazeb. **(12)**

1.3.4 Atopická dermatitida dospělých

Pokud projevy onemocnění přetrvávají i v dospělosti, mluvíme o tzv. dospělé formě atopického ekzému, kterým dle nových studií trpí přibližně 2 % dospělé populace. Místa postižená projevy onemocnění zůstávají stejně lokalizovaná jako u formy předešlé, ale jsou výrazněji ohraničená. Postiženy jsou především ohybové partie končetin, horní část hrudníku, ramena, krk a často i ruce. Někdy může být jedinou manifestací tohoto onemocnění ekzém prsních bradavek a vulvy u žen, u mužů pak ekzém skrota. Kůže dospělých s atopickou dermatitidou se stává sušší, zvyšuje se svědivost a tendence k popraskání. Častou komplikací v tomto období bývá hnisavá infekce, která vzniká jako přímý důsledek porušení kůže škrábáním a následným zanesením infekce do takto narušeného kožního krytu. **(12, 27)**

Atopická dermatitida v tomto období neobtěžuje dospělého jedince pouze svými projevy. Limituje jej i při volbě povolání, při oblékání, cestování, v intimním životě či v dalších běžných aktivitách. Z již uvedeného vyplývá nutnost zaměření ošetrovatelských intervencí u této formy atopické dermatitidy především na minimalizaci rizika vzniku infekce, vhodnou péči o kůži a v neposlední řadě i na prevenci jako takovou. **(12)**

1.4 Provokační faktory

Nejdůležitější rizikové (provokační) faktory rozvoje atopických onemocnění v dětství, mezi které patří i atopická dermatitida, lze shrnout takto:

- alergeny – mohou být obsažené v potravinách, nebo mohou pocházet z domácího (zvířata, roztoči, plísně) a vnějšího (pyly, zvířata) prostředí,
- geny – genetický podklad onemocnění,
- pomocné látky – zahrnující tabákový kouř, exhalaci a infekci.

Při působení těchto faktorů dochází k atopické senzibilizaci a následným atopickým (klinickým) projevům. **(25)**

Mezi nejčastější potravinové alergeny prvního roku života řadíme veškeré citrusové plody, různé druhy exotického ovoce (kiwi, ananas, mango, fíky), bobulovité ovoce, jako je rybíz nebo angrešt, různé druhy ořechů a semínek (například mandle a dýňová semínka), cukr (i hnědý), sladkosti, med, javorový sirup, čokoládu a kakao. Dále pak rajčata, některé druhy kořenové zeleniny (například celer), kyselé zelí, luštěniny, řepku, bazalku a některé druhy exotického koření (skořice, kari), vejce, mléko a mléčné výrobky, ryby a mořské produkty. **(13)**

Od druhého roku života dítěte význam potravin klesá a hlavní roli přebírají alergeny pocházející ze zevního prostředí a infekce. Negativní vliv na projevy onemocnění má i fyzická a psychická zátěž (stres). V neposlední řadě je třeba pamatovat i na hormonální změny v období puberty, které jsou rovněž důležitým provokačním faktorem. **(12)**

Jednotlivé provokační faktory související s projevem či zhoršením známek atopické dermatitidy, není snadné určit. Jsou stejně jako projevy tohoto onemocnění závislé na věku dítěte. To znamená, že u jednotlivých forem atopické dermatitidy je nutné pamatovat na některé odlišné spouštěcí mechanismy. Jednou z úspěšných metod, jak alergen odhalit, je pozorování. **(6, 25)**

1.5 Diagnostika atopické dermatitidy

Při diagnostice atopické dermatitidy je třeba si uvědomit, co vlastně znamená pojem atopie. Definice atopie říká, že je to stav, při kterém se u jedince vystaveného antigenům z vnějšího prostředí vytváří v nadměrném množství protilátky IgE. Sklon k této reaktivitě je geneticky podmíněn, ale pouze genetická predispozice ke vzniku projevů onemocnění nestačí. Aby došlo k manifestaci ekzému, je nutná přítomnost provokačních faktorů, které jsou mezi sebou v neustálé interakci. **(11)**

Pilířem diagnostiky atopické dermatitidy je její klinický obraz, kdy první projevy onemocnění nastupují obvykle v raném věku, jak již bylo zmíněno. Kožní testy z důvodu dermatitidy není možné pro určení diagnózy použít. U jedinců s tímto onemocněním zjišťujeme vyšetřením žilní krve specifické protilátky IgE proti některým potravinovým, inhalačním a kontaktním alergenům. V současnosti se také můžeme setkat s pracovišti, která provádějí i atopické epikutánní testy indikované u jedinců se zhoršováním projevů onemocnění na nekrytých místech těla. Zhoršování (exacerbace) atopické dermatitidy u těchto jedinců souvisí převážně s kontaktem s alergenem, se srstí zvířat nebo s pylovou sezónou. Výhodou těchto testů je vyšší specifika. **(17, 27)**

Pro diagnózu atopické dermatitidy existuje velký počet diagnostických postupů. V zásadě všechny vycházejí z nutných, zásadních a malých příznaků. Mezi nutné příznaky spadá přítomnost alergen-specifických protilátek IgE v periferní krvi nebo v kůži (intradermální testy – prick). Mezi zásadní pak řadíme typickou lokalizaci a morfologii ekzémových lézí dle typu ekzému, svědění (pruritus) a chronický nebo chronicky recidivující průběh dermatitidy. Při hodnocení těchto kritérií nemusí být patrné všechny příznaky. Podmínkou však zůstává přítomnost alespoň dvou z nich. **(26)**

Poslední skupinou diagnostických kritérií jsou kritéria malá, která lze dále dělit na příznaky vztahující se k ekzému, příznaky vztahující se k suché kůži, zvýšený počet kožních záhybů a oftalmologická onemocnění (fotofobie, přední subkapsulární katarakta, Hertoghoovo znamení). Příznaky vztahující se k ekzému představují především cheilitis, ekzém bradavek, pityriasis alba, erytém obličeje, bledost obličeje, očníková hyperpigmentace, nespecifická dermatitida na ruce a na nohou, trhliny

na vnitřní a zevní straně boltce. K suché kůži se vztahuje suchost jako taková, rohovatění a šupinatění kůže, hyperlinearita dlaní, keratosis pilaris, perifolikulární akcentace, bolavé koutky, svědění po zpotení a intolerance vlny a detergentů. Při sledování příznaků z oblasti zvýšeného počtu kožních záhybů je třeba se zaměřit na záhyby na přední straně krku, Dannieho-Morganovy záhyby. **(4, 13)**

1.6 Léčba atopické dermatitidy

Vzhledem k tomu, že se u atopické dermatitidy jedná o dědičnou predispozici a její vznik proto nelze zcela ovlivnit ani mu zabránit, směřuje léčba k utlumení příznaků onemocnění. To v praxi znamená snahu udržet kůži dítěte v klidovém stádiu a eliminovat možnost vzniku stádií akutních. Z výše uvedeného je patrný velký vliv genetické predispozice, životního stylu a prostředí dítěte na projev onemocnění. Z toho lze usuzovat na komplexní zaměření léčby, která se neomezuje pouze na správně zvolené léky či jiné léčebné postupy. Zaměřuje se v první řadě na prevenci, zejména na vyloučení či alespoň minimalizaci styku s provokačními faktory, a na správnou a pravidelnou péči o kůži. **(5)**

Obecně lze léčbu atopické dermatitidy dělit na úlevovou a preventivní. Úlevová léčba spočívá ve snížení silného svědění a zarudnutí, preventivní pak v omezení styku s alergeny, v eliminaci možnosti vzniku zánětu a v úpravě životního stylu dítěte, potažmo celé rodiny. Zde se otevírá prostor pro realizaci ošetřovatelských intervencí ve smyslu edukace vedené za účelem prevence, poskytnutí informací a možných řešení různých problémů spojených s tímto onemocněním v rámci sesterských kompetencí. **(6)**

1.6.1 Zevní léčba atopické dermatitidy

Cílem zevní léčby atopické dermatitidy je zbavit jedince svědění a zánětlivých kožních projevů. Za tímto účelem jsou využívány *koupele*, které napomáhají odstranit nečistoty, pot a zbytky léčiv, jenž by mohly zhoršovat zánětlivé projevy onemocnění. K ochlazování kůže, zástavě mokvání a zklidnění zánětu se pak využívají *obklady*.

Jejich použití je možné pouze krátkodobě, protože delší aplikace by mohla mít nežádoucí účinky v podobě přesušení kůže. (27)

Emolencia jsou skupinou léčiv, která zahrnuje promašťující lotia, krémy a masti, které zlepšují funkci kožní bariéry. Jejich účinek je hydratační a zvláčňující, jsou indikována u všech pacientů s atopickou dermatitidou, u nichž je onemocnění provázáno šupinatou kůží nebo chronickými projevy. Hydrataci rohové vrstvy epidermis zajišťují také *přípravky s ureou*, které mají navíc antipruriginózní, antiseptický a proteolytický účinek. (27)

Kortikosteroidní externa se používají v době akutního vzplanutí projevů onemocnění. Působí vazokonstrikčně, protizánětlivě, antipruriginózně, antiproliferačně a imunospupresivně. Při sekundárních bakteriálních infekcích menšího rozsahu nebo při zánětlivých projevech (bakteriální agens – pyogenní stafylokoky) se uplatňují *lokální antibiotika a antiseptika*. Tyto preparáty se podávají dle výsledků kultivačního vyšetření a citlivosti na antibiotika. K doléčení akutního zánětu, především po ukončení léčby kortikostroidními externy se využívají *deriváty dehtu*, které působí rovněž protizánětlivě, protisvědívě a antimikrobiálně. (27)

Posledním prostředkem, užívaným v zevní léčbě atopické dermatitidy, jsou *imunomodulátory pro lokální aplikaci*, které svým chemickým složením náleží do skupiny makrolidových antibiotik s imunospupresivní působením. Vykazují i protizánětlivé účinky. (27)

1.6.2 Celková léčba atopické dermatitidy

Cílem celkové léčby atopické dermatitidy je překonání akutní fáze onemocnění a zabránění přechodu do těžkých slizničních alergií, po případě jejich zmírnění. K tomuto účelu jsou vhodná *antihistaminika*. Mají své nezastupitelné uplatnění při silném svědění a výrazných alergických projevech. Další možností celkové léčby je *fototerapie*. Využívá se v chronickém nebo subakutním stádiu u jedinců se závažnými a rozsáhlými projevy atopické dermatitidy, ale je třeba pamatovat, že je kontraindikována při zevní léčbě dehtovými přípravky a lokálními imunomodulátory. (22, 27)

Probiotika jsou významná především svým pozitivním vlivem na střevní mikroflóru, protože mohou příznivě ovlivnit imunitní reakce. Podporují mechanismy přirozené imunity i orální toleranci k potravinovým antigenům. Při virových komplikacích atopické dermatitidy nacházejí své uplatnění i *systémová antivirotika*. Pokud se však onemocnění manifestuje velmi těžkou a rezistentní formou, využívají se k jeho léčbě *systémové kortikosteroidy*, které jsou indikovány pouze při silných generalizovaných projevech. U dětských ale i dospělých pacientů s těžkými formami atopické dermatitidy se jako vhodná jeví i léčba za pomoci *cyclosporinu A*. Ten má výrazné statické a protizánětlivé účinky. (27)

Někdy bývá mezi užívané prostředky celkové léčby tohoto onemocnění řazena i *léčba lázeňská*, která je vhodná spíše u dospělých jedinců. U dětských atopiků může lázeňský pobyt představovat značné psychické trauma, jehož zdrojem nemusí být pouze pobyt samotný, ale i návrat do normálního života. Dalším nežádoucím efektem pak může být rychlý relaps projevů dermatitidy. (24)

1.7 Onemocnění přidružená k atopické dermatidě

Mezi nejčastější přidružené onemocnění ve vztahu k atopické dermatidě bývá řazeno asthma bronchiale a alergická rýma (dermorepirační syndrom). Uvádí se, že přibližně 33 % dětí s ekzémem má současně ve věku 6 let asthma. *Asthma bronchiale* některé zdroje definují jako chronický zánět dýchacích cest, přičemž významnou roli hrají žírné buňky (především eozinofily a Th lymfocyty). Následkem tohoto zánětu u citlivých jedinců bývá patrné ztížené dýchání s doprovodnými hvízdavými zvuky. Často astmatici udávají i pocit tísně na hrudi a kašel (především brzy ráno a v noci). Tyto projevy mají svou příčinu v obstrukci dýchacích cest, která je reverzibilní, ať už spontánně nebo léčebně. (15, 27)

Naproti tomu *alergická rýma* bývá u dětských ekzematiků poměrně vzácná. Vyskytuje se spíše u dospělých atopiků, a to přibližně ve 40 % . Její projevy jsou výrazné především v pylových sezónách. Mezi nejmarkantnější patří pocit svědění, ucpávání nosu a sekrece, která má spíše vodnatý až hlenový charakter. Časté je

i kýchání a otok nosní sliznice. Někdy mohou alergickou rýmu doprovázet i poruchy sluchu (především u dětí), otitídy, záněty spojivek, únava a podrážděnost. **(3, 24, 27)**

Z očních nemocí je podstatná možnost vzniku alergické konjunktivitidy, rinokonjunktivitidy, atopických nebo vernálních keratokonjunktivitid, očního herpesu simplex, keratokonu, katarakty či odchlípení sítnice. Zmiňovaný *herpes simplex* jako takový může být vážnou komplikací atopické dermatitidy. Jeho šíření se neomezuje pouze na místa s poškozenou kožní vrstvou, ale i na místa zdravá. Zdrojem infekce bývají především rodiče dětí nebo jiní lidé, přicházející do kontaktu s atopikem. Je třeba si uvědomit, že se virus nešíří pouze vzdušnou cestou, ale i přímým kontaktem. **(22, 24)**

U dětí je velmi častým přidruženým (komplikujícím) onemocněním také *moluska*, která je způsobována poxviry. Ty do kůže dětí pronikají poškozenou epidermální vrstvou a způsobují proliferaci epidermálních buněk. Poxviry se velice dobře šíří v bazénech prostřednictvím vody, která oslabuje již tak porušenou kožní bariéru. Vlastní moluska se pak manifestuje drobnými polokulovitými papulkami barvy kůže s centrální pupkovitou vkleslinou (umbilikací), ze které je možné vytlačit bílou sýrovitou hmotu. Na ložiscích ekzému bývají ve vysokém počtu a škrábáním se pak roznášejí i na zdravou kůži. Dalším možným kožním onemocněním komplikujícím atopickou dermatitidu jsou *bradavice* (ekzema verrucatum). Objevují se ve větších počtech, a to především na rukou a nohou postižených ekzémem. **(22, 24)**

U starších dětí a u dospělých je možné se setkat i s *kontaktními alergickými dermatitidami*, které se manifestují coby ekzémové projevy na místech, kde se stýká alergen s pokožkou. To znamená, že jsou lokalizovány především na bříše kolem pupku (místo kontaktu kůže s kovovým knoflíkem od kalhot) a na místech, kde dochází ke kontaktu s bižuterií. Kontaktním alergenem však nemusí být pouze kovy (nikl). Často jím bývají i parfémy nebo emulgátory a stabilizátory v masťových základech (léčiva i kosmetika). Někdy se v tomto směru uplatňují také látky z pracovního prostředí. **(22)**

1.8 Oblasti ošetrovatelské péče u dětí s atopickou dermatitidou

Jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče u dětí s atopickou dermatitidou vycházejí z již výše popsané definice a projevů onemocnění. Úzce souvisejí také s jeho léčbou (zevní i celkovou), určenou lékařem. Při poskytování péče je nutné, aby sestry měly povědomí o anatomii a fyziologii kůže, o podstatě vlastního onemocnění a uměly kůži správně fyzikálně vyšetřit. Veškeré tyto znalosti by měly být schopny uplatnit v ošetrovatelském procesu. **(3)**

1.8.1 Péče o kůži

Jak již bylo výše zmíněno, spolu s prevencí má péče o kůži stěžejní úlohu při zmírňování projevů atopické dermatitidy. Primární problém plynoucí z vlastního onemocnění zde pro sestry představuje porušená kožní bariéra (integrita), která se stává snadnou vstupní branou pro vniknutí infekce. **(5, 12)**

Při péči o kůži je důležité správně zhodnotit její stav, to znamená umět ji správně fyzikálně vyšetřit. Sestry by si měly všimnout změn na povrchu, kožních záhybů, suchých nebo mokvavých ložisek a jejich lokalizace. Dalšími ukazateli stavu kůže jsou škrábání, svědění či bolest. **(3)**

1.8.1.1 Aplikace léků na kůži

Při atopické dermatitidě se léky na kůži (dermatika) dítěte aplikují především za účelem snížení pruritu a zánětlivých kožních projevů. Aplikaci dermatik je nutné přizpůsobit jejich formě:

- mast - aplikuje se natíráním nebo vtíráním do kůže. Z tuby se vytlačuje, z dózy pak nabírá dřevěnou lopatkou, štětičkou nebo jinou pomůckou. Tyto pomůcky se po použití nikdy nevraceny zpět do dózy.
- krém a mazání – nanáší se přímo na kůži nebo do dlaní a lehce se vtírá dlouhými otáčivými pohyby dlaní anebo konečků prstů. Kůže zůstává nekrytá.
- pasta – nanáší se do okolí ložiska dřevěnou lopatkou ve vrstvě přibližně 2 – 3 mm. Na mokvající kůži se přikládá již předem nanesená na mulovém čtverci.

- tekutý pudr – před použitím je nutné tekutý pudr důkladně protřepat. Nanáší se opět pomocí štětiček či dřevěných lopatek. Po nanesení se nechává zaschnout bez krytí. Z kůže se smývá po 2 – 3 dnech.
- prášek (zásyp) – aplikuje se přímo z nádobky na postižené místo na kůži. Pro nanesení lze použít i chomáčky vaty zakryté mulovým čtvercem.
- roztok – používají se studené, vlažné i teplé obklady. Obkladová látka se namáčí do ordinovaného přípravku (bylinné obklady, Jarischův roztok), přikládají se na postižená místa a fixují obinadlem. Přikládání obkladů se řídí dle ordinace lékaře.
- koupele – využívají se jak koupele celkové, tak i částečné (sedací). Nejčastěji se aplikují hypermanganové či koloidní koupele. Teplota lázně by měla být 35 °C. Doba trvání bývá přibližně 15 minut. **(18, 21, 27)**

1.8.1.2 Snížení pruritu

Pruritus (svědění) je jedním z častých problémů spojený s tímto onemocněním. Bývá úporný, děti se v noci budí a škrábou, čímž si způsobují mikrotraumata kůže. Ta se pak stávají snadnou vstupní bránou pro vniknutí infekce. Následkem toho se v místě postižení může vyvinout zánět. **(6, 12)**

Svědění však není jen příčinou narušení spánku, ale promítá se do všech oblastí života dítěte. Může být například příčinou špatného prospěchu školních dětí, protože odvádí jejich pozornost od vyučování. Ovlivňuje také jejich psychiku i začlenění do kolektivu. Ostatní děti se atopika mohou stranit právě kvůli jeho „odlišnosti“. **(6)**

Úkolem sester je proto nabídnout dítěti jiné varianty odstranění svědění a o těchto variantách pak poučit i rodiče. Jako efektivní se jeví odpoutání pozornosti od svědění za pomoci hry či vyprávění, tlaku nehtů naplocho, přiložení studeného obkladu nebo promaštění krémem. Při silném záchvatu pruritu je vhodné krém používaný k promaštění vložit do lednice a aplikovat ho na postižené lokality vychlazený. Samozřejmě je nutné zdůraznit i nutnost pravidelné péče o nehty, které by měly být krátce zastřižené. Na noc lze doporučit nošení pyžam s dlouhými rukávy a u malých dětí pak používání bavlněných návleků na ruce nebo rukaviček. **(3, 5, 6)**

Projevy pruritu lze omezit i vhodnou volbou oděvů. I zde platí určitá omezení. Látky, které se dotýkají přímo kůže, by měly být jemné a chladivé (bavlněný trikotýn). U spodního prádla je doporučována bavlna. Vlněným materiálům, flanelu, úpletu či froté materiálu je lépe se vyhnout. Vhodné je oblečení spíše volné a pohodlné, které nikde neškrtí a nedře, protože tření oděvu o kůži může mít za následek zhoršení ekzémových projevů (pozor na hrubé švy džínového oblečení či pevné okraje plenkových kalhotek). **(6)**

1.8.1.3 Hygienická péče o kůži

Hygiena jako taková tvoří podstatnou část péče o kůži a o čistotu vlastního těla. Míra i způsob uspokojení potřeby čistoty, a tím i hygieny, je vysoce individuální. Souvisí především se zdravotním stavem jedince, s projevy onemocnění a s estetikou. **(21)**

Ve vztahu ke klinickým projevům atopické dermatitidy je pro sestry důležité si uvědomit, že kůže atopika je méně odolná vůči různým virovým a bakteriálním infekcím. Příčinou tohoto faktu jsou imunitní poruchy kůže, porušení bariérové funkce kůže a snadnější porušení kožní integrity při škrábání. Kůže atopika bývá běžně osídlena vysokým počtem bakterií, které se při škrábání dostávají do kůže, kde se pomnožují. Postupně pak tyto bakterie zhoršují zánětlivé ekzémové projevy. Následně má ekzém tendenci k mokvání a na jeho povrchu zasychají jantarové či medově žluté krusty. **(22)**

U dětí s atopickým ekzémem se sestry často setkávají jak s kůží suchou, tak s kůží mokvající. Při péči o takto narušenou kůži je nutné dodržovat přesně stanovené postupy aplikace lékařem naordinovaných léků a zajistit dítěti i jeho rodičům dostatek informací z oblasti hygienické péče o kůži atopika. **(21, 27)**

Při péči o kůži suchou je třeba klást důraz především na omezování používání mýdel a na vhodné a pravidelné promazávání (promašťování) takto změněných ložisek. Promašťování by se pak mělo řídit pravidlem, že čím méně a čím častěji, tím lépe. To znamená, že krémy se aplikují tolikrát denně, kolikrát je to dítěti příjemné. Kůže by měla zůstat viditelně vláčná. K tomuto účelu lze využít hydratační krémy

s obsahem lanolinu. K omývání a koupelím jsou pak doporučovány spíše čistící oleje nebo hydratační emulze. **(6, 21)**

Dále je nutné nezapomínat každé nově předepsané dermatikum či jiný kosmetický přípravek před jeho rozsáhlou aplikací vyzkoušet. Tím se minimalizuje riziko podráždění rozsáhlých ploch kůže, pokud by dítě prostředek nesnášelo. Toleranční zkouška se provádí nejméně 3 dny před jeho plošnou aplikací na malém místě, například na krku nebo na končetině, a sledují se nežádoucí reakce kůže (zarudnutí, svědění, pálení). **(6)**

Při péči o kůži mokvajících se využívají především vysychavé obklady vedoucí k ochlazení kůže, zástavě mokvání a zklidnění zánětu. Možnost jejich aplikace je však omezená, protože dlouhodobě by mohla způsobit přesušení. Nejčastěji se využívá 3 % borová voda, Sol. Jarisch, pravý černý čaj nebo odvary z dubové kůry, které mají výrazné adstringentní účinky. Při sekundární bakteriální infekci je pak vhodný slabě růžový roztok hypermanganu. Aplikace obkladů z heřmánku se nedoporučuje, protože bývá častou příčinou přecitlivělosti. **(27)**

1.8.2 Péče o respirační systém

Z výše uvedených přidružených onemocnění, která se vztahují k atopické dermatitidě, vyplývá, že přibližně u třetiny dětí ve věku 6 let s touto diagnózou se mohou sestry setkávat s asthma bronchiale a s alergickou rýmou. Souhrnně se pak tyto projevy označují pojmem dermorespirační syndrom. Proto je i péče o respirační systém dítěte nedílnou součástí správné léčby atopické dermatitidy. **(24, 27)**

Intervence ze strany sester tedy vycházejí z vlastních projevů dermorespiračního syndromu. To znamená, že v oblasti kůže se zaměřují na již zmiňované postupy a specifika péče, a v oblasti dýchacích cest pak na projevy astmatu a alergické rýmy. Samozřejmě se sesterské intervence ubírají i směrem k minimalizaci styku s alergeny a s tím související edukací, týkající se úpravy domácího prostředí těchto dětí. **(6, 22)**

1.8.2.1 Aplikace léků do dýchacích cest

Aplikace léků do dýchacích cest je zaměřena především na zmírnění či odstranění projevů astmatu a alergické rýmy. V případě alergické rýmy u dětí je léčebným záměrem také odstranění rizika komplikací tohoto onemocnění. To znamená, že se do jisté míry používá jako prevence vzniku otitidy či zánětu spojivek. **(3, 15, 24)**

K aplikaci do dutiny nosní jsou určeny hlavně *roztoky* (solutiones), které mají účinnou látku rozpuštěnou v rozpouštědle (voda, líh nebo olej). S těmito léčivy je možné se setkat i ve formě suspenze či emulze. Vlastnímu použití by mělo předcházet zhodnocení stavu sliznice, kdy se sestra zaměřuje především na projevy rýmy, charakter sekretu, otok a případně i na laboratorní výsledky (například krevní obraz – zvýšená hodnota IgE). Doplněním k vytvoření správného zhodnocení jsou i pacientovy pocity a jednání (svědění, časté smrkání nebo bolest). Pokud se k léčbě rýmy používají *masti*, opět platí pravidlo, že z tuby se část vytlačuje na štětičku, která by měla být mastí zcela obalená. Takto připravenou štětičkou se pak vytírá celá sliznice nosu. **(3, 18)**

Pro zmírnění a odstranění akutních astmatických projevů (astmatický záchvat) se nejčastěji využívají léky ve formě *kapesních inhalátorů* (nebulizátorů). Jejich nespornou výhodou je rychlý nástup účinku. Zde je třeba zdůraznit, že by je dítě mělo mít stále u sebe a mělo by být poučeno o způsobu jejich užívání. Pokud je příliš malé, edukace směřuje především k rodině. **(15, 21)**

Postup při aplikaci léku začíná protřepáním inhalátoru a sejmutím krytu z náústku. Před jeho vložením do úst je nutné vydechnout všechen vzduch. Uvolnění účinné látky dítě dosáhne stlačením vrchu nádoby ukazovákem, který je v opozici k palci. Pak už stačí jen pomalu nadechovat uvolněnou látku a po jejím vdechnutí na chvíli zadržet dech. Na konci inhalace dítě nebulizátor vyndá z úst, nasadí kryt na náustek a snaží se pomalu dýchat. Pokud lékař určí vyšší počet vdechů, postup je možné opakovat až 30 s po předchozí aplikaci. Tato doba je nezbytná pro vytvoření tlaku v inhalátoru. **(21)**

U velmi malých dětí (kojenci, batolata) má inhalace svá specifika, která spočívají v odlišném postupu a nutnosti stálé kontroly jedince po celou dobu aplikace.

Využívá se individuální inhalace, kdy se inhalátor staví k postýlce. Ta se z okolních stran přikrývá prostěradlem (kromě strany, kde je inhalátor). Okolí úst dítěte se natírá krémem, aby nedošlo k přesušení kůže. Po ukončení inhalace trvající přibližně 10 – 15 minut je třeba dítě osušit a převléct. **(21)**

1.8.2.2 Režimová opatření zaměřená na minimalizaci styku alergenem

Smyslem režimových opatření (prevence) v domácím či pracovním prostředí je snížení možnosti kontaktu s alergeny, které by mohly vyprovokovat kožní nebo dýchací obtíže u dětí. Toho lze docílit jeho vhodnou úpravou. Neznamená to však odstranění veškerých možných alergenů z tohoto prostředí. Jedná se spíše o vyzorování provokačních faktorů typických pro konkrétního jedince a jejich následnou eliminaci. Tím lze docílit i lepší životní úrovně dítěte, co do počtu omezení. Intervence ze strany sester v tomto ohledu směřují především k edukaci rodičů. **(6, 22)**

V domácím prostředí by se rodiče měli snažit omezit styk dítěte s domácími zvířaty, protože jejich srst bývá nosičem alergenů bez ohledu na svou délku. Proto je vhodné vyhýbat se i jejich chovu. V interiérech se dále doporučuje nekouřit, eliminovat veškeré zdroje kouře a výpar (například z kamen nebo deodorantů) a pravidelně větrat. Nejvhodnější pro větrání je doba brzy ráno nebo večer, po dešti, kdy je prach a pyl usazený u země. Pokud to není možné, lze větrat i „přes místnost“, tzn. použít okno vedlejší místnosti, v níž ekzematik netráví tolik času. **(2, 6)**

Místnosti, kde děti tráví většinu svého času, by měly být bez kobereců, tapet, záclon, závěsů či květin, a to především kvetoucích, protože mohou být podnětem k pylové alergii. Optimální hodnoty vlhkosti vzduchu v těchto místnostech se pohybují pod hranicí 50 %. Ideální teplota v interiérech je pak maximálně 20 °C. Otázka nutnosti zvlhčovačů či čističek vzduchu je individuální a záleží na doporučeních lékaře. Zároveň by sestra měla upozornit na úskalí čalouněného nábytku, který může být vhodným místem pro množení roztočů. **(2, 6, 22)**

Lůžkoviny ekzematiků (matrace, polštáře a peřiny) by měly být z materiálů vhodných pro alergiky. To znamená, že vhodné jsou spíše molitanové matrace potažené speciálním povlakem, který uvnitř zamezí množení roztočů. Teprve na tento povlak

se příkládá prostěradlo. Místo péřových polštářů a peřin se doporučují výrobky z dutého vlákna, které umožňují i snadnější údržbu (je možné je prát v pračce). Povlečení, stejně jako oděvy, by mělo být hladké a jemné. Je třeba nezapomínat na jeho pravidelnou výměnu (min. po 2 – 3 týdnech). **(6)**

Při domácím úklidu pro děti ale i dospělé platí nutnost používání ochranných pomůcek (hlavně rukavic), které brání kontaktu kůže s čistícími prostředky. Ty ji mohou dráždit a více vysušovat. Zde je vhodné poznamenat, že ochranné rukavice neslouží k dlouhodobému používání. Důvodem je fakt, že se v nich kůže snadno zapaří a následkem toho může dojít k dalšímu podráždění. **(6)**

1.8.3 Péče zaměřená na výživu dětí s atopickou dermatitidou

Jak již bylo výše zmíněno, alergeny pocházející z potravin jsou velmi silným rizikovým faktorem především v době prvního roku života dítěte. S přibývajícím věkem jejich význam klesá a hlavní úlohu přebírají vlivy z okolního (vnějšího) prostředí. To ale neznamená, že by se opatření směřovaná na oblast výživy nemusela dodržovat. I v tom spočívají intervence sester, které by měly být schopny nejen edukovat v oblasti dietních omezení a zavádění nových potravin do jídelníčku dítěte, ale i v oblasti prevence jako takové. Je třeba rodinu i děti upozornit na to, že bez prevence ve všech oblastech, a tedy i výživy, je léčba jen velmi málo účinná nebo nedosahuje účinků vůbec. **(12, 13, 25)**

Hlavním úkolem péče zaměřené na výživu těchto dětí je prevence senzibilizace. Pokud již k senzibilizaci došlo (působení alergenů), stává se jejím hlavním bodem především snaha o zabránění výskytu alergických symptomů, a tím i zhoršení kožních projevů. Zároveň je nutné nezapomínat na to, že příliš omezující dieta může mít za následek nutriční deficit a následně i poruchy v oblasti růstu. **(25)**

1.8.3.1 Dietní opatření v prvním roce života dítěte

První rok života dítěte je velice důležitý pro senzibilizaci, a tím i pro pozdější rozvoj atopické dermatitidy. V tomto období jsou nejčastějšími potravinovými alergeny nacházejícími se ve stravě bílkoviny. Uvádí se, že kožními projevy následkem této alergie trpí přibližně 50 – 60 % dětí v kojeneckém věku. Proto je v současnosti kladen veliký důraz na význam kojení. Důvodem je prokázaný pozitivní vliv mateřského mléka, které má přechodný preventivní účinek na výskyt atopické dermatitidy a alergie na potraviny. V praxi to znamená nižší výskyt alergických symptomů během prvních let života. Samozřejmě zcela vyloučit možnost vzniku atopických projevů u kojených dětí nelze, protože i když je mateřské mléko považováno za hypoalergenní, prostě všech alergenů není. **(22, 25)**

Pokud děti v prvním roce života (respektive prvních 6 měsících) nemohou být kojeny a mají v rodinné anamnéze přítomnou alergickou či atopickou pozitivitu, jsou indikovány k výživě prostřednictvím kojeneckých přípravků. Ty by měly obsahovat částečně hydrolyzovanou bílkovinu (hypoalergenní formulí – HA). Formule na bázi sójové bílkoviny či kravského mléka, které jsou běžně dostupné, příliš vhodné nejsou. **(25)**

Další pravidla, vztahující se k výživě v tomto období, spočívají v doporučení výhradního kojení v průběhu prvních 4 až 6 měsíců života dítěte. Teprve po prvním půl roce věku by se měly do stravy pomalu zavádět nemléčné příkrmy. Sestry by v tomto ohledu neměly zapomenout upozornit rodiče, že děti v této době mohou reagovat na řadu potravin. Většinou se ale nejedná o reakci alergickou, nýbrž o reakci spojenou spíše s nezralým imunitním a střevním systémem. Toto riziko lze však snížit i dodržováním pravidla, které říká, že do jídelníčku se postupně zavádějí nejprve monokomponentní příkrmy, přičemž je vhodné začínat s méně „agresivními“ potravinami. To znamená, že je u nich snižena pravděpodobnost vyvolání reakce. Mezi tyto potraviny bývá řazena rýže, brambory, mrkev, brokolice, jehněčí, krůtí a kuřecí maso. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat zavádění rizikových potravin, jako je mléko, vejce či sója. Zde je nutné poznamenat, že tyto potraviny by se do prvního roku života dítěti neměly podávat vůbec. **(25)**

1.8.3.2 Dietní opatření dětí starších jednoho roku

Obecně se udává, že atopické děti v oblasti stravy nemají žádná větší omezení. Výjimkou jsou samozřejmě potraviny, po nichž dochází k prokazatelnému zhoršení stavu kůže. Tento efekt mohou rodiče atopiků dobře pozorovat především díky postupu zavádění nových složek stravy, který spočívá v jejich pozvolném přidávání do jídelníčku. Mezi jednotlivými, nově zavedenými potravinami by měl být dodržen časový odstup přibližně 2 – 4 týdnů, kdy je možné případnou reakci vysledovat. Tím se zajistí i zachování dostatečně pestré stravy a přísun všech důležitých vitaminů, stopových prvků a minerálů. **(25)**

Jediným výraznějším omezením vztahujícím se k dietním opatřením v tomto období, je doporučení vyhýbat se příliš ostrým, kyselým a kořeněným jídlům v době zhoršení atopických (kožních) projevů. Celkově je pak důležité dodržovat pravidelný pitný režim s vynecháním sycených nápojů CO₂. **(25)**

1.8.4 Péče v oblasti psychosociální

I když atopická dermatitida neohrožuje děti ani dospělé na životě (kromě vzácných komplikací), je pro jedince samotné značně komplikujícím onemocněním. Její projevy jsou patrné navenek, čímž může ovlivňovat první setkání „nemocných“ se „zdravými“, a tím i jejich další začlenění do kolektivů a do společnosti celkově. Do budoucna si pak děti s atopickou dermatitidou přinášejí omezení spojená s volbou povolání a výběrem volnočasových aktivit (například sportů nebo druhů relaxace). **(12)**

1.8.4.1 Péče zaměřená na pomoc při akceptaci vlastního onemocnění

Akceptace vlastního onemocnění ze strany dítěte je velice důležitá už proto, že úspěšná léčba spočívá nejen v souhře mezi lékařem a rodiči, ale i mezi lékařem a pacientem (dítětem). Úkolem sestry v této oblasti je motivovat jak dítě samotné, tak jeho rodiče k dodržování léčebného postupu stanoveného lékařem. To znamená nutnost podporovat je při uvádění režimových opatření do praxe, i když jejich efekt není hned patrný. Dále je její snahou pomoci rodičům v pochopení stavu dítěte a ve vytvoření určité míry ohleduplnosti, která by však neměla přecházet

v rozmazlování nebo litování pro viditelné ekzémové projevy. Důležité je, aby nedocházelo k preferování nemocného sourozence před ostatními. Pro rodinu hraje významnou roli v přijetí onemocnění i to, že se naučí znát průběh této dermatitidy, způsob ošetřování a důvody, proč může docházet ke zhoršení jejích projevů. **(6)**

Pro dítě je při přijetí této diagnózy důležité umět jej povzbudit a poukázat na jeho dobré výsledky ve škole či při sportu. Jako efektivní se jeví i snaha o jeho zapojení do zájmových činností, v nichž by mohlo být úspěšné a které by pomáhaly odstranit jeho uzavřenost. V období dospívání, kdy děti bývají kritičtější samy k sobě, by pak sestry ani rodiče neměli zapomínat mluvit s nimi o jejich problémech a starostech. Tak je lépe naučit, jak svému stavu porozumět. **(6)**

V neposlední řadě je i úkolem sestry vysvětlit jak rodině, tak pacientovi, že nejsou jediní, kdo tímto onemocněním trpí. Je vhodné poukázat na svépomocné skupiny a sdružení, kde mohou získat cenné rady pro praktický život. Mezi nejvýznamnější patří Společnost psoriaticků a atopických ekzematiků (SPA), Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem a Humanitární sdružení CID (Centrum integrace dětí a mládeže). **(6)**

1.8.4.2 Výběr povolání a volnočasových aktivit

Ve vztahu k plánování volného času atopika by sestra měla rodiče upozornit na nutnost dostatečného fyzického (pohybového) vyžití dítěte. Zapojením do kolektivu vrstevníků mohou rodiče také docílit posílení sebedůvěry dítěte, která je velmi důležitá. Opět je třeba pamatovat na prevenci kontaktu s alergeny (prašná sportoviště), ale všeobecně lze říci, že při určité opatrnosti je možné všechny sporty provozovat alespoň rekreačně. Výrazným doporučením zde zůstává snaha vyhnout se silnému zapocení, které může způsobovat svědění a zhoršení ekzému. Po každé takové aktivitě by jedinec měl mít možnost osprchovat se a převléct se do suchého oděvu. **(6)**

Otázka plavání závisí na individuálních ekzémových projevech u daného jedince, přičemž je nutné si uvědomit, že kontakt s chlorovanou vodou kůži vysušuje. V bazénech také hrozí riziko přenosu virových infekcí (molusek, bradavic), ke kterým

jsou tyto děti vnímavější. Nedoporučuje se ani hraní na písku, protože bývá zdrojem velkého množství bakterií. **(22)**

U starších dětí pak v oblasti péče vyvstává i otázka výběru povolání. To je opět limitováno vlastním onemocněním. Nevhodné jsou profese, kde se pracuje v horkých a prašných prostředích, kde dochází k častému styku s chemikáliemi a kde je nutné časté používání ochranných pomůcek (latexové rukavice). Z důvodu častého porušení kožní integrity jsou nevhodná i povolání, při nichž je jedinec vystaven zvýšenému riziku přenosu infekce (instalatér, zedník, chirurg...). **(12)**

1.9 Edukační činnost sestry

Pod pojmem edukační činnost sestry rozumíme intervence směřované k výchově s cílem dosažení nějaké změny. Ta se může projevit v oblasti jednání nebo v sociální sféře, v péči o vlastní zdraví a podobně. Podstatná je při ní snaha o to, aby člověk ke změnám přistupoval s vědomím maximálního užitku. Změny pak je možné rozlišovat na plánované, které jsou záměrné a účelné, a neplánované, které jsou náhlé a jejichž následky nelze předpovídat. V ošetrovatelské (zdravotní) péči pak sestry dávají přednost především změnám plánovaným. **(29)**

Teorií plánovaných změn je velké množství. V podstatě se jejich proces dá rozdělit do stádia rozmrazování, kdy se uplatňuje motivace a jedinec si musí uvědomit potřebu změny, a na stádium pohybu, kdy se plánované intervence a aktivity uskutečňují. Poslední fází je stádium znovuzmrazování, tedy doba, kdy se uskutečňovaná změna stabilizuje, dochází k jejímu zakomponování do stálého systému jednání a hodnot. **(29)**

Při tvorbě edukačního plánu (procesu) se sestra zaměřuje na získání anamnestických údajů o jedinci a z těchto údajů následně vychází. Ve spolupráci s dítětem a jeho rodinou stanovuje priority edukace, její záměr a cíl. Samostatně pak volí vhodnou edukační strategii, tedy metodu, kterou při poučení daného jedince využije. Přitom by měla pamatovat na základní pravidla, vztahující se k realizaci edukace:

- nelhat (hlavně dítěti),
- vhodná doba pro edukaci, která souvisí se schopností se soustředit a s biorytmy daného jedince,
- výběr prostředí, kdy je lépe volit méně hlučné místnosti, které jsou příjemně osvětlené a dostatečně větrané,
- využití pomůcek k vysvětlení daného tématu (praktická ukázka),
- zpětná vazba, která sestru přesvědčí, zda jedinec vysvětlovaný obsah pochopil,
- opakování daného tématu,
- volba slov a výrazů odpovídající věku a schopnostem edukovaného.

Závěrem správně realizovaného výchovného procesu by mělo být zhodnocení dosažených výsledků, které slouží jak k sebereflexi sestry, tak k individuální úpravě edukačního plánu, pokud by neplnil veškerá očekávání. **(26, 29)**

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

V bakalářské práci byly stanoveny tyto cíle:

Zmapovat situaci v oblasti znalostí sester o atopické dermatitidě.

Zjistit situaci v oblasti poskytování informací o režimových opatřeních.

Zmapovat oblast informovanosti rodičů dětí s atopickou dermatitidou o onemocnění.

Zjistit zda rodiče dětí s atopickou dermatitidou dodržují opatření související s tímto onemocněním.

2.2 Hypotézy

Na základě studia odborné literatury a cíle práce jsem stanovila tyto hypotézy:

H1 Sestry v ordinacích kožních lékařů mají více znalostí o problematice životního stylu dětí s atopickou dermatitidou, než sestry v ordinacích lékařů pro děti a dorost.

H2 Rodiče se obracejí o poskytnutí informací o onemocnění častěji na sestry v ordinacích lékařů pro děti a dorost, než na sestry v ordinacích kožních lékařů.

H3 Rodiče dětí s atopickým ekzémem mají informace o režimových opatřeních.

H4 Rodiče dětí s atopickým ekzémem nemají informace o sdruženích pacientů s tímto onemocněním.

H5 Rodiče dětí s atopickou dermatitidou nedodržují režimová opatření související s tímto onemocněním.

3. Metodika

3.1 Použité metody a technika výzkumu

S ohledem na cíl práce a hypotézy byl prováděn kvantitativní explorační výzkum. Využita byla metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník, který byl anonymní. Pro účely výzkumu byly sestaveny dva dotazníky, v nichž byly použity otázky uzavřené, polootevřené, škálové a otevřené. První byl určen sestřám u kožních lékařů a u praktických lékařů pro děti a dorost, druhý pak rodičům dětí s atopickou dermatitidou. Dotazník pro sestry byl tvořen 25 otázkami, dotazník pro rodiče tvořilo 32 otázek.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkum byl prováděn v Jihočeském a Západočeském kraji v období ledna až února 2008. S žádostí o provedení výzkumu byli osloveni lékaři nebo sestry v ordinacích kožních lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v Českých Budějovicích, Plzni, Jindřichově Hradci a Domažlicích. Výběr rodičů byl proveden na základě uvážení spolupracujících lékařů (lékařek) a sester.

Výzkumný soubor tvořilo 30 sester z ordinací kožních lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a 45 rodičů dětí s atopickou dermatitidou. Celkem bylo rozdáno 38 sesterských a 80 rodičovských dotazníků. Takto bylo získáno 30 dotazníků sesterských, z toho 15 dotazníků z ordinací kožních lékařů a 15 z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, a 45 dotazníků rodičovských. Návratnost tedy byla 78,95 % u sesterských dotazníků a 56,25 % u dotazníků rodičovských.

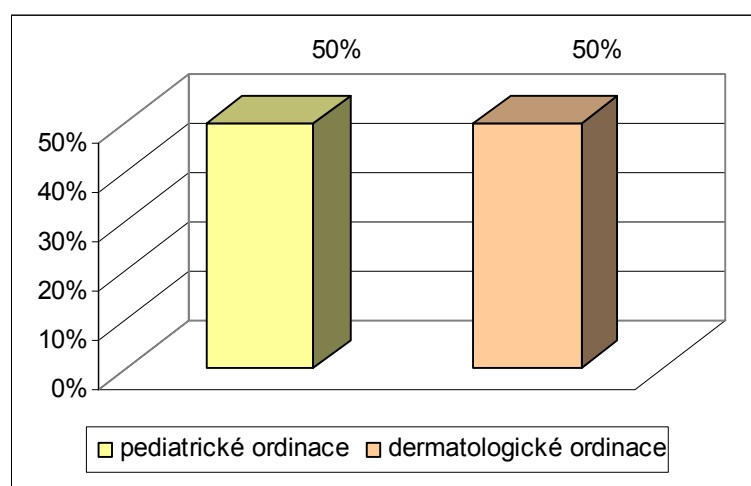
4. Výsledky

Výsledky byly zpracovány pomocí programu MS Excel do podoby grafů a tabulek. Veškeré takto zpracované údaje jsou uvedeny v následujících podkapitolách a pocházejí z vlastního výzkumu, který je jejich zdrojem.

4.1 Výsledky dotazníků pro sestry v ordinacích kožních lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

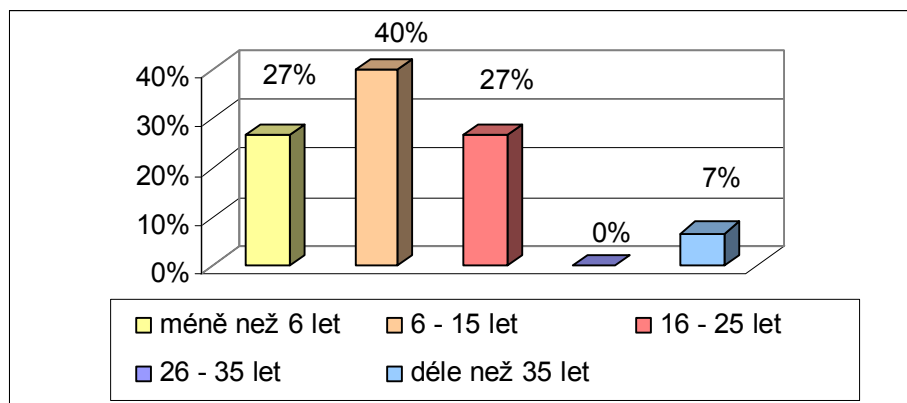
Pro usnadnění porovnání výsledků sester pracujících v ordinacích kožních lékařů (*dermatologické ordinace*) a praktických lékařů pro děti a dorost (*pediatrické ordinace*) jsou tyto uvedeny v jedné kapitole. Aby bylo jednoznačné, ke kterým hodnotám dané výsledky náleží, rozlišení bylo dosaženo pomocí číslování grafů, kdy *grafy A* označují sestry pracující v *pediatrických ordinacích* (například: Graf 2A Délka praxe) a *grafy B* označují sestry pracující v *dermatologických ordinacích* (například: Graf 2B Délka praxe).

Graf 1 Ordinace



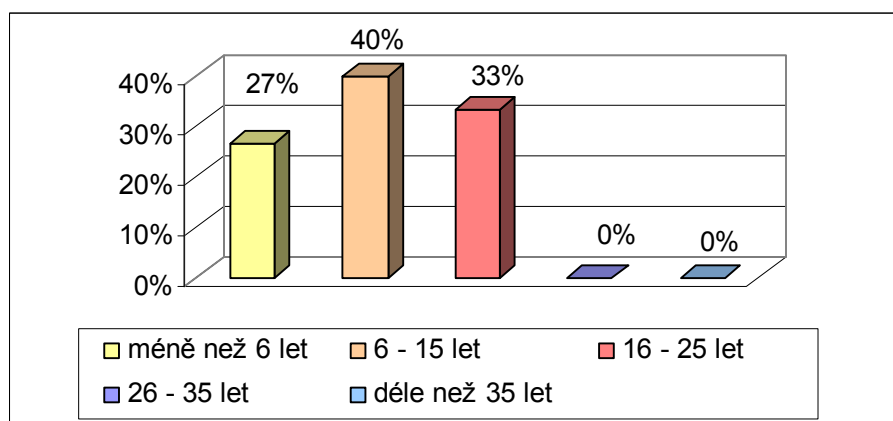
Z celkového počtu 100 % (30) sester pracovalo 50 % (15) sester v ordinaci pediatrické a 50 % (15) v ordinaci dermatologické.

Graf 2A Délka praxe



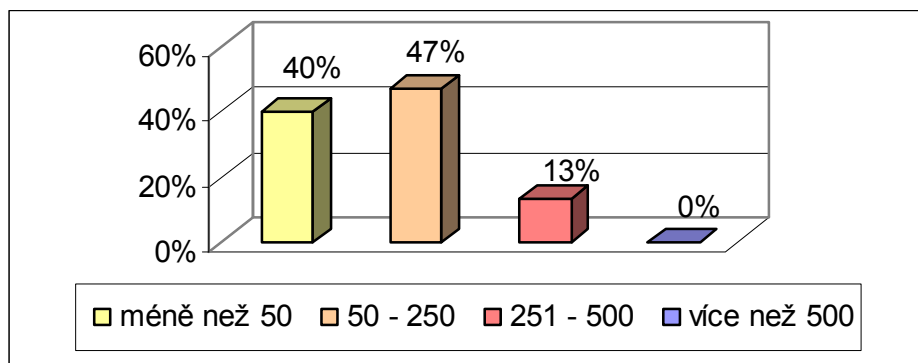
Z celkového počtu 100 % (15) sester pracovalo v pediatrické ordinaci méně než 6 let 27 % (4) sester, 6 - 15 let 40 % (6) sester, 16 - 25 let 27 % (4) sester, 26 - 35 let 0 % (0) sester a déle než 35 let 7 % (1) sester.

Graf 2B Délka praxe



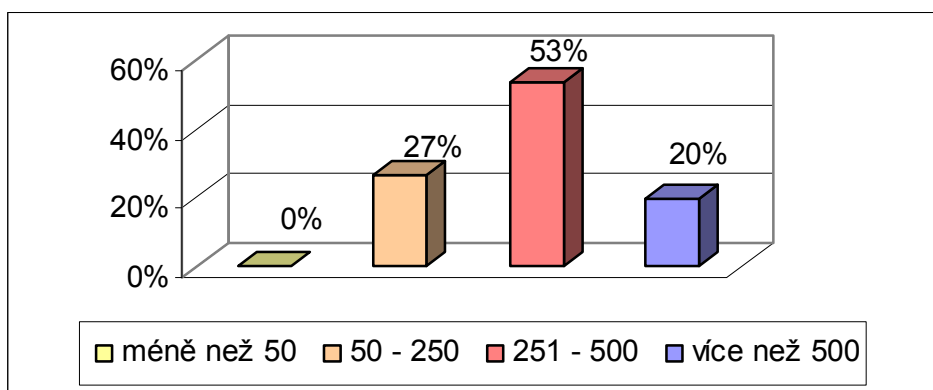
Z celkového počtu 100 % (15) sester pracovalo v dermatologické ordinaci méně než 6 let 27 % (4) sester, 6 - 15 let 40 % (6) sester, 16 - 25 let 33 % (5) sester, 26 - 35 let 0 % (0) sester a déle než 35 let 0 % (0) sester.

Graf 3A Počet dětí s diagnózou atopické dermatitidy



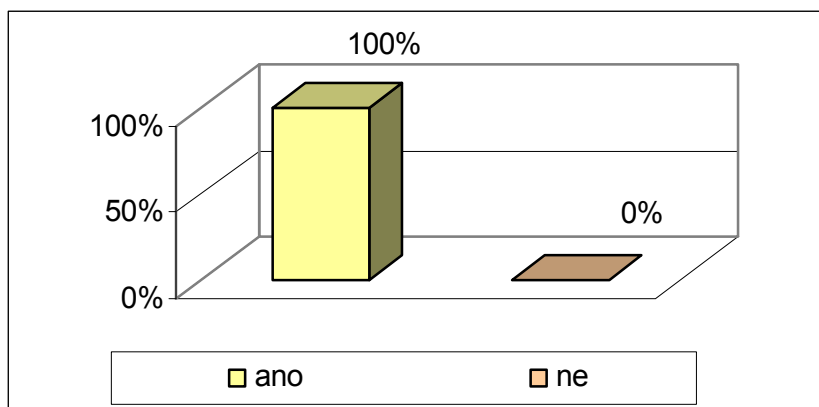
Počet dětí s diagnózou atopické dermatitidy, které jsou evidovány v dané pediatrické ordinaci, z celkového počtu 100 % (15) sester udalo 40 % (6) sester méně než 50, 47 % (7) sester 50 - 250, 13 % (2) sester 250 - 500 a 0 % (0) více než 500.

Graf 3B Počet dětí s diagnózou atopické dermatitidy



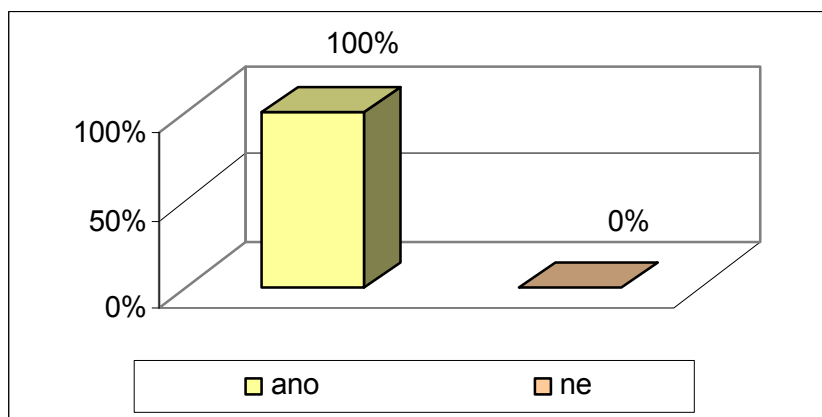
Počet dětí s diagnózou atopické dermatitidy, které jsou evidovány v dané dermatologické ordinaci, z celkového počtu 100 % (15) sester udalo 0 % (0) sester méně než 50, 27 % (4) sester 50 - 250, 53 % (8) sester 250 - 500 a 20 % (3) sester více než 500.

Graf 4A Přítomnost informačních pramenů



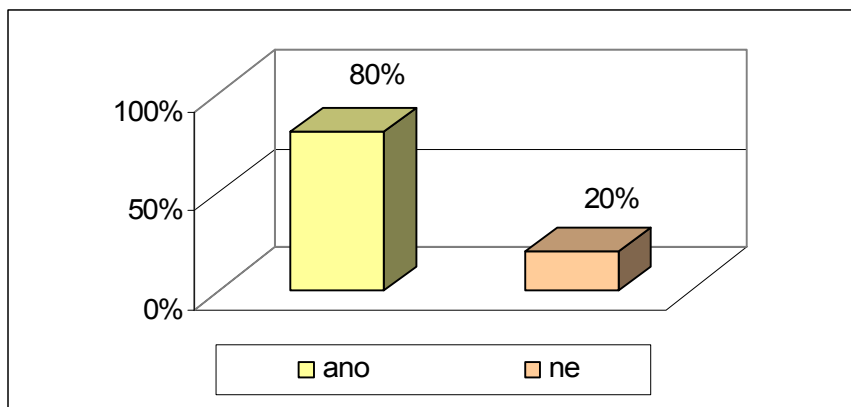
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester uvedlo 100 % (15) sester, že v jejich ordinaci jsou k dispozici informační brožury či letáky týkající se atopické dermatitidy. Jejich nepřítomnost neuvádla žádná sestra 0 %.

Graf 4B Přítomnost informačních pramenů



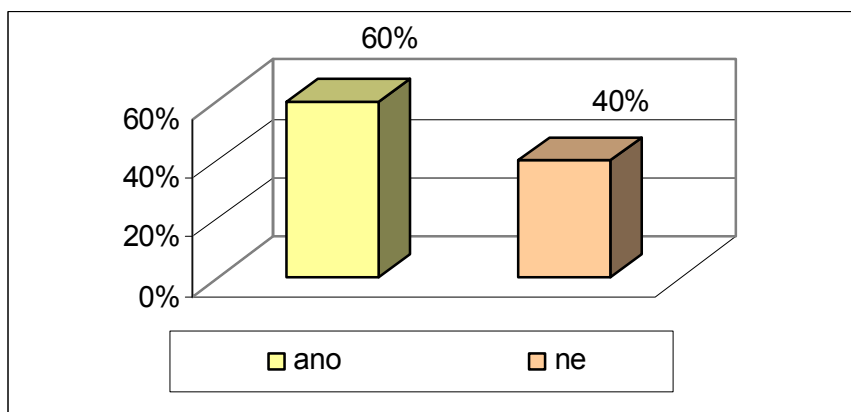
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester uvedlo 100 % (15) sester, že v jejich ordinaci jsou k dispozici informační brožury či letáky týkající se atopické dermatitidy. Jejich nepřítomnost neuvádla žádná sestra 0 %.

Graf 5A Žádosti rodičů o informace směřované k sestřám



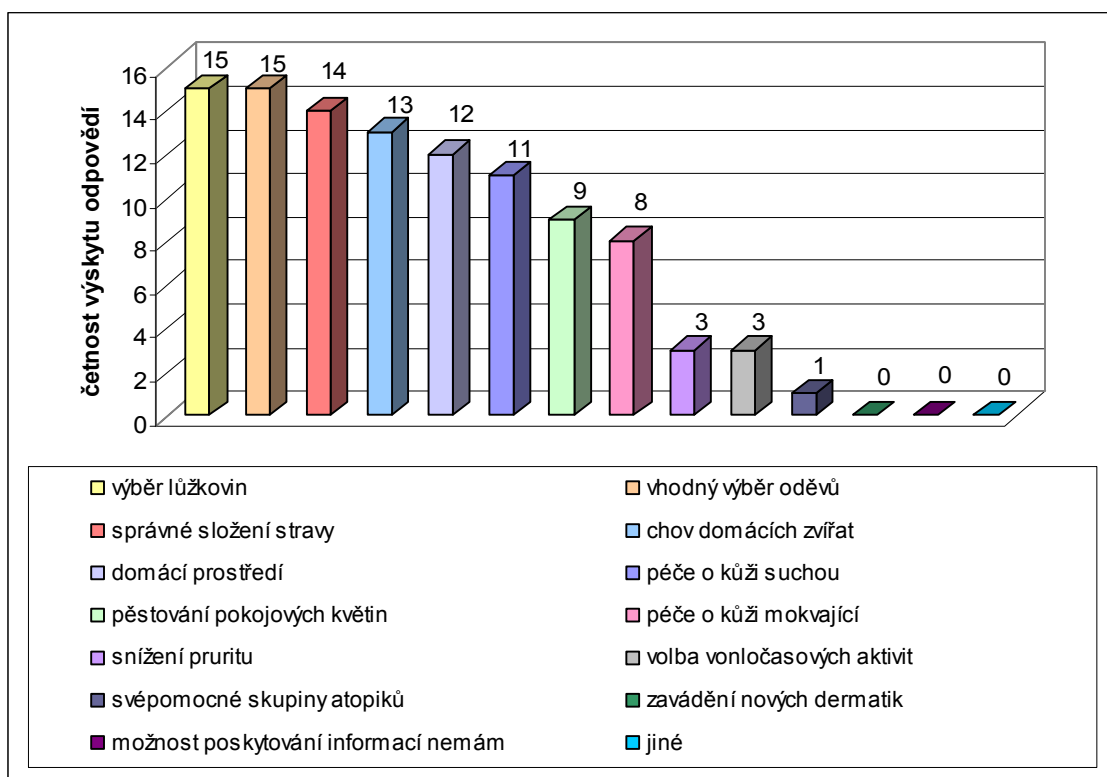
Z celkového počtu 100 % (15) sester uvedlo 80 % (12) sester, že se na ně rodiče dětí s atopickou dermatitidou obrazejí s žádostmi o informace spojené s péčí o tyto děti. 20 % (3) sester uvedlo, že se na ně rodiče s těmito žádostmi neobracejí.

Graf 5B Žádosti rodičů o informace směřované k sestřám



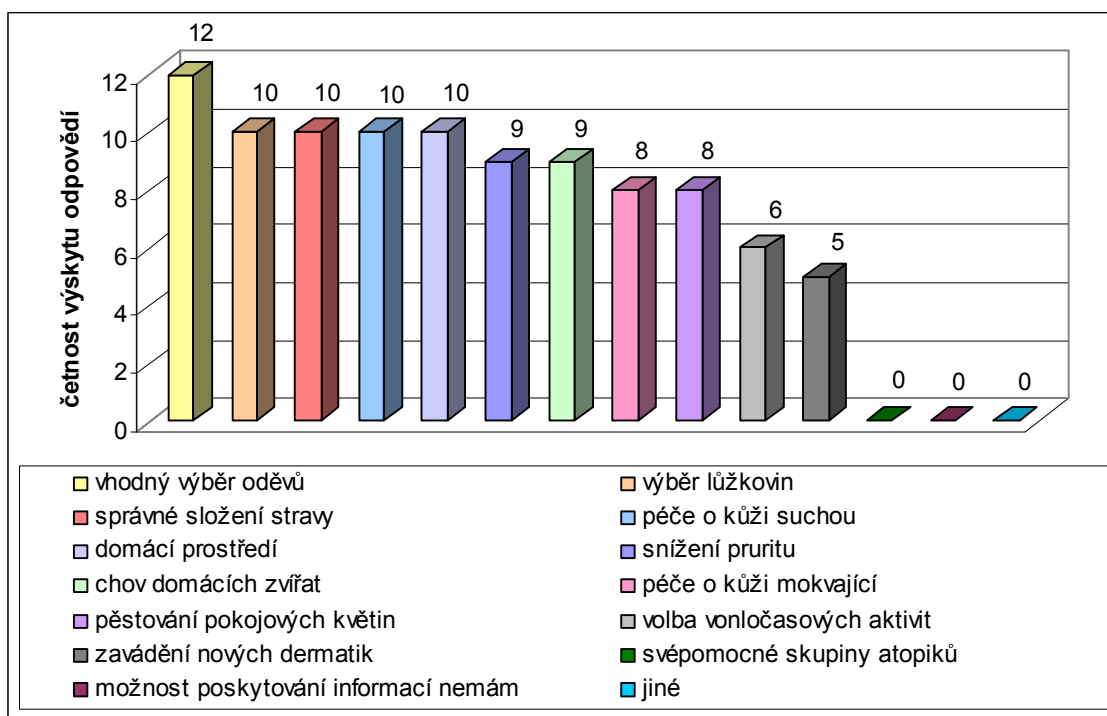
Z celkového počtu 100 % (15) sester uvedlo 60 % (9) sester, že se na ně rodiče dětí s atopickou dermatitidou obrazejí s žádostmi o informace spojené s péčí o tyto děti. 40 % (6) sester uvedlo, že se na ně rodiče s těmito žádostmi neobracejí.

Graf 6A Informace poskytované sestrami



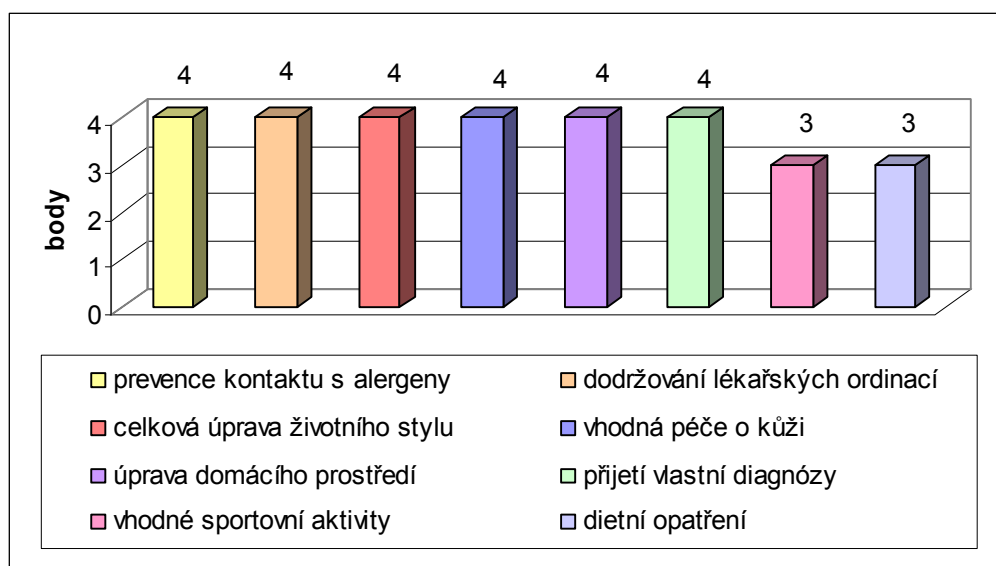
Graf 6A zobrazuje výčet oblastí, o kterých pediatrické sestry rodiče dětí s daným onemocněním mohou ze své pozice informovat. Při jejich volbě mohly sestry uvést více možností. Z grafického znázornění je patrné, že mezi nejčastěji uváděné dopovědi patřily položky vhodného výběru lůžkovin a vhodného výběru oděvů, které se vyskytly 15krát. Správné složení stravy bylo uvedeno 14krát, 13krát byl zmíněn chov domácích zvířat. Domácí prostředí atopiků se v odpovědích pediatrických sester objevilo 12krát, péče o kůži suchou 11krát, pěstování pokojových květin 9krát, péče o kůži mokvající pak 8krát. Snížení pruritu a volba volnočasových aktivit byly v daných dotaznících zmíněny 3krát. 1krát bylo uvedeno poskytování informací vztahujících se ke svěpomocným skupinám atopiků. Možnost poskytování informací v oblasti zavádění nových dermatik, nemožnost poskytování informací a jiné nebyla uvedena ani jedenkrát.

Graf 6B Informace poskytované sestrami



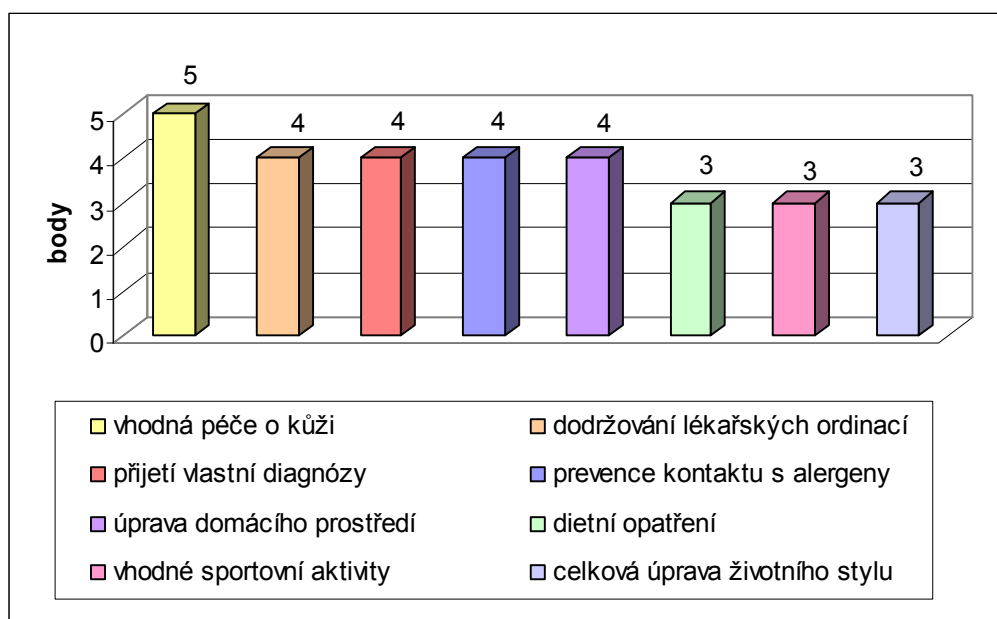
Graf 6B zobrazuje výčet oblastí, o kterých dermatologické sestry rodiče dětí s daným onemocněním mohou ze své pozice informovat. Při jejich volbě mohly sestry uvést více možností. Z grafického znázornění je patrné, že mezi nejčastěji uváděné dopovědi patřilo poskytování informací týkajících se vhodného výběru oděvů, které se zde objevilo 12krát. Vhodný výběr lůžkovin byl v odpovědích dermatologických sester zmíněn 10krát, stejně jako správné složení stravy, péči o kůži suchou a specifika spojená s domácím prostředím těchto dětí. Poskytování informací o snížení pruritu a chovu domácích zvířat bylo uvedeno 9krát. 8krát se mezi odpověďmi vyskytlo poskytování informací vztahujících se k péči o kůži mokvající a pěstování pokojových květin. Volba volnočasových aktivit byla zmíněna 6krát, informace týkající se zavádění nových dermatik pak 5krát. Možnost poskytování informací o svépomocných skupinách atopiků, nemožnost poskytování informací a jiné nebyla zmíněna ani jedenkrát.

Graf 7A Význam jednotlivých částí komplexní péče



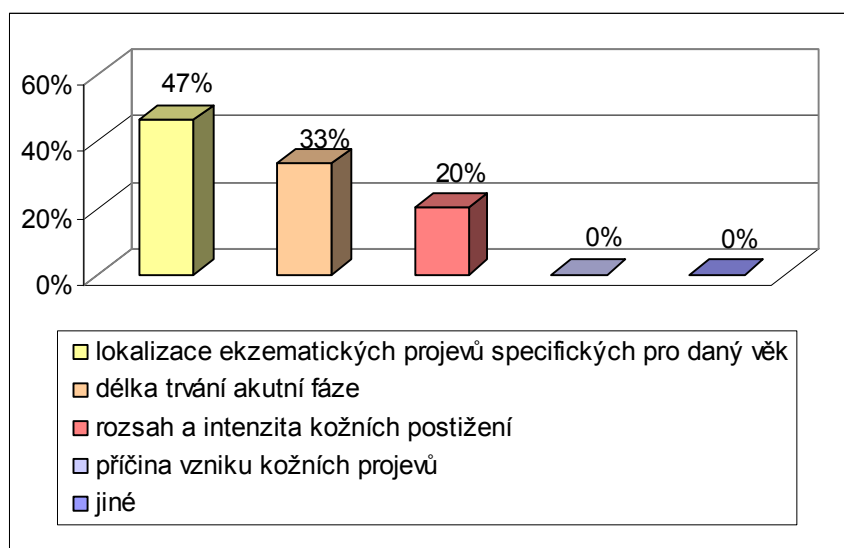
Význam jednotlivých částí komplexní péče vztahujících se k léčbě atopické dermatitidy u dětí hodnotilo celkem 15 pediatrik sester na stupnici od 1 do 5, kdy 1 bod označoval nejméně podstatnou část léčby a 5 bodů nejpodstatnější. Následně byl z takto uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr. Ze získaných dat vyplynulo, že 4 body sestry přiřadily prevenci kontaktu s alergeny, dodržování lékařských ordinací, celkovou úpravu životního stylu, vhodnou péči o kůži, úpravu domácího prostředí a přijetí vlastní diagnózy. Vhodným sportovním aktivitám a dietním opatřením sestry určily 3 body.

Graf 7B Význam jednotlivých částí komplexní péče



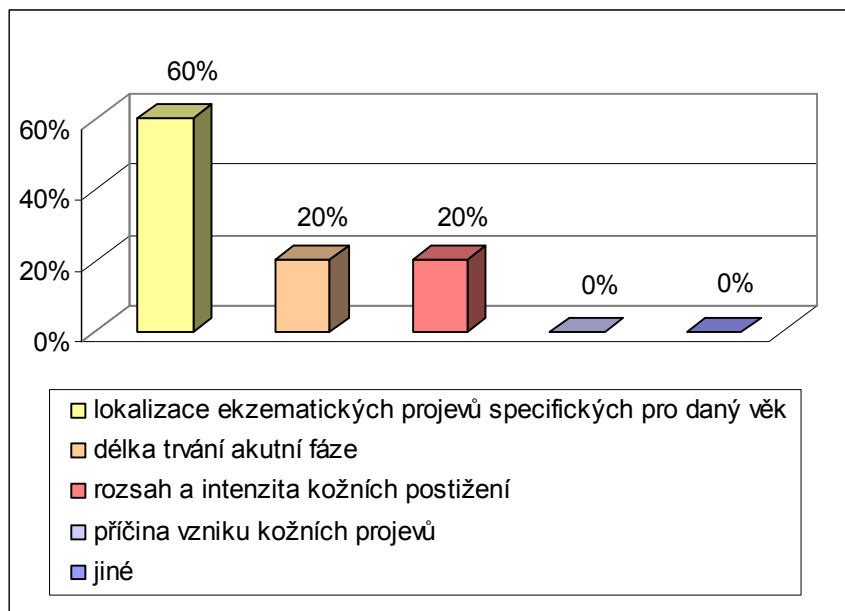
Význam jednotlivých částí komplexní péče vztahujících se k léčbě atopické dermatitidy u dětí hodnotilo celkem 15 dermatologických sester na stupnici od 1 do 5, kdy 1 bod označoval nejméně podstatnou část léčby a 5 bodů nejpodstatnější. Následně byl z takto uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr. Ze získaných dat vyplynulo, že 5 bodů sestry přiřadily vhodné péči o kůži, 4 body dodržování lékařských ordinací, přijetí vlastní diagnózy, prevenci kontaktu s alergeny a vhodné úpravě domácího prostředí. Dodržování dietních opatření, vhodným sportovním aktivitám a celkové úpravě životního stylu, sestry přiřadily 3 body.

Graf 8A Odlíšnosti klinických forem atopické dermatitidy



Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester uvedlo 47 % (7) sester, že jednotlivé klinické formy atopické dermatitidy se od sebe odlišují lokalizací ekzematických projevů specifických pro daný věk. 33 % (5) sester zvolilo možnost délky trvání akutní fáze a 20 % (3) sester pak rozsah a intenzitu kožního postižení. Žádná sestra 0 % nezvolila možnost odlišení v příčině vzniku kožních projevů ani jiné.

Graf 8B Odlíšnosti klinických forem atopické dermatitidy



Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester uvedlo 60 % (9) sester, že jednotlivé klinické formy atopické dermatitidy se od sebe odlišují lokalizací ekzematických projevů specifických pro daný věk. 20 % (3) sester zvolilo možnost délky trvání akutní fáze a 20 % (3) sester pak rozsah a intenzitu kožního postižení. Žádná sestra 0 % nezvolila možnost odlišení v příčině vzniku kožních projevů ani jiné.

Tabulka 1A Charakteristické projevy kojenecké formy atopické dermatitidy

projev	četnost výskytu odpovědí
kožní projevy na tvářích	9
suchá, hrubá a silně svědivá kůže	8
kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek	8
suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku	6
kožní projevy na čele	5
pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech	5
kožní projevy na zápěstí	4
kožní projevy na krku	3
kožní projevy na uších	2
drobné živě červené papulky	2
silně mokvající kůže	2
zarudlé plochy s drobnými puchýřky	0
kožní projevy na hřbetech rukou	0

Tabulka 1A znázorňuje projevy, které jsou dle pediatrických sester charakteristické pro kojeneckou formu atopické dermatitidy. Při volbě těchto příznaků mohly sestry uvést více možností. Z tabulky vyplývá, že nejčastěji uváděným příznakem jsou kožní projevy na tvářích, které se v odpovědích pediatrických sester vyskytly 9krát. Suchá, hrubá a silně svědivá kůže a kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek byly zmíněny 8krát. 6krát byla uvedena možnost suché a zhrubělé kůže v horní části hrudníku, 5krát kožní projevy na čele a pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech. 3krát se vyskytly kožní projevy na krku. Kožních projevů na uších, drobné živě červené papulky a silně mokvající kůže byly zmíněny 2krát. Zarudlé plochy s drobnými puchýřky a kožní projevy na hřbetech rukou nebyly uvedeny ani jedenkrát.

Tabulka 1B Charakteristické projevy kojenecké formy atopické dermatitidy

projev	četnost výskytu odpovědí
kožní projevy na tvářích	14
drobné živě červené papulky	7
suchá, hrubá a silně svědivá kůže	7
kožní projevy na čele	6
kožní projevy na zápěstí	6
zarudlé plochy s drobounkými puchýřky	5
kožní projevy na krku	4
silně mokvající kůže	4
suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku	3
pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech	3
kožní projevy na uších	2
kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek	1
kožní projevy na hřbetech rukou	0

Tabulka 1B znázorňuje projevy, které jsou dle dermatologických sester charakteristické pro kojeneckou formu atopické dermatitidy. Při volbě těchto příznaků mohly sestry uvést více možností. Z tabulky vyplývá, že nejčastěji uváděným příznakem jsou kožní projevy na tvářích, které se v odpovědích dermatologických sester vyskytly 14krát. Drobné živě červené papulky a suchá, hrubá a silně svědivá kůže se vyskytly 7krát. 6krát byly v odpovědích mezi charakteristické projevy zařazeny kožní projevy na čele a kožní projevy na zápěstí. Zarudlé plochy s drobounkými puchýřky byly uvedeny 5krát, 4krát byly zmíněny i kožní projevy na krku a silně mokvající kůže. 3krát se vyskytla možnost suché a zhrubělé kůže v horní části hrudníku a pevně lpějících bělavých šupin ve vlasech. 2krát byla uvedena možnost kožních projevů na uších a 1krát pak kožních projevů v oblasti loketních a zákolenních jamek. Možnost kožních projevů na hřbetech rukou nebyla uvedena ani jedenkrát.

Tabulka 2A Charakteristické projevy dětské formy atopické dermatitidy

projev	četnost výskytu odpovědí
kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek	14
suchá, hrubá a silně svědivá kůže	10
kožní projevy na tvářích	7
suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku	7
kožní projevy na hřbetech rukou	2
kožní projevy na zápěstí	2
kožní projevy na uších	2
kožní projevy na krku	2
silně mokvající kůže	1
ekzém prsních bradavek	0
drobné živě červené papulky	0
zarudlé plochy s drobounkými puchýřky	0
pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech	0

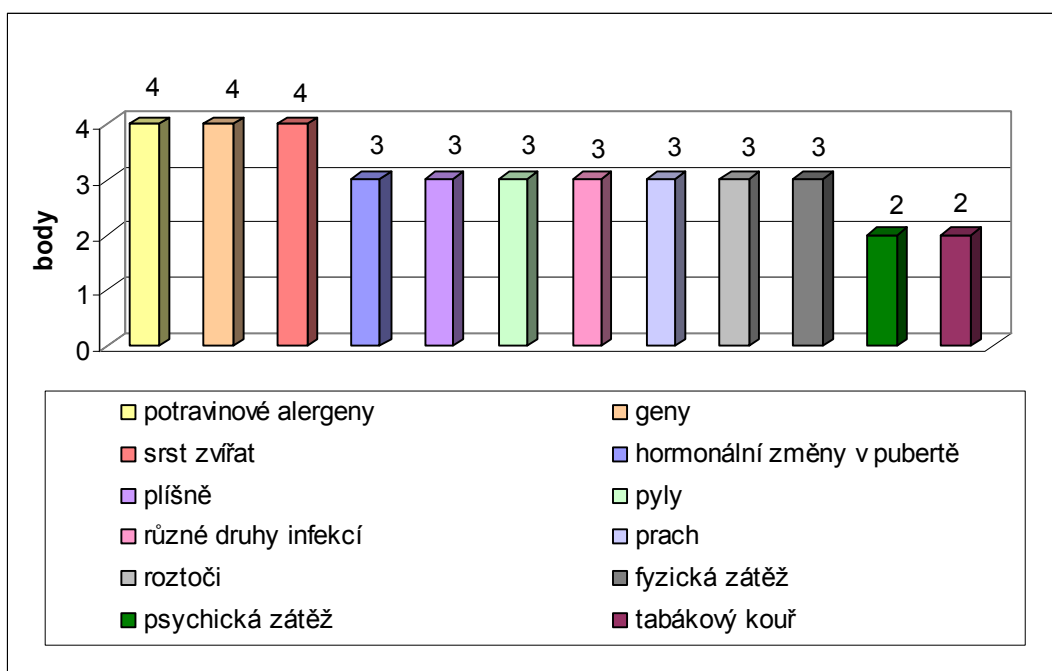
Tabulka 1A znázorňuje projevy, které jsou dle pediatrických sester charakteristické pro dětskou formu atopické dermatitidy. Při volbě těchto příznaků mohly sestry uvést více možností. Z tabulky vyplývá, že nejčastěji uváděným příznakem jsou kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek, které byly v odpovědích pediatrických sester zmíněny 14krát. Suchá, hrubá a silně svědivá kůže byla uvedena 10krát, 7krát pak kožní projevy na tvářích a suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku. Kožní projevy na hřbetech rukou, kožní projevy na zápěstí, kožní projevy na uších a kožní projevy na krku se vyskytly v odpovědích těchto sester 2krát. Jedenkrát byla mezi charakteristické projevy dětské formy tohoto onemocnění zařazena silně mokvající kůže. Ekzém prsních bradavek, drobné živě červené papulky, zarudlé plochy s drobounkými puchýřky a pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech nebyly uvedeny ani jedenkrát.

Tabulka 2B Charakteristické projevy dětské formy atopické dermatitidy

projevy	četnost výskytu odpovědí
kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek	15
suchá, hrubá a silně svědivá kůže	9
kožní projevy na zápěstí	9
suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku	4
drobné živě červené papulky	4
pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech	4
kožní projevy na tvářích	3
ekzém prsních bradavek	2
kožní projevy na hřbetech rukou	2
zarudlé plochy s drobnými puchýřky	2
kožní projevy na uších	2
kožní projevy na krku	2
silně mokvající kůže	2

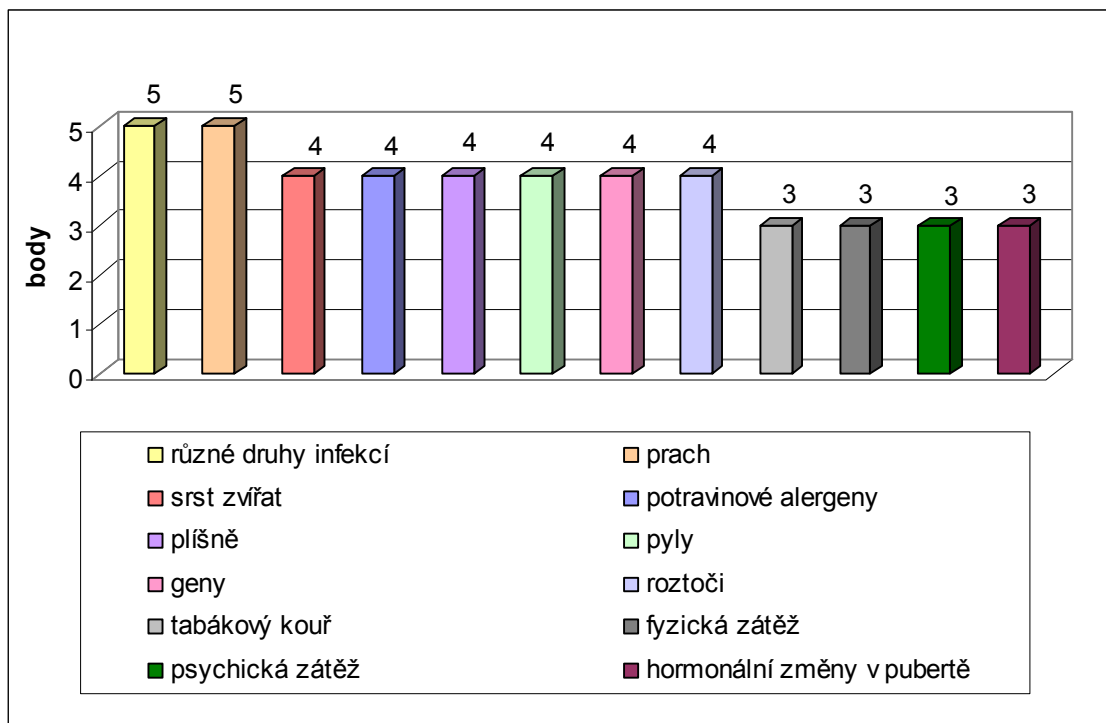
Tabulka 1B znázorňuje projevy, které jsou dle dermatologických sester charakteristické pro dětskou formu atopické dermatitidy. Při volbě těchto příznaků mohly sestry uvést více možností. Z tabulky vyplývá, že nejčastěji uváděným příznakem jsou kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek, které byly v odpovědích dermatologických sester zmíněny 15krát. Suchá, hrubá a silně svědivá kůže a kožní projevy na zápěstí byly uvedeny 9krát. Suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku, drobné živě červené papulky a pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech se v odpovědích dermatologických sester objevily 4krát. 3krát byly k charakteristickým projevům přiřazeny i kožní projevy na tvářích. Ekzém prsních bradavek, kožní projevy na hřbetech rukou, zarudlé plochy s drobnými puchýřky, kožní projevy na uších, kožní projevy na krku a silně mokvající kůže byla uvedena 2krát.

Graf 9A Význam jednotlivých provokačních faktorů



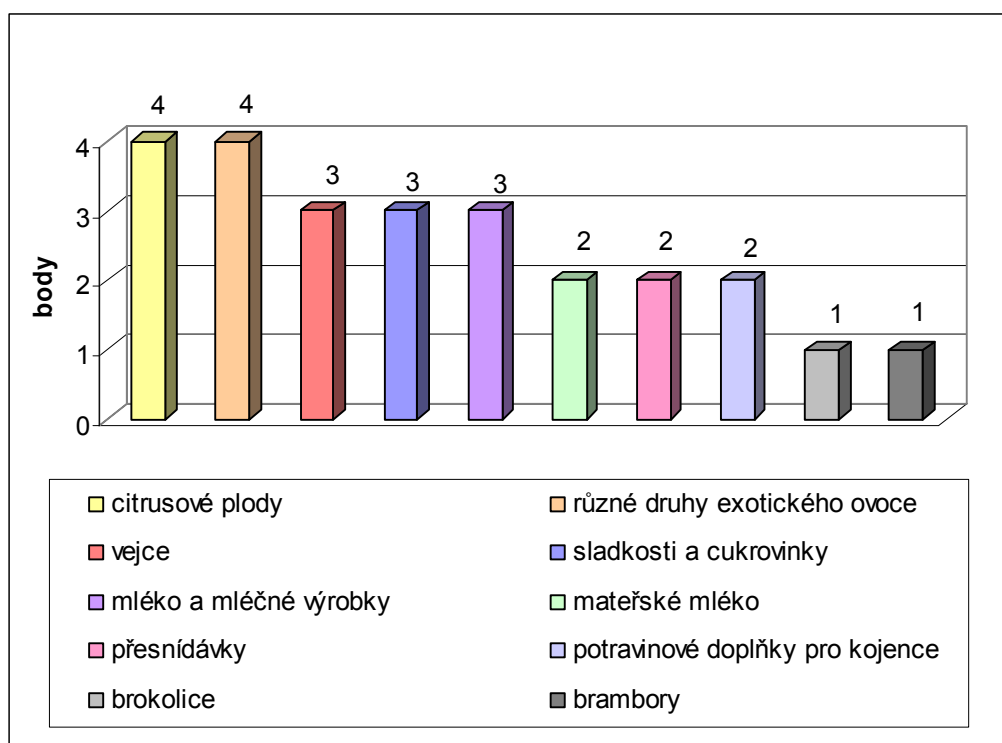
Graf 9A je zobrazením významu jednotlivých provokačních faktorů ve vztahu k atopické dermatitidě u dětí. Ten byl hodnocen na stupnici od 1 do 5, přičemž 1 bod označoval nejméně významný provokační faktor, 5 bodů nejméně významnější. Následně byl z takto uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr. Ze získaných dat vyplynulo, že 4 body pediatričké sestry přiřadily potravinovým alergenům, genům a srsti zvířat. 3 body pak přiřadily hormonálním změnám v pubertě, plísním, pylům, různým druhům infekcí, prachu, roztočům a fyzické zátěži. Psychické zátěži a tabákovému kouři sestry přiřadily 2 body.

Graf 9B Význam jednotlivých provokačních faktorů



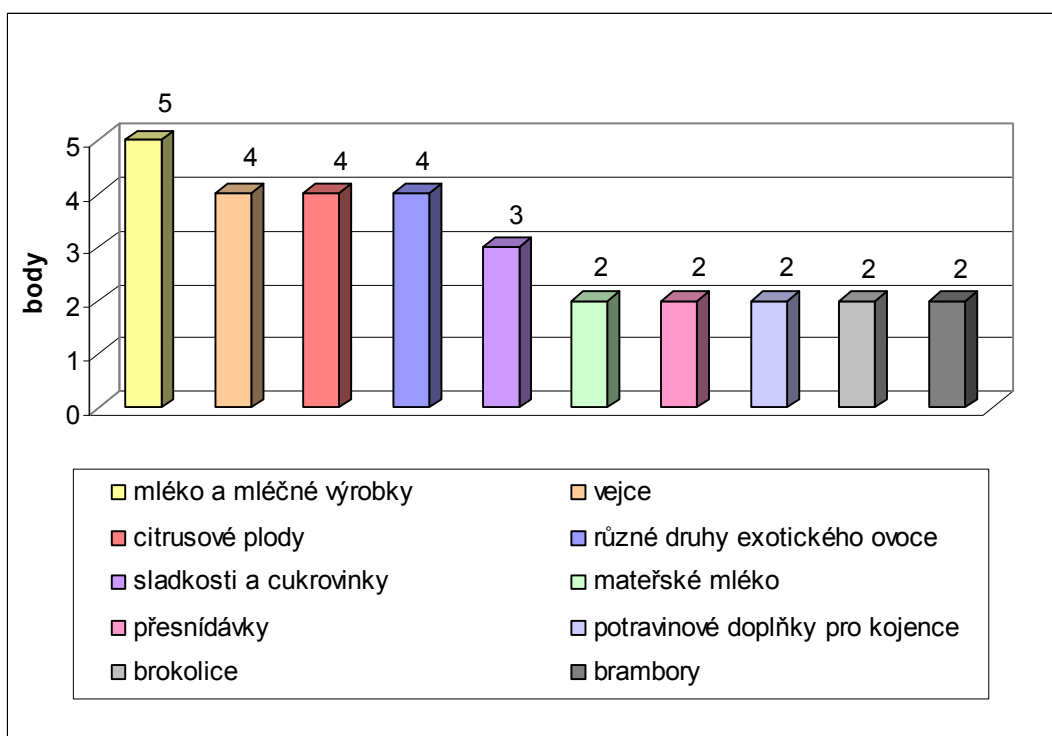
Graf 9B je zobrazením významu jednotlivých provokačních faktorů ve vztahu k atopické dermatitidě u dětí. Ten byl hodnocen na stupinici od 1 do 5, přičemž 1 bod označoval nejméně významný provokační faktor, 5 bodů nejmýznamnější. Následně byl z takto uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr. Ze získaných dat vyplynulo, že 5 bodů dermatologické sestry přiřadily různým druhům infekce a prachu. Srsti zvířat, potravinovým alergenům, plísním, pylům, genům a roztočům sestry přiřadily 4 body. Tabákovému kouři, fyzické zátěži, psychické zátěži a hormonálním změnám v pubertě sestry přiřadily 3 body.

Graf 10A Význam potravinových alergenů v prvním roce života



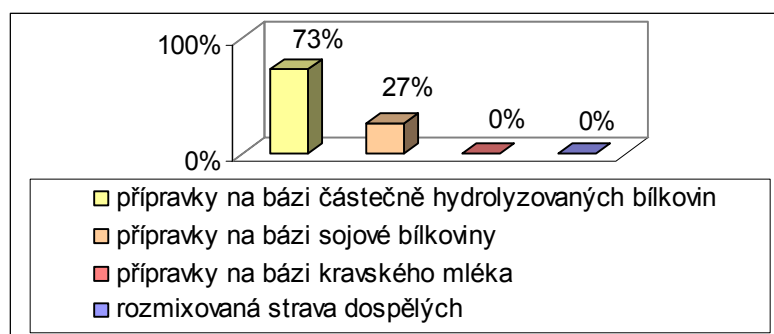
Význam potravinových alergenů v prvním roce života dítěte z pohledu pediatrických sester zobrazuje graf 10A. Zde byly jednotlivé alergeny hodnoceny na stupnici od 1 do 5, kdy 1 bod označoval nejméně významný potravinový alergen a 5 bodů nejdůležitější. Následně byl z uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr. Ze získaných dat vyplynulo, že 4 body sestry přiřadily citrusovým plodům a různým druhům exotického ovoce. Vejce, sladkosti a cukrovinky, mléko a mléčné výrobky byly pediatrickými sestrami byly ohodnoceny 3 body. 2 body sestry přiřadily mateřskému mléku, přesnídávám a potravinovým doplňkům pro kojence. Brokolici a brambory pediatrické sestry hodnotily 1 bodem.

Graf 10B Význam potravinových alergenů v prvním roce života



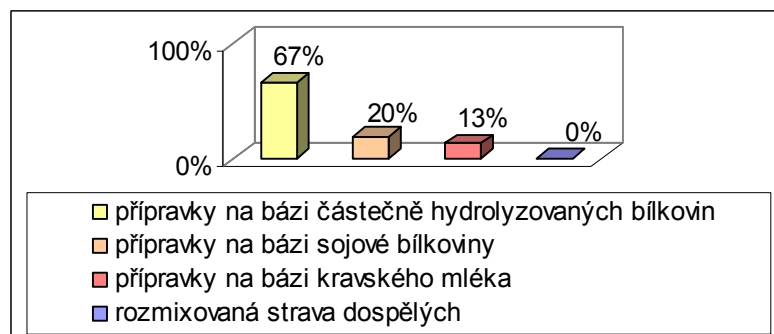
Význam potravinových alergenů v prvním roce života dítěte byl dermatologickými sestrami hodnocen na stupnici od 1 do 5, kdy 1 bod označoval nejméně významný potravinový alergen a 5 bodů nejvýznamnější. Následně byl z uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr. Ze získaných dat vyplynulo, že 5 bodů by dermatologické sestry přiřadily mléku a mléčným výrobkům, 4 body pak vejcům, citrusovým plodům a různým druhům exotického ovoce. 3 body sestry určily sladkostem a cukrovinkám. Mateřskému mléku, přesnídávkám, potravinovým doplňkům pro kojence, brokolici a bramborám sestry přiřadily 2 body.

Graf 11A Nejvhodnější náhradní strava pro kojence s atopickou dermatitidou



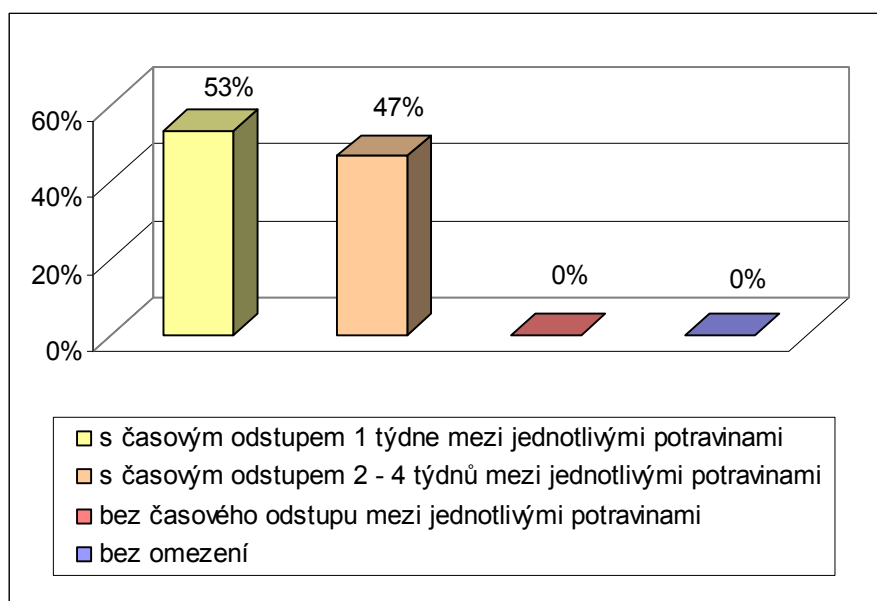
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester by doporučilo jako nejvhodnější náhradní stravu pro kojence s atopickou dermatitidou 73 % (11) sester přípravky vyrobené na bázi částečně hydrolyzovaných bílkovin a 27 % (4) sester přípravky vyrobené na bázi sojové bílkoviny. Přípravky vyrobené na bázi kravského mléka a rozmixovanou stravu dospělých by nedoporučila žádná sestra 0 %.

Graf 11B Nejvhodnější náhradní strava pro kojence s atopickou dermatitidou



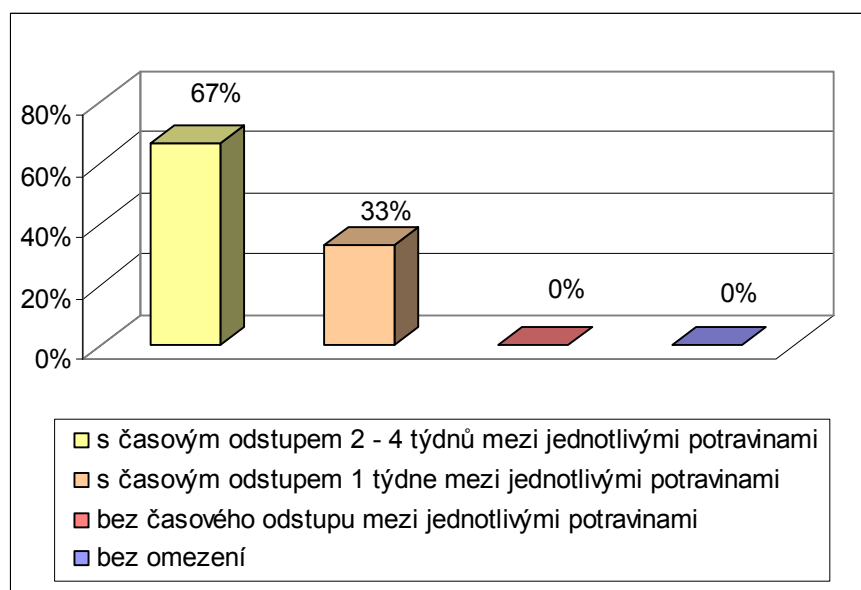
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester by doporučilo jako nejvhodnější náhradní stravu pro kojence s atopickou dermatitidou 67 % (10) sester přípravky vyrobené na bázi částečně hydrolyzovaných bílkovin, 20 % (3) sester přípravky vyrobené na bázi sojové bílkoviny a 13 % (2) sester přípravky vyrobené na bázi kravského mléka. Rozmixovanou stravu dospělých by nedoporučila sestra žádná 0 %.

Graf 12A Zavádění příkrmů



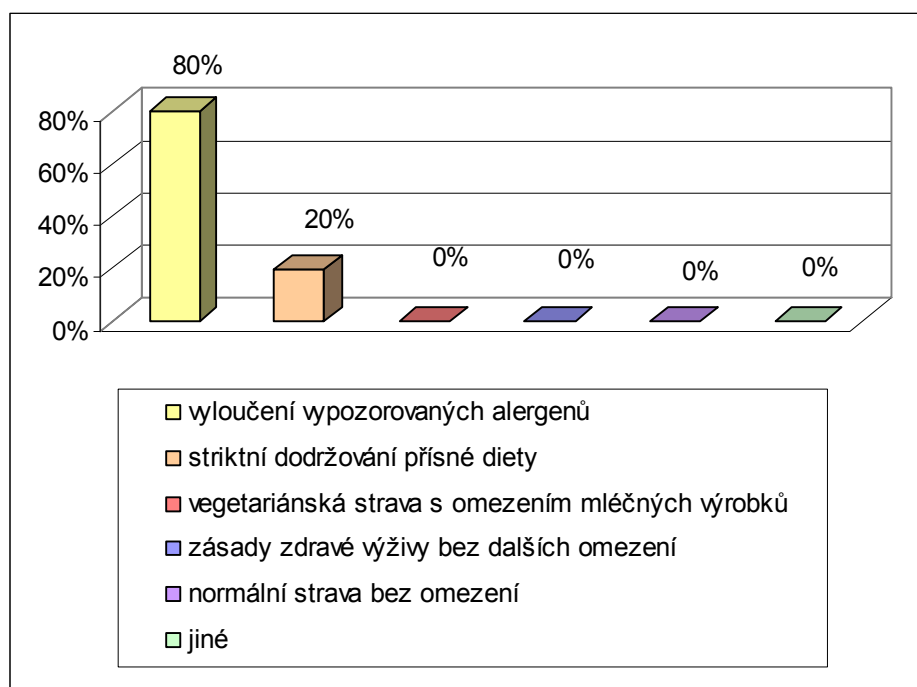
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester by 53 % (8) doporučilo postupné zavádění monokomponentních příkrmů do jídelníčku kojence s časovým odstupem 1 týdne mezi jednotlivými potravinami. 47 % (7) sester by doporučilo postupné zavádění monokomponentních příkrmů s časovým odstupem 2 - 4 týdnů mezi jednotlivými potravinami. Doporučení zavádění monokomponentních příkrmů bez časového odstupu mezi jednotlivými potravinami a zavádění bez omezení by nedoporučila žádná sestra 0 %.

Graf 12B Zavádění příkrmů



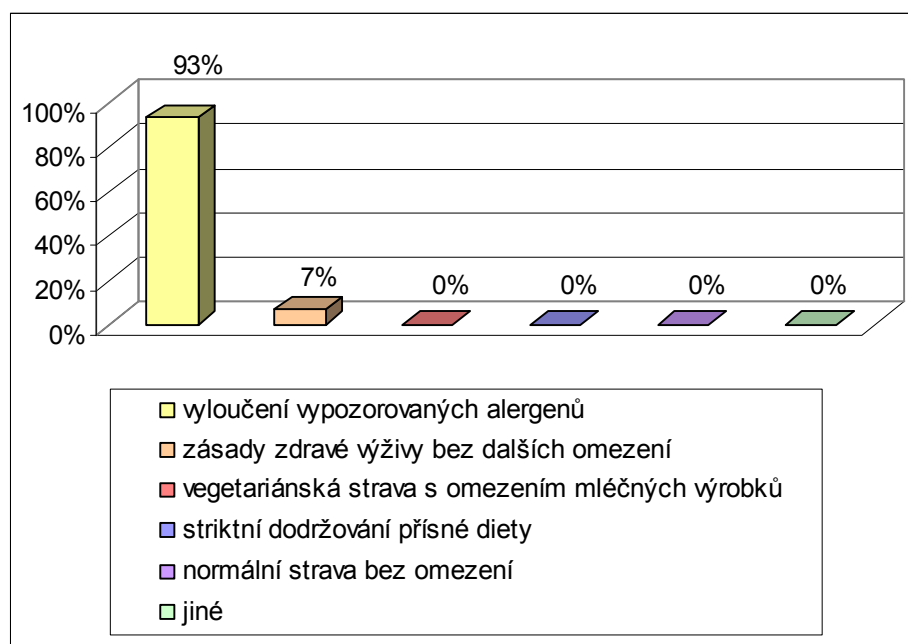
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester by 67 % (10) doporučilo postupné zavádění monokomponentních příkrmů do jídelníčku kojence s časovým odstupem 2 - 4 týdnů mezi jednotlivými potravinami. 33 % (5) sester by doporučilo postupné zavádění monokomponentních příkrmů s časovým odstupem 1 týdne mezi jednotlivými potravinami. Doporučení zavádění monokomponentních příkrmů bez časového odstupu mezi jednotlivými potravinami a zavádění bez omezení by nedoporučila žádná sestra 0 %.

Graf 13A Doporučení pro stravování



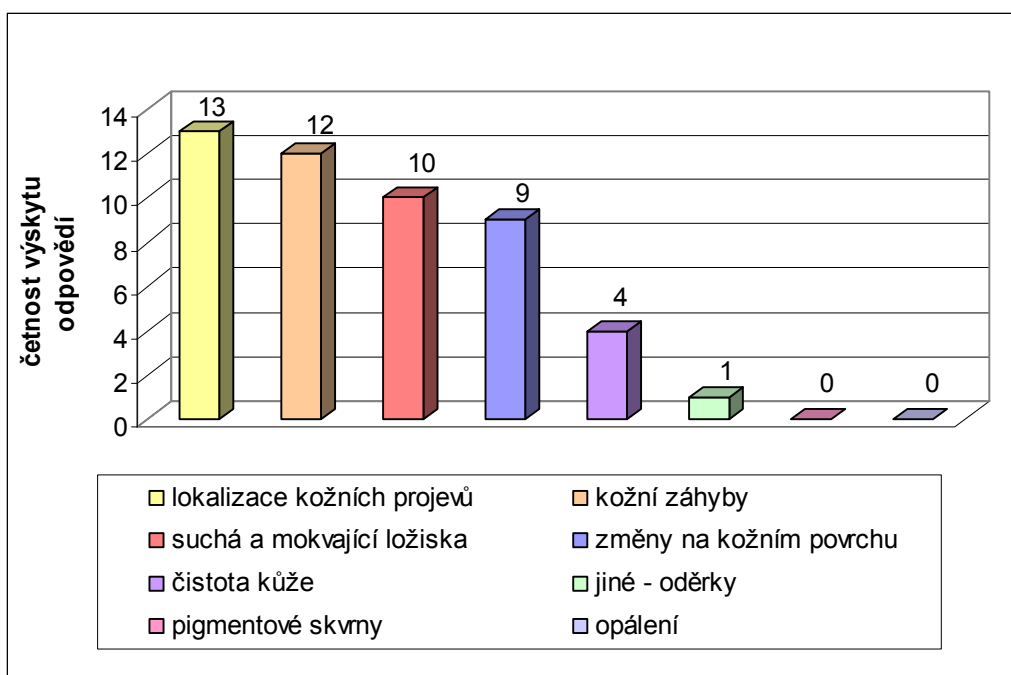
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester 80 % (12) sester udalo, že se stravování dítěte s atopickou dermatidou odvíjí od vyloučení vypozerovaných alergenů. 20 % (3) sester udalo, že se stravování těchto dětí odvíjí od striktního dodržování přísné diety. Možnost vegetariánské stravy s omezením mléčných výrobků, zásady zdravé výživy bez dalších omezení, normální stravy bez omezení ani jiné nezvolila žádná sestra 0 %.

Graf 13B Doporučení pro stravování



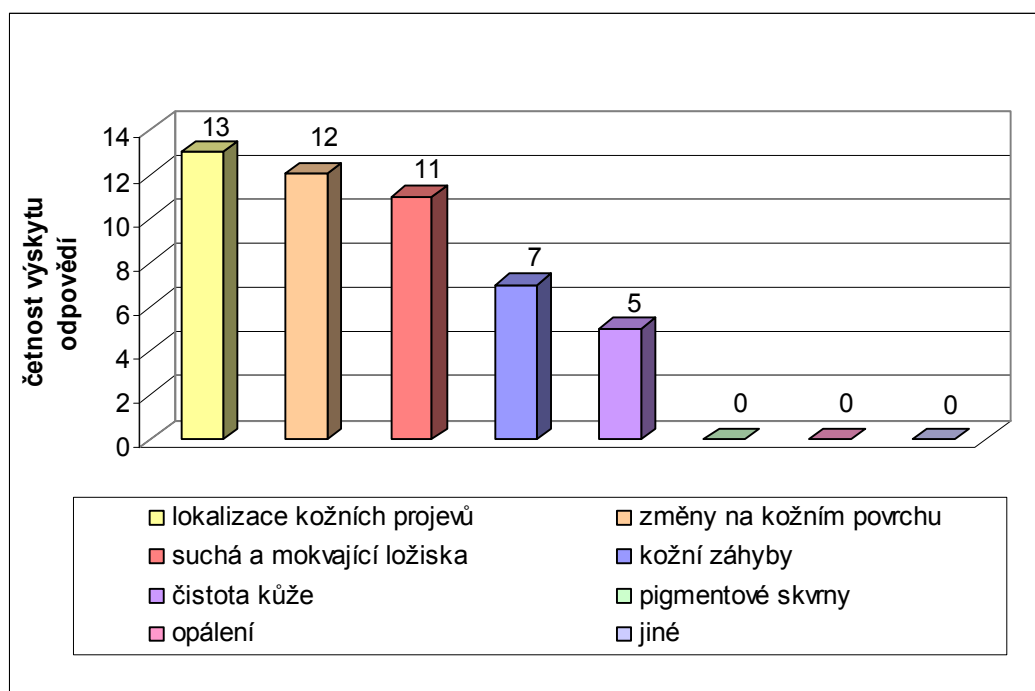
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester 93 % (14) sester udalo, že se stravování dítěte s atopickou dermatitidou odvíjí od vyloučení vyzorovaných alergenů. 7 % (1) sester udalo, že se stravování těchto dětí odvíjí od striktního dodržování přísné diety. Možnost vegetariánské stravy s omezením mléčných výrobků, zásady zdravé výživy bez dalších omezení, normální stravy bez omezení ani jiné nezvolila žádná sestra 0 %.

Graf 14A Hodnocení stavu kůže



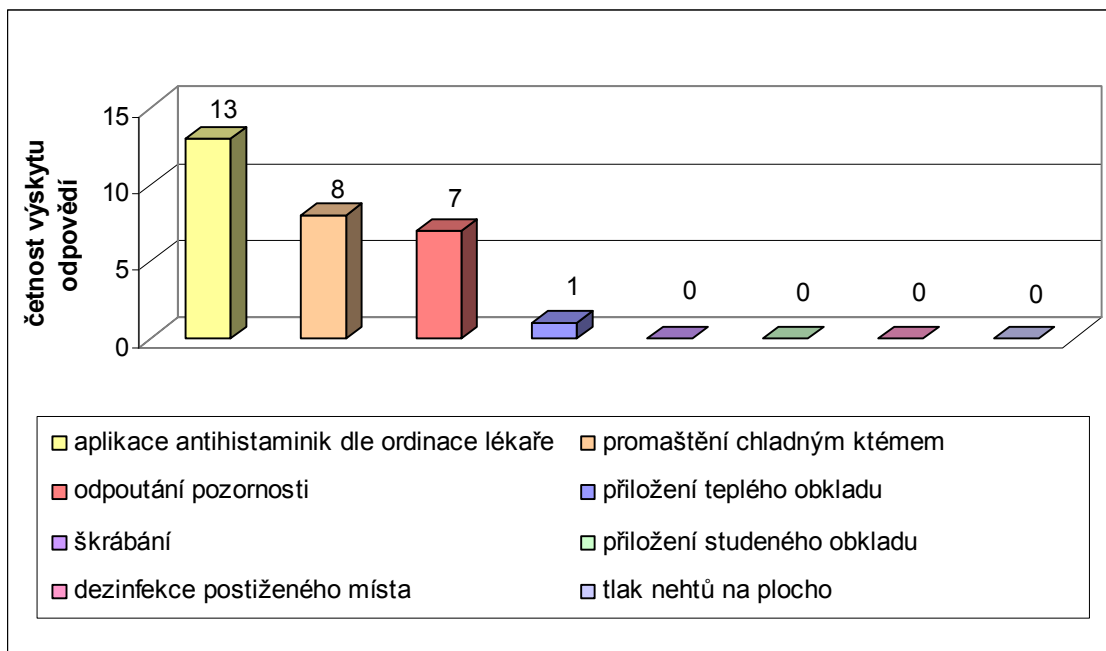
Graf 14A znázorňuje, čeho si pediatrické sestry všimají při hodnocení stavu kůže. Při volbě odpovědí mohly sestry zvolit více možností. Ze získaných dat vyplývá, že lokalizace kožních projevů se v odpovědích těchto sester objevila 13krát, 12krát se vyskytla možnost sledování kožních záhybů a 10krát možnost sledování suchých a mokvajících ložisek. 9krát byly uvedeny změny na kožním povrchu a 1krát možnost jiné - oděrky. Pigmentové skvrny ani opálení nebyly uvedeny.

Graf 14B Hodnocení stavu kůže



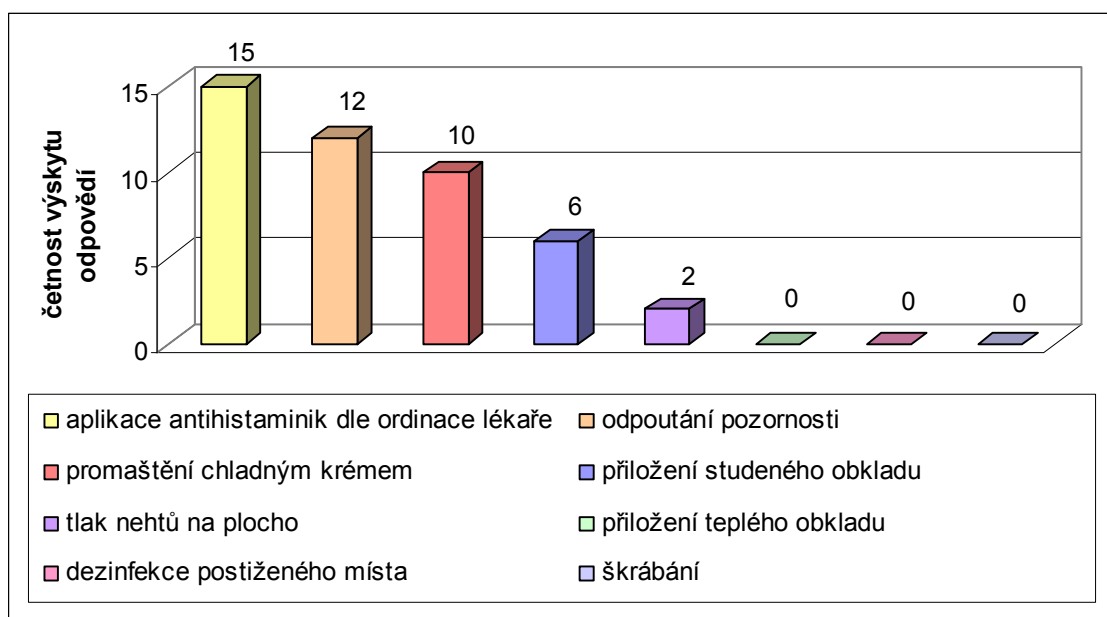
Graf 14B znázorňuje, čeho si dermatologické sestry všímají při hodnocení stavu kůže. Při volbě odpovědi bylo možné zvolit i více možností z nabídnuté palety. Ze získaných dat vyplynula coby nejfrekventovanější odpověď lokalizace kožních projevů, která zde byla uvedena 13krát, 12krát byly zmíněny změny na kožním povrchu a 11krát suchá a mokvající ložiska. 7krát byla uvedena možnost sledování kožních záhybů a 5krát možnost sledování čistoty kůže. Pigmentové skvrny, opálení ani možnost jiné nebyla uvedena.

Graf 15A Doporučení pro snížení pruritu



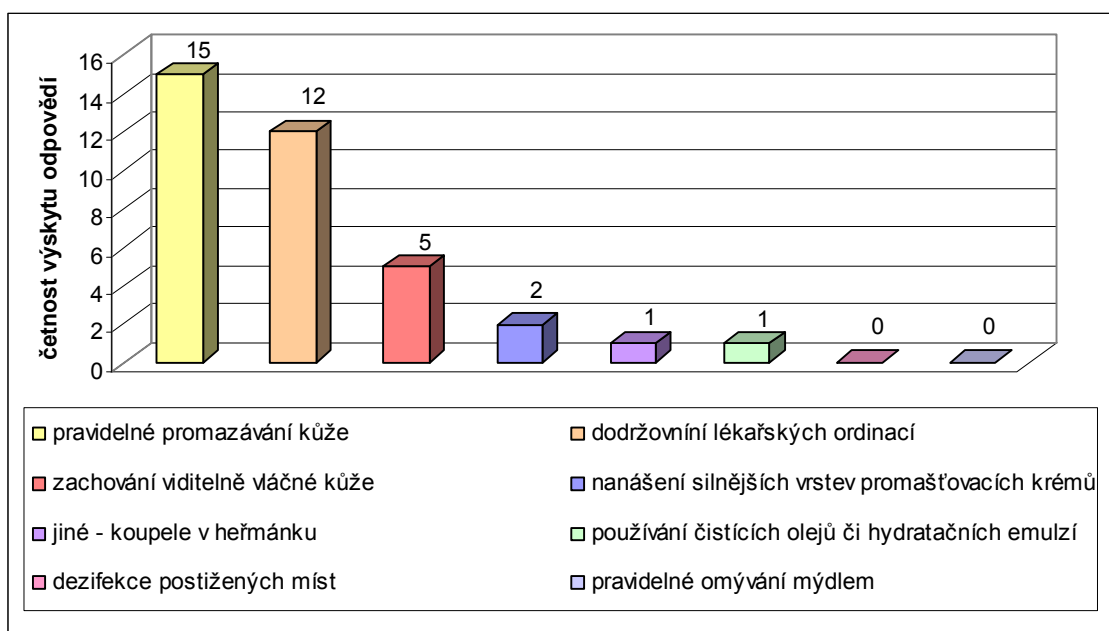
Graf 15A znázorňuje doporučení, která by pediatrické sestry poskytly rodičům či ekzematikovi při potížích se silným pruritem. Při volbě doporučení mohly sestry zvolit více odpovědí. Z uvedených dat vyplývá, že mezi nejčastější doporučení patří aplikace antihistaminik dle ordinace lékaře, která se v odpovědích vyskytla 13krát. Doporučení promaštění chladným křémem bylo uvedeno 8krát, 7krát se pak mezi odpověďmi vyskytlo odpoutání pozornosti a 1krát přiložení teplého obkladu. Možnost škrábání, přiložení studeného obkladu, dezinfekce postiženého místa ani tlaku nehtů na plocho nebyla uvedena.

Graf 15B Doporučení pro snížení pruritu



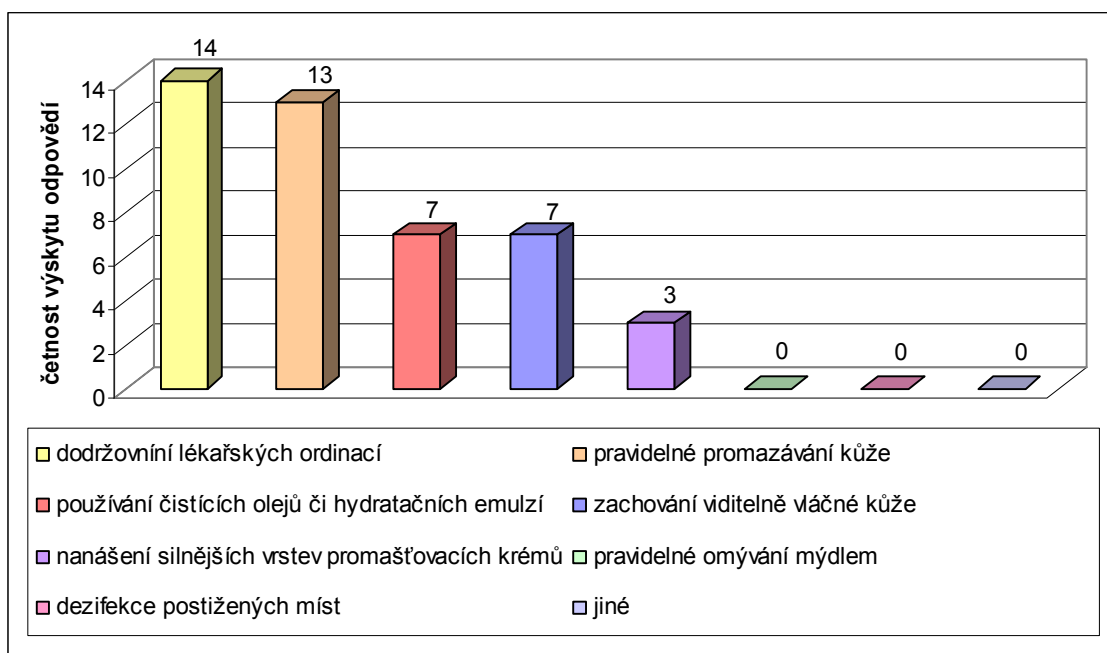
Graf 15B zobrazuje četnost výskytu doporučení, která by dermatologické sestry poskytly rodičům či ekzematikovi při potížích se silným pruritem. Při volbě doporučení bylo možno uvést více odpovědí. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastějším doporučením ze strany dermatologických sester je aplikace antihistaminik dle ordinace lékaře, která se v odpovědích objevila 15krát. Doporučení odpoutání pozornosti se zde objevilo 12krát, 10krát pak byla zvolena možnost promaštění chladným krémem, 6krát přiložení chladného obkladu a 2krát i tlak nehtů na plocho. Přiložení teplého obkladu, dezinfekce postiženého místa ani škrábání nebylo uvedeno.

Graf 16A Doporučení při ošetřování suché kůže



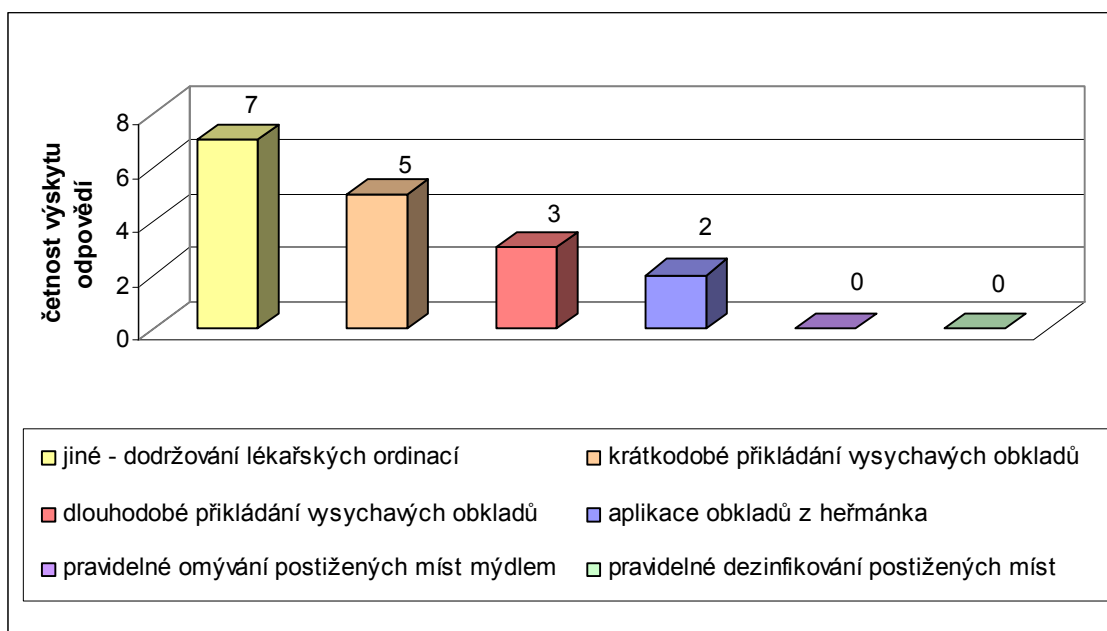
Graf 16A zobrazuje četnost výskytu doporučení, která by pediatrické sestry poskytly při ošetřování suché kůže atopika. Při volbě doporučení mohly sestry zvolit více možností. Ze získaných dat vyplynulo, že nejčastěji frekventovanou odpovědí bylo doporučení pravidelného promazávání kůže, které se v dotaznících objevilo 15krát. Doporučení dodržování lékařských ordinací bylo zmíněno 12krát, 5krát pak zachování viditelně vláčné kůže, 2krát nanášení silnějších vrstev promašťovacích krémů, 1krát byla uvedena možnost jiné - koupele v heřmánku. Používání čistících olejů či hydratačních emulzí bylo v odpovědích uvedeno 1krát. Dezinfekce postižených míst ani pravidelné omývání mýdlem nebylo uvedeno.

Graf 16B Doporučení při ošetřování suché kůže



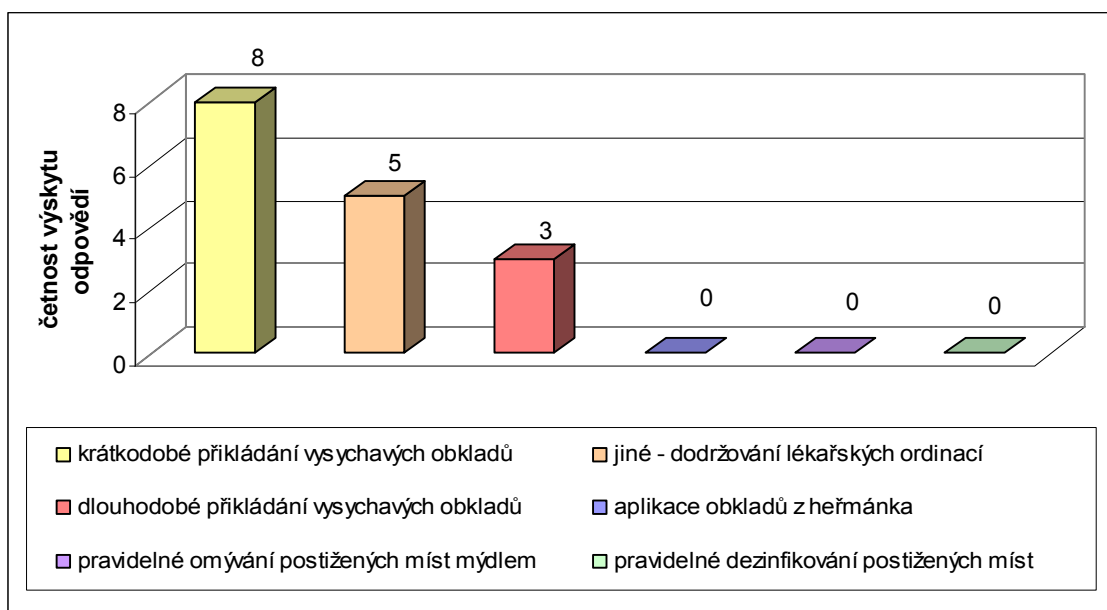
Graf 16B zobrazuje četnost výskytu doporučení, která by dermatologické sestry poskytly při ošetřování suché kůže atopika. Při volbě doporučení mohly sestry zvolit více možností. Ze získaných dat vyplynulo, že nejčastěji frekventovanou odpovědí bylo doporučení dodržování lékařských ordinací, které se ve výsledcích dermatologických sester objevilo 14krát. Doporučení pravidelného promazávání kůže bylo zmíněno 13krát, 7krát pak používání čistících olejů či hydratačních emulzí a zachování viditelně vláčné kůže. Možnost nanášení silnějších vrstev promašťovacích krémů byla uvedena 3krát. Pravidelné omývání mýdlem, dezinfekce postižených míst ani možnost jiné nebyla uvedena.

Graf 17A Doporučení při ošetřování mokvající kůže



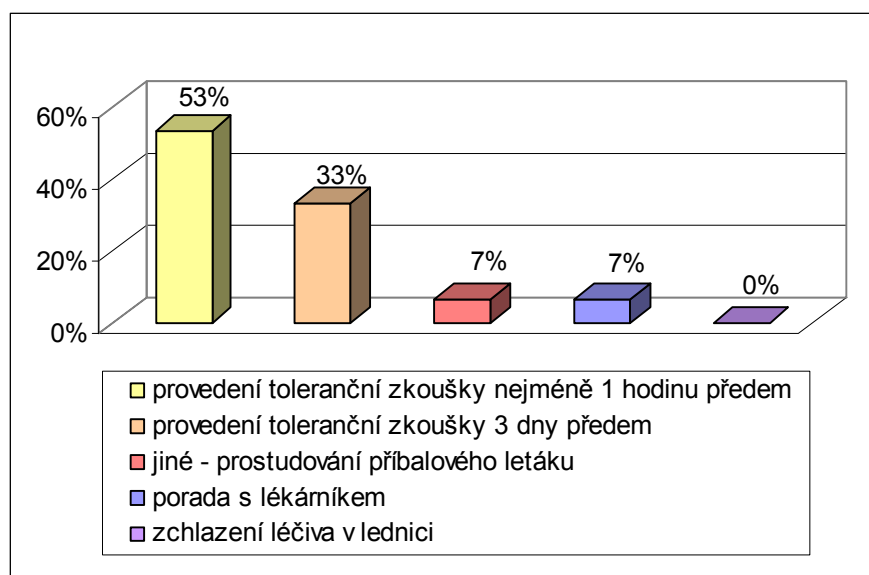
Graf 17A znázorňuje doporučení při ošetřování mokvající kůže atopika, kdy při volbě odpovědi bylo možno zvolit více položek. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastěji volenou odpovědí byla možnost jiné - dodržování lékařských ordinací, která se zde objevila 7krát. Krátkodobé přikládání vysychavých obkladů bylo uvedeno 5krát, dlouhodobé přikládání vysychavých obkladů 3krát a 2krát byla zmíněna možnost aplikace obkladů z heřmánku. Možnost pravidelného omývání postižených míst mýdlem a pravidelného dezinfikování postižených míst nebyla uvedena.

Graf 17B Doporučení při ošetřování mokvajících kůže



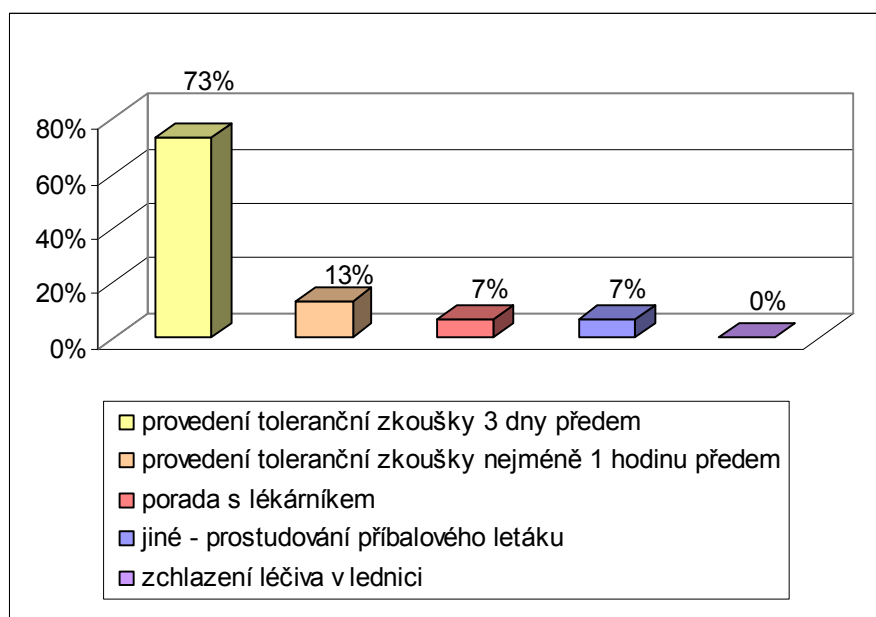
Graf 17B znázorňuje doporučení při ošetřování mokvajících kůže atopika, kdy při volbě odpovědi bylo možno zvolit více položek. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastěji volenou odpovědí bylo doporučení přikládání vysychavých obkladů, které bylo uvedeno 8krát. 5krát byla zmíněna možnost jiné – dodržování lékařských ordinací. Možnost dlouhodobého přikládání vysychavých obkladů se v odpovědích dermatologických sester objevila 3krát. Možnost aplikace obkladů z heřmánku, pravidelného omývání postižených míst mýdlem a pravidelného dezinfikování postižených míst nebyla uvedena.

Graf 18A Postup před aplikací nově zavedeného dermatika



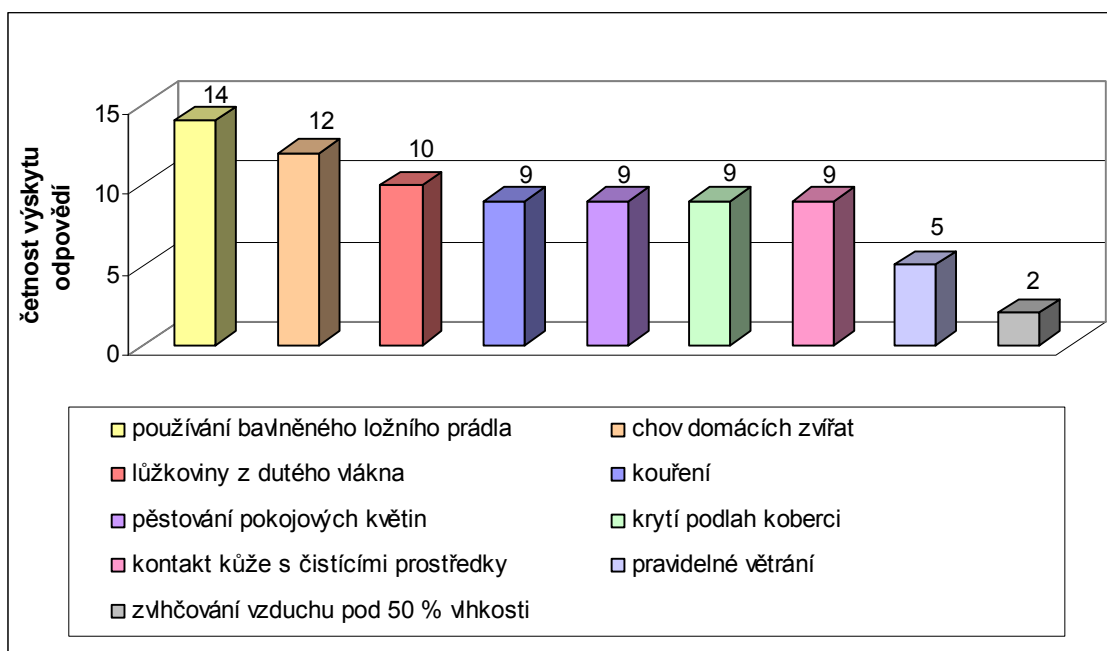
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester 53 % (8) sester uvedlo, že před plošnou aplikací nově zavedeného dermatika by doporučily rodičům provést toleranční zkoušku nejméně 1 hodinu předem. 33 % (5) sester uvedlo, že by jejich doporučením bylo provést toleranční zkoušku nejméně 3 dny před plošnou aplikací nově zavedeného dermatika. 7 % (1) sester uvedlo možnost jiné - prostudování příbalového letáku a 7 % (1) sester pak možnost porady s lékárníkem. Doporučení zchladit léčivo v lednici nezvolila žádná sestra 0 %.

Graf 18B Postup před aplikací nově zavedeného dermatika



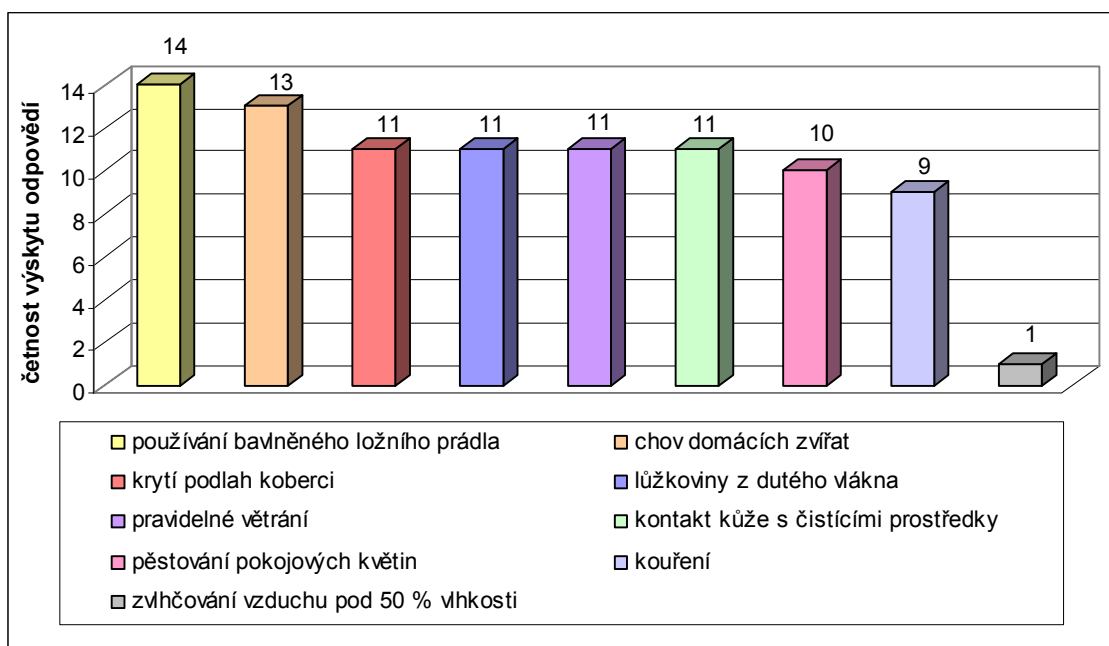
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester 73 % (11) sester uvedlo, že před plošnou aplikací nově zavedeného dermatika by doporučily rodičům provést toleranční zkoušku nejméně 3 dny předem. 13 % (2) sester uvedlo, že by jejich doporučením bylo provést toleranční zkoušku nejméně 1 hodinu předem. 7 % (1) sester uvedlo možnost porady s lékárníkem a 7 % (1) sester pak možnost jiné - prostudování příbalového letáku. Doporučení zchlazit léčivo v lednici nezvolila žádná sestra 0 %.

Graf 19A Doporučení / omezení ve vztahu k domácímu prostředí



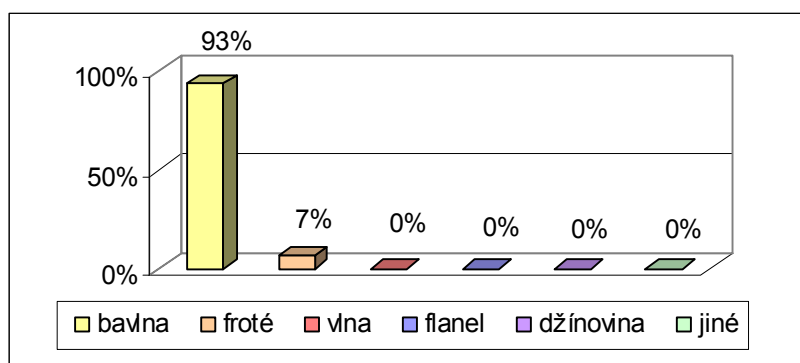
Graf 19A znázorňuje doporučení či omezení, na která by pediatrické sestry upozornily rodiče ekzematika v oblasti úpravy domácího prostředí. Sestry zde mohly zvolit více možností. Doporučení používání bavlněného ložního prádla se v odpovědích pediatrických sester objevilo 14krát, 12krát bylo uvedeno upozornění na omezení v oblasti chovu domácích zvířat. Možnost doporučení používání lůžkovin z dutého vlákna byla zmíněna 10krát. Omezení v oblasti kouření, pěstování pokojových květin, krytí podlah koberci a kontaktu kůže atopika s čistícími prostředky bylo v odpovědích daných sester uvedeno 9krát. Doporučení vztahující se k oblasti pravidelného větrání bylo uvedeno 5krát a možnost upozornění na zvlhčování vzduchu pod 50 % vlhkosti 2krát.

Graf 19B Doporučení / omezení ve vztahu k domácímu prostředí



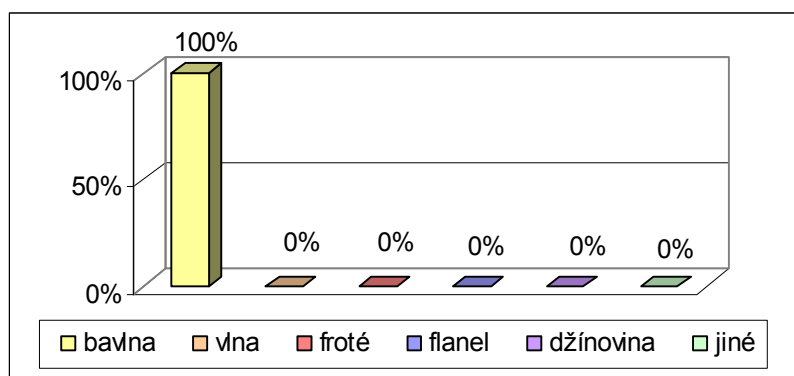
Graf 19B znázorňuje doporučení či omezení, na která by dermatologické sestry upozornily rodiče ekzematika v oblasti úpravy domácího prostředí. Sestry zde mohly zvolit více možností. Ze získaných dat vyplynulo, že nejčastěji uváděnou odpovědí bylo upozornění na doporučení používání bavlněného ložního prádla, které bylo v dotaznících zvoleno 14krát. 13krát se objevilo upozornění na omezení v oblasti chovu domácích zvířat a 11krát pak na krytí podlah koberci. Dále se 11krát objevilo upozornění na doporučení v oblasti používání lůžkovin z dutého vlákna a pravidelného větrání. 11krát bylo zmíněno i upozornění na omezení v oblasti kontaktu kůže atopika s čistícími prostředky. Omezení v oblasti pěstování pokojových květin bylo v dotaznících uvedeno 10krát a na omezení v oblasti kouření 9krát. 1krát byla zvolena také možnost zvlhčování vzduchu pod 50 % vlhkosti.

Graf 20A Materiály vhodné pro oděvy atopiků



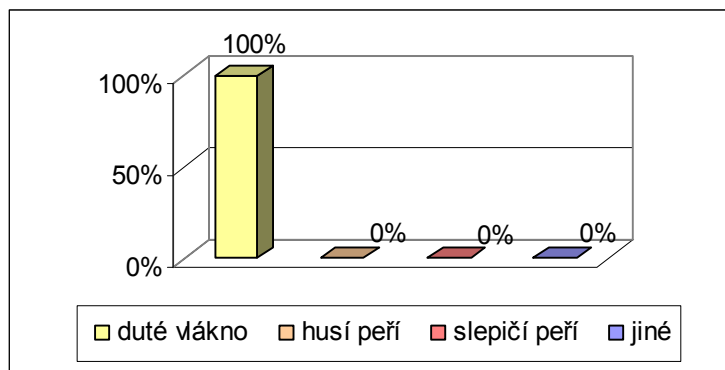
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester 93 % (14) sester uvedlo, že coby vhodný materiál pro oděvy atopiků by doporučily bavlnu. 7 % (1) sester zvolilo možnost froté. Možnost vlna, flanel, džínovina ani jiné nezvolila žádná pediatrická sestra 0 %.

Graf 20B Materiály vhodné pro oděvy atopiků



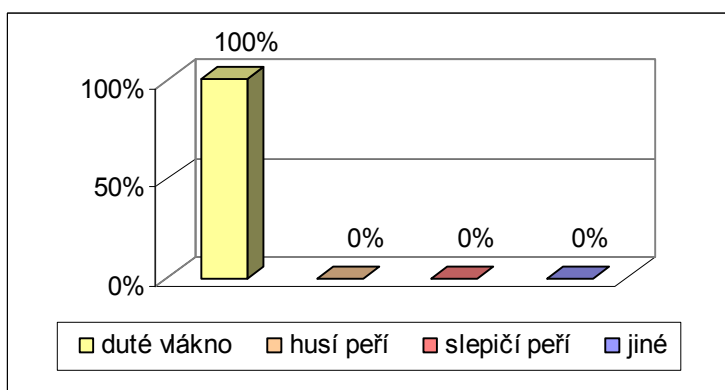
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester 100 % (15) sester uvedlo, že by coby vhodný materiál pro oděvy atopiků doporučilo bavlnu. Možnost vlna, froté, flanel, džínovina ani jiné nezvolila žádná sestra 0 %.

Graf 21A Materiály vhodné pro výrobu lůžkovin



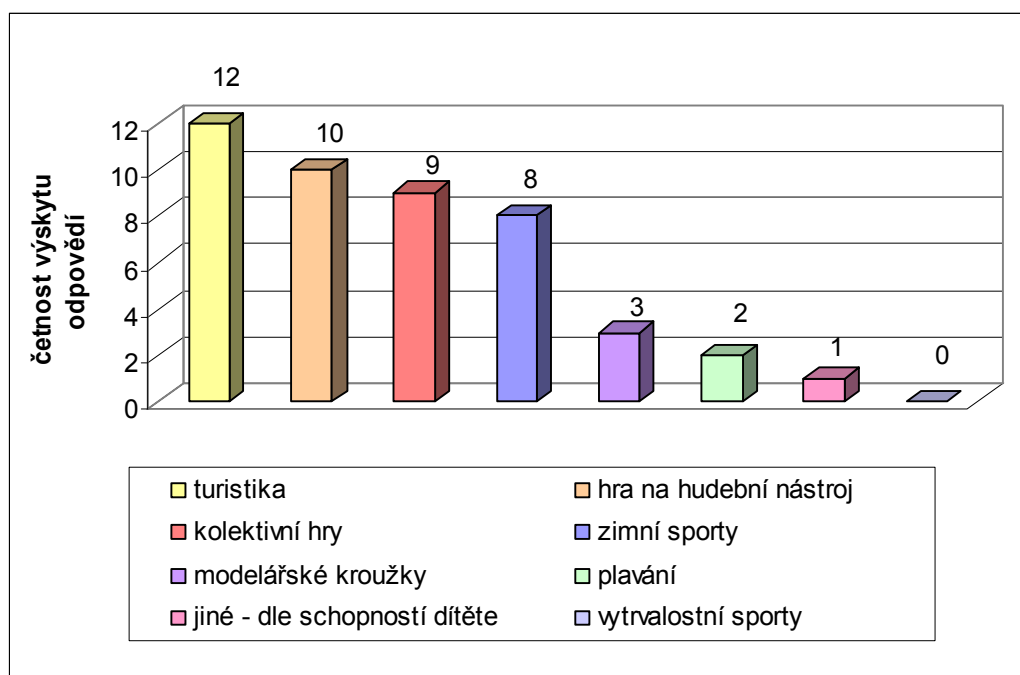
Z celkového počtu 100 % (15) pediatrických sester 100 % (15) sester uvedlo, že by lůžkoviny ekzematika měly být vyrobeny z dutého vlákna. Možnost husí peří, slepičí peří ani jiné neuvedla žádná sestra 0 %.

Graf 21B Materiály vhodné pro výrobu lůžkovin



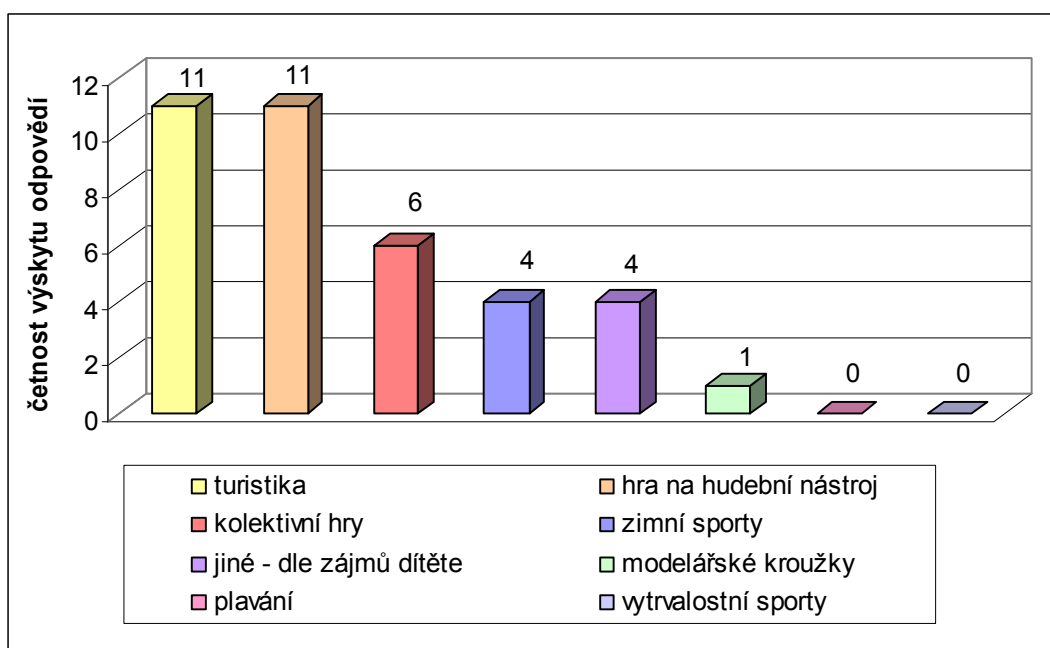
Z celkového počtu 100 % (15) dermatologických sester 100 % (15) sester uvedlo, že by lůžkoviny ekzematika měly být vyrobeny z dutého vlákna. Možnost husí peří, slepičí peří ani jiné neuvedla žádná dermatologická sestra 0 %.

Graf 22A Volnočasové aktivity



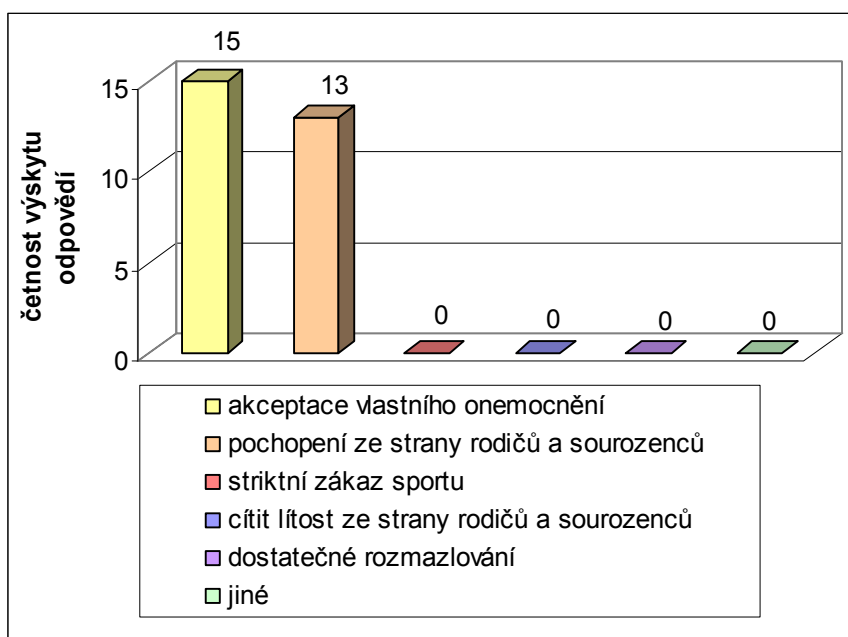
Graf 22A zobrazuje vhodné volnočasové aktivity pro děti s atopickým ekzémem. Při volbě odpovědí mohly sestry uvést více možností. Ze získaných dat vyplynulo, že nejčastěji uváděnou odpovědí byla turistika, která se objevila 12krát. Hra na hudební nástroj byla uvedena 10krát, 9krát se mezi odpověďmi vyskytly kolektivní hry a 8krát zimní sporty. Modelářské kroužky byly uvedeny 3krát, plavání 2krát a možnost jiné - dle schopností dítěte byla uvedena 1krát. Možnost vytrvalostních sportů nebyla uvedena.

Graf 22B Volnočasové aktivity



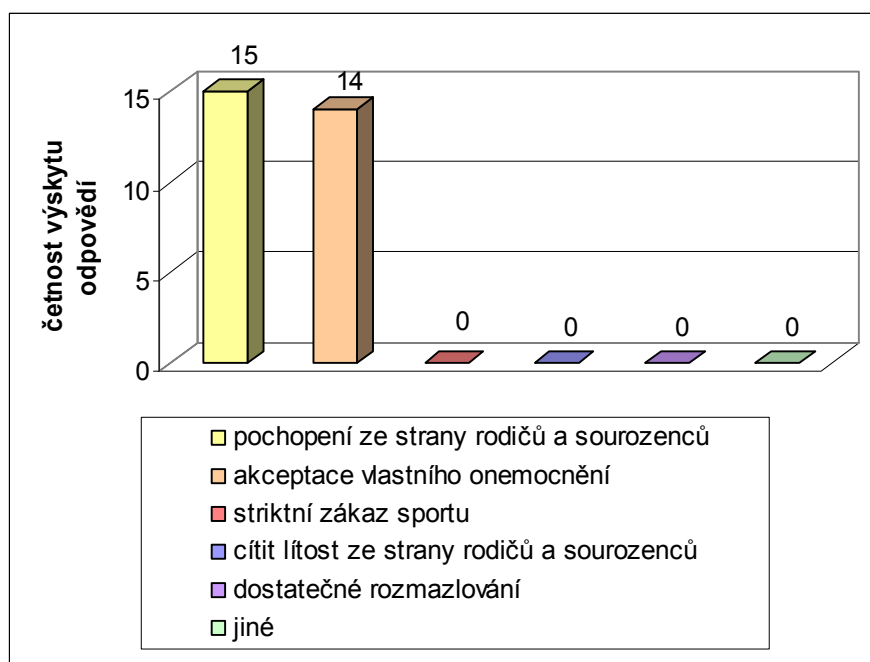
Graf 22B zobrazuje vhodné volnočasové aktivity pro děti s atopickým ekzémem. Při volbě odpovědí mohly sestry uvést více možností. Ze získaných dat vyplynulo, že nejčastěji uváděnou odpovědí byly turistika a hra na hudební nástroj, které se v odpovědích dermatologických sester objevily 11krát. Kolektivní hry byly uvedeny 6krát, 4krát se pak vyskytly zimní sporty a možnost jiné - dle zájmů dítěte. 1krát byla uvedena možnost modelářské kroužky. Plavání ani vytrvalostní sporty nebyly uvedeny.

Graf 23A Význam psychosociálních aspektů



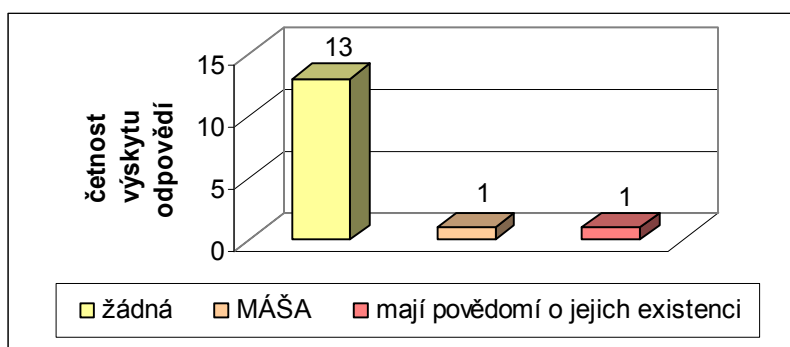
Graf 23A znázorňuje, které aspekty péče jsou z psychosociálního hlediska pro děti s atopickou dermatidou důležité. Při volbě odpovědí mohly sestry uvést více možností. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastěji uváděnou možností byla akceptace vlastního onemocnění, která se v odpovědích pediatrických sester vyskytla 15krát. 13krát byla uvedena možnost cítit pochopení ze strany rodičů a sourozenců. Možnost striktního zákazu sportu, cítit lítost ze strany rodičů a sourozenců, dostatečného rozmazlování ani jiné nebyla uvedena.

Graf 23B Význam psychosociálních aspektů



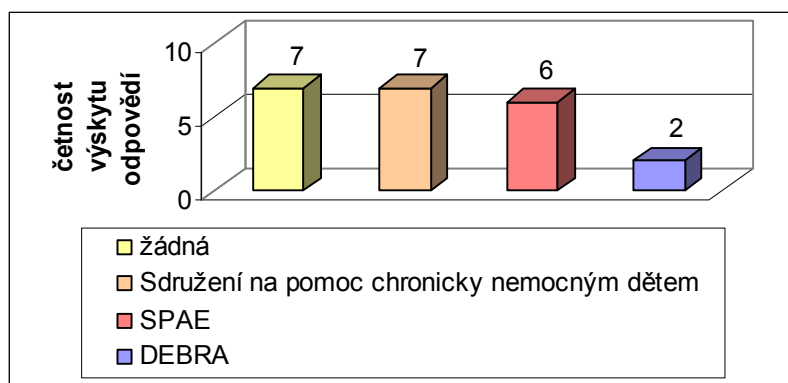
Graf 23B znázorňuje, které aspekty péče jsou z psychosociálního hlediska pro děti s atopickou dermatidou důležité. Při volbě odpovědí mohly sestry uvést více možností. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastěji uváděnou možností je cítit pochopení ze strany rodičů a sourozenců, které se zde vyskytlo 15krát. Možnost akceptace vlastního onemocnění byla uvedena 14krát. Možnost striktního zákazu sportu, cítit lítost ze strany rodičů a sourozenců, dostatečného rozmazlování ani jiné nebyla uvedena.

Graf 24A Sdružení atopiků



Graf 24A znázorňuje orientaci pediatričkových sester v oblasti sdružení atopiků. Odpověď na tuto otázku byla volná. Neznalost sdružení, tedy možnost žádná, zde byla uvedena 13krát. 1krát byla uvedena možnost povědomí o jejich existenci, ale neznalost jejich jména. Sdružení MÁŠA bylo zmíněno 1krát.

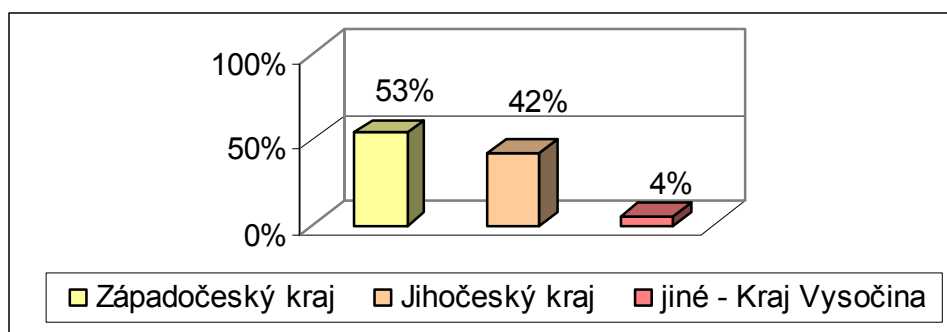
Graf 24B Sdružení atopiků



Graf 24B znázorňuje orientaci dermatologických sester v oblasti sdružení atopiků. Odpověď na tuto otázku byla volná. Neznalost sdružení, tedy možnost žádná, zde byla uvedena 7krát a rovněž 7krát bylo zmíněno Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem. 6krát se zde vyskytlo SPAE a 2krát sdružení DEBRA.

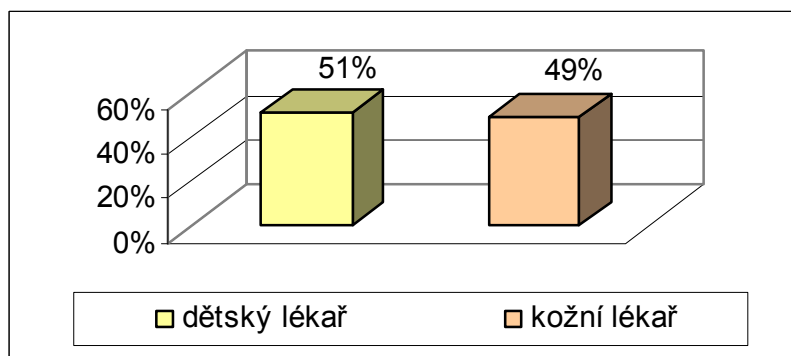
4.2 Výsledky dotazníku pro rodiče dětí s atopickou dermatitidou

Graf 25 Kraj



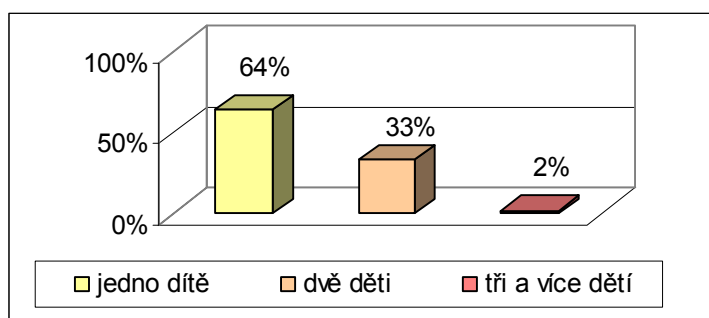
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 53 % (24) rodičů uvedlo, že spadají do Západočeského kraje, 42 % (19) rodičů zvolilo možnost Jihočeský kraj a 4 % (2) rodičů uvedli možnost jiné - Kraj Vysočina.

Graf 26 Místo získání dotazníku



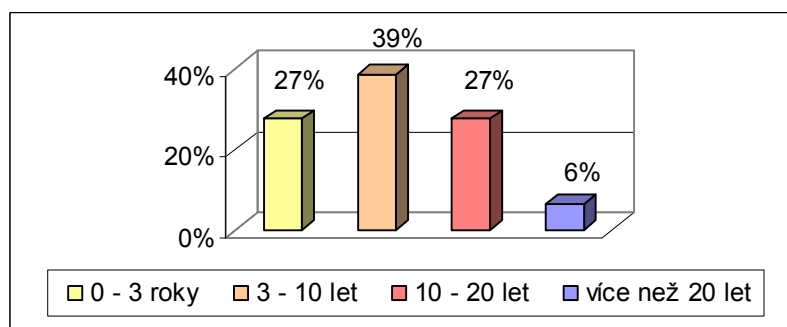
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 51 % (23) rodičů uvedlo, že dotazník získalo v ordinaci dětského lékaře, a 49 % (22) rodičů v ordinaci kožního lékaře.

Graf 27 Počet dětí s atopickou dermatitidou v dané rodině



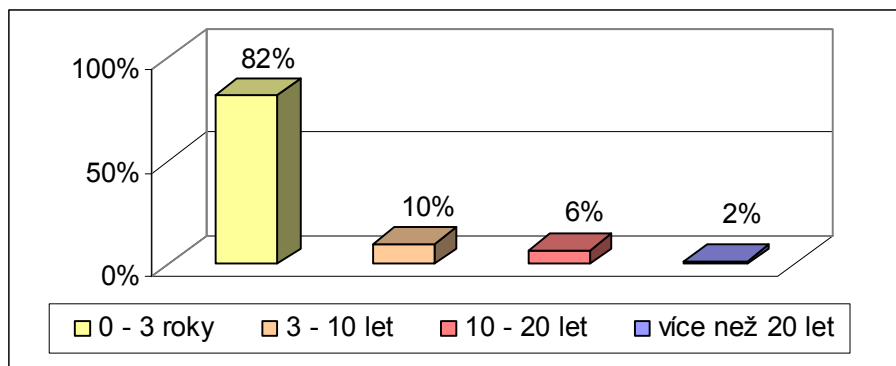
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 64 % (29) rodičů udalo, že mají v rodině jedno dítě s tímto onemocněním, 33 % (15) rodičů udalo dvě děti s tímto onemocněním a 2 % (1) rodičů uvedlo počet dětí s atopickou dermatitidou tři a více. Z takto získaného přehledu vycházím při zpracování dvou následujících grafů, kde výchozí veličinou je počet diagnostikovaných dětí v rodinách. Tento počet činí 62 dětí (100 %).

Graf 28 Současný věk dětí



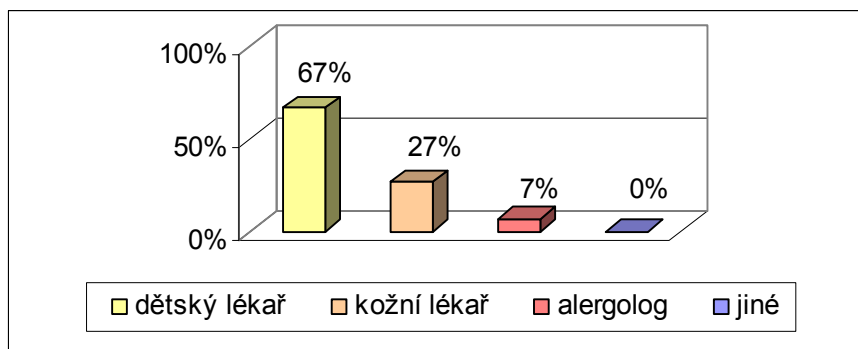
Rodiče dětí uvedli, že z celkového počtu 100 % (62) dětí s atopickou dermatitidou je 27 % (17) dětí ve věku 0 - 3 roky, 39 % (24) dětí ve věku 3 - 10 let, 27 % (17) dětí ve věku 10 - 20 let a 6 % (4) dětí je ve věku nad 20 let.

Graf 29 Věk diagnostikování onemocnění u daného dítěte



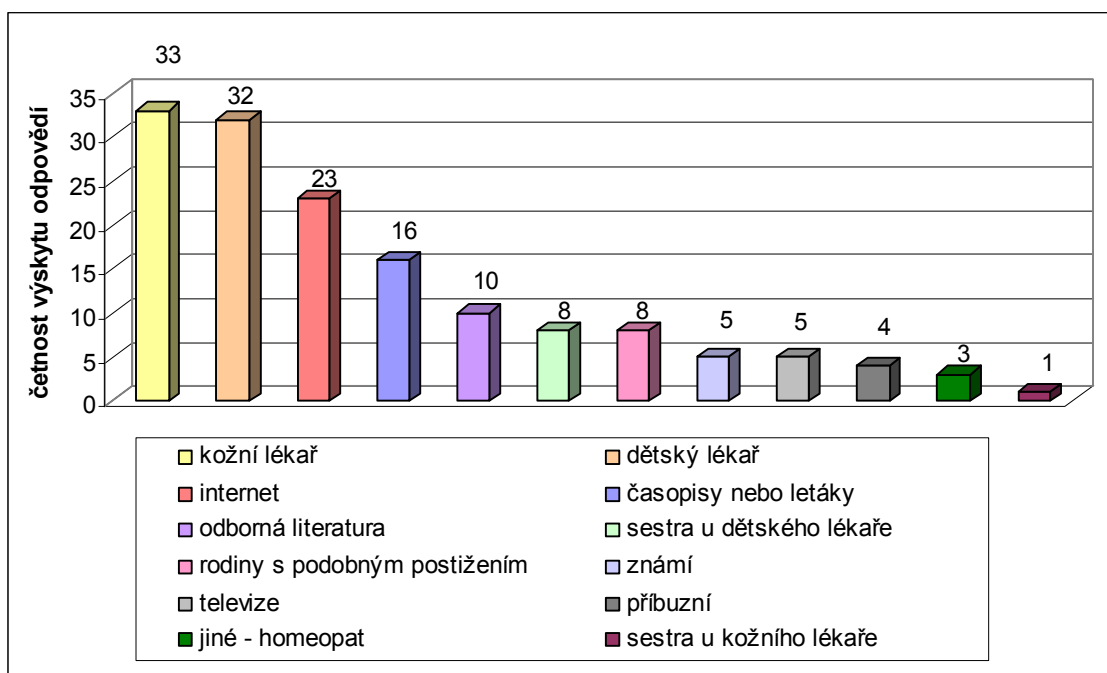
Rodiče dětí uvedli, že z celkového počtu 100 % (62) dětí s atopickou dermatidou bylo 82 % (51) dětí diagnostikováno ve věku 0 - 3 roky, 10 % (6) dětí ve věku 3 - 10 let, 6 % (4) dětí ve věku 10 - 20 let a 2 % (1) dětí ve věku nad 20 let.

Graf 30 Lékař, který onemocnění diagnostikoval



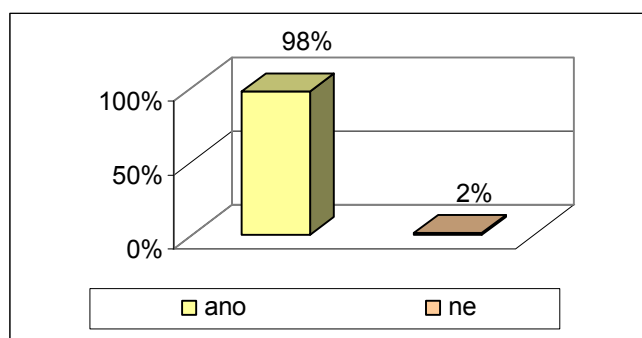
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatidou 67 % (30) rodičů uvedlo, že onemocnění u jejich dítěte (dětí) diagnostikoval dětský lékař. 27 % (12) rodičů uvedlo, že toto onemocnění určil kožní lékař a 7 % (3) rodičů uvedlo alergologa. Možnost jiné nevedl žádný rodič 0 %.

Graf 31 Zdroje informací



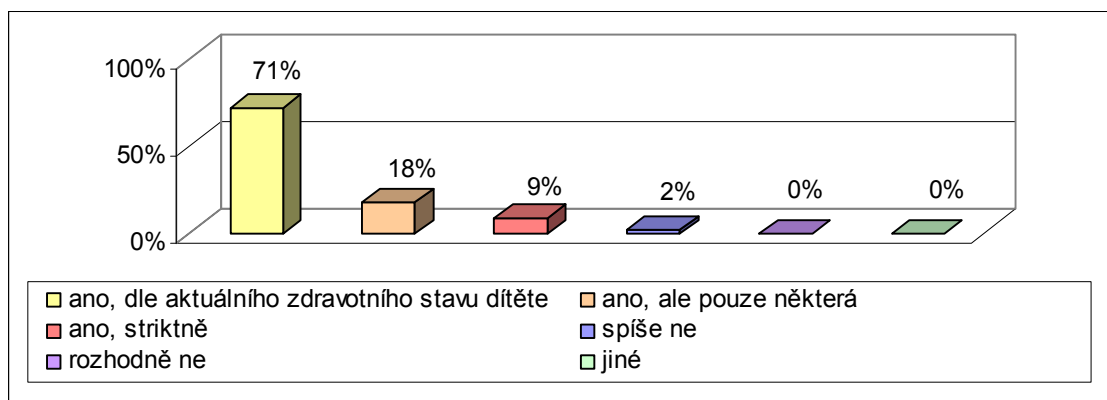
Graf 31 je zobrazením zdrojů informací, které rodiče dětí s atopickou dermatitidou využívají. Při jejich volbě odpovědí bylo možné uvést více možností. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastěji uváděným zdrojem informací jsou pro rodiče kožní lékaři, kteří se v odpovědích respondentů objevili 33krát, praktičtí lékaři pro děti a dorost pak byli uvedeni 32krát. Možnost získávání informací z internetu byla zmíněna 23krát, 16krát byly uvedeny časopisy nebo letáky. 10krát byla coby zdroj informací uvedena odborná literatura, 8krát sestra u dětského lékaře a rodiny s podobným postižením. 5krát byla uvedena možnost získávání informací od známých a z televize. Získávání informací od příbuzných bylo zmíněno 4krát, 3krát byla zvolena možnost jiné – homeopat a 1krát sestra u kožního lékaře.

Graf 32 Informace o režimových opatřeních



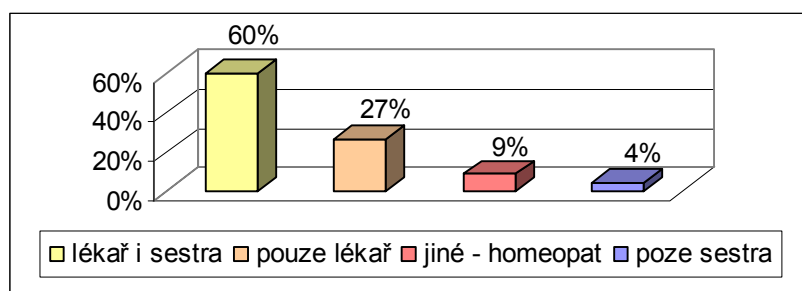
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 98 % (44) rodičů uvedlo, že dle svého názoru má dostatek informací o režimových opatřeních dětí s tímto onemocněním. 2 % (1) rodičů udalo, že dostatek informací nemají.

Graf 33 Dodržování režimových opatření



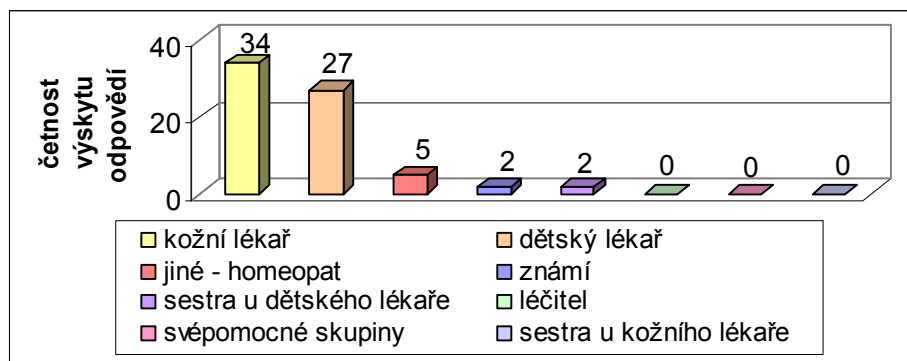
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 71 % (32) rodičů uvedlo, že režimová opatření dodržuje dle aktuálního zdravotního stavu dítěte. 18 % (8) rodičů uvedlo, že dodržuje pouze některá z režimových opatření, 9 % (4) rodičů pak režimová opatření dodržuje striktně. 2 % (1) rodičů tato režimová opatření nedodržuje. Možnost, že režimová opatření rozhodně nedodržují ani jiné neuvedl žádný rodič.

Graf 34 Poskytovatel informací o režimových opatřeních



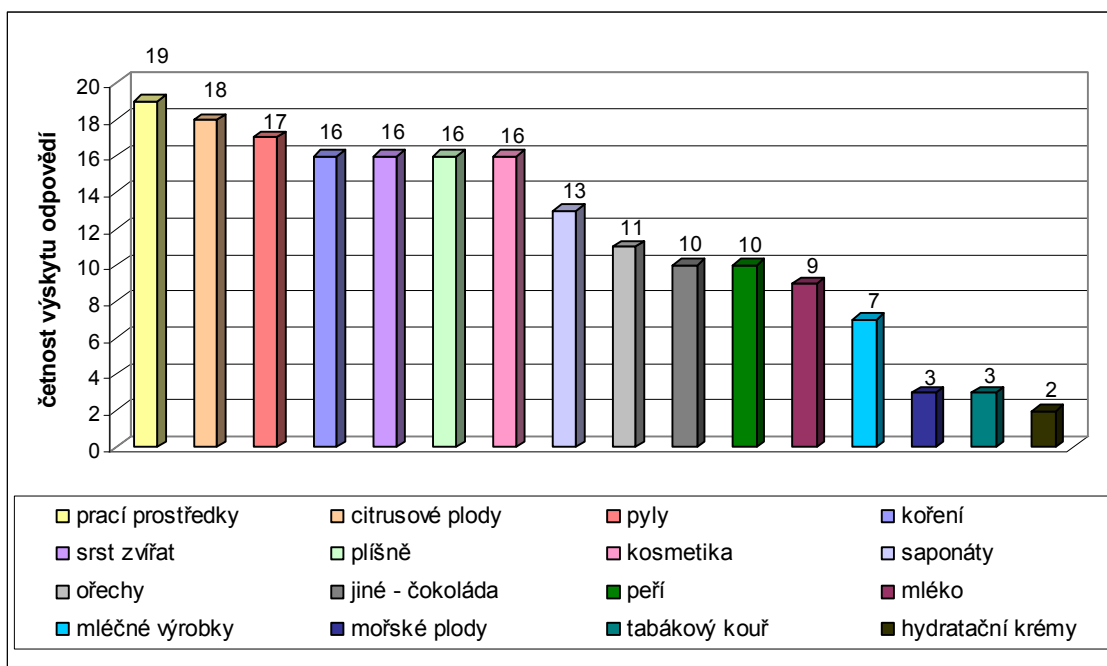
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatidou 60 % (27) rodičů uvedlo, že informace o režimových opatřeních jejich dětí jim poskytuje lékař i sestra. 27 % (12) rodičů uvedlo pouze lékaře, 9 % (4) rodičů zvolilo možnost jiné - homeopat. 4 % (2) rodičů uvedlo, že informace z této oblasti jim poskytuje pouze sestra.

Graf 35



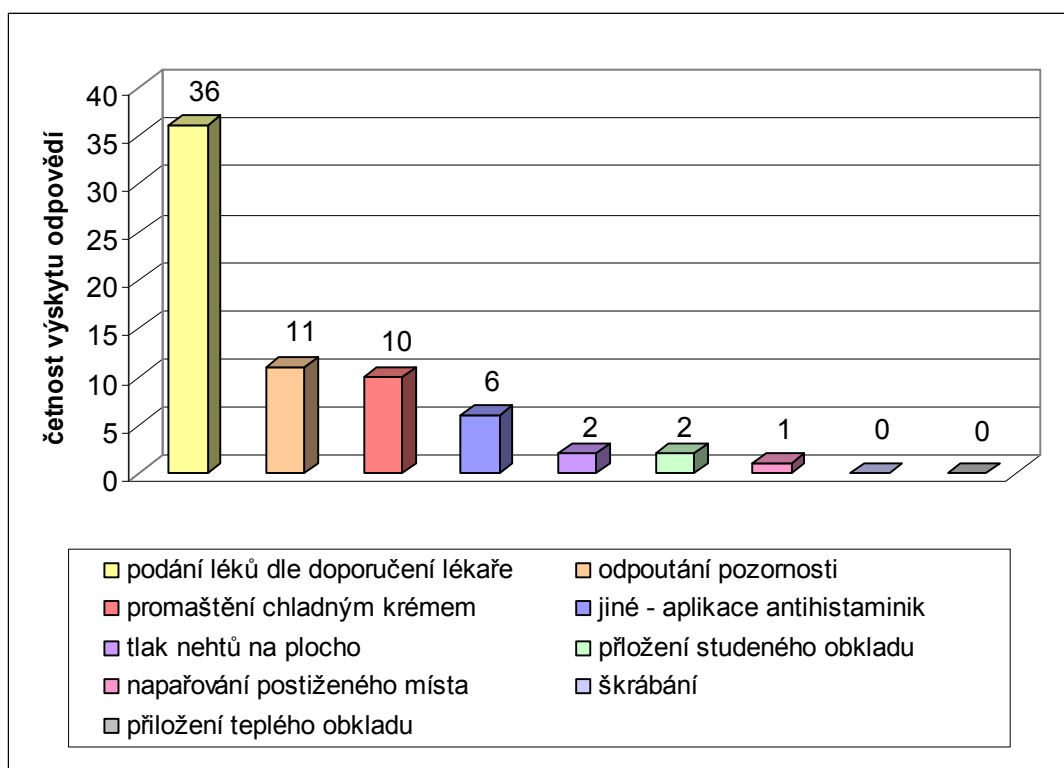
Graf 35 zobrazuje, na koho se rodiče obracejí v případě potíží s ekzémem u dětí. Při volbě odpovědí mohli rodiče uvést více možností. Ze získaných dat vyplynulo, že nejčastěji uváděnou odpovědí byl kožní lékař, který se zde vyskytl 34krát. 27krát pak byl uveden dětský lékař, 5krát se objevila i možnost jiné – homeopat a 2 rodiče uvedli, že se obracejí na známé a sestry u dětského lékaře. Možnost léčitelé, svépomocné skupiny ani sestry v ordinacích kožních lékařů nebyly uvedeny.

Graf 36 Faktory zhoršující projevy onemocnění u daného dítěte



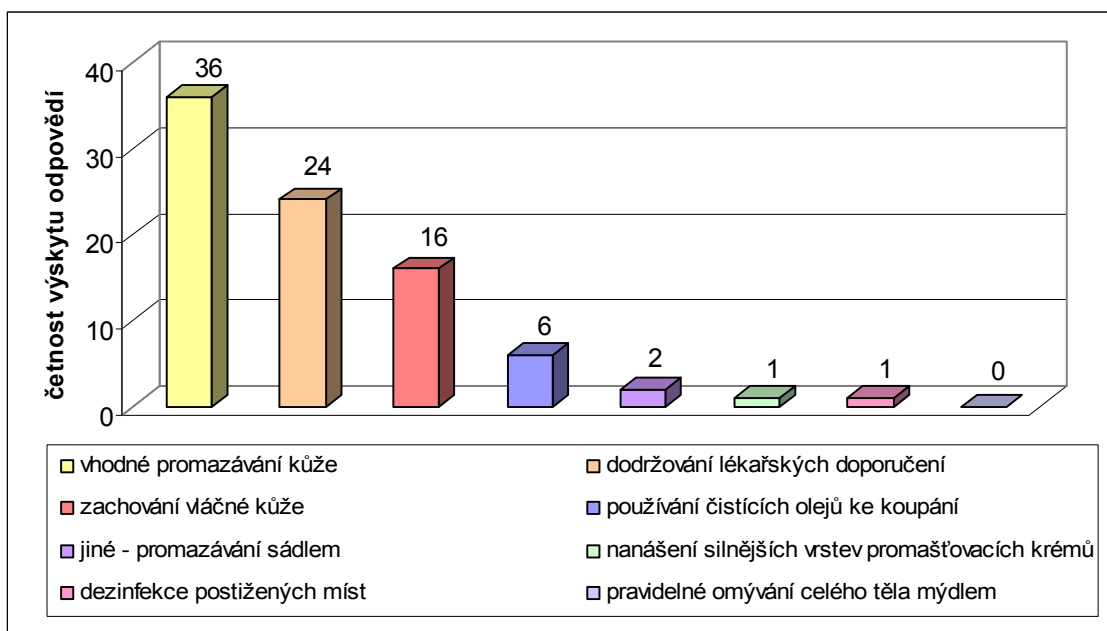
Graf 36 znázorňuje faktory, které dle názoru rodičů zhoršují ekzematické projevy u jejich dítěte (dětí). Rodiče zde mohli uvést více možností. Ze získaných dat vyplývá, že mezi nejčastěji uváděné odpovědi patřily prací prostředky, které se coby zhoršující faktor objevily v odpovědích rodičů 19krát. 18krát se zde vyskytly také citrusové plody, 17krát pyly a 16krát bylo uvedeno koření, srst zvířat, plísňe a kosmetiku. Saponáty coby zhoršující faktor byly zmíněny 13krát, 11krát byly uvedeny také ořechy a 10krát možnost jiné – čokoláda. Peří se jako zhoršující faktor vyskytlo 10krát, mléko 9krát a mléčné výrobky 7krát. Mořské plody a tabákový kouř byly uvedeny 3krát. 2krát byla zmíněna i možnost hydratační krémy.

Graf 37 Technika odstraňování svědění



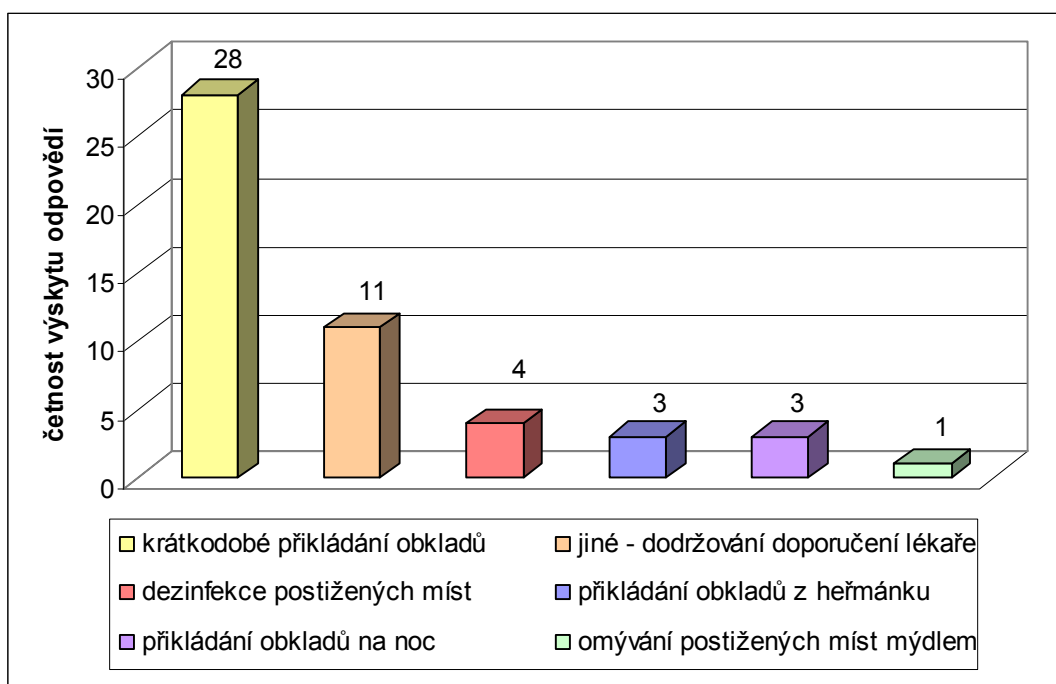
Graf 37 zobrazuje techniky, které rodiče využívají pro snížení svědění u svého dítěte (dětí). Rodiče zde mohli zvolit více možností. Ze získaných dat je patrné, že mezi nejčastěji uváděné techniky snížení svědění u jejich dítěte (dětí) využívají podávání léků dle doporučení lékaře, které zde bylo uvedeno 36krát. Technika odpoutání pozornosti byla zmíněna 11krát, 10krát pak byla zvolena možnost promaštění chladným krémem. Možnost jiné – aplikace antihistaminika se zde objevila 6krát. Využití tlaku nehtů na plocho a přiložení studeného obkladu pro snížení pocitu svědění se vyskytlo 2krát. 1krát byla uvedena i možnost napařování postiženého místa. Možnost škrábání ani přiložení teplého obkladu nebyla uvedena.

Graf 38 Ošetřování suché kůže



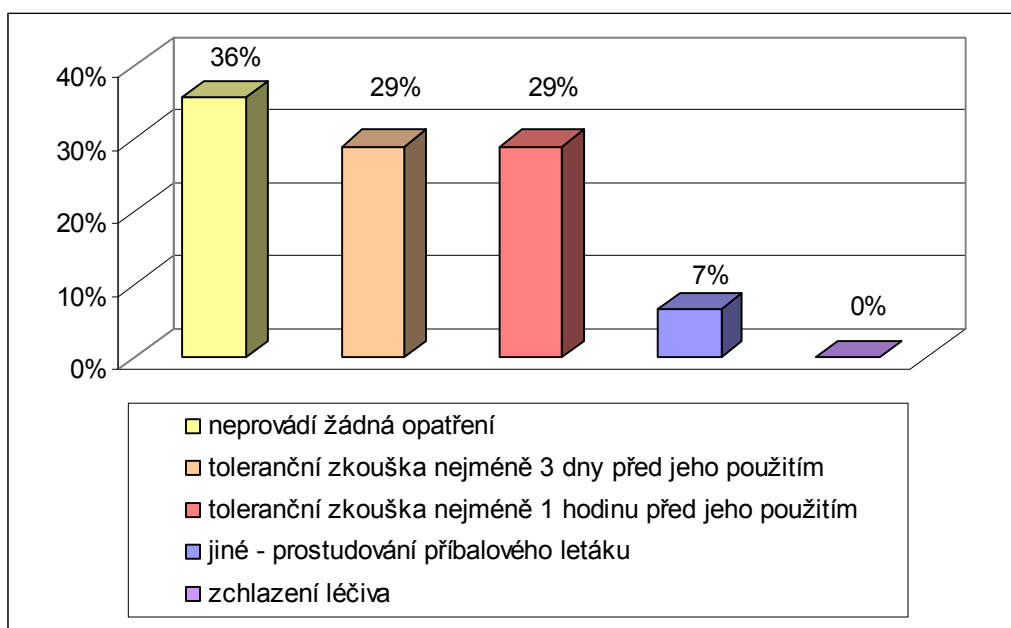
Graf 38 znázorňuje, co je pro rodiče důležité při ošetřování suché kůže jejich dítěte (dětí). I zde mohli rodiče uvést více možností. Ze získaných dat je patrné, že mezi nejčastěji uváděné odpovědi patřilo vhodné promazávání kůže, které bylo v odpovědích respondentů zmíněno 36krát. Možnost dodržování lékařských doporučení bylo zvoleno 24krát, 16krát se vyskytla možnost zachování vláčné kůže a 6krát používání čistících olejů ke koupání. Možnost jiné – promazávání sádlem byla uvedena 2krát a nanášení silnějších vrstev promašťovacích krémů 1krát. Dezinfekce postižených míst coby důležitá součást při ošetřování suché kůže se v odpovědích vyskytla 1krát. Možnost pravidelného omývání celého těla mýdlem nebyla uvedena.

Graf 39 Ošetřování mokvající kůže



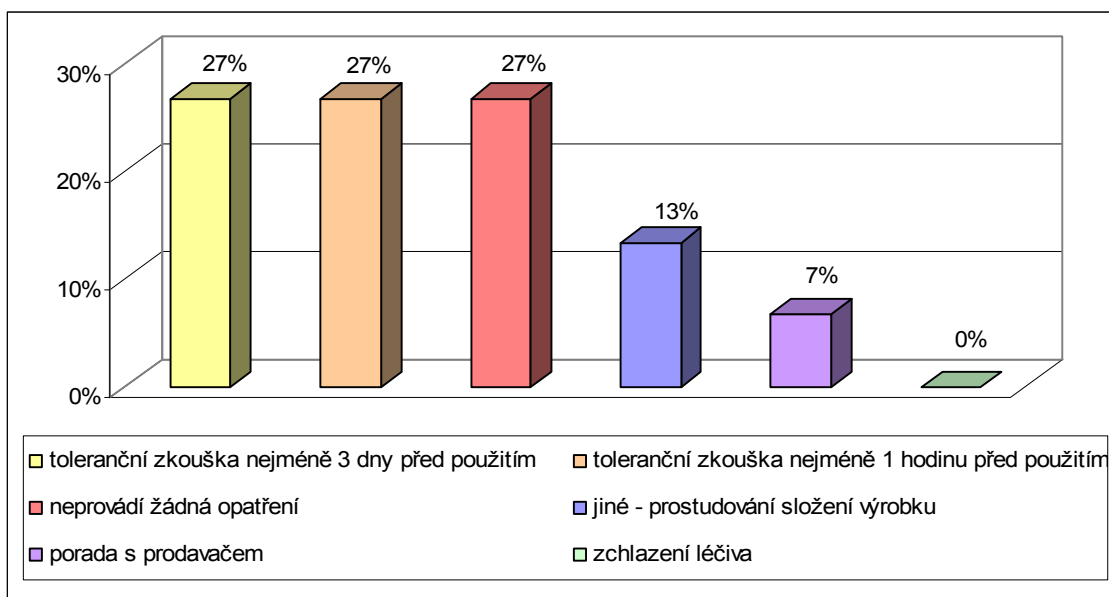
Graf 39 znázorňuje, které z nabídnutých možností rodiče považují za důležité při ošetřování mokvající kůže svého dítěte (dětí). I zde mohli rodiče zvolit více možností. Z uvedených dat vyplývá, že nejčastěji volenou možností bylo krátkodobé přikládání obkladů dle ordinace lékaře, které se zde vyskytlo 28krát. 11krát byla uvedena možnost jiné – dodržování doporučení lékaře (8krát) a dodržování doporučení homeopata (3krát). Dezinfekce postižených míst byla zmíněna 4krát a přikládání obkladů z heřmánku 3krát.

Graf 40 Opatření před použitím nově předepsaného léku



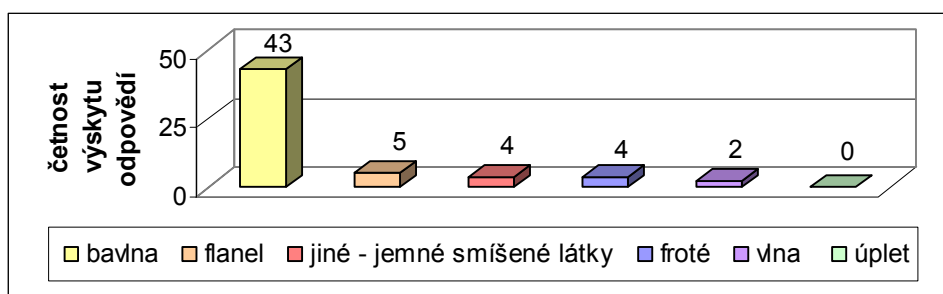
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 36 % (16) rodičů uvedlo, že před použitím nově předepsaného léku (masti, pasty) neprovádí žádná opatření. 29 % (13) rodičů uvedlo, že provádí toleranční zkoušku na malém okrsku kůže nejméně 3 dny před jeho použitím. Provedení toleranční zkoušky na malém okrsku kůže nejméně 1 hodinu před použitím nově zavedeného léku uvedlo 29 % (13) rodičů. 7 % (3) rodičů zvolilo možnost jiné - prostudování příbalového letáku (2 rodiče) a prostudování složení daného léku (1 rodič). Možnost zchlazení léčiva v lednici neuvedl žádný rodič 0 %.

Graf 41 Opatření před použitím nově zakoupené kosmetiky



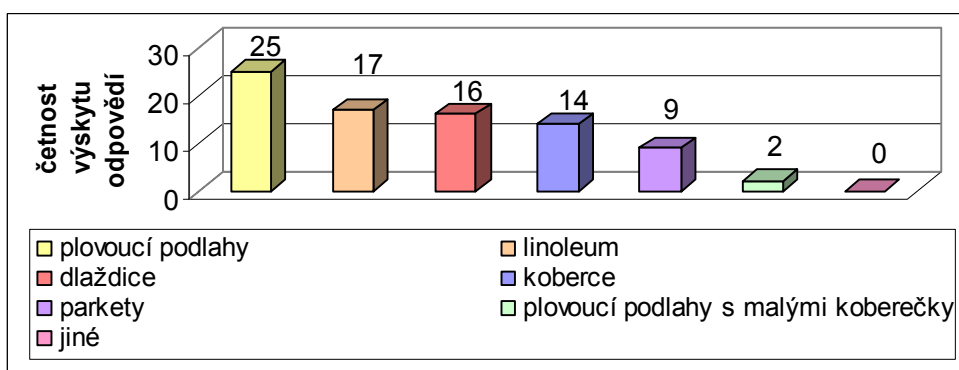
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatidou uvedlo 27 % (12) rodičů, že před použitím nově zakoupené kosmetiky (tělová mléka, hydratační krémy) provádí toleranční zkoušku na malém okrsku kůže nejméně 3 dny předem. 27 % (12) rodičů uvedlo, že provádí toleranční zkoušku nejméně 1 hodinu předem a 27 % (12) rodičů udalo, že žádná opatření neuvádí. 13 % (6) rodičů uvedlo možnost jiné - prostudování složení výrobku a 7 % (3) rodičů poradu s prodavačem. Možnost zchlazení léčiva v lednici neuvedl žádný rodič 0 %.

Graf 42 Výběr oděvů atopika



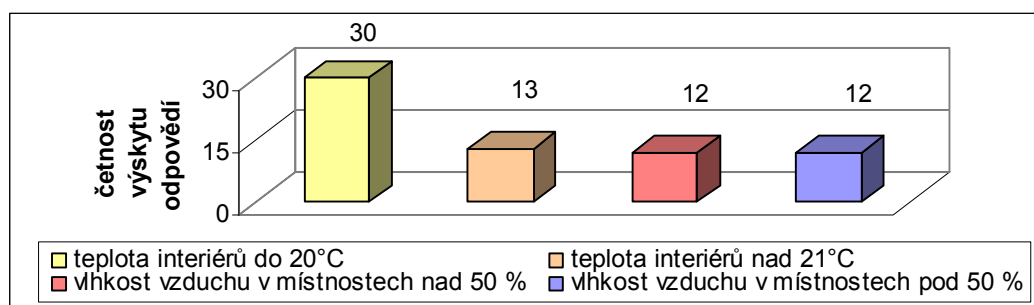
Graf 42 zobrazuje materiály, které rodiče upřednostňují při výběru oděvů svého dítěte. Rodiče zde mohli zvolit více možností. Z uvedených dat je patrné, že bavlna se v odpovědích rodičů vyskytla 43krát, 5krát byl uveden flanel a 4krát rodiče uvedli možnost jiné – jemné smíšené látky. Možnost froté oděvů byla zmíněna 4krát, 2krát se vyskytla i vlna. Upřednostňování úpletu zmíněno nebylo.

Graf 43 Krytí podlah



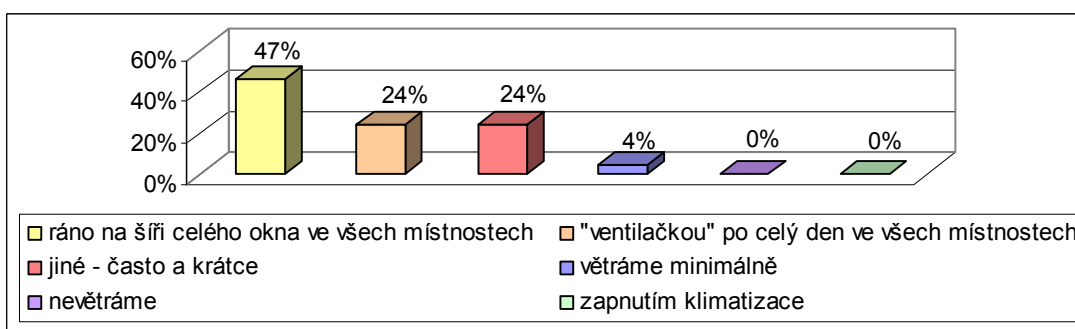
Graf 43 zobrazuje, čím jsou kryty podlahy v interiérech atopiků. Rodiče mohli zvolit více možností. Z uvedených dat vyplývá, že nejčastěji uváděnou podlahovou krytinou v bytě (domě) byly plovoucí podlahy, které se zde vyskytly 25krát. 17krát bylo uvedeno linoleum, 16krát dlaždice, 14krát koberce, 9krát parkety a 2krát se vyskytla i možnost plovoucí podlahy s malými koberečky. Možnost jiné nebyla uvedena.

Graf 44 Podmínky v interiérech



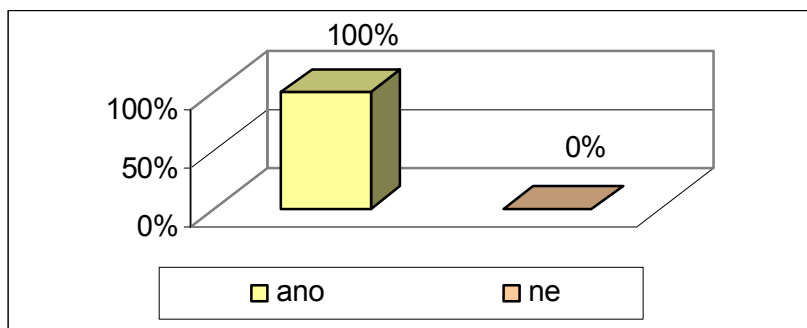
Graf 44 znázorňuje, které podmínky jsou dle rodičů vhodné pro interiéry atopiků. Rodiče zde mohli zvolit více možností. Ze získaných dat vyplývá, že 30krát bylo uvedeno, že v interiérech je vhodné udržovat teplotu do 20°C. 13krát byla uvedena teplota interiérů teplotu nad 21°C. 12krát se vyskytla coby vhodná vlhkost vzduchu v místnostech vlhkost nad 50 %. Možnost vlhkosti vzduchu v místnostech pod 50 % byla uvedena zvolena rovněž 12krát.

Graf 45 Způsob větrání v domácnosti



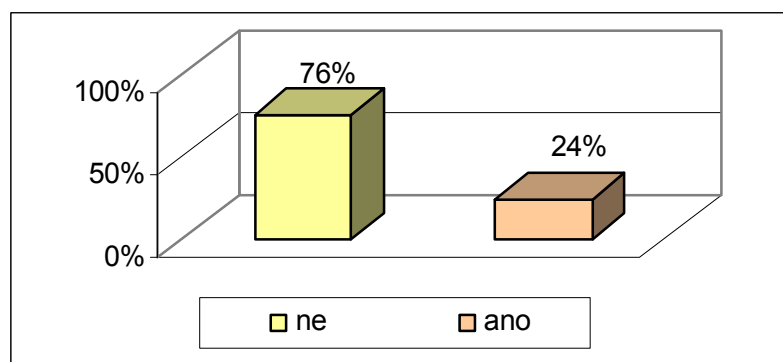
Z celkového množství 100 % (45) rodičů 47 % (21) rodičů uvedlo, že doma větrají ráno, na šíři celého okna, ve všech místnostech. 24 % (11) rodičů uvedlo větrání „ventilačkou“ po celý den ve všech místnostech. Možnost jiné - často a krátce zvolilo 24 % (11) rodičů. 4 % (2) rodičů uvedlo, že v domácnosti větrají minimálně. Možnost: nevětráme a zapnutí klimatizace neuvedl žádný rodič 0 %.

Graf 46 Minimalizace pobytu v zakouřeném prostředí



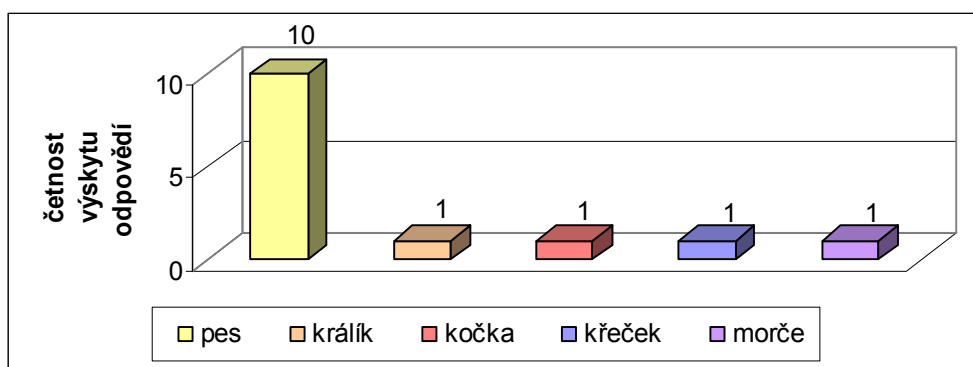
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 100 % (45) rodičů uvedlo, že se snaží minimalizovat pobyt svého dítěte (dětí) v zakouřeném prostředí. Možnost, že by se o minimalizaci nesnažili, tedy ne, neuvedl žádný rodič 0 %.

Graf 47A Domácí mazlíčci



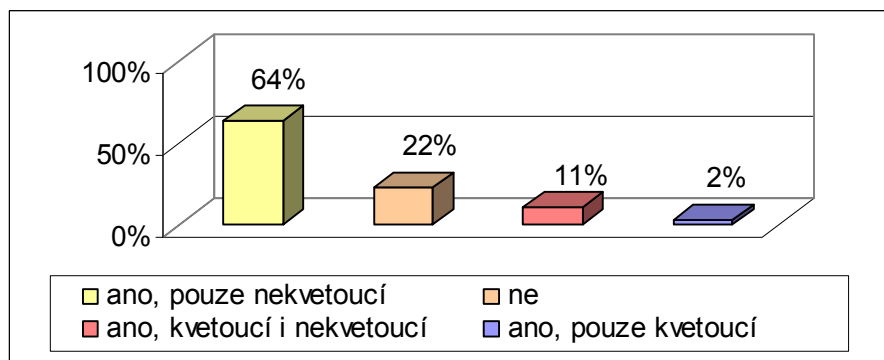
Graf 47A se vztahuje k výběrové části otázky 23 dotazníku pro rodiče dětí s atopickou dermatitidou. Z celkového počtu 100 % (45) rodičů 76 % (34) rodičů uvedlo, že v domácnosti nemají domácí mazlíčky. 24 % (11) rodičů uvedlo, že domácí mazlíčky mají. Ti rodiče, kteří uvedli, že domácí mazlíčky mají (11 rodičů), byli dále požádáni, aby vypsali jaké. Z takto získaných údajů pak vychází následující graf 47B.

Graf 47B Druh domácích mazlíčků



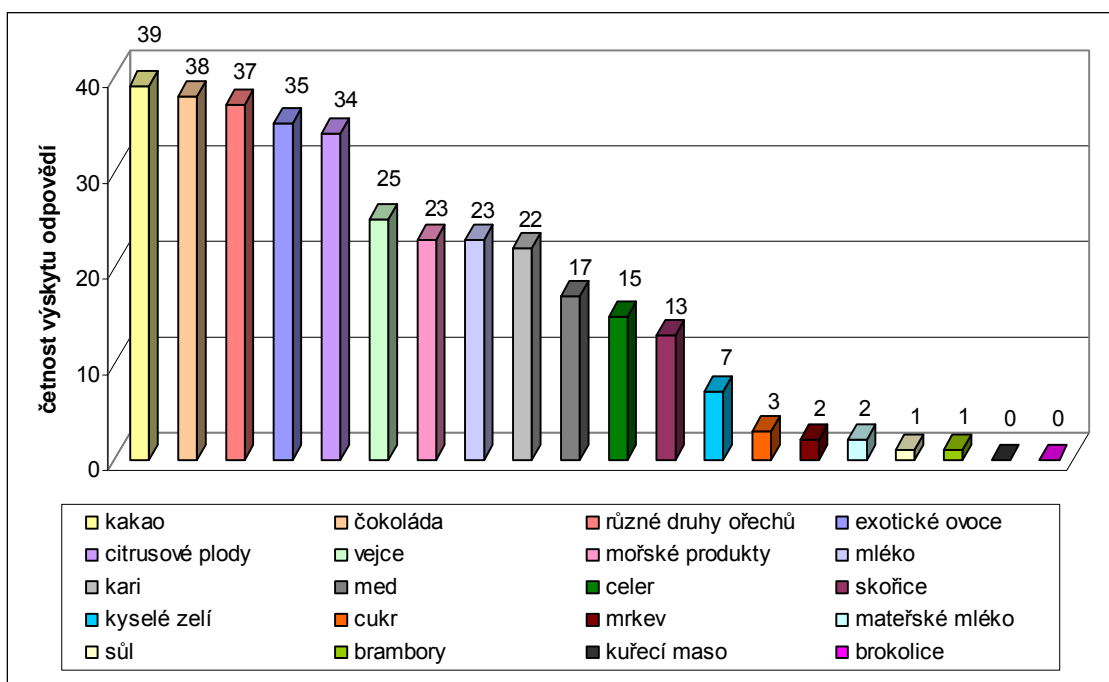
Graf 47B navazuje na graf 47A. Rodiče zde uváděli, jaké domácí mazlíčky doma mají. Z grafického znázornění je patrné, že 10krát byl uveden coby domácí mazlíček pes, 1krát králík, 1krát kočka, 1krát křeček a 1krát bylo zmíněno i morče.

Graf 48 Rostliny v interiérech



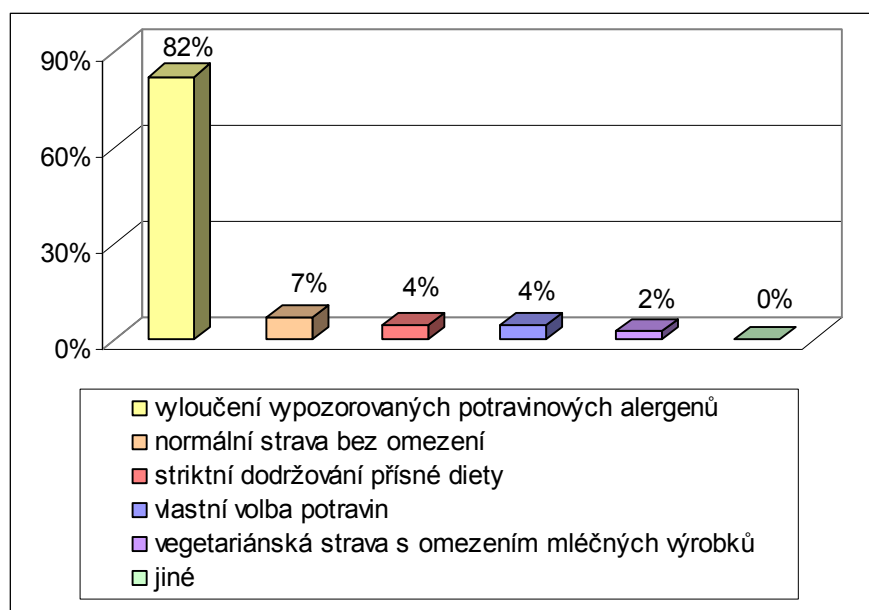
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů 64 % (29) rodičů uvedlo, že v místnostech v domácnosti, kde se často pohybuje ekzematik, mají pouze nekvetoucí rostliny. 22 % (10) rodičů uvedlo, že rostliny v domácnosti nemají. Přítomnost kvetoucích i nekvetoucích rostlin v domácnosti uvedlo 11 % (5) rodičů. 2 % (1) rodičů uvedly přítomnost pouze kvetoucích rostlin.

Graf 49 Rizikové potraviny



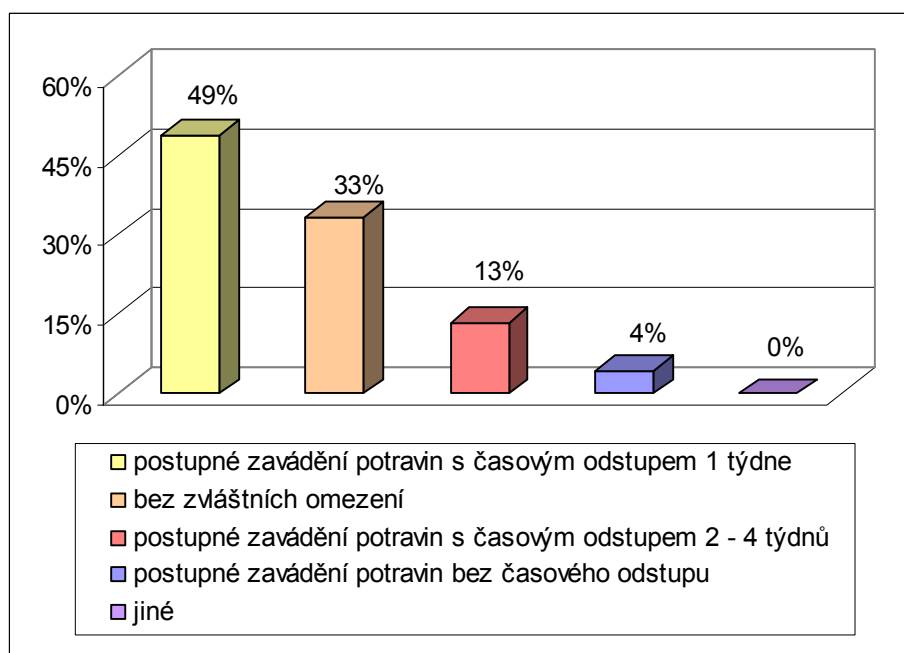
Graf 49 zobrazuje potraviny, jsou dle názoru rodičů obecně řazeny mezi rizikové ve vztahu k alergii. Při volbě odpovědí mohli rodiče uvést více možností. Ze získaných dat vyplývá, že nejčastěji uváděnou odpovědí bylo kakao, které se zde objevilo 39krát. Druhou příčku v sestupném pořadí obsadila čokoláda, která se v odpovědích rodičů vyskytla 38krát. 37krát byly zmíněny různé druhy ořechů, 35krát exotické druhy ovoce a 34krát citrusové plody. Vejce se mezi rizikovými potravinami objevily 25krát. 23krát byly uvedeny i mořské produkty a mléko. Kari bylo zmíněno 22krát, med 17krát, 15krát byl uveden i celer a 13krát skořice. Kyselé zelí se zde vyskytlo 7krát, 3krát pak byl zmíněn cukr, 2krát mrkev, 2krát mateřské mléko a 1krát sůl a brambory. Možnost kuřecího masa a brokolice coby rizikových potravin nebyla uvedena.

Graf 50 Sestavování jídelníčku



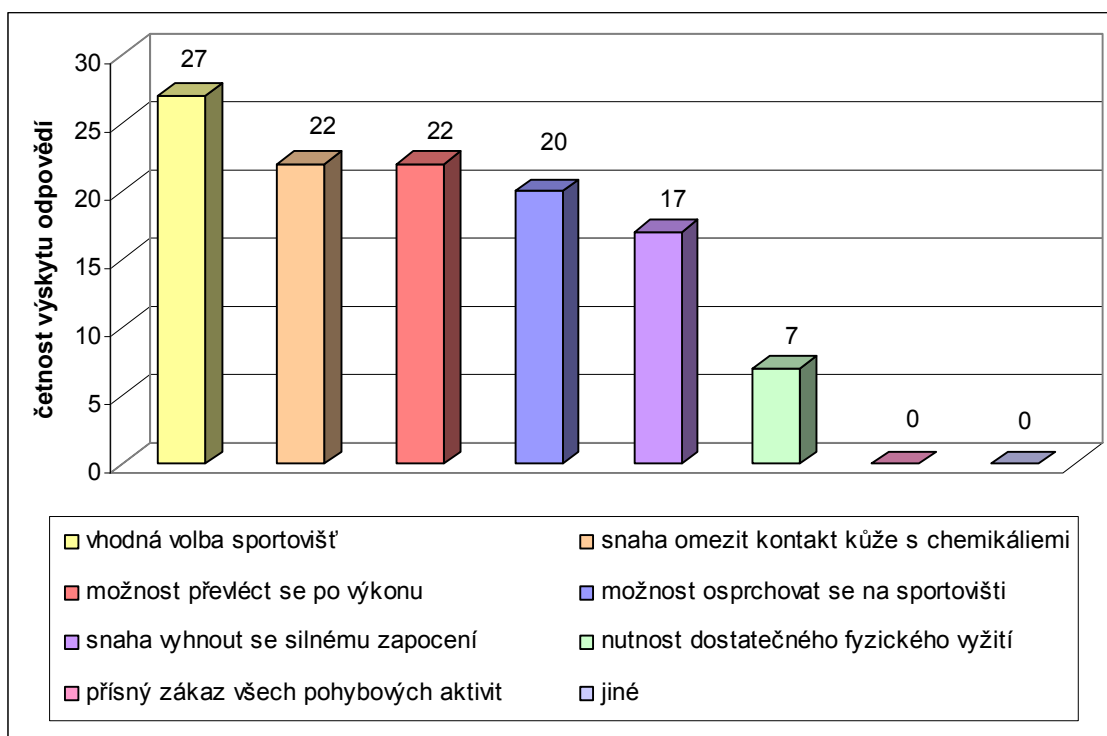
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 82 % (37) rodičů uvedlo, že se stravování jejich dítěte (dětí) s tímto onemocněním odvíjí od vyloučení vyzozorovaných potravinových alergenů. 7 % (3) rodičů uvedlo odvíjení stravování od normální stravy bez omezení a 4 % (2) rodičů uvedly striktní dodržování přísné diety. Možnost vlastní volby potravin uvedly 4 % (2) rodičů. Odvíjení stravování od vegetariánské stravy s omezením mléčných výrobků uvedly 2 % (1) rodičů. Možnost jiné neuvedl žádný rodič 0 %.

Graf 51 Zavádění nových potravin



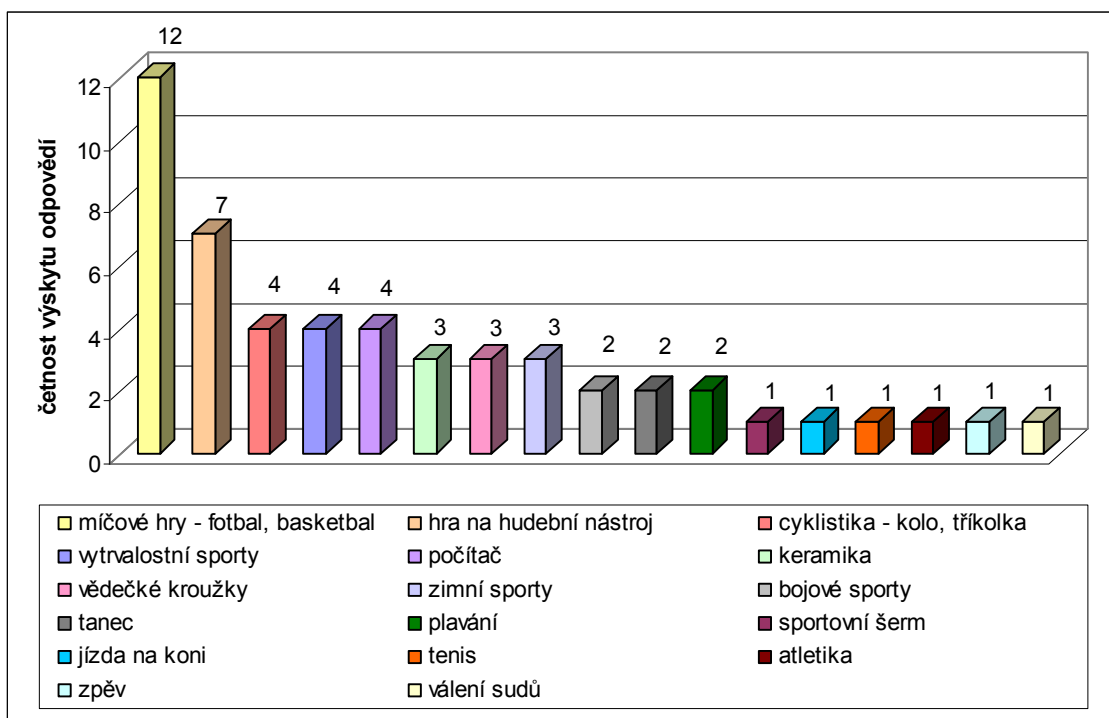
Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickou dermatitidou 49 % (22) uvedlo, že nové složky potravy do jídelníčku svého dítěte (dětí) zavádí postupně, s časovým odstupem 1 týdne mezi jednotlivými potravinami. 33 % (15) rodičů uvedlo zavádění nových složek potravy bez zvláštních omezení. Postupné zavádění potravin s časovým odstupem 2 - 4 týdnů udalo 13 % (6) rodičů. 4 % (2) rodičů uvedly postupné zavádění potravin bez časového odstupu. Možnost jiné ne zvolil žádný rodič 0 %.

Graf 52 Sportovní aktivity



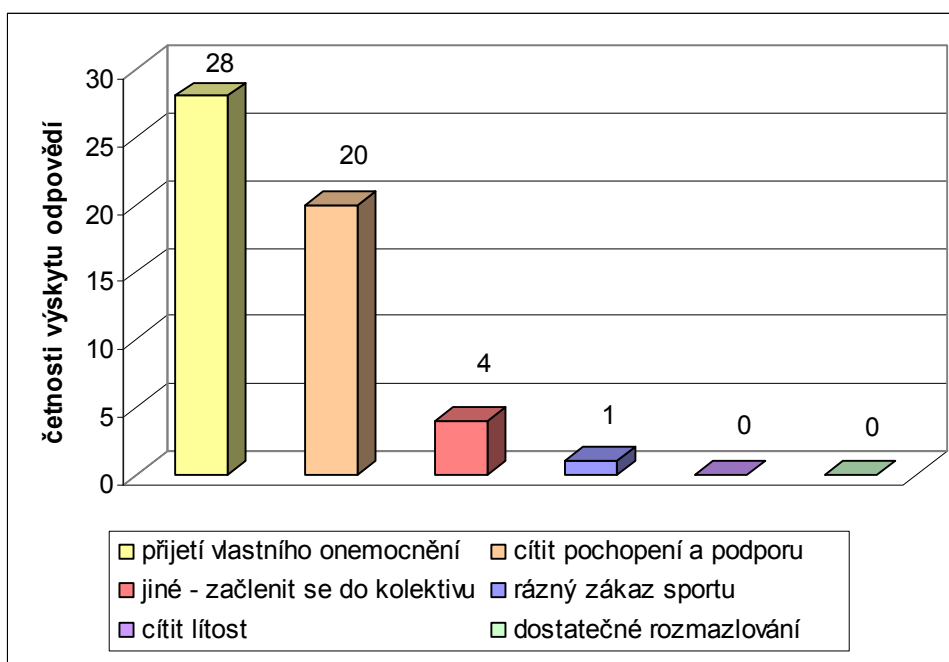
Graf 52 zobrazuje doporučení, která se dle názoru rodičů vztahují ke sportovním aktivitám těchto dětí. Při volbě odpovědí bylo možné uvést více možností. Ze získaných dat je patrné, že nejčastěji uváděnou odpovědí byla vhodná volba sportovišť s omezenou prašností, která se zde vyskytla 27krát. Doporučení snažit se omezit kontakt kůže s chemikáliemi a možnost převléct se po výkonu do suchého oděvu bylo zmíněno 22krát. 20krát se vyskytla i možnost osprchovat se na sportovišti, 17krát snaha vyhnout se silnému zapocení a 7krát nutnost dostatečného fyzického vyžití dítěte. Doporučení přísného zákazu všech pohybových aktivit ani jiné doporučení nebylo uvedeno.

Graf 53 Zájmové činnosti dětí



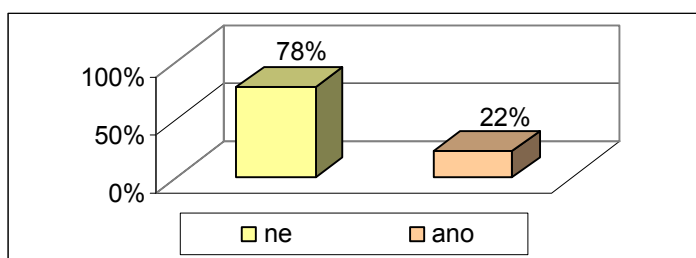
Graf 53 zobrazuje, které zájmové činnosti dané dítě provozuje. Odpověď na tuto otázku byla volná, tudíž byli rodiče požádáni o vypsání těchto činností. Z grafického znázornění je patrné, že mezi nejčastěji uváděné zájmové aktivity dětí patří míčové hry, kde byl nejčastější fotbal a basketbal. Ty byly uvedeny celkem 12krát. Hra na hudební nástroj se zde vyskytla 7krát. 4krát byla uvedena cyklistika – kolo, tříkolka, stejně jako vytrvalostní sporty a počítač (rovněž 4krát). Keramické a vědecké kroužky se v odpovědích rodičů vyskytly 3krát, stejně jako zimní sporty (3krát). 2krát byly uvedeny sporty bojové. Tanec a plavání se zde vyskytly 2krát. 1krát pak byly uvedeny možnosti: sportovní šerm, jízda na koni, tenis, atletika, zpěv a válení sudů.

Graf 54 Aspekty celkové spokojenosti dítěte



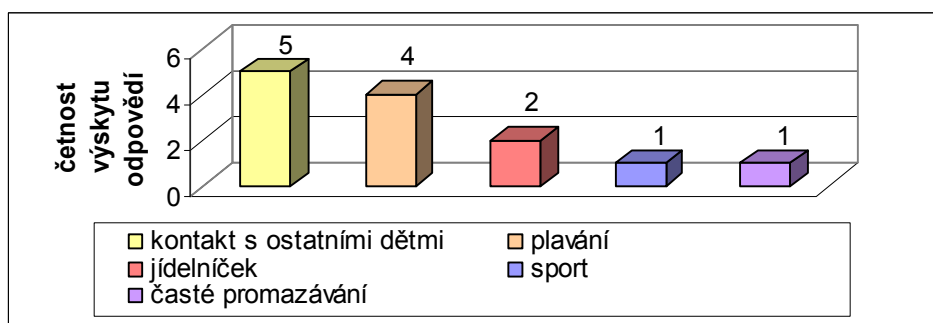
Graf 54 zobrazuje, co je pro rodiče z hlediska celkové spokojenosti jejich dítěte (dětí) s tímto onemocněním důležité. Rodiče zde mohli zvolit více možností. Z uvedených dat vyplývá, že přijetí vlastního onemocnění, které se zde vyskytlo 28krát, bylo nejčastější odpovědí. Dále se 20krát objevila možnost cítit pochopení a podporu jak ze strany rodičů, tak i sourozenců. 4krát byla uvedena možnost jiné – začlenění do kolektivu. Rázný zákaz sportu se vyskytl 1krát. Možnost cítit lítost ze strany rodičů a sourozenců a dostatečného rozmazlování uvedena nebyla.

Graf 55A Omezení dětí v běžném životě



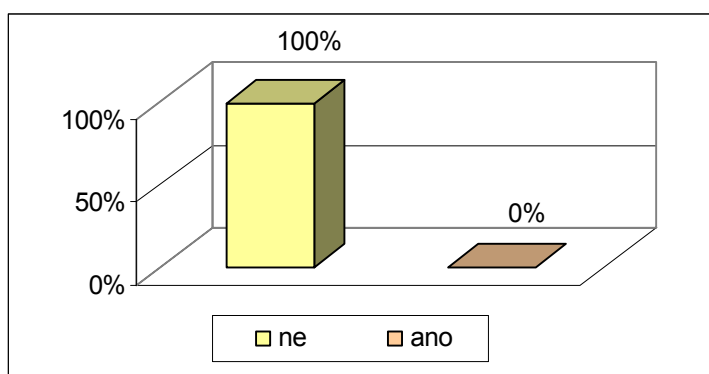
Graf 55A se vztahuje k uzavřené části otázky 31, kde rodiče dětí s atopickou dermatitidou uváděli, zda se domnívají, že atopický ekzém omezuje jejich dítě (děti) v běžném životě. Z celkového počtu 100 % (45) rodičů 78 % (35) rodičů uvedlo, že si toto nemyslí. 22 % (10) rodičů zvolilo možnost ano. *Ti rodiče, kteří uvedli možnost ano (10 rodičů) byli dále požádáni, aby vypsali v čem atopický ekzém ovlivňuje život jejich dětí. Z takto získaných údajů pak vychází následující graf 55B.*

Graf 55B Oblasti života, které atopický ekzém ovlivňuje



Graf 55B navazuje na graf 55A. Rodiče, kteří v předchozím grafu uvedli možnost ano (10 rodičů), tedy že atopický ekzém omezuje jejich dítě (děti) v běžném životě, byli požádáni, aby vypsali v čem. 5krát se zde vyskytlo omezení v kontaktu s ostatními dětmi, 4krát plavání, 2krát bylo uvedeno jídlo a 1krát sport. Omezení způsobené častým promazáváním kůže bylo rovněž zmíněno 1krát.

Graf 56 Sdružení lidí s atopickým ekzémem



Z celkového počtu 100 % (45) rodičů dětí s atopickým ekzémem 100 % (45) rodičů uvedlo, že nezná žádné sdružení lidí s atopickým ekzémem. Možnost ano neuvedl žádný rodič 0 %.

Poznámka ke zpracování grafů

Jak již bylo výše uvedeno, výsledky výzkumu byly zpracovány pomocí programu MS Excel do podoby grafů a tabulek. V tomto programu byly také prováděny veškeré potřebné výpočty. Ve většině grafů jsou uvedeny procentuální výsledky, které byly pro zpřehlednění zaokrouhleny na čísla bez desetinných míst. Díky tomu je možné při holém sčítání těchto hodnot objevit nepřesnost, kdy dochází k nerovnosti 100 %. Takto sečtené hodnoty pak mohou dosahovat 99 % či 101 %.

5. Diskuse

Ke zmapování situace v oblasti ošetrovatelské péče o děti s atopickým ekzémem jsem sestavila dva druhy dotazníků. **V první části diskuse se věnuji dotazníku, který byl určen sestřím pracujícím v ordinacích kožních lékařů (dermatologických ordinacích), jejichž výsledky jsou zachyceny v grafech a tabulkách označených písmenem B (například graf 2B), a v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (pediatrické ordinace), jejichž výsledky jsou zachyceny v grafech a tabulkách označených písmenem A (například graf 2A).** Výzkumný soubor byl tvořen 30 sestrami, z toho bylo 15 sester dermatologických a 15 sester pediatrických.

Dotazník obsahoval 26 otázek, z nichž otázky číslo 1 – 3 byly identifikační. Zkoumaly typ ordinace, v níž sestra pracuje, délku její praxe v dané ordinaci a přibližný počet dětí s diagnózou atopické dermatitidy, který je zde evidován. Výsledky uvádí graf 1, 2A, 2B, 3A a 3B.

Otázky číslo 4 – 6 byly zaměřeny především na zjištění dostupnosti informací o atopické dermatitidě a s ní spojených režimových opatřeních ze strany sester. Výsledky týkající se dostupnosti informačních brožur či letáků v daných ordinacích uvádí graf 4A a 4B. 100 % hodnotících sester z obou skupin uvedlo jejich přítomnost, což mne velice překvapilo, protože z vlastní zkušenosti vím, jak je někdy těžké tyto materiály v ordinacích objevit.

Výsledky otázky číslo 5 jsou uvedeny v grafu 5A a 5B. Z nich je patrné, že se rodiče s žádostmi o poskytnutí informací, týkajících se péče o děti s atopickým ekzémem, častěji obrazejí na pediatrické sestry, a to v 80 %, než na sestry dermatologické, v 60 %. To potvrzují i výsledky otázky číslo 7 rodičovského dotazníku, kde byla možnost získávání informací o atopickém ekzému od sestry u dětského lékaře uvedena osmkrát. Získávání informací od sestry u kožního lékaře zde naproti tomu bylo zmíněno pouze jedenkrát. Díky vyhodnocení odpovědí na tyto otázky jsem mohla potvrdit druhou hypotézu: **„Rodiče se obrazejí o poskytnutí informací o onemocnění častěji na sestry v ordinacích pediátrů, než na sestry v ordinacích kožních lékařů“.**

Tato hypotéza se potvrdila. Ke stanovení této hypotézy mě vedla vlastní zkušenost a předpoklad, že se děti s atopickým ekzémem dostávají do evidence kožních lékařů až ve chvíli, kdy jsou kožní projevy onemocnění těžko zvládnutelné. Z tohoto jsem následně vycházela při formulaci hypotézy. Předpokládala jsem, že v pediatrických ordinacích bude díky tomu evidováno i více dětí s daným onemocněním. Velmi mne překvapilo, že ačkoli nedošlo k potvrzení předpokladu, hypotéza potvrzena byla.

Výsledky otázky číslo 6, kde bylo možno zvolit více odpovědí, jsou uvedeny v grafu 6A a 6B. Předkládají výčet oblastí, o kterých sestry rodiče informují. Zvláštní je fakt, že se uvedené oblasti mírně odlišují pouze v četnosti výskytu jednotlivých odpovědí. Například: možnost poskytování informací o výběru lůžkovin se v dotaznících pediatrických sester objevila 15krát a u dermatologických sester 10krát. Podobné je to i u vhodného výběru oděvů, jehož četnost výskytu byla u pediatrických sester opět 15 a u dermatologických 12. Trochu úsměvný je z mého pohledu výsledek týkající se poskytování informací o svépomocných skupinách, protože tato položka byla uvedena pouze jedenkrát, a to pediatrickou sestrou. Domnívám se, že s tímto faktem velice dobře korespondují výsledky uvedené v grafu 56, kde se 100 % rodičů dětí s atopickou dermatitidou shodlo na tom, že žádné sdružení neznají. Proto zde zůstává otázkou, proč sestry, zejména pak dermatologické, o těchto sdruženích neinformují.

Odpověď na tuto otázku můžeme hledat v grafech 24A a 24B. Z výsledků pediatrických sester (graf 24A) vyplývá neznalost těchto sdružení, která zde byla uvedena 13krát. Jedenkrát se vyskytla odpověď, v níž pediatrická sestra uvedla, že o existenci svépomocných skupin ví, ale nezná jejich jména, a jedenkrát bylo uvedeno sdružení MÁŠA. Naproti tomu z grafu 24B lze vyčíst větší znalost dermatologických sester. V jejich odpovědích se neznalost sdružení objevila celkem 7krát. Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem se zde vyskytlo rovněž 7krát, 6krát pak bylo uvedeno SPAE a 2krát DEBRA, což je ale sdružení jedinců s epidermolysis bullosa congenita. Vyhodnocení výsledků této otázky pro mne bylo celkem zarážející už jen z toho důvodu, že jsem se na základě dat uvedených v grafech 6A a 6B domnívala, že sestry svépomocné skupiny neznají (možnost poskytnutí informací o svépomocných skupinách se zde objevila 1krát). Ale v tomto případě je

u dermatologických sester opak pravdou. Samozřejmě je při zhodnocení těchto dat možné polemizovat i o tom, zda se ze strany pediatrických sester skutečně jedná o problém. Důvodem pro tuto úvahu je především přihlídnutí k profesnímu zaměření daných respondentů, které klade zvýšené nároky na znalosti z různých oblastí ve vztahu k dětskému věku, ale nevyžaduje tak hluboké znalosti týkající se kožních chorob. Proto se hlavní příčinou tohoto stavu z mého pohledu stává již zmíněná nutná míra odbornosti, která je v oblasti kožních chorob logicky vyšší u dermatologických sester než u pediatrických.

Otázky číslo 7, 11 a 12 se týkaly především zjištění významu jednotlivých složek komplexní péče, provokačních faktorů a potravinových alergenů, které by mohly ovlivňovat průběh daného onemocnění. Zároveň tyto otázky měly být i ukazateli znalostí respondentů.

Z výsledků otázky číslo 7 znázorněných v grafech 7A a 7B, je patrné, že sestry v ordinacích kožních lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost mají velice podobný názor na význam jednotlivých složek komplexní péče o děti s atopickou dermatitidou. Ten byl zjišťován pomocí hodnotící škály, kdy stupnice byla tvořena body 1 – 5, přičemž 1 bod označoval nejméně podstatnou část léčby a 5 bodů nejpodstatnější. Následně byl z takto uvedených hodnot pro každou položku vytvořen průměr.

V prevenci kontaktu s alergeny, v dodržování lékařských ordinací, v úpravě domácího prostředí a v přijetí vlastní diagnózy došlo ke shodě u obou hodnotících skupin. Každá tato položka byla ohodnocena 4 body. Jediným odlišením byl názor na význam vhodné péče o kůži, který pediatrické sestry ohodnotily 4 body a dermatologické sestry 5 body. Význam celkové úpravy životního stylu, měl pro pediatrické sestry rovněž hodnotu 4 body, avšak pro dermatologické 3. Na základě těchto výsledků lze říci, že pohled sester na význam jednotlivých částí komplexní péče odpovídá i názorům odborné veřejnosti. Ta se kloní spíše k myšlence, že pro zlepšení stavu jedince s atopickou dermatitidou a pro minimalizaci exacerbací tohoto onemocnění je důležitá nejen správná a včasná léčba, ale i vhodná úprava životosprávy, jídelníčku, domácího prostředí a znalost a omezení faktorů vyvolávajících alergické reakce. **(5, 22)**

Co se týče rozdílnosti přiřazených hodnot, o něco zajímavější jsou výsledky uvedené v grafech 9A a 9B, které byly zpracovány stejným způsobem jako data uvedená v grafech 7A a 7B. Patrný je zde rozdílný pohled hodnotících skupin sester na význam jednotlivých provokačních faktorů ve vztahu k atopické dermatitidě u dětí. Pediatrické sestry uvedly čtyři body u položek: geny, srst zvířat a potravinové alergenů. Naproti tomu dermatologické sestry tuto hodnotu uvedly u genů, srsti zvířat, potravinových alergenů, plísní, pylů a roztočů. Třemi body pak dětské sestry označily plísně, pyly, různé druhy infekcí, prach, roztoče, fyzickou zátěž a hormonální změny v pubertě. Pro kožní sestry tři body představovaly tabákový kouř, fyzickou zátěž, psychickou zátěž a hormonální změny v pubertě. Psychické zátěži a tabákovému kouři pediatrické sestry přiřadily dva body.

Rozdíly ve výše uvedených hodnotách je možné si vysvětlit odlišnou odborností, přičemž dermatologické sestry byly ve svém hodnocení jednoznačně přísnější. Z tohoto pohledu je překvapivým faktem přiřazení 4 bodů potravinovým alergenům, ačkoli bych na základě prostudování dostupné odborné literatury předpokládala bodů 5. Možným vysvětlením tohoto jevu je fakt, že potravinové alergenů mají největší význam především v prvním roce života. V dalších letech pak jejich význam postupně klesá ve prospěch alergenů pocházejících ze zevního prostředí a infekcí. **(12, 13)** Dalším výsledkem plynoucím z odpovědí pediatrických sester, který mne překvapil, bylo přiřazení hodnoty 2 kouři. Pro srovnání: dermatologické sestry této položce přiřadily hodnotu 3. Důvodem, proč mne toto zaráží je fakt, že kouř je všeobecně řazen mezi významné alergické činitele **(2, 6, 12, 13)** a zvláště u dětí platí téměř až notoricky známé doporučení, omezovat či zcela vyloučit jejich pobyt v zakouřeném prostředí.

Pro zjištění významu potravinových alergenů v prvním roce života posloužila otázka číslo 12, jejíž výsledky jsou uvedeny v grafech 10A a 10B. Ty byly zpracovány stejným způsobem jako data uvedená v grafech 7A a 7B. Při sběru jednotlivých údajů nutných pro následné výpočty byly velice zajímavé odpovědi dvou pediatrických sester, které udávaly coby nejvíce alergenní potravinu prvního roku života mateřské mléko, i když současné poznatky uvádí jeho pozitivní vliv. Ten spočívá především v přechodném preventivním účinku, který má na výskyt atopické dermatitidy a alergie

na potraviny. V praxi to znamená nižší výskyt alergických symptomů během prvních let života. To však nevylučuje možnost objevení projevů atopické dermatitidy u kojených dětí. **(22, 25)** Možným vysvětlením tohoto jevu je z mého pohledu buď neznalost dané problematiky, nebo vlastní zkušenost sester z praxe, která se může lišit od názorů většiny odborné veřejnosti. Proto považuji za vhodné připomenout, že někteří autoři připouští, že nelze zcela vyloučit alergickou reakci na mateřské mléko, i když procento jejího výskytu je skutečně velmi malé. **(25)** Třeba i právě proto v konečném zhodnocení výsledků týkajících se této položky došlo ke shodě obou skupin hodnotících sester. Mateřskému mléku byly průměrem přiřazeny 2 body.

Otázky číslo 8 – 10 zjišťovaly, zda sestry dokáží rozpoznat jednotlivé formy atopické dermatitidy v dětství. Výsledky otázky číslo 8, které jsou uvedeny v grafech 8A a 8B, poskytují možnost utvořit si představu o orientaci sester v oblasti rozlišení jednotlivých klinických forem atopické dermatitidy. Při srovnání hodnot v těchto grafech je možné zaznamenat rozdíly, které jsou již výraznější. Přestože literatura uvádí, že se jednotlivé formy tohoto onemocnění odlišují dle lokalizace ekzematických projevů specifických pro daný věk **(5, 6, 10, 13)**, tuto možnost uvedlo pouze 47 % pediatrických a 60 % dermatologických sester. 33 % pediatrických sester uvedlo odlišení délkou trvání akutní fáze, stejně jako 20 % sester dermatologických. Zbylých 20 % dětských sester uvedlo rozsah a intenzitu kožního postižení. Tuto možnost zvolilo i 20 % sester kožních.

Na rozpoznání jednotlivých forem atopické dermatitidy v dětství byly zaměřeny otázky číslo 9 a 10, kde bylo možné zvolit více odpovědí. Z výsledků uvedených v tabulkách 1A a 1B, vztahujících se k otázce 9, a v tabulkách 2A a 2B, vztahujících se k otázce 10, je patrné, že sestry z obou dotazovaných skupin nedokáží správně odlišit příznaky kojenecké a dětské formy atopické dermatitidy. Kojenecká forma tohoto onemocnění je charakteristická především kožními projevy na tvářích, uších a na čele dětí. Ve vlasech se jim objevují pevně lpějící bělavé šupiny. Mezi další projevy této formy patří drobné, živě červené papulky a silně mokvající kůže. Na rozdíl od kojenecké formy je forma dětská charakteristická kožními projevy na hřbetech

rukou, na zápěstí a na krku. Dále je pro ni typická suchá, hrubá a silně svědivá kůže a kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek. **(3, 6, 10, 22)**

Nicméně, i přes výše uvedené poznatky pramenící z odborné literatury, byly kožní projevy na tvářích coby charakteristický projev kojenecké formy atopické dermatitidy pediatrickými sestrami uvedeny pouze 9krát, na čele 5krát a na uších pak 2krát, stejně jako silně mokvající kůže a drobné, živě červené papulky. Pevně lpějící bělavé šupiny se v odpovědích těchto sester vyskytly 5krát. Naproti tomu v odpovědích dermatologických sester se možnost kožních projevů na tvářích vyskytla 14krát, 7krát pak byly uvedeny drobné živě červené papulky a 6krát kožní projevy na čele. Silně mokvající kůže zde byla uvedena 4krát a kožní projevy na uších pouze 2krát. Poměrně vysokou četnost výskytu odpovědí měly u obou skupin dotazovaných sester projevy charakteristické spíše pro dětskou formu tohoto onemocnění. Například suchá, hrubá a silně svědivá kůže byla pediatrickými sestrami uvedena 8krát a dermatologickými 7krát.

Výsledky uvedené v tabulkách 2A a 2B ukazují lepší orientaci obou skupin sester v oblasti charakteristických projevů dětské formy atopické dermatitidy. Kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek byly v odpovědích pediatrických sester uvedeny 14krát, suchá, hrubá a silně svědivá kůže 10krát. Kožní projevy na zápěstí, na hřbetech rukou a na krku se zde objevily 2krát. Na druhou stranu se v dotaznicích pediatrických sester objevily i kožní projevy na tvářích (7krát), suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku (7krát), kožní projevy na uších (2krát) a silně mokvající kůže (1krát).

Výsledky dermatologických sester uvedené v tabulce 2B naznačují, že z tohoto srovnání o něco lépe vycházejí sestry pediatrické. A to i přes to, že 15krát bylo v odpovědích kožních sester uvedeno, že mezi charakteristické projevy dětské formy atopické dermatitidy patří kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek, 9krát suchá, hrubá a silně svědivá kůže a kožní projevy na zápěstí. Na druhou stranu 4krát byly v dermatologických dotaznicích uvedeny také suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku, drobné, živě červené papulky a pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech. Kožní projevy na tvářích zde byly zmíněny 3krát. Ekzém prsních bradavek, zarudlé plochy

s droboukými puchýřky, kožní projevy na uších a na krku a silně mokvající kůže coby charakteristická znak se vyskytly 2krát.

Možným vysvětlením odlišností, které se vyskytly v určování charakteristických projevů jednotlivých forem atopické dermatitidy, může být jednak dosavadní zkušenost obou skupin sester, ale i to, že jednotlivé formy tohoto onemocnění na sebe mohou plynule navazovat. Proto je také složitější přesně určit, které příznaky patří k dané formě. Samozřejmě je zde třeba zohlednit i individuální průběh ekzematických projevů u každého jednice. **(13)**

Otázky číslo 13 – 25 byly zaměřeny na zmapování orientace sester v oblasti režimových opatření těchto dětí a v oblasti vztahující se k ošetrovatelským úkonům při péči o kůži atopiků.

Výsledky uvedené v grafech 11A a 11B poskytují informace o tom, co by sestry doporučily matkám dětí s atopickou dermatitidou, které nemohou kojít. V souladu se soudobými poznatky, tedy s doporučením kojeneckých přípravků vyrobených na bázi částečně hydrolyzovaných bílkovin **(25)**, odpovědělo 73 % pediatrických a 67 % dermatologických sester. Lepší výsledek pediatrických sester bych přičítala především jejich praktickým zkušenostem, které jim poskytuje fungování dětských a kojeneckých poraden. Co mne však překvapilo, bylo doporučení přípravků vyrobených na bázi kravského mléka 13 % dermatologických sester, i když mléko a mléčné výrobky tyto sestry v grafu 10B považovaly za jeden z nejvýznamnějších potravinových alergenů prvního roku života. Doporučení přípravků vyrobených na bázi sojové bílkoviny bylo uvedeno 27 % pediatrických a 20% dermatologických sester.

Zaváděním příkrmů do jídelníčku kojence se sestry zabývaly v otázce číslo 14, jejíž výsledky jsou zachyceny v grafech 12A a 12B. Zajímavé je, že obě skupiny sester vědí o postupném zavádění monokomponentních příkrmů, ale u jednotlivých odpovědí pak docházelo k rozporu, co se týče rozestupu mezi jednotlivými potravinami. Zatím co pediatrické sestry uvedly v 53 % postupné zavádění s časovým odstupem jednoho týdne mezi jednotlivými potravinami, dermatologické sestry tuto možnost uvedly ve 33 %. Zavádění s časovým odstupem 2 - 4 týdnů pak uvedly pediatrické sestry ve 47 % a dermatologické v 67 %. Tento výsledek mne velice překvapil,

protože výskyt časového rozmezí 1 týdně se v odpovědích objevoval poměrně často i přes to, že současné poznatky udávají coby správný postup postupné zavádění monokomponentních příkrmů s časovým odstupem 2 - 4 týdnů. **(25)** Po podrobnějším prozkoumání dané problematiky, bylo možné odhalit pravděpodobnou příčinu tohoto rozporu. Ta spočívá ve faktu, že výše uvedené doporučení se týká především dětí, které se již s tímto onemocněním léčí, nebo mají jeho pozitivní výskyt v rodinné anamnéze. Obecně je však v odborné literatuře pro zavádění příkrmů uváděn coby dostatečný časový odstup 3 – 4 dny. **(14, 19)**

Výsledky uvedené v grafech 13A a 13B, přinášejí informace o tom, čím by se dle dotazovaných sester mělo řídit stravování dětí s atopickou dermatitidou. Obě skupiny sester v nadpoloviční většině (pediatrické sestry v 80 % a dermatologické v 93 %) odpověděly v souladu s odbornou literaturou, která doporučuje stravování dětí odvíjet od vyloučení vypozerovaných alergenů. **(25)**

Při zpracovávání dat týkajících se ošetřování suché kůže atopika, které zachycují grafy 16A a 16B, kde byla možná volba více odpovědí, mne opět některé z uvedených překvapily. Důvodem byl jejich rozpor s doporučeními uváděnými v literatuře, která mimo jiné zdůrazňuje, že je vhodné časté promazávání kůže promašťujícími krémy, ale zároveň uvádí, že vrstva těchto přípravků by neměla být příliš silná. Obecně je tedy vhodné promašťovat častěji a ve slabších vrstvách. **(6, 21)** I přes to, se například 2krát v pediatrických a 3krát v dermatologických dotaznicích objevilo doporučení nanášení silnějších vrstev promašťovacích krémů. 1krát se v dermatologických dotaznicích vyskytla i odpověď koupele v heřmánku, který je však v současnosti některými odborníky považován za alergizující. **(6)**

Podobně překvapivé výsledky přináší i grafy 17A a 17B, vztahující se k otázce číslo 19, kde bylo rovněž možno zvolit více odpovědí. Ty zobrazují doporučení pro ošetřování mokvajících kůže atopika. Opět se zde vyskytla i možnost přikládání obkladů z heřmánku (2krát v pediatrických dotaznicích). Dalším doporučením, které mne velice překvapilo, bylo dlouhodobé přikládání vysychavých obkladů, což je opět v rozporu s obecnými doporučeními. Důvodem je především fakt, že dlouhodobá

aplikace těchto obkladů může způsobit přesušení postižené kůže. **(6)** Tento bod byl uveden 3krát v pediatrických i dermatologických dotaznících.

Nádherným znázorněním významu odbornosti pro orientaci v dané problematice jsou data uvedená v grafech 18A a 18B. Ty se týkají postupu před plošnou aplikací nově zavedeného dermatika. Správný postup spočívá v provedení toleranční zkoušky, a to minimálně 3 dny před jeho plošnou aplikací. **(6)** Nicméně, 53 % pediatrických sester sice tuší, že by toleranční zkouška měla proběhnout, ale dostatečnou dobu pro ně představuje 1 hodina před jeho nanášením. 3 dny před touto aplikací pak uvedlo 33 % pediatrických sester. Celkem 14 % pediatrických sester by toleranční zkoušku neprovedlo a doporučilo by jiné intervence. Naproti tomu dermatologické sestry by toleranční zkoušku minimálně 3 dny předem doporučily v 73 %. 1 hodinu před plošnou aplikací by ji doporučilo 13 % těchto sester. Celkem 14 % dermatologických sester by toleranční zkoušku neprovedlo a zvolilo by jiné intervence. Domnívám se, že z výše uvedeného nevyplývá nedostatek znalostí pediatrických sester ve vztahu k danému tématu, ale spíše jejich nepřesnost a neúplnost, protože povědomí o provádění toleranční zkoušky souhrnem mají. Pravdou však také je, že tyto nedostatky v odpovědích jsou patrné u obou hodnotících skupin. Proto je třeba neustále aktualizovat a upřesňovat poznatky v souladu s vývojem v oblasti nejen medicíny, ale i ošetrovatelských technik a zásad jakožto samostatné vědní disciplíny.

Psychosociální oblasti byla věnována otázka číslo 25, která se týkala jednotlivých atributů nutných k celkové spokojenosti dětí s tímto onemocněním. I zde bylo možné zvolit více možností. Výsledky této otázky jsou uvedeny v grafech 23A a 23B. Zajímavá na nich je shoda obou skupin sester v oblastech, které jsou z tohoto hlediska důležité. 15krát se v odpovědích pediatrických sester objevila akceptace vlastního onemocnění a pochopení ze strany rodičů a sourozenců. U dermatologických sester byla četnost výskytu položky pochopení ze strany rodičů a sourozenců shodná (15krát). Akceptace vlastního onemocnění se u této skupiny objevila 14krát.

Po zhodnocení výše uvedených dat vyplynulo, že obě skupiny sester mají informace o dané problematice, které jsou v různých oblastech odlišné a v některých oblastech i mylné. Proto také nedošlo k potvrzení první hypotézy: „**Sestry v ordinacích**

kožních lékařů mají více znalostí o problematice životního stylu dětí s atopickou dermatitidou, než sestry v ordinacích pediatrů.“ Tato hypotéza se nepotvrdila. Pravdou je, že tento fakt mne velice překvapil, protože jsem se domnívala, že díky své odbornosti a současnému trendu celoživotního vzdělávání, budou mít dermatologické sestry více informací. I když na druhou stranu nelze těmto sestram upřít odbornější znalosti v určitých oblastech, jak je patrné ve výsledcích uvedených v grafech 18A a 18B.

V následující části diskuse se zaměřuji na dotazník, který byl určen rodičům dětí s atopickou dermatitidou. Výzkumný soubor zde tvořilo celkem 45 respondentů. Dotazník obsahoval 32 otázek, z nichž otázky číslo 1 – 6 byly identifikační. Zjišťovaly, z jakého kraje respondenti jsou, ve které ordinaci dotazník získali, jaký je počet a stáří dětí s atopickou dermatitidou v jejich rodině a kdo toto onemocnění u jejich dětí diagnostikoval. Výsledky takto získaných dat jsou uvedeny v grafech 25, 26, 27, 28, 29 a 30, z nichž bych mezi nejzajímavější zařadila výsledky grafů 29 a 30.

Graf 29 se vztahuje k otázce číslo 5, kde byli rodiče požádáni o vypsání věku diagnostikování daného onemocnění u jejich dítěte (dětí). Nadpoloviční většina (82 %) z takto diagnostikovaných dětí byla dle odpovědí ve věku do tří let. S tímto výsledkem do určité míry korespondují i data, která jsou uvedena v grafu 30. Z těch je patrné, že diagnostikování dítěte provedl v 67 % dětský lékař. Pokud bychom se zamysleli nad tím, proč tomu tak je, odpověď by byla dle mé zkušenosti jednoznačná. Domnívám se, že je to způsobeno především tím, že pokud dítě netrpí závažnými kožními projevy, zůstává často pouze v péči obvodního lékaře pro děti a dorost a tím pádem bývají tyto děti pediatry častěji diagnostikovány.

Účelem otázek číslo 7 – 11 bylo zmapování subjektivního dostatku znalostí o tomto onemocnění ze strany rodičů, zjištění dodržování režimových opatření a určení zdrojů těchto informací.

Z výsledků uvedených v grafu 31, který se vztahuje k otázce číslo 7, v níž bylo možné označit více odpovědí, vyplývá nejen potvrzení první hypotézy, jak již bylo výše zmíněno. Dalším zjištěním je zde i fakt, že nejčastěji rodiče získávají informace

o onemocnění svých dětí od kožních lékařů (33 rodičů) a od pediatrů (32 rodičů). Jinými využívanými zdroji jsou internet, časopisy a letáky či odborná literatura. Pediatrická sestra se coby zdroj informací objevila v odpovědích rodičů 8krát a dermatologická 1krát. S těmito výsledky korespondují i údaje uvedené v grafech 34 a 35. Zde byla sestra a lékař coby poskytovatel informací uvedena v 60 % a pouze sestra ve 4 %. V grafu 35, který se vztahuje k otázce číslo 11, v níž bylo opět možno zvolit více možností, se 2krát objevila sestra u kožního lékaře jako poskytovatel informací v případě potíží s atopickým ekzémem u daného dítěte.

K velice zajímavému závěru mne přivedlo zhodnocení údajů vztahujících se k otázce 8 dotazníku pro rodiče (graf 32), která zjišťovala, zda tito mají dostatek informací o režimových opatřeních dětí s tímto onemocněním. V 98 % rodiče odpověděli, že dostatek informací mají, pouze ve 2 % zvolili odpověď zápornou. Tím také došlo k potvrzení třetí hypotézy: **„Rodiče dětí s atopickým ekzémem mají informace o režimových opatřeních.“ Tato hypotéza se potvrdila.** Pravdou je, že tento výsledek mne osobně velice překvapil a přivedl k otázce, v jaké kvalitě tyto informace jsou. Což ovšem není možné říci bez podrobnějšího prozkoumání níže uvedených výsledků.

Pro zjištění dodržování režimových opatření ze strany rodičů posloužila otázka číslo 9, jejíž výsledky jsou uvedeny v grafu 33. Z nich vyplývá, že 71 % rodičů dodržuje režimová opatření dle aktuálního stavu dítěte, 18 % rodičů dodržuje pouze některá z opatření, 9 % rodičů dodržuje opatření striktně a 2 % je spíše nedodržují. Bohužel na základě takto získaných dat nebylo možné pátou hypotézu, která se zaměřuje právě na dodržování těchto opatření, potvrdit ani vyvrátit, protože dle mých zkušeností dochází často k rozporu mezi tím, co jedinci tvrdí a tím, co skutečně dělají. Proto bylo třeba nejdříve zhodnotit výsledky následujících otázek týkajících se praktického zavádění jednotlivých opatření do života rodiny.

Graf 36 předkládá výčet faktorů, které u dětí zhoršují projevy atopického ekzému. Vztahuje se k otázce číslo 12, v níž bylo možné zvolit více odpovědí. Mezi nejfrekventovanějšími se zde objevily prací prostředky, které byly uvedeny 19krát, citrusové plody 18krát a pyly 17krát. Dále se zde vyskytlo 16krát koření, srst

zvířat, plísně a kosmetiku. 13krát byly zmíněny saponáty, 11krát ořechy, 10krát pak čokoláda a peří. Mléko bylo uvedeno 9krát a mléčné výrobky 7krát. 3krát se vyskytla položka mořské plody a tabákový kouř a 2krát hydratační krémy. Při konfrontaci s literaturou lze říci, že tyto hodnoty odpovídají i poznatkům moderní medicíny. **(12, 13, 25)**

Na techniky snižování svědění u dětí byla zaměřena otázka 13, kde bylo možno zvolit více odpovědí. Její výsledky přináší graf 37. Zde je patrné, že rodiče atopiků většinou nemají informace o jiných technikách snižování pruritu, protože 36krát zde bylo uvedeno pouze podání léků dle doporučení lékaře. Odpoutání pozornosti se mezi odpověďmi rodičů objevilo 11krát, promaštění chladným krémem 10krát a aplikace antihistaminik 6krát. 2krát byla zvolena možnost tlaku nehtů na plocho a přiložení studeného obkladu. Z mého pohledu celkem zarážející byla 1krát zmíněná odpověď napařování postiženého místa, protože je absolutně v rozporu s jakýmkoli doporučením. **(6)** Na druhou stranu pravdou je, že nelze rodičům nic vytknout, pokud dodržují ordinace doporučené lékařem, co se týče medikace. Nicméně otázkou zde zůstává, jestli je pouze medikace tím nejvhodnějším řešením, protože dle mého názoru by rodiče i dítě samotné měli mít více, než jen jednu volbu pro případ, že by tato byla neúčinná.

Odlišné výsledky přineslo zhodnocení dat vztahujících se k ošetřování suché kůže atopika, kde rodiče mohli zvolit více položek z nabídnutých možností – graf 38. Jako důležité při ošetřování této kůže bylo 36krát uvedeno vhodné promazávání, což je zcela v souladu s obecnými doporučeními. **(6)** 24krát se objevila možnost dodržování lékařských doporučení, 16krát zachování vláčné kůže a 6krát používání čistících olejů ke koupání. 2krát se vyskytla i možnost promazávání kůže sádlem a 1krát nanášení silnějších vrstev promašťujících krémů a dezinfekce postižených míst. Graf 39 je znázorněním intervencí, které jsou pro rodiče důležité při ošetřování mokvajících kůže atopika. Opět zde byla možná volba více odpovědí. Zajímavé je, že 28krát se zde objevilo krátkodobé přikládání obkladů dle doporučení lékaře. To mne osobně velice překvapilo, protože po zkušenosti s odpověďmi sester, kde se shodně u obou skupin 3krát vyskytlo dlouhodobé přikládání vysychavých obkladů (graf 17A a 17B), jsem očekávala naprosto jiný výsledek.

Zavádění nově předepsaných dermatik či zakoupené kosmetiky byly věnovány otázky číslo 16 a 17. Toto rozdělení bylo zvoleno především proto, že lidé mnohdy dodržují jiná opatření u léčiv než u běžně dostupných krémů, kosmetiky či jiných přípravků určených k aplikaci na kůži. Výsledky uvedené v grafu 40 se vztahují k otázce číslo 16. Překvapující zde pro mne bylo zjištění, že 36 % rodičů žádná opatření před zavedením nově předepsaného dermatika neprovádí, ačkoliv je toto doporučováno. (6) 29 % rodičů provádí toleranční zkoušku nejméně 3 dny před jeho použitím a stejný počet rodičů (29 %) provádí toleranční zkoušku minimálně 1 hodinu před jeho použitím. 7 % rodičů uvedlo prostudování příbalového letáku. Zde je zajímavá procentuální rovnost v provedení toleranční zkoušky 3 dny předem a 1 hodinu před plošnou aplikací. Domnívám se, že tyto výsledky do určité míry korespondují s výsledky uvedenými v grafech 5A, 5B, 18A a 18B, protože jak již bylo výše zmíněno, rodiče častěji získávají informace od pediatrických sester (80 % – graf 5A) než od dermatologických (60 % – graf 5B). Proto, pokud sestry nemají přesné a správné informace, jak je patrné v grafech 18A, kde 53 % pediatrických sester uvedlo coby vhodnou časovou prodlevu 1 hodinu, a 18B, kde tuto dobu coby vhodnou uvedlo 13 % dermatologických sester, následně může docházet ke zkreslení obecně doporučované časové prodlevy. (6)

Ke zjištění opatření, která rodiče provádějí před použitím nově zakoupené kosmetiky, směřovala otázka číslo 17, jejíž výsledky jsou zachyceny v grafu 41, kde došlo ke zvláštní shodě. 27 % rodičů udalo, že provádí toleranční zkoušku nejméně 3 dny před plošným použitím, stejný počet rodičů zvolil možnost toleranční zkoušky minimálně 1 hodinu předem. Možnost neprovedení žádných opatření uvedlo rovněž 27 % rodičů. 13 % rodičů studuje složení výrobku a 7 % rodičů se před plošnou aplikací radí s prodávacem v drogerii. Z výše uvedeného je patrné potvrzení původní domněnky, která mne vedla k rozdělení tématu na dvě samostatné otázky.

Otázky číslo 19 – 24 byly zaměřeny na ověření dodržování režimových opatření v domácnosti dětí s atopickou dermatitidou. Zajímavými se jeví výsledky grafu 43. Ten se vztahuje k otázce 19, kde bylo možné zvolit více možností. Tato otázka se týkala krytí podlah v interiérech (v bytě či domě). 25krát se zde vyskytla odpověď krytí podlah

plovoucími podlahami, 17krát linoleem, 16krát dlaždicemi, 14krát koberci, 9krát parketami a 2krát byla uvedena možnost plovoucí podlahy s malými koberečky. Zjištěné hodnoty pro mne byly milým překvapením, protože jsem očekávala vyšší výskyt koberců coby podlahových krytin. To by však bylo v rozporu s literaturou, která uvádí spíše doporučení jejich omezování. (6)

Grafy 44 a 45 se pojí k otázkám zaměřeným na prostředí v interiérech ve smyslu správného větrání, vlhkosti vzduchu a vhodné teploty místností. Mezi zásady správného větrání patří větrat ráno na šíři celého okna po dobu 5 minut ve všech místnostech, a pokud toto není možné, lze větrat i například po dešti či přes vedlejší místnost. Coby vhodné prostředí v interiérech bývá doporučována teplota do 20°C a vlhkost vzduchu pod hranici 50 %. (2, 6, 22) V souladu s těmito poznatky byla teplota do 20°C uvedena 30krát, a vlhkost vzduchu pod hranici 50 % 12krát (graf 44, otázka číslo 20, kde bylo možno zvolit více odpovědí). Dále je z hodnot znázorněných v grafu 44 patrné, že pro rodiče těchto dětí hraje významnější roli teplota v místnosti než vlhkost vzduchu, protože odpovědi týkající se této oblasti nebyly tolik frekventované. Naopak při zvolení způsobu větrání 47 % rodičů odpovědělo zcela správně, tedy na šíři celého okna po dobu 5 minut ve všech místnostech.

Snahu minimalizovat pobyt dítěte v zakouřeném prostředí mapovala otázka číslo 22 (graf 46), kde došlo k absolutní shodě 100 % rodičů, kteří potvrdili, že se o toto skutečně snaží. Ovšem jinou otázkou již jsou data uvedená v grafu 47A. Ty se týkají přítomnosti domácích mazlíčků v domácnosti a následně i jejich druhu (graf 47B). 76 % rodičů přítomnost domácích mazlíčků negovalo, avšak 24 % rodičů ji potvrdilo. Právě tito byli následně požádáni, aby vypsali jejich druh. Z mého pohledu zarážející byla odpověď jednoho z rodičů, který uvedl, že mají doma psa, králíka, kočku, morče i křečka, a to i přes to, že z výše uvedených údajů v jeho dotazníku vyplývalo, že počet dětí s atopickou dermatitidou činí v této konkrétní rodině tři a více. Celkově nejfrekventovanější zde byl coby domácí mazlíček pes, který se vyskytl 10krát.

Graf 48 znázorňuje přítomnost pokojových rostlin v interiérech. Výrazným doporučením v této oblasti je, snažit se omezit květiny či rostliny kvetoucí, dávat přednost nekvetoucím a v zásadě celkově omezit přítomnost jakýchkoli rostlin

v místnostech, kde dítě s atopickým ekzémem tráví více času. Důvody pro toto opatření jsou jednoznačné. Mají svůj původ především v častém přidružení jiných onemocnění (dermorespirační syndrom) a ve snaze eliminovat styk s alergeny. **(3, 15, 24, 27)** Tomuto odpovídají i výsledky ze strany rodičů, kteří v 64 % uvedli, že v místnostech, kde se ekzematik často pohybuje, mají pouze rostliny nekvetoucí. 22 % rodičů přítomnost rostlin zcela vyloučilo, 11 % rodičů udalo kvetoucí i nekvetoucí rostliny a 2 % rodičů pouze kvetoucí.

Otázky číslo 25 – 27 se vztahovaly ke stravování dětí s tímto onemocněním. V grafu 49 jsou sestupně seřazeny potraviny, které rodiče obecně považují za rizikové ve vztahu k alergii. Zde mohli rodiče zvolit více možností z nabídnuté palety. Pokud bychom potraviny zde uvedené porovnali s výsledky grafu 36 a s odbornou literaturou **(13)**, zjistíme, že spolu tato data velice dobře korespondují, protože například kakao se v odpovědích objevilo 39krát, čokoláda 38krát, 37krát pak různé druhy ořechů, 35krát exotické ovoce a 34krát citrusové plody.

Složení a tvorbě jídelníčku dítěte byla věnována otázka číslo 26 (graf 50). Zde bylo velice milým překvapením zjištění, že 82 % rodičů uvedlo vyloučení vyzorovaných potravinových alergenů. Na druhou stranu faktem je, že tento výsledek nádherně koresponduje s daty získanými ze sesterského dotazníku (graf 13A a 13B), kde toto uvedlo 80 % pediatrických a 93 % dermatologických sester.

Zavádění nových složek potravy do jídelníčku dítěte je zachyceno v grafu 51. Zde 49 % rodičů uvedlo, že zavádějí jednotlivé potraviny s časovým odstupem 1 týdně, 33 % rodičů neuvedlo omezení žádná. Zavádění s časovým odstupem minimálně 2 – 4 týdnů zvolilo 13 % rodičů.

Na zmapování znalostí doporučení týkajících se sportovních aktivit dětí s atopickým ekzémem byla zaměřena otázka číslo 28, kde bylo možno označit více možností. Její výsledky, které naznačují velice dobrou orientaci rodičů, jsou vedeny v grafu 52. Vhodná volba sportovišť se zde objevila 27krát, 22krát pak snaha omezit kontakt kůže s chemikáliemi a možnost převléct se po výkonu. 20krát byla uvedena možnost osprchovat se po výkonu na sportovišti, 17krát snaha vyhnout se silnému zapocení a 7krát nutnost dostatečného fyzického vyžití. S těmito daty do jisté míry

korespondují i výsledky otázky číslo 29 uvedené v grafu 53 (v otázce bylo možno zvolit více možností), kde se mezi nejčastěji provozovanými sporty objevují míčové hry (12krát) a hra na hudební nástroj (7krát). Dále zde zazněla i cyklistika, vytrvalostní sporty, počítač, keramika, vědecké kroužky a podobně.

Ke zmapování významu jednotlivých aspektů celkové spokojenosti dítěte posloužila otázka číslo 30, kde mohli rodiče zvolit více odpovědí. Jejím znázorněním je graf 54. Možnost přijetí vlastního onemocnění ze strany dítěte samotného se v těchto dotaznících objevila 28krát, 20krát byla uvedena položka cítit pochopení a podporu ze strany rodičů samotných, ale i dalších sourozenců. Začlenění do kolektivu bylo uvedeno 4krát a rázný zákaz sportu 1krát.

Graf 55A zobrazuje data vztahující se k otázce číslo 31, kdy rodiče uváděli, zda atopický ekzém omezuje jejich dítě v běžném životě. 78 % rodičů tuto možnost vyloučilo a 22 % rodičů uvedlo, že si toto myslí. Následně byli tito rodiče požádáni, aby vypsali, v čem konkrétně jsou jejich děti omezovány (graf 55B). Zde se pak 5krát objevil kontakt s ostatními dětmi, 4krát plavání, 2krát jídelníček a 1krát sport a obtěžující časté promazávání.

Z výše uvedeného následně vyplynulo doplnění k otázce 9 znázorněné v grafu 33, jejímž účelem mělo být potvrzení či vyvrácení páté hypotézy. Zde 71 % rodičů uvedlo, že dodržuje režimová opatření dle aktuálního stavu dítěte, 18 % rodičů dodržuje pouze některá z opatření, 9 % rodičů dodržuje opatření striktně a 2 % je spíše nedodržují. Dle mého názoru k vyvrácení této hypotézy došlo, protože i když ne vždy rodiče těchto dětí dodržují opatření správná či zcela všechna, přes to se o jejich dodržování snaží s využitím jim dostupných informací. **Pátá hypotéza: „Rodiče dětí s atopickou dermatitidou nedodržují režimová opatření související s tímto onemocněním.“, se nepotvrdila.**

Poslední otázka číslo 32 (graf 56) zjišťovala, zda rodiče znají nějaká sdružení lidí s atopickým ekzémem. Bohužel v naprosté shodě s mou zkušeností se 100 % shodou rodičů prokázalo, že tato sdružení neznají. Tím došlo k i potvrzení čtvrté hypotézy: **„Rodiče dětí s atopickým ekzémem nemají informace o sdruženích pacientů s tímto onemocněním.“ Tato hypotéza byla potvrzena.**

6. Závěr

Atopická dermatitida neboli atopický ekzém je jednou z nejčastějších kožních chorob vznikajících převážně na alergickém podkladě. V posledních letech je celosvětově patrný nárůst jedinců trpících tímto onemocněním, avšak stanovení jejich přesného počtu je velice obtížné. S tímto trendem souvisí zvyšující se potřeba dostatku informací ve vztahu k této diagnóze, kterou by měla pomoci uspokojit i tato práce. Měla by být rozšířením, doplněním ale i upřesněním znalostí již získaných, neúplných či nedostatečných.

Cílem práce bylo zmapovat oblasti znalostí sester v této problematice a zjistit situaci v oblasti poskytování informací o režimových opatřeních souvisejících s atopickou dermatitidou. Dále se práce zaměřovala na zmapování informovanosti rodičů dětí s atopickou dermatitidou a na ověření dodržování opatření souvisejících s tímto onemocněním. Cíl práce byl splněn.

Hypotéza 1: „Sestry v ordinacích kožních lékařů mají více znalostí o problematice životního stylu dětí s atopickou dermatitidou, než sestry v ordinacích lékařů pro děti a dorost.“ Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 2: „Rodiče se obracejí o poskytnutí informací o onemocnění častěji na sestry v ordinacích lékařů pro děti a dorost, než na sestry v ordinacích kožních lékařů.“ Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 3: „Rodiče dětí s atopickým ekzémem mají informace o režimových opatřeních.“ Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 4: „Rodiče dětí s atopickým ekzémem nemají informace o sdruženích pacientů s tímto onemocněním.“ Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 5: „Rodiče dětí s atopickou dermatitidou nedodržují režimová opatření související s tímto onemocněním.“ Tato hypotéza se nepotvrdila.

Dosažené výsledky bakalářské práce lze využít jak pro sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, tak v ordinacích dermatologů i u jiných odborností. V této oblasti může práce sloužit coby zdroj upřesňujících informací veřejně dostupných na internetových stránkách Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Některé z informací je možné uplatnit při upřesnění a doplnění znalostí laické veřejnosti, především pak rodičů dětí s atopickým ekzémem či ekzematiků samotných.

Na základě informací, které výzkum přinesl, byla sestavena příručka pro sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, která poskytuje základní údaje o onemocnění, nástin režimových opatření a kontakty na svépomocné skupiny sdružující jedince s tímto onemocněním. Mým cílem při tvorbě této příručky bylo především upřesnění některých znalostí, které sestry mají, a doplnění těch, které nemají. Zároveň jsem jim chtěla poskytnout nástin oblastí, o kterých by rodiče těchto dětí měli být informováni. Závěrem je třeba připomenout, že žádná kniha či brožura, byť by byla sebelepší, nemůže nahradit osobní a lidský přístup, který je pro naše pacienty často tolik důležitý a nepostradatelný.

7. Seznam použité literatury

1. *Administrativní registr ekonomických subjektů* [online]. 2008. Poslední aktualizace 31.1.2008 [cit. 04-02-08]. Dostupný z : <http://www.info.mfcr.cz/ares/ares_fr.html.cz>.
2. BENÁKOVÁ, N. *Atopický ekzém (Atopická dermatitida)* [online]. 2003. Poslední autorizace 2.12.2003 [cit. 21-10-07]. Dostupné z : <<http://www.ordinace.cz/clanek/atopicky-ekzem-atopicka-dermatitida/>>.
3. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. přepracované a doplněné vydání. Martin : Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
4. ČAPKOVÁ, Š. *Diferenciální diagnóza atopické dermatitidy v kojeneckém a batolecím věku* [online]. 2006. Poslední autorizace 4.10.2006 [cit. 15-10-07]. Dostupné z : <http://www.tigis.cz/alergie/Alergie%2003_2006/WEB/PDF%20web/07_Stepanka_web.pdf>.
5. ČAPKOVÁ, Š. *Nové možnosti v léčbě atopické dermatitidy*. In *Medicina po promoci*. Praha : Medical Tribune, březen - duben 2004, ročník 5, číslo 2, s 58 - 64. ISSN 1212-9445.
6. ČAPKOVÁ, Š., ŠPIČÁK, V., VOSMÍK, F. *Atopický ekzém*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha : Galén, 2005. 138 s. ISBN 80-7262-350-8.
7. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., SUCHARDOVÁ, I., ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Kapesní průvodce zdravotní sestry [Doenges, 2001] = Nurse's pocket guide : diagnoses, interventions, and rationales (Orig.)* 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Olomouc : Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
9. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vydání. Praha : Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
10. FRÜHAUF, P., NESTLÉ NUTRITION S.A. *Alergie kojeneckého věku*. 1. vydání. Praha : Solen, 2006. 59 s. ISBN 80-903776-0-2.

11. FUČÍKOVÁ, T., KLENER, P. *Imunologie [Fučíková, 2002]*. 1. vydání. Praha : Galén, 2002. 58 s. ISBN 80-7262-138-6.
12. HERCOGOVÁ J. *Atopická dermatitida nepostihuje jen kojence* [online]. 2007. Poslední autorizace 11.4.2007 [cit. 9-10-07]. Dostupné z : <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=301161>>.
13. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric [Hrodek, 2002]*. 1. vydání. Praha : Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
14. HRSTKOVÁ, H. *Výživa kojenců a mladších batolat [Hrstková, 2003]*. 1. vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003 (ZSF). 77 s. ISBN 80-7013-385-6.
15. KOPŘIVA, F. Kombinovaná léčba asthma bronchiale u dětí. In *Klinická farmakologie a farmacie*. Olomouc: Solen, s. r. o., červenec - září 2003, ročník 2003 (17), číslo 3, s 174 - 176. ISSN 1212-7973.
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., BAŠKA, T. *Ošetrovatelstvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax . [Díl] 1*. 1. slovenské vydání. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
17. KREJSEK, J., KOPECKÝ, O. *Klinická imunologie [Krejsek, 2004]*. 1. vydání. Hradec Králové : Nucleus HK, 2004. 941 s. ISBN 80-86225-50-X.
18. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatel'ské techniky - metodika sesterských činností : učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. přepracované a doplněné vydání. Martin : Osveta, 2006. 804 s. ISBN 80-8063-202-2.
19. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005 (ZSF). 148 s. ISBN 80-247-1039-0.
20. MASTILIAKOVÁ, D., UNIVERZITA KARLOVA. *Úvod do ošetrovatelství. Díl I., systémový přístup [Mastiliaková, 2002]*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
21. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče. [Díl.] I*. aktualizované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

22. POLÁŠKOVÁ S. Atopická dermatitida. In *Practicus, Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. Praha: Practicus, s. r. o., 2005, ročník 4, číslo 8, s 303 - 309. ISSN 1213 - 8711.
23. ROKYTA, R., ŠŤASTNÝ, F. *Struktura a funkce lidského těla*. 1. vydání. Praha : Tigris, 2002. 175 s. ISBN 80-900130-2-3.
24. SCHMEIDBERGEROVÁ, R. Eczema atopicum. In *Medicína pro praxi*. Olomouc : Solen, s. r. o., 2006, ročník 2006, číslo 1, s 37 - 42. ISSN 1213-0494.
25. ŠULÁKOVÁ, A. Dieta u dětí s atopickým ekzémem. In *Pediatric pro praxi*. Olomouc : Solen, s. r. o., 2005, ročník 2005, číslo 5, s 230 - 234. ISSN 1213-0494.
26. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
27. VIKTORINOVÁ M. Současné přístupy k léčbě atopické dermatitidy. In *Farmakoterapie*. Praha : Farmakon Press, spol. s r. o., 2007, ročník 2007, číslo 3, s 253 - 264. ISSN 1801- 7509.
28. *Wikipedie - Otevřená encyklopedie* [online]. 2007. Poslední autorizace 14.1.2007 [cit. 9-10-07]. Dostupný z : <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ekz%C3%A9m>>.
29. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve : učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva (Variant.)*. 2. přepracované a doplněné vydání. Matin : Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

atopická dermatitida

pruritus

mokvání

sestra

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

- Příloha 1 Dotazník pro sestry
- Příloha 2 Dotazník pro rodiče dětí s atopickou dermatitidou
- Příloha 3 Lokalizace atopické dermatitidy
- Příloha 4 Ošetrovatelská diagnóza
- Příloha 5 Seznam organizací sdružující jedince s atopickou dermatitidou
- Příloha 6 Příručka pro sestry v ordinacích pediatrů

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

jmenuji se Věra Veisová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: Ošetřovatelská péče o děti s atopickým ekzémem.

Dovoluji si Vás proto požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Získané údaje budou použity pouze jako zdroj informací pro zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas a za spolupráci

Věra Veisová

Pokud není uvedeno jinak, prosím, zaškrtněte jednu odpověď.

1) Označte, prosím, v jaké ordinaci pracujete:

- pediatrické dermatologické

2) Jak dlouho pracujete v ordinaci daného lékaře?

- méně než 6 let 16 – 25 let déle než 35 let
 6 – 15 let 26 – 35 let

3) Kolik dětí s diagnózou atopické dermatitidy je přibližně evidováno ve Vaší ordinaci?

- méně než 50 50 – 250 251 – 500 více než 500

4) Jsou ve Vaší ordinaci k dispozici informační brožury či letáky týkající se atopické dermatitidy?

- ano ne

5) Obracají se na Vás, jako na sestru, rodiče dětí s atopickou dermatidou s žádostmi o informace týkající se péče o tyto děti?

- ano ne

6) Máte možnost Vy, z pozice sestry, rodičům dětí s atopickou dermatidou poskytovat informace týkající se:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> výběru lůžkovin | <input type="checkbox"/> péče o kůži mokvajících |
| <input type="checkbox"/> chovu domácích zvířat | <input type="checkbox"/> zavádění nových dermatik |
| <input type="checkbox"/> vhodného výběru oděvů | <input type="checkbox"/> domácího prostředí atopika |
| <input type="checkbox"/> správného složení stravy | <input type="checkbox"/> volby volnočasových aktivit |
| <input type="checkbox"/> pěstování pokojových květin | <input type="checkbox"/> svépomocných skupin atopiků |
| <input type="checkbox"/> snížení pruritu | <input type="checkbox"/> možnost poskytování informací nemám |
| <input type="checkbox"/> péče o kůži suchou | <input type="checkbox"/> jiné:..... |

7) Ohodnoťte na stupnici od 1 do 5, význam jednotlivých částí komplexní péče atopické dermatitidy u dětí.

(1 bod označuje nejméně podstatnou část léčby, 5 bodů nejpodstatnější)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| prevence kontaktu s alergenem | úprava domácího prostředí |
| dodržování lékařských ordinací | přijetí vlastní diagnózy |
| dietní opatření | vhodné sportovní aktivity |
| vhodná péče o kůži | celková úprava životního stylu |

8) Jednotlivé klinické formy atopické dermatitidy se od sebe odlišují:

- délkou trvání akutní fáze
- lokalizací ekzematických projevů specifických pro daný věk
- rozsahem a intenzitou kožního postižení
- příčinou vzniku kožních projevů onemocnění
- jiné:

9) Mezi charakteristické projevy kojenecké formy atopické dermatitidy patří:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kožní projevy na tvářích | <input type="checkbox"/> kožní projevy na hřbetech rukou |
| <input type="checkbox"/> kožní projevy na čele | <input type="checkbox"/> suchá, hrubá a silně svědivá kůže |
| <input type="checkbox"/> suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku | <input type="checkbox"/> kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek |
| <input type="checkbox"/> kožní projevy na uších | <input type="checkbox"/> kožní projevy na krku |
| <input type="checkbox"/> drobné živě červené papulky | <input type="checkbox"/> pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech |
| <input type="checkbox"/> kožní projevy na zápěstí | <input type="checkbox"/> silně mokvající kůže |
| <input type="checkbox"/> zarudlé plochy s drobounkými puchýřky | |

10) Mezi charakteristické projevy dětské formy atopické dermatitidy patří:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kožní projevy na tvářích | <input type="checkbox"/> drobné živě červené papulky |
| <input type="checkbox"/> suchá a zhrubělá kůže v horní části hrudníku | <input type="checkbox"/> kožní projevy na zápěstí |
| <input type="checkbox"/> ekzém prsních bradavek | <input type="checkbox"/> zarudlé plochy s drobounkými puchýřky |
| <input type="checkbox"/> kožní projevy na hřbetech rukou | <input type="checkbox"/> kožní projevy na uších |
| <input type="checkbox"/> suchá, hrubá a silně svědivá kůže | <input type="checkbox"/> kožní projevy na krku |
| <input type="checkbox"/> kožní projevy v oblasti loketních a zákolenních jamek | <input type="checkbox"/> pevně lpějící bělavé šupiny ve vlasech |
| | <input type="checkbox"/> silně mokvající kůže |

11) Ohodnoťte na stupnici od 1 do 5, význam jednotlivých provokačních faktorů ve vztahu k atopické dermatitidě u dětí:

(1 bod označuje nejméně významný provokační faktor, 5 bodů nejvýznamnější)

- | | | |
|---------------------|-----------------|--------------------------------|
| ... tabákový kouř | ... pyly | ... různé druhy infekcí |
| ... psychická zátěž | ... srst zvířat | ... hormonální změny v pubertě |
| ... fyzická zátěž | ... roztoči | ... potravinové alergeny |
| ... geny | ... prach | ... plísně |

12) Ohodnořte na stupnici od 1 do 5, které z potravinových alergenů hrají nejvýznamnější roli v prvním roce života:

(1 bod označuje nejméně významný potravinový alergen, 5 bodů nejvýznamnější)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| mateřské mléko | různé druhy exotického ovoce |
| brambory | přesnídávky |
| brokolice | potravinové doplňky pro kojence |
| sladkosti a cukrovinky | vejce |
| citrusové plody | mléko a mléčné výrobky |

13) Jako nejvhodnější náhradní stravu pro dítě s kojeneckou formou atopické dermatitidy, pokud matka nemůže kojít, byste doporučila:

- kojenecké přípravky vyrobené na bázi sójové bílkoviny
- kojenecké přípravky vyrobené na bázi částečně hydrolyzovaných bílkovin
- kojenecké přípravky vyrobené na bázi kravského mléka
- rozmixovanou stravu dospělých

14) Při zavádění příkrmů do jídelníčku kojence byste doporučila:

- postupné zavádění monokomponentních příkrmů bez časového odstupu mezi jednotlivými potravinami
- postupné zavádění monokomponentních příkrmů s časovým odstupem 1 týden mezi jednotlivými potravinami
- postupné zavádění monokomponentních příkrmů s časovým odstupem 2 – 4 týdny mezi jednotlivými potravinami
- žádná zvláštní omezení k této oblasti byste nedoporučila

15) Stravování dítěte s atopickou dermatitidou se odvíjí od:

- striktního dodržování přísné diety s vyloučením všech možných alergenů
- zásad zdravé výživy bez dalších omezení
- vegetariánské stravy s omezením mléčných výrobků
- vyloučení vypozerovaných alergenů z jídelníčku dítěte
- normální stravy bez omezení
- jiné:

16) Při hodnocení stavu kůže atopika si všímáte:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- opálení
- pigmentových skvrn
- čistoty kůže
- změn na kožním povrchu
- suchých a mokvajících ložisek
- jiné:
- kožních záhybů
- lokalizace kožních projevů

17) Při potížích se silným pruritem byste ekzematikovi či jeho rodičům doporučila:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- škrábání
- přiložení studeného obkladu
- odpoutání pozornosti
- promaštění chladným krémem
- tlak nehtů na plocho
- aplikaci antihistaminik dle ordinace
- dezinfekci postiženého místa
- lékaře
- přiložení teplého obkladu

18) Při ošetřování suché kůže atopika byste doporučila:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- dodržování lékařských ordinací
- zachování viditelně vláčné kůže
- pravidelné omývání mýdlem
- používání čistících olejů či hydratačních emulzí
- dezinfikování postižených míst
- nanášení silnějších vrstev
- pravidelné promazávání kůže
- promašťovacích krémů
- jiné:

19) Při ošetřování mokvajících kůže atopika byste doporučila:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- pravidelné omývání postižených míst mýdlem
- pravidelné dezinfikování postižených míst
- krátkodobě aplikovat vysychavé obklady např. z 3 % borové vody
- na noc přikládat vysychavé obklady např. z 3 % borové vody
- aplikovat obklady z heřmánku
- jiné:

20) Před plošnou aplikací nově zavedeného dermatika byste rodičům doporučila:

- poradit se s lékárníkem
- provést toleranční zkoušku nejméně 3 dny před jeho plošnou aplikací
- provést toleranční zkoušku nejméně 1 hodinu před jeho plošnou aplikací
- léčivo zchladit v lednici
- jiné:

21) V oblasti úpravy domácího prostředí ekzematika byste rodiče upozornila na doporučení/omezení týkající se:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- kouření
- krytí podlah koberci
- pravidelné větrání
- zvlhčování vzduchu pod 50 % vlhkosti
- chov domácích zvířat
- používání bavlněného ložního prádla
- lůžkoviny z dutého vlákna
- kontakt kůže dítěte s čistícími prostředky
- pěstování pokojových květin

22) Při volbě oděvů vhodných pro atopika byste doporučila:

- froté materiály
- bavlněné prádlo
- džínové oblečení
- vlněné materiály
- flanelové oděvy
- jiné:

23) Z jakého materiálu by dle Vás měly být vyrobeny lůžkoviny ekzematika (matrace, polštáře a peřiny)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> husího peří | <input type="checkbox"/> slepičího peří |
| <input type="checkbox"/> dutého vlákna | <input type="checkbox"/> jiné: |

24) Jaké volnočasové aktivity jsou dle Vás vhodné pro děti s atopickou dermatitidou:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vytrvalostní sporty | <input type="checkbox"/> zimní sporty | <input type="checkbox"/> plavání |
| <input type="checkbox"/> kolektivní hry | <input type="checkbox"/> hra na hudební nástroj | <input type="checkbox"/> jiné: |
| <input type="checkbox"/> turistika | <input type="checkbox"/> modelářské kroužky | |

25) Z psychosociálního hlediska je pro děti s atopickou dermatitidou důležité:

(jedna i více možných odpovědí)

- striktně zakázat veškeré druhy sportu
- akceptovat vlastní onemocnění
- pochopení jeho zdravotního stavu ze strany rodičů a sourozenců
- cítit lítost ze strany rodiny pro jeho ekzémové projevy
- dostatečné rozmazlování
- jiné:

26) Jaká znáte sdružení atopiků?

(prosím, vypište)

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha 2: Dotazník pro rodiče dětí s atopickou dermatitidou

Vážení rodiče,

jmenuji se Věra Veisová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma: Ošetřovatelská péče o děti s atopickým ekzémem.

Dovoluji si Vás proto požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Získané údaje budou použity pouze jako zdroj informací pro zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas a za spolupráci

Věra Veisová

Pokud není uvedeno jinak, prosím, zaškrtněte jednu odpověď.

1) Označte, prosím, z jakého jste kraje:

- Západočeský kraj Jihočeský kraj jiné:.....

2) Tento dotazník jste získali v ordinaci:

- kožního lékaře dětského lékaře

3) Počet dětí s diagnózou atopického ekzému ve Vaší rodině činí:

- 1 2 3 a více

4) Kolik je let Vašemu dítěti (dětem) s diagnózou atopického ekzému?

(prosím, vypište)

.....

5) V kolika letech byl atopický ekzém u Vašeho dítěte (dětí) zjištěn?

(prosím, vypište)

.....

6) Který lékař toto onemocnění u Vašeho dítěte (dětí) diagnostikoval?

kožní lékař dětský lékař alergolog jiné:.....

7) Informace o atopickém ekzému získáváte:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

od dětského lékaře z internetu od příbuzných
 od kožního lékaře z televize od rodin s podobným
 od sestry u dětského lékaře od známých postižením
 od sestry u kožního lékaře z odborné jiné:.....
 z časopisů nebo letáků literatury

8) Dle Vašeho názoru, máte dostatek informací o režimových opatření dětí s atopickým ekzémem?

ano ne

9) Dodržujete tato režimová opatření?

ano, striktně spíše ne
 ano, dle aktuálního zdravotního stavu dítěte rozhodně ne
 ano, ale pouze některá jiné:.....

10) Informace o režimových opatřeních dětí s atopickým ekzémem Vám poskytuje:

pouze lékař lékař i sestra
 pouze sestra jiné:.....

11) Na koho se obracíte v případě potíží s ekzémem u dítěte?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> na kožního lékaře | <input type="checkbox"/> na léčitele |
| <input type="checkbox"/> na dětského lékaře | <input type="checkbox"/> na známé |
| <input type="checkbox"/> na sestru u dětského lékaře | <input type="checkbox"/> na svépomocné skupiny |
| <input type="checkbox"/> na sestru u kožního lékaře | <input type="checkbox"/> jiné:..... |

12) Mezi příčiny (faktory) zhoršující projevy atopického ekzému u Vašeho dítěte (dětí) patří:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tabákový kouř | <input type="checkbox"/> peří | <input type="checkbox"/> koření |
| <input type="checkbox"/> pyly | <input type="checkbox"/> mléko | <input type="checkbox"/> mořské plody |
| <input type="checkbox"/> plísně | <input type="checkbox"/> mléčné výrobky | <input type="checkbox"/> ořechy |
| <input type="checkbox"/> saponáty | <input type="checkbox"/> hydratační krémy | <input type="checkbox"/> jiné:..... |
| <input type="checkbox"/> srst zvířat | <input type="checkbox"/> kosmetika | |
| <input type="checkbox"/> prací prostředky | <input type="checkbox"/> citrusové plody | |

13) Svědění u Vašeho dítěte snižujete pomocí:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> škrábání | <input type="checkbox"/> napařováním postiženého místa |
| <input type="checkbox"/> tlaku nehtů na plocho | <input type="checkbox"/> promaštěním chladným krémem |
| <input type="checkbox"/> odpoutáním pozornosti | <input type="checkbox"/> přiložením studeného obkladu |
| <input type="checkbox"/> podáním léků dle doporučení lékaře | <input type="checkbox"/> jiné:..... |
| <input type="checkbox"/> přiložením teplého obkladu | |

14) Při ošetřování suché kůže Vašeho dítěte je důležité:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- dodržování lékařských doporučení
- dezinfekce postižených míst
- vhodné promazávání kůže
- zachování vláčné kůže
- nanášení silných vrstev promašťovacích krémů
- používání čistících olejů ke koupání
- pravidelné omývání celého těla mýdlem
- jiné:.....

15) Při ošetřování mokvajících kůže Vašeho dítěte považujete za důležité:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- omývání postižených míst mýdlem
- krátkodobé přikládání obkladů dle doporučení lékaře
- na noc přikládat obklady zhotovené dle doporučení lékaře
- na postižená místa přikládat obklady z heřmánku
- dezinfekce postižených míst
- jiné:.....

16) Před použitím nově předepsaného léku (masti, pasty) provádíte:

- zchlazení léčiva v lednici
- nejméně 3 dny před jeho použitím zkoušíte lék na malém okrsku kůže dítěte
- nejméně 1 hodinu před jeho použitím zkoušíte lék na malém okrsku kůže dítěte
- neprovádíte žádná opatření
- jiné:

17) Před použitím nově zakoupené kosmetiky (tělová mléka, hydratační krémy)

provádíte:

- zchlazení léčiva v lednici
- poradu s prodávčem (prodavačkou) v drogérii
- nejméně 3 dny před jeho použitím zkoušíte lék na malém okrsku kůže dítěte
- nejméně 1 hodinu před jeho použitím zkoušíte lék na malém okrsku kůže dítěte
- neprovádíte žádná opatření
- jiné:.....

18) Které materiály upřednostňujete při výběru oděvů Vašeho dítěte?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- flanel
- bavlnu
- froté
- úplet
- vlnu
- jiné:.....

19) Podlahy ve Vašem domě či bytě jsou kryty:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- koberci
- parketami
- linoleem
- plovoucími podlahami
- plovoucími podlahami s malými koberečky
- dlaždicemi
- jiné:.....

20) V domácnostech ekzematiků je vhodná:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- teplota interiérů do 20°C
- teplota interiérů nad 21°C
- vlhkost vzduchu v místnostech nad 50 %
- vlhkost vzduchu v místnostech pod 50 %

21) Jakým způsobem doma větráte?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> „ventilačkou“ po celý den ve všech místnostech | <input type="checkbox"/> zapnutím klimatizace |
| <input type="checkbox"/> ráno na šíři celého okna po dobu 5 minut ve všech místnostech | <input type="checkbox"/> větráme minimálně |
| | <input type="checkbox"/> nevětráme |
| | <input type="checkbox"/> jiné:..... |

22) Snažíte se minimalizovat pobyt Vašeho dítěte v zakouřeném prostředí?

- ano ne

23) Máte doma domácí mazlíčky?

(pokud ano, prosím, vypište jaké)

- ano:
- ne

24) Jsou v místnostech ve Vaší domácnosti, kde se často pohybuje ekzematik, pokojové rostliny?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ano, pouze nekvetoucí | <input type="checkbox"/> ano, kvetoucí i nekvetoucí |
| <input type="checkbox"/> ano, pouze kvetoucí | <input type="checkbox"/> ne |

25) Které potraviny jsou dle Vás obecně řazeny mezi rizikové ve vztahu k alergii?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> citrusové plody | <input type="checkbox"/> kakao | <input type="checkbox"/> mořské produkty |
| <input type="checkbox"/> exotické ovoce | <input type="checkbox"/> celer | <input type="checkbox"/> mléko |
| <input type="checkbox"/> různé druhy ořechů | <input type="checkbox"/> kyselé zelí | <input type="checkbox"/> brambory |
| <input type="checkbox"/> mateřské mléko | <input type="checkbox"/> skořice | <input type="checkbox"/> kuřecí maso |
| <input type="checkbox"/> cukr | <input type="checkbox"/> kari | <input type="checkbox"/> brokolice |
| <input type="checkbox"/> med | <input type="checkbox"/> sůl | <input type="checkbox"/> mrkev |
| <input type="checkbox"/> čokoláda | <input type="checkbox"/> vejce | |

26) Stravování Vašeho dítěte se odvíjí od:

- jeho vlastní volby potravin
- striktního dodržování přísné diety
- vegetariánské stravy s omezením mléčných výrobků
- vyloučení vypozerovaných potravinových alergenů z jeho jídelníčku
- normální stravy bez omezení
- jiné:

27) Při zavádění nových složek potravy do jídelníčku Vašeho dítěte:

- postupně zavádíte jednotlivou potravinu bez časového odstupu od druhé
- nedodržíte žádná zvláštní omezení
- postupně zavádíte jednotlivou potravinu s časovým odstupem 1 týdne od druhé
- postupně zavádíte jednotlivou potravinu s časovým odstupem 2 – 4 týdny od druhé
- jiné:

28) Doporučení vztahující se na sportovní aktivity dětí s atopickým ekzémem zahrnují:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- přísný zákaz všech pohybových aktivit
- nutnost dostatečného fyzického vyžití
- snahu vyhnout se silnému zapocení
- vhodnou volbu sportovišť s omezenou prašností
- snahu omezit kontakt kůže s chemikáliemi
- možnost osprchovat se na sportovišti
- možnost převléct se po výkonu do suchého oděvu
- jiné:

29) Jaké zájmové činnosti Vaše dítě provozuje?

(prosím, vypište)

.....

30) Z hlediska celkové spokojenosti Vašeho dítěte je pro něj, dle Vás, důležité:

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> rázně mu zakázat veškeré druhy sportu | <input type="checkbox"/> cítit lítost z Vaší strany a ze strany sourozenců |
| <input type="checkbox"/> přijmout vlastní onemocnění | <input type="checkbox"/> dostatečné rozmazlování |
| <input type="checkbox"/> cítit pochopení a podporu z Vaší strany a ze strany sourozenců | <input type="checkbox"/> jiné:..... |

31) Domníváte se, že atopický ekzém omezuje Vaše dítě v běžném životě?

- ano ne

Pokud ano, v čem:

.....
.....

32) Znáte nějaká sdružení lidí s atopickým ekzémem?

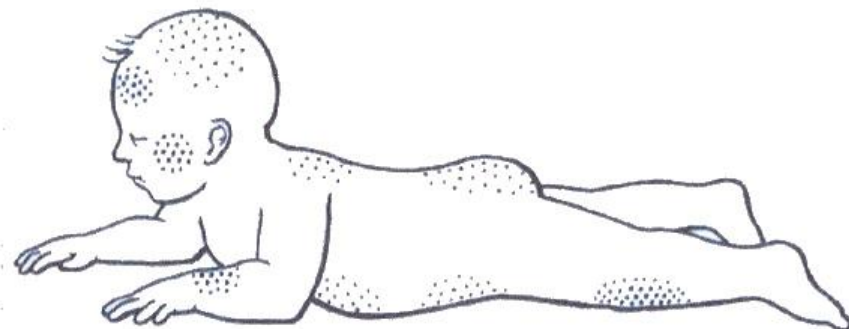
- ano ne

Pokud ano, vypište jaká:

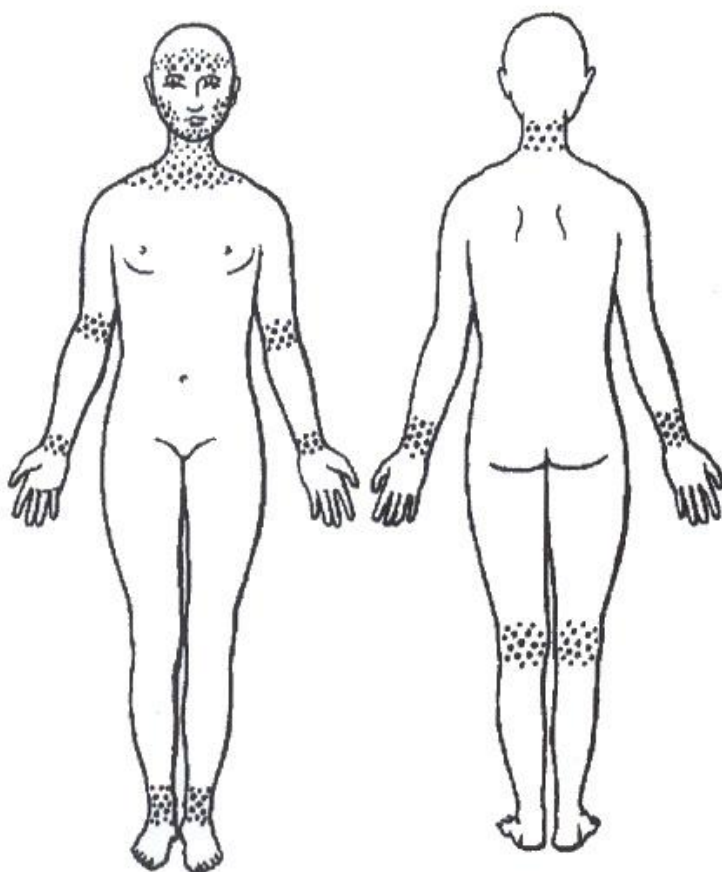
.....
.....

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha 3: Lokalizace atopické dermatitidy u dítěte a u dospělého jedince



Lokalizace atopické dermatitidy u dítěte



Lokalizace atopické dermatitidy u dospělého jedince

Příloha 4: Ošetrovatelská diagnóza

Neefektivní léčebný režim rodiny související s nejasností léčebných opatření, projevující se verbalizací obtíží při začleňování léčebných a režimových opatření do každodenního života rodiny, vyjadřováním touhy zvládnout léčbu nemoci a prevenci následků a celkovým způsobem života rodiny, který neumožňuje dosáhnout cílů preventivního programu. (00080)

Cíl: Rodina jako celek je schopna stanovená léčebná a režimová opatření plně realizovat ve svém každodenním životě.

Výsledná kritéria:

- každý člen rodiny, přiměřeně ke svému věku, je seznámen s podstatou atopické dermatitidy,
- rodiče se orientují v režimových opatřeních vztahujících se k léčbě atopického ekzému,
- rodiče jsou schopni režimová opatření související s atopickým ekzémem přenášet do života rodiny,
- rodina je schopna řešit problémy vztahující se k onemocnění dítěte,
- rodina zvládá léčbu onemocnění a prevenci následků,
- žádný ze členů rodiny slovně nevyjadřuje potíže při uvádění režimových opatření vztahujících se k léčbě atopického ekzému.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistí v případě nejasností vztahujících se k diagnóze atopické dermatitidy rodině konzultaci s ošetřujícím lékařem,
- přesvědč se, zda každý člen rodiny porozuměl výrazům lékaře,
- ujisti se, že rodina chápe léčebný režim vztahující se k atopické dermatitidě,

- všiměj si snahy jednotlivých členů rodiny porozumět onemocnění dítěte,
- seznam členy rodiny s doporučeními souvisejícími s péčí o kůži atopiků,
- nauč členy rodiny aplikovat léky na kůži dítěte dle ordinace lékaře,
- ved' členy rodiny ke správným způsobům snižování pruritu u dítěte,
- nauč členy rodiny pečovat o kůži suchou a mokvající,
- seznam členy rodiny s doporučeními souvisejícími s péčí o respirační systém atopiků,
- nauč v případě potřeby členy rodiny, jak se aplikují jednotlivé druhy inhalací,
- nauč všechny členy rodiny, přiměřeně k jejich věku, v případě potřeby pracovat s kapesním inhalátorem,
- seznam členy rodiny s doporučeními souvisejícími s domácím prostředím atopiků,
- poskytni členům rodiny informační letáky, brožury či kontakty na organizace distribující sortiment hypoalergenních výrobků,
- seznam členy rodiny s doporučeními vztahujícími se k výživě dětí s atopickou dermatitidou,

- vytvoř spolu se členy rodiny systém zaznamenávání potravin, které vyvolaly zhoršení projevů onemocnění u dítěte,
- zajisti, aby o seznamu rizikových potravin specifických pro dané dítě byl informován i lékař,
- seznam členy rodiny s doporučeními vztahujícími se k volbě zájmových činností pro jejich dítě,
- urči společně se členy rodiny nevhodné hračky, které dítě při hře užívá, a doporuč jejich odstranění,
- pomoz rodině přijmout onemocnění dítěte,
- pomoz dítěti, dle jeho věku, přijmout jeho onemocnění a možný změněný obraz jeho těla,
- poskytni členům rodiny kontakty na SPAE, CID, Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem a na další svépomocné skupiny fungující v dané spádové oblasti,
- seznam členy rodiny s možnými budoucími omezeními ve vztahu k atopické dermatitidě, to znamená například s volbou profese, s nutností užívání ochranných pomůcek a podobně.

Zdroj: (1, 7, 20)

Příloha 5: Seznam organizací sdružujících jedince s atopickou dermatitidou

Centrum integrace dětí a mládeže (CID)

IČ: 40612627

kontaktní adresa: Peckova 7/277
18600 Praha-Karlín

telefon: 02/24817724

e-mail: cidpraha8@seznam.cz

www: [http://www.ddmpraha.cz/stránky přátel CID](http://www.ddmpraha.cz/stránky_přátel_CID)

Občanské sdružení Máša

IČ: 26531640

kontaktní adresa: Karlovo náměstí 7
12000 Praha-Nové Město (Praha 2)

telefon: +420222162321

fax: +420 222 162 142

e-mail: info@masa.cz

www: <http://www.masa.cz>

Sdružení na pomoc chronicky nemocným dětem

IČ: 14889340

kontaktní adresa: Zelená 1570/14
16000 Praha - Dejvice

telefon: + 420233334213

fax: +420 233 334 213

e-mail: info@chronici.cz

www: <http://www.chronici.cz>

Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků o. s. (SPAЕ)

IČ: 00200221

kontaktní adresa: SPAЕ
P.O.B. 15
141 00 Praha 41

kontaktní osoba: Stašek Ulenfeld - tajemník SPAЕ

telefon: +420487864539

e-mail: web@brailnet.cz

www: <http://brailnet.cz/spae/>

Zdroj: (1)

Příloha 6: Příručka pro sestry v ordinacích pediatriů