

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Edukace pacienta s atopickou dermatidou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce :
Bc. Veronika Švábová

2008

Autor :
Jana Červená

ABSTRACT

The topic of this bachelor's work is „Education of a patient with atopic dermatitis“, and deals with education of patients performed by nurses working at outpatient departments of dermatology.

There were objectives and hypotheses determined for the work and then verified with the help of a quality research. As an instrument of the research a questionnaire was used for the patients visiting outpatient departments of dermatology in Vysočina and Středočeský regions. Another instrument of the research used here was a structured interview with nurses as a group of research working at outpatient departments of dermatology in Vysočina and Středočeský regions.

The objective of the research was to determine if the patients with atopic dermatitis are satisfied with education of nurses, and to find out the forms of education of the patients with atopic dermatitis. After handing out the questionnaires, information was processed and consequently hypotheses either confirmed or disconfirmed

The research showed that the patients are satisfied with nurses education concerning atopic dermatitis. The first hypothesis was verified by the research. We found out that nurses educate the patients in atopic dermatitis in the form of information leaflets. The second hypothesis was verified as well. The research confirmed that the patients search for information about atopic dermatitis in a very active way, which, at the same time, verified the hypothesis number three.

This disorder belongs to demanding life situations both emotionally and mentally. A nurse task here is to offer her empathetic and holistic approach and participate in health improvement of the patient. In the course of education, a nurse completes and affects the knowledge, abilities, approach and behaviour of the patient to encourage his own effort and help him this way to improve his health condition.

Prohlášení

Prohlašuji, že svojí bakalářskou práci na téma Edukace pacienta 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 se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum:

Podpis studenta:

.....

.....

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat Bc. Veronice Švábové, za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	2
1. SOUČASNÝ STAV.....	3
1.1 Anatomie a funkce kůže.....	3
1.2 Alergie	5
2. ATOPICKÁ DERMATITIDA.....	6
2.1 Rozdělení atopické dermatitidy.....	8
2.2 Provokační faktory.....	10
2.3 Diagnostika atopické dermatitidy.....	11
2.4 Léčba atopické dermatitidy.....	12
2.5 Komplikace atopické dermatitidy.....	13
3. EDUKACE.....	14
3.1 Edukace pacienta.....	17
4. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	23
4.1 Cíl práce.....	23
4.2 Hypotézy.....	23
5. METODIKA.....	24
5.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	24
5.2 Charakteristiky výzkumného souboru.....	24
6. VÝSLEDKY.....	26
6.1 Výsledky z dotazníků pro pacienty.....	26
6.2 Výsledky ze strukturovaných rozhovorů se sestrami.....	34
7. DISKUZE.....	39
8. ZÁVĚR.....	45
9. LITERATURA.....	46
10. KLÍČOVÁ SLOVA.....	50
11. PŘÍLOHY.....	51

Úvod

Ekzémy a dermatitidy dnes patří mezi nejčastější kožní choroby v ordinaci dermatologa. V minulosti nebylo pro onemocnění atopickou dermatitidou tolik léčebných možností a mnozí pacienti ani lékaře nevyhledávali. Onemocnění kůže mnohdy nebylo bráno jako nemoc ale jen jako nepříjemnost, se kterou se dá žít. Moderní člověk již své tělo chápe jako celek a proto přichází do dermatologické ambulance s přáním kvalitní léčby a edukace v této oblasti. Sestra je nedílnou součástí edukace, pomáhá pacientovi zjistit informace o jeho chronickém onemocnění a přistupuje k pacientovi holisticky.

Tato bakalářská práce je zaměřená na edukaci pacienta s atopickou dermatitidou. Považuji za důležité nastínit a zmapovat spokojenost pacientů s edukací sester o této problematice i formy, jakými sestry své pacienty v dermatologických ambulancích nejčastěji edukují. V současné době je problematika atopické dermatitidy stále více diskutované téma, které mně zajímá a proto jsem si toto téma zvolila.

Ve své práci se nejdříve zaměřím na anatomii kůže. Dále vyložím pojem atopická dermatitida, její rozdělení a provokační faktory. Dále se budu zabývat diagnostikou, léčbou a komplikacemi této choroby. V další kapitole se zaměřím na edukaci pacienta v této problematice.

Atopická dermatitida zasahuje do osobního života nemocného. Podstatná je podpora a pomoc ze strany sestry, aby pacient svoji nemoc přijal a naučil se s ní žít. Je důležité, aby měl pacient od sestry vhodnou edukaci, dostatek edukačních materiálů, jak pečovat o svou kůži a aktivně vyhledával informace o tomto onemocnění.

1. Současný stav

Atopická dermatitida (v ČR se častěji používá termín atopický ekzém) je chronické, svědivé a zánětlivé kožní onemocnění převážně alergického původu. Zánět u atopické dermatitidy může být způsoben nejen alergickou reakcí, ale i nealergologicky, například vysušením kůže. Vždy převažuje jedna nebo druhá složka. (1)

Atopická dermatitida dnes postihuje ve střední Evropě 3% dospělé a 15 - 20% dětské populace. Jedná se o odchýlnou reakci imunitního systému, kůže a nervového systému na zevní a vnitřní vlivy. Sklon k této reaktivitě se obvykle dědí, ale v rodině či příbuzenstvu nemusí mít nikdo zjevné problémy. Zda se u jedince se zděděným sklonem dermatitida objeví, záleží na působení a souhře zevních či vnitřních provokačních faktorů. Atopická dermatitida se často kombinuje se slizničními alergiemi, jako jsou senná rýma (Polinóza), astma bronchiale, alergické záněty spojivek (konjunktivitidy), záněty vedlejších dutin nosních (sinusitidy), záněty zažívacího traktu a kopřivka (urtikarie). Nejedná se tedy o infekční onemocnění přenosné na druhé jedince. (9)

Výskyt atopické dermatitidy stoupá. Odborníci tuto skutečnost přičítají změnám životního, domácího a pracovního prostředí a životního stylu v posledních letech. Převažuje pobyt lidí ve městech, v uzavřených prostorech, došlo ke změnám ve stravování, vzrostl podíl aditiv (přidatné chemické látky) v potravě, je nižší odolnost imunitního systému proti alergenům, vliv má i industrializace, chemizace, automobilismus a větší výskyt vzdušných alergenů (pyly plevelů na sídlišťích a neudržovaných travnatých plochách, prašnost, výskyt roztočů a plísní v bytech). V západních zemích se paradoxně pozoruje větší výskyt atopické dermatitidy u dětí i dospělých v rodinách s vyšší sociálně ekonomickou úrovní, vyšším vzděláním a s menším počtem dětí. (9)

1.1 Anatomie a funkce kůže

Kůže je největší plošný orgán lidského těla. Skládá se ze tří vrstev - z povrchové pokožky, škály a podkožního vaziva.

Pokožka se skládá z několika vrstev plochých buněk, které na povrchu odumírají, rohovatí a odlučují se. Odlučující se zrohovatělé buňky jsou nahrazovány buňkami z hlubších vrstev pokožky, které se rychle dělí. Z hlubších vrstev se doplňují i defekty vznikající v pokožce drobnými oděrkami. Povrchové buňky pokožky kromě své mechanické odolnosti obsahují i bílkovinu, která je těžko rozpustná ve vodě. Kůže je proto pro vodu prakticky nepropustná. Vazivové buňky hlubších vrstev pokožky obsahují zrna tmavohnědého barviva pigmentu melaninu. Barva kůže závisí na množství tohoto pigmentu, hloubce uložení a na prokrvení kůže. (12, 23)

Kožní barvivo pohlcuje ultrafialovou složku slunečního záření, které by jinak poškozovalo citlivé buňky hlubších vrstev pokožky.

Škára je vazivovou vrstvou kůže. Je složena z vazivových buněk a elastických vláken, která se v podkoží kříží. Mezi proplétajícími se vlákny je množství tukových buněk.

Elastická vlákna škáry jsou orientována do určitých směrů zatížení kůže v dané krajině. Elastická vlákna zajišťují pružnost, roztažitelnost, pevnost a štěpivost kůže v určitých směrech. (12, 17)

Ve škáře probíhají bohaté krevní, mízní cévy, nervy, mazové a potní žlázy. Kůže se může stát značnou zásobárnou krve, kterou v případě potřeby poskytne jiným orgánům. Škára vybíhá proti pokožce četnými bradavkovými výběžky, ve kterých jsou nervová zakončení a ta umožňují vnímat bolest, teplo, chlad a hmatové počítky. (17, 23)

Podkožní vazivo je tvořeno sítí kolagenních a elastických vláken, mezi kterými jsou roztroušeny vazivové buňky. Poměrně řídké podkožní vazivo umožňuje posun kůže. Podkožní vazivo je potencionální tukovou tkání schopnou ukládat v buňkách velké množství tukových kapének. (12, 17, 23)

Funkce kůže

Ochrana těla: kůže obaluje tělo a brání vnikání škodlivých látek do vnitřního prostředí organismu. Kůže je pevná, pružná a tažná. Tyto vlastnosti jsou významné z hlediska odolnosti proti mechanickému působení vnějších faktorů (tlaku, nárazům, tření atd.). Pigment chrání organismus před slunečním UV zářením.

Smyslové funkce kůže: V kůži je uloženo velké množství receptorů sloužících ke vnímání mechanických, tepelných a bolestivých počitků. Jednotlivé receptory – čidla - zprostředkují vnímání tepla, chladu a hmatové počitky. Volná nervová zakončení slouží k vnímání bolesti.

Udržování tělesné teploty: Kůže svým povrchem představuje velký plošný orgán, jehož prokrvení má značný vliv na výdej tepla. Zrohovatělá vrstva povrchových buněk pokožky je nejen odolná mechanicky, ale i špatně tepelně vodivá. Chrání organismus před většími tepelnými ztrátami. Izolační význam má také podkožní vazivo tvořící i u velmi štíhlých osob poměrně silnou vrstvu.

Skladovací funkce kůže: V podkožním vazivu je vrstva tuku, který kromě mechanické a tepelné izolační funkce je i energetickou zásobárnou organismu. V kůži jsou uskladněny vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K). Účinkem slunečního UV záření vzniká v kůži určité množství vitamínu D.

Vylučovací funkce kůže: Tuto funkci zabezpečují mazové a potní kožní žlázy. Jejich sekrety – maz i pot se uplatňují při ochraně kůže i celého organismu. Pot svou kyselou reakcí omezuje růst organismů a má tak slabě dezinfekční účinek.

Resorpční funkce kůže: Je poměrně malá. Kůže je pro vodu, a tím i pro látky ve vodě rozpustné, prakticky nepropustná. Léčebné látky aplikované na kůži (obklady, masti) by měly obsahovat tuková rozpouštědla, která naruší mazový film nebo by měly být v tukových látkách, které je možno do kůže vtírat. Je-li kůže poškozena, stává se výraznou resorpční plochou, kterou je organismus zaplavován rozpadovými látkami a mikroorganismy, které rychle naruší stálost vnitřního prostředí. (12, 17, 23)

1.2 Alergie

Alergie je nepřiměřená reakce imunitního systému organismu, který chrání tělo proti infekcím a škodlivinám různého druhu na určité druhy podnětů - alergenů. Styk s alergenem nevyvolává u nedisponovaných jedinců žádné nežádoucí příznaky, ale organismus alergika se na něj může stát citlivým a vytvořit si protilátku. Náchylnost k přemrštěné reakci je pravděpodobně vrozená a nazývá se atopie. Riziko vzniku alergického onemocnění je o to větší, o co více a častěji se v rodině a v předchozích

generacích alergie vyskytovala. (6) Alergie se může projevit i náhlým, život ohrožujícím stavem (anafylaktický šok), který může vzniknout například po bodnutí včelou, vosou nebo po injekčním podání léků (například penicilin). (14)

Častější jsou stavy, které se opakují nebo mají i chronický průběh.

- a. alergie dýchacích cest – alergická rýma, průduškové astma
- b. alergie kožní a slizniční – alergické otoky, kopřivka, dermatitidy, oční záněty
- c. alergie zažívacího systému – bolesti břicha, zvracení, průjemy
- d. alergie nervová – migrény

Mezi nejčastější inhalační alergeny patří pylová zrna, prašný aerosol (drobné prachové částičky), roztoči, vzdušné plísně, zvířecí srst, potravinové alergeny jako jsou bílkoviny mléka, vajec, obilovin, ořechy, rajčata a citrusové plody. Z kontaktních alergenů jsou to některé kovy, vlna, kožešiny, saponáty, dezinfekční prostředky, plastické hmoty, chrom, guma, lepidla, akryláty a aldehydy. (14, 26)

2. Atopická dermatitida

Pojem atopický ekzém je odvozen od řeckého slova *atopos* (zvláštní, cizí), tedy něco, co není na svém místě a je atypické. Člověk s atopickou dermatitidou reaguje na běžné podměty a na různé látky z okolního prostředí zvláštním způsobem (vyrážkou, záchvatem, svěděním kůže atd.). Jednou z nejčastějších kožních chorob je ekzém.

Název tohoto onemocnění pochází z řeckého slova *ekzeo*, které označuje něco, co vyvěrá nebo vybublává na povrch. Tím je vysvětlen zánětlivý charakter a typický vzhled počátečního vývojového období ekzému (zarudnutí, prosáknutí a zvýšená teplota postižené oblasti kůže s mokváním v místě rozškrábaných puchýřů). Ekzém je v podstatě obranná zánětlivá (alergická) reakce těla, které se tak snaží odstranit vyvolávající příčinu a její škodlivé účinky snížit na minimum. (1, 5)

Prvním projevem této reakce, která zahrnuje vzájemně propojené imunologické, biochemické a nervové – reflexní pochody, často dědičně podmíněné, je zarudnutí a

zduření kůže. Podaří-li se škodlivinu odstranit, zánětlivé projevy odezní a kůže se rychle zhojí. Nepodaří-li se příčinu odstranit nebo přichází-li s ní kůže opakovaně do styku, zánět se prohloubí a na kůži se vysévají drobné svědivé pupeny a puchýře. Po jejich rozškrábání povrch kůže mokvá a pokrývá se strupy. Opakovaným škrábáním kůže zhrubne, rozpraská a odlučuje se. Dermatitida přechází do chronického stádia, které může trvat několik měsíců i let. (1, 3)

Příčinou dermatitidy může být funkční porucha kůže, porucha imunitního systému nebo látky různého původu přítomné v našem životním prostředí, se kterými člověk přichází denně do styku. Tyto látky vyvolávají dermatitidu přímým kontaktem s kůží, po vdechnutí nebo po požití. Při vzniku atopické dermatitidy hraje významnou roli také dědičnost. (1, 5)

Atopická dermatitida je silně svědivé, obvykle léta trvající zánětlivé neinfekční onemocnění, spojené s častým rodinným výskytem astmatu nebo senné rýmy. Sklon k těmto třem onemocněním bývá dědičný. Pro přirozený průběh atopické dermatitidy je charakteristické jeho zhoršování v podzimním a jarním období a zlepšování v létě. Většina pacientů má největší problémy v prvním roce života, s přibývajícím rokem se projevy dermatitidy zlepšují a soustřeďují se na určité oblasti těla. Také léčba bývá snadnější. Po zhojení dermatitidy zůstává v dané oblasti kůže suchá jako pozůstatek zánětlivých kožních změn a porušené obranné bariéry pokožky. Její rohové vrstvě schází schopnost zadržovat vodu a snadno se v ní tvoří jemné trhliny. Dochází i ke snížení produkce potu a mazu. To vše má za následek celoživotní sklon atopiků k obnovování dermatitidy po styku jejich kůže s mechanickými nebo chemickými dráždivými vlivy v domácím prostředí nebo v zaměstnání, při pobytu v suchém nebo chladném prostředí. (3, 5)

Hrají zde roli i emocionální vlivy. Lidé s atopickou dermatitidou častěji trpí migrénami, vypadáváním vlasů a kopřivkou. Projev onemocnění a vzhled pacienta je často příčinou studu, stranění se kolektivu, pocitu méněcennosti a má dopad na emocionální stránku pacienta. Zde je na místě psychická podpora sestry, která vhodně, citlivě a empaticky edukuje a radí pacientovi, co pro sebe může dělat a jak se svým onemocněním žít. (5, 27)

Předpokládá se, že u atopiků jsou obranné reakce proti působení některých látek v zevním prostředí nepřiměřeně silné. Tyto reakce mají charakter alergických reakcí. Přibližně u 80 procent atopiků je nadměrná tvorba protilátek imunoglobulinů E proti četným látkám, které člověk vdechne (prach, pyly) nebo požije (aromatické ovoce, vejce, mléko, ryby, ořechy apod.). Zjišťuje se také nesprávná činnost některých bílých krvinek (T-lymfocytů), zúčastňujících se obranných reakcí v těle, což má za následek zvýšenou vnímavost organismu k infekcím bakteriálním (hnisavým), virovým (bradavice, opary) a plísňovým. (3, 17)

Pacienti trpící atopickou dermatitidou mají silně snížen práh pro svědění, což znamená, že již lehké podráždění kůže, které vyvolá takové svědění, nutí k úpornému škrábání, vede k podráždění kůže a ke zhoršení dermatitidy s ještě horším svěděním. Uzavírá se tak kruh svědění – škrábání – ekzém – svědění a nemoc se může udržovat řadu měsíců. Svědění se výrazně zhoršuje při změnách teploty, nošením vlněných, syntetických látek nebo při zapocení. (7)

Příčina vzniku atopické dermatitidy, i když není dosud zcela objasněna, závisí na složité souhře četných vrozených, obranných (imunologických), biochemických, psychologických a klimatických mechanismů.

Atopická dermatitida se vyskytuje ve třech rozdílných formách (kojenecká forma, dětská forma a dospělá forma), které se liší obdobím vzniku a kožními projevy. Jednotlivá vývojová období dermatitidy na sebe mohou plynule navazovat nebo může některé z nich chybět. Průběh nemoci může být tak u každého jiný, u někoho se může poprvé vyskytnout až v dospělosti. (5, 7)

2.1 Rozdělení atopické dermatitidy

Kojenecká forma je nejčastější, začíná mezi druhým a šestým měsícem po narození na tvářích a čele, odkud se může dermatitida rozšířit na celou hlavu, tělo, ruce a nohy. Kůže v postižených místech zarudne, vysejí se na ní drobné pupeny a puchýře, dochází k mokvání a povrch se pokrývá strupy a šupinami. Dermatitida je provázena úporným svěděním, děti se škrábou, jsou neklidné a špatně spí. Vyvolávajícími nebo

zhoršující faktory jsou v tomto období především potravinové alergeny, nejčastěji kravské mléko, vejce a citrusové plody. Zhoršení dermatitidy může vyvolat i infekční onemocnění, očkování a prořezávání zubů. Průběh kojenecké dermatitidy je nepředvídatelný. Nejhorší období bývá v posledních třech měsících prvního roku života, kdy je ekzém nejúpornější a postih kůže nejrozsáhlejší. Po tomto období intenzita projevů onemocnění slábne a postupně dochází ke zhojení. Dermatitida se může během druhého roku života zcela zhojit nebo může přejít do další vývojové fáze. (5, 17)

Dětská forma se vyskytuje v období předškolního a školního roku dítěte. Dermatitida se z obličeje přesouvá do loketních a podkolenních jamek, na krk, zápěstí a hřbety rukou. Kůže nemokvá, je hrubá, drsná, s oděrkami po škrábání ze silného svědění. Dermatitida se může objevit i na trupu a končetinách a škrábáním se do kůže často zanáší hnisavá infekce. (21)

Kůže obličeje bývá ve srovnání s kůží těla bledá, což spolu s tmavší a zhrubělou kůží očních víček a zdvojením záhybu pod očima dává obličeji charakteristický výraz. Nehty na rukou dítěte jsou vyhlazené a lesklé z opakovaného tření a škrábání svědicí kůže. (21)

Během prvních školních let se zhojí asi 75% nemocných dětí. U ostatních se může choroba zhoršit nebo znovu projevit v pubertě. S přibývajícími lety se závažnost a rozsah kožních změn snižuje a do dvaceti let postupně mizí. Přetrvávání dermatitidy ve středním a dospělém věku je méně časté. (5, 21)

Dospělá forma atopické dermatitidy se může vyskytnout jako první projev onemocnění i u pacientů, kteří dříve dermatitidou netrpěli. Častěji však dospělé formě atopické dermatitidy předchází forma kojenecká či dětská. Postih kůže na těle je na stejných místech jako u dětské formy. Kůže však více svědí, je silně zhrubělá, rozpraskaná a místa postižená projevy onemocnění jsou výrazněji ohraničená. Nejčastěji tuto formu atopické dermatitidy zhoršují psychické stresy. Ke zhojení dochází po čtyřicátém nebo padesátém roce života. (10)

Atopická dermatitida se nemusí rozvinout do plného rozsahu. Často se projeví jen ohraničenými kožními změnami na různých částech těla, které jsou od typických změn odlišné (tristní nebo larvované formy) jako bělavá, drsná a lehce se odlučující

okrouhlá ložiska na obličeji nebo končetinách. Dále jako zrohovatělé papuly v okolí vlasových míšků různě na těle, jako zhrubění, ztmavnutí a odlučování kůže na očních víčkách a v okolí úst. Patrné jsou i šupící se plochy nohou nebo olupující se a praskající bříška prstů nohou a rukou. Průběh dermatitidy bývá často komplikován hnisavou infekcí zanesenou do kůže škrábáním. Většina komplikací dermatitidy se dají dobře léčit, ale často recidivují. U atopiků se ve větším množství vyskytují také virové infekce – bradavice. Vážnější komplikace je zanesení viru oparu (herpes simplex) do ložiska dermatitidy. (7, 10)

2.2 Provozační faktory

Dráždivé vlivy z domácího nebo pracovního prostředí a aktivity ve volném čase bývají častějšími příčinami aktivace dermatitidy, než samotné alergeny. Jde zejména o mycí, úklidové a prací prostředky. Dráždivé plyny ze sprayů, tabákový kouř. Prašné, vlhké nebo naopak suché a přetopené (klimatizace ventilátory) prostředí. Neprodyšné, barvené, drsné oblečení ze syntetických materiálů, vlny a kožešiny. Povolání, sporty a hobby spojené se zapocením a zapádkou, kontakt s dráždivými látkami. Častý nebo dlouhý kontakt s vodou, zejména tvrdou a chlorovanou vodou. Přesušování, zanedbání péče o suchou kůži umožňuje průnik dráždivých látek, alergenů, bakterií, virů a jiných infekčních činitelů do kůže. (10, 28)

Působení alergenů z pracovního či domácího prostředí, především vzdušných alergenů (roztoci, prach, pyl, peří, zvířecí alergeny, bakterie a plísně). Z kontaktních alergenů hlavně kovy (nikl, chrom) a parfémy. Na tyto faktory reaguje řada atopiků zhoršením dermatitidy, je u nich riziko vzniku závažnějších dýchacích alergických chorob i když jsou alergologické testy negativní. Také zjevné nebo skryté infekce (viry, bakterie, kvasinky) a chronické záněty, hlavně infekce a záněty horních cest dýchacích, záněty močových cest, gynekologické, zubní záněty a podobně, jsou schopny dermatitidu z klidového stádia aktivovat. (13)

Psychické faktory, jako je duševní zátěž, stres, nedostatek spánku, odpočinku a relaxace, nesprávná životospráva projevy atopické dermatitidy také zhoršují.

Potravinové vlivy převažují u dětí a nemusí se jednat jen o pravou alergii, ale i různé intolerantní reakce (alergologické testy jsou negativní). Z kožního hlediska je však výsledek stejný – dermatitida se aktivuje. Reakce jedince je individuální, záleží na druhu potravin, typu a rozsahu atopické dermatitidy a časového nástupu reakce.(10,13)

Mohou se vyskytnout i závažnější reakce než jen kožní obtíže (trávicí, dýchací, oční). Proto je nutné sledovat jídelníček ekzematika.

Pro dermatitidu je typické zhoršování na podzim a na jaře. Nepřispívá ani zhoršení životního prostředí, smog, mlha a chladné nebo horké podnebí, ve kterém ekzematik žije.

Hormonální vlivy se uplatňují v období menzes, adolescence a po porodu. Po provokačních vlivech, zejména zevních, je nutné aktivně pátrat a odstraňovat je. (13,17)

2.3 Diagnostika atopické dermatitidy

Pacient trpící atopickou dermatitidou má být vždy celkově vyšetřen. Mezi zásadní vyšetření řadíme typickou lokalizaci a morfologii ekzémových ložisek dle typu dermatitidy, svědění a chronický nebo chronicky recidivující průběh dermatitidy. Při hodnocení těchto kritérií nemusí být patrné všechny příznaky. Podmínkou však zůstává přítomnost alespoň dvou z nich.

Provádí se také podrobný rozbor vzniku a rozvoje dermatitidy. Vyšetření v sobě zahrnuje anamnestické údaje osobní, rodinné, pracovní a speciální. Zjišťuje se přítomnost atopie v rodině, zhodnocení prostředí, v němž atopik žije, jeho koníčky a záliby, stav jeho výživy, růstu, hmotnosti, zažívání a pravidelnosti vyprazdňování. U matek zjišťujeme délku kojení, reakci na změny ve výživě se zaměřením zejména na kravské mléko a vejce. Pomocná laboratorní vyšetření spočívají v odběru žilní krve na krevní obraz, stopové prvky – železo, cín, hořčík. (2, 5, 10)

Alergologické a imunologické vyšetření:

- a. vyšetření základních ukazatelů imunity IgE protilátek (vyloučit imunologickou nedostatečnost)
- b. vyšetření koncentrace alergických protilátek (posoudit, zda jde o atopika)
- c. vyšetření specifických alergických protilátek proti bílkovinám kravského mléka, vaječného bílku, obilným bílkovinám, roztočovým alergenům, zvířecím alergenům, pylovým a plísňovým alergenům
- d. intradermální testy - prick
- e. epikutánní kožní testy (8, 26)

2.4 Léčba atopické dermatitidy

V současnosti nelze ovlivnit příčinu vzniku atopické dermatitidy, tudíž je nemožné kompletní a permanentní zhojení. Léčba je místní zevní a celková vnitřní a směřuje na tlumení příznaků a zvládnání choroby. (8, 26)

Místní léčba zahrnuje péči o suchou kůži a vlastní léčbu dermatitidy. Používají se emoliencia, která zlepšují funkci kožní bariéry. Jsou volně dostupná ve formě mastí, krémů, tělových mlék, mycích a sprchových olejů. Tato léčiva pokožku hydratují a zvláčňují. Jsou indikována u všech pacientů s atopickou dermatitidou, u nichž je onemocnění provázeno šupinatou kůží nebo chronickými projevy. (1, 7, 13) Lokální kortikoidy v masti se používají v době akutního vzplanutí onemocnění. Tvoří základ léčby atopické dermatitidy. Na obličej, třísla a do podpažních jamek by měly být používány pouze přípravky s nízkou účinností (třídy 6 nebo 7), aby byl minimalizován výskyt nežádoucích účinků typu akné, strií, ztenčení a atrofie kůže. Přípravkům s nízkou účinností se dává přednost také u malých dětí, které mají oproti větším dětem a dospělým vyšší poměr kožního povrchu k tělesné hmotnosti a mají tedy větší potenciál systémového vstřebávání. Při komplikaci, jako je bakteriální a virová kožní infekce, se podávají antibiotika, antivirotika a antiseptika. Tyto preparáty se podávají dle výsledků kultivačního vyšetření a citlivosti na antibiotika. K doléčení akutního zánětu, především po ukončení léčby kortikoidy, se využívají deriváty dehtu, které působí rovněž

antisepticky, proti svědění a antimikrobiálně. Roztok hypermanganu, odvar z dubové kůry nebo bylinné obklady jsou vhodné při otocích a mokvání postižené kůže. Tyto prostředky kůži ochladí, zklidní zánět, ale jejich použití je možné pouze krátkodobě, protože delší aplikace by mohla mít nežádoucí účinky v podobě přesušení kůže. Dále je možné na ložiska použít zinkový olej, zinkovou pastu, kamenouhelný dehet, dehtovou tinkturu, či Ichtamol ve formě masti. Tyto prostředky působí protizánětlivě, protisvědívě, regeneračně, ale špiní, zapáchají a některé pacienty dráždí. (3, 24)

Cílem celkové léčby je překonání akutní fáze onemocnění a zabránění přechodu do těžkých slizničních alergií, po případě jejich zklidnění. K tomuto účelu jsou vhodná antihistaminika. Uplatňují se při velkém svědění a alergických projevech. U rozsáhlých stavů, kde zevní léčba nestačí, se na přechodnou dobu přistupuje k vnitřní léčbě kortikoidy nebo imunomodulačními léky. Tyto léky však mají nežádoucí vedlejší účinky, proto by se před jejich podáním a během léčby mělo provést laboratorní vyšetření, zda pacientovi mohou být podány. Jako vhodným doplňkem stravy mohou být probiotika, protože příznivě ovlivňují imunitní reakce. (4, 5, 10)

U ekzematiků s alergií na vzdušné alergeny je možné použít také specifická nebo nespecifická desenzibilizace – vakcíny, autovakcíny, séroterapie a preparáty posilující slizniční imunitu. (6) Další možností celkové léčby je fototerapie. Novinkou jsou koupele v soli z mrtvého moře doplněné ultrafialovým zářením napodobující pobyt u moře. Vhodný je také pravý pobyt u moře, v lázních, nebo vysokohorský pobyt. (5,17)

Nutná je také dobrá spolupráce pacienta na léčbě, dodržování dávkování léků, správný léčebný režim a pravidelné kontroly u lékaře. (19)

2.5 Komplikace atopické dermatitidy

Lidé trpící atopickou dermatitidou si neustále škrábají svědící kůži. Porušují si tak její celistvost, vznikají oděrky, jimiž do kůže pronikají bakterie a viry a tam se rychle množí.

Nejčastější komplikací je druhotná bakteriální infekce způsobená převážně zlatým stafylokokem. Dochází při ní k mokrání kůže, tvorbě žlutohnědých krust nebo ke tvorbě puchýřů s hnisavým obsahem. Na kůži jsou patrné místní známky zánětu a bolestivost.

Nebezpečná je i infekce virem oparu, který infikuje nejprve ložiska dermatitidy a rychle se šíří i na zdravou kůži a postihuje rozsáhlé plochy kožního povrchu. Virus po první infekci v těle pacienta přetrvává a může se aktivovat v určitých zátěžových situacích.

Ekzematici také často trpí virovými bradavicemi nebo moluskou (polokulovitě pupínky s centrální vkleslinou). (5, 17)

3. Edukace

Edukace je celoživotní proces výchovy a vzdělávání. Edukací rozumíme rozvoj osobnosti od dětství do stáří, působením formálních institucí a neformálního prostředí. Je to nepřetržitý proces. Úkolem edukace je vytváření nových hodnot, dovedností, postojů, vědomostí, poznatků, změn v chování jedince a skupin. V edukačním prostředí se navzájem prolíná vzdělávání a výchova při rozvoji jedince nebo skupiny. V oblasti edukace působí edukační tým, který tvoří skupina osob, které navzájem spolupracují (lékař, sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci). Nezáleží na věku, vzdělání, pohlaví nebo intelektu jedince. (18, 29)

Edukace zahrnuje například informace, které si pacient osvojí během hospitalizace a využije je i po propuštění z nemocnice do domácího prostředí. Edukant je kterýkoliv subjekt edukace bez ohledu na věk. Edukátor je kterýkoliv aktér edukační aktivity. Edukační proces představuje určitou formu předávání informací, která se uskutečňuje ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce učícího se pacienta a sestry. Je to dynamický, vzájemný vztah předávání a výměny informací mezi sestrou a pacientem a je součástí ošetrovatelského, diagnostického a léčebného procesu.

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Optimální prostředí musí být dostatečně osvětlené, vytopené, klidné, vybavené, bez hluku a má zaručovat případnou intimitu.

Edukační faktory jsou teorie, plány, modely a předpisy, které určují nebo ovlivňují reálně edukační procesy. V rámci edukační činnosti sestry to mohou být knihy, obrázky, různé pomůcky, edukační plán, vzdělávací programy, standardy, výukové filmy a veškerý výukový materiál. Edukačním faktorem je i kontrola a porovnávání výsledků. (16, 18, 22, 29)

Abychom dosáhli výsledku edukačního cíle je důležité si uvědomit, jakou má edukant inteligenci, schopnosti se učit, stáří a zda nemá případné smyslové nebo tělesné poškození. Význam hrají také socio-ekonomické faktory, z jakého kulturního prostředí pacient pochází a jaké prostředí ho obklopuje. To vše ovlivňuje výsledek edukačního procesu. Musíme brát v úvahu celkový přístup pacienta k životnímu stylu, názor na zdraví a jeho ochotu zaběhnouty režim a styl změnit. S tím se nejobtížněji ztotožňují děti a staří lidé.

Pro dobrou edukaci sestry jsou důležité její komunikační schopnosti, osobnostní vlastnosti, temperament, profesní vzdělání a sociálně interakční způsobilost. Komunikace by měla být jasná, zřetelná, s omezením nebo vyloučením informací nesouvisejících s edukačními cíli. V komunikaci s pacientem není také vhodné používat slangové nebo příliš odborné výrazy. (16, 22)

Edukační proces se skládá z pěti fází. První fáze obsahuje sběr údajů, analýzu pacientových schopností změnit dosavadní styl života. Zjišťujeme, jaké má ke změně pacient podmínky, osobní možnosti a potenciál. Zda je pacient schopný učit se novému a v jaké oblasti má nedostatek vědomostí. Zaměřujeme se nejen na samotného pacienta, ale také na jeho rodinu a nejbližší okolí. Důležité je stanovit si metodu edukace, která bude vycházet pouze z potřeb pacienta.

Druhá fáze edukačního procesu zahrnuje stanovení vzdělanostní diagnózy a určení cílů edukace. Jde-li o individuální edukaci s pacientem, naplánuje sestra společné setkání, jde-li o skupinu pacientů volí sestra místo, metodu a způsob edukace. Mezi

základní vlastnosti sestry by měl patřit smysl pro službu veřejnosti, etický přístup a oddanost práci a pacientům.

Třetí fáze edukačního procesu má za úkol přípravu vlastního edukačního plánu. Edukace se vztahuje na individuálního pacienta a jeho aktuální potřeby. Metody edukace je nutné volit tak, aby motivovaly pacienta k co největší spolupráci. Motivace k edukaci je neúčinnější, když pacient uspokojí potřebu získáním nových vědomostí.

Čtvrtá fáze realizace edukace počítá s již připraveným a naplánovaným plánem edukace. Realizace spočívá ve schopnosti sestry motivovat jedince nebo skupinu k účinné spolupráci při učení se novému, reagovat na chyby, nepřesné výkony, zaujmout pozornost, edukovat dle nejnovějších poznatků, sledovat, zda pacient pochopil informaci a od toho odvíjet individuální postup. Během edukace sestra aktivně doplňuje a ovlivňuje vědomosti, dovednosti, postoj a chování pacienta tak, aby on sám vyvíjel úsilí vedoucí ke zlepšení svého zdravotního stavu. Sestra také využívá předešlé vědomosti pacienta, upevňuje je, opakuje a pomáhá mu osvojovat si další nové dovednosti. Přirozeně postupovat od jednoduchého ke složitějšímu, zvolit vhodnou denní dobu, a správné tempo s ohledem na pacienta. Pacient musí dostat jasné pokyny k dodržování léčebného režimu, aby byl schopen se chránit před rizikovými faktory svého onemocnění. Tehdy pacient sám aktivně provádí veškerá doporučení a podporuje léčebný proces. (16, 20)

V páté fázi provede sestra analýzu a zhodnocení pacientových vědomostí, postojů zručnosti a zhodnotí efektivnost edukačního procesu. Využívá způsobilost permanentně hodnotit (zpětnou vazbou, reflexí, analýzou) práci s pacientem. Pomocí zpětné vazby sestra zjistí, zda jí pacient rozuměl, pochopil sdělované a zda je schopen změny. Kdyby neproběhla tato fáze zhodnocení, nebyla by sestra schopna posoudit efektivnost edukace. Hodnocení má za cíl zjištění a posouzení stavu dosaženého edukačním procesem. Je důležité zhodnotit i společně s pacientem, zda měl k dispozici přiměřené množství informací dostatek času a prostoru na otázky a zda informacím rozuměl. Sama sestra by se měla zamyslet, zda pacienta dostatečně motivovala, zda vhodně komunikovala a zda zvolila vhodný způsob edukace a komunikace. S jakým efektem bude edukace pacienta probíhat, záleží na profesionalitě každé sestry. (19, 29)

K zásadám správné edukace patří názornost (nákrasy, obrázky, modely, zvukové záznamy), přiměřenost podávaných informací (obsah učiva přiměřený věku a stupni psychického vývoje) a soustavné opakování probraného. Mezi metody edukace řadíme slovní metody (psané a tištěné slovo), praktické a názorně demonstrační. Formy edukace dělíme na individuální, hromadné vyučování, kombinace těchto dvou forem edukace, formální vyučování, individuální a skupinové práce a frontální práce. (20, 22)

3.1 Edukace pacienta

Atopická dermatitida přináší pacientovi i celé rodině tělesné i duševní trápení. Pacienti jsou podrážděni z nočního škrábání kůže, mohou se trápit i tím, jak je postižená kůže, zejména na obličeji, viditelná. Složitost onemocnění, obtížnost léčby, náročnost na způsob života pacienta mohou někdy vést ke ztrátě důvěry, ke zhoršení vztahu mezi sestrou a pacientem i rodinou a narušení spolupráce pacienta v péči a léčbě. (5)

Cílem zdravotníků je pomáhat pacientům, uklidňovat je a vracet jim důvěru v léčbu. Vztah důvěry pacientů dovolí obracet se na sestru kdykoliv a hovořit s ní o všech problémech. Proto je úloha sestry v edukaci pacienta nezastupitelná. Sestra a její profesionální citlivý přístup a péče je důležitou součástí léčby. Každý pacient je individuální a podle toho by k němu měla sestra holisticky přistupovat. (19, 27)

V dnešní době se sestra stává rovnocennou členkou týmu schopnou samostatně pracovat. Její edukace se liší u pacientů hospitalizovaných, léčených ambulantně nebo v domácím prostředí. Sestra podporuje i členy rodiny ke spolupráci, například na úpravě vhodného domácího prostředí ekzematika, režimu dne, stravování, užívání a aplikaci léků, specifické osobní hygieně a vhodných aktivitách během dne. Vyhodnocuje, zda je pacient schopen v domácím prostředí dodržovat její doporučení a rady. (22, 28)

Edukace pacienta s atopickou dermatitidou začíná v ordinaci dermatologa, kde pacient dostává důležité rady, jak o sebe pečovat. Aby edukace byla účinná, vypracovávají se edukační standardy a edukační materiály. K dispozici by měl mít pacient také edukační brožury, informační letáky, kde se může dozvědět zajímavé informace o svém onemocnění. Pacient by měl také pravidelně dodržovat kontroly u

lékaře v dermatologické ambulanci, kde lékař doporučí pacientovi vhodnou aktuální medikaci a způsob, jak předepsaná léčiva na pokožku aplikovat.

Přípravky určené k lokální léčbě atopické dermatitidy obsahují vlastní léčivo (účinnou látku) a látky pomocné (obvykle bez léčebného účinku), které umožňují jeho aplikaci a které se v některých případech spolupodílejí na jeho farmakologickém účinku. Výsledný efekt léčby je závislý nejen na farmakologickém účinku léčiva, ale i na lékové formě, složení pomocných látek, na způsobu aplikace a na celkovém způsobu ošetřování. Je důležité ekzematika poučit, aby léčivou mast (krém nebo olej) nanášel dle ordinace dermatologa, plošně nebo jen na postižená ložiska kůže. (14)

V této kapitole bych se chtěla zmínit o nanášení lokálních přípravků na kůži pacienta. Mast se aplikuje 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 nevracejí zpět do dózy. Krém a mazání se nanáší přímo na kůži nebo do dlaní a lehce se vtírá dlouhými otáčivými pohyby dlaní anebo konečků prstů. Kůže zůstává nekrytá oděvem. Pasta se nanáší do okolí ložiska dřevěnou lopatkou ve vrstvě přibližně 2 – 3 mm. Na mokvající kůži se přikládá již předem nanesená na mulovém čtverci. Tekutý pudr je nutné před použitím 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) se aplikuje přímo z nádobky na postižené místo na kůži. Pro nanesení lze použít i chomáčky vaty zakryté mulovým čtvercem. K přípravě studených, vlažných i teplých obkladů se používá již zmíněný bylinný nebo hypermanganový roztok. Obkladová látka se namáčí do ordinovaného přípravku, přikládá se na postižená místa a fixuje se obinadlem. Koupele se využívají jak celkové, tak i lokálně (sedací). Nejčastěji se aplikují hypermanganové či koloidní koupele. Teplota lázně by měla být 35 °C. Doba trvání bývá přibližně 15 minut. (7, 8, 24)

Je důležité pacienta pozvolna poučit o správné aplikaci a prevenci případných komplikací. Hlavní ošetrovatelské problémy pro pacienta jsou například poškození kožní integrity, riziko infekce, riziko situačně snížené sebeúcty, porušený spánek a nedostatečná výživa. (8)

V této kapitole bych se také chtěla podrobněji zmínit o aplikaci epikutánních testů a přípravě pacienta.

Epikutánní testy zahrnují 23 kontaktních alergenů. V období testování musí být dermatitida u pacienta zřetelně v regresi, nesmí být užívány kortikosteroidy ani zevně aplikovány v dávce vyšší než 5 mg Prednisonu denně, ani cytostatika. Další kontraindikací testování jsou pacienti, kteří byli dlouhodobě vystaveni slunečnímu záření a nebo jsou bezprostředně po UV terapii. Kůže zad, kde se testy aplikují, musí být minimálně dva týdny bez projevu dermatitidy. Sestra kůži dokonale odmastí, zbaví případného ochlupení a poté připevní testovací náplasti.

Působení testovacích látek rozpuštěných ve vazelíně (tuhé látky, jako je guma a textil přiloží sestra v plátku odřezku na kůži), oleji nebo vodě, aplikovaných na mulový terčík a přilepení na kůži zad probíhá 48 hodin. Odečítání po sejmutí se doporučuje po dalších 24 hodinách. V některých případech dodatečné hodnocení za 72 hodin (96 hodin) a po týdnu. Testy by v tomto období neměly přijít do styku s vodou - zde je důležitá edukace pacienta sestrou, aby si záda nesprchoval a náplasti si chránil. Po sejmutí testů se zhodnotí reakce kůže pacienta na testovací látky a ošetří se přiložením krycí gázy. Jestliže je reakce pozitivní, aplikuje se na ložiska hojivá mast dle ordinace dermatologa a doporučí se následná péče dle ordinace dermatologa. (3, 5, 9)

Osobní hygiena a oblékání – kůže ekzematika nemá na svém povrchu dostatečný ochranný film, snadno se vysušuje a je snadno zranitelná. Je třeba šetrná hygiena, raději sprcha než koupel v teplé (nikoli horké) vodě ne příliš dlouho a používat jemná neparfemovaná mýdla nebo bez mýdlové toaletní prostředky. Do vody lze přidat i speciální koupelový olej. Po koupeli by na kůži mělo být aplikováno vydatné množství zvlhčujícího nebo změkčujícího krému s obsahem lanolinu. Promašťování během dne by se pak mělo řídit pravidlem, že čím častěji, tím lépe. To znamená, že krémy by se měly aplikovat tolikrát denně, kolikrát je to ekzematikovi příjemné. (21, 25) Emoliencia by měla být nanášena minimálně jednou či dvakrát denně, aby se zabránilo vysoušení a podráždění kůže. 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 pacient prostředek nesnášel.

Pacienti obecně dávají přednost emolienciím před mastmi, neboť nejsou na pohled mastná a pleť vypadá upraveně. (9, 17, 24) Na noc mohou být vzhledem k lepším hydratačním vlastnostem aplikovány zvlhčující neparfemované, hypoalergenní masti. Sestra by měla ekzematika upozornit, aby upřednostňoval krátké nehty, které snižují nebezpečí při škrábání. Doporučit nošení oděvů a používání ložního prádla z pohodlných, volných, vzdušných a nebarvených materiálů (např. bavlny a dalších hladkých vláken). Pro ekzematiky jsou vhodná speciální pyžama ze 100% bavlny, která nedráždí kůži a zamezí poranění pokožky škrábáním. Přílehlé šaty a teplé oblečení nejsou pro ekzematiky vhodné (pocení dráždí kůži). Je důležité zabránit kontaktu s vlnou, kožesinami a klasickými syntetickými materiály. Textil je nutné prát vždy ve vhodném, ekologickém nedráždivém pracím prostředku na 60°C, několikrát vymáchat, nepoužívat aviváž a přežehlit. (2)

Výživa – důsledně vyloučit prokázané potravinové alergenů se zachováním bohaté a pestré stravy. Pacientovi je možno doporučit běžnou stravu s omezením zvláště dráždivých potravin (příliš ostré, kořeněné a kyselé potraviny) či chemických přísad, hlavně v době zhoršení atopických projevů. Celkově pak dodržovat pravidelný dostatečný příjem tekutin s vynecháním sycených nápojů kyslíčnickem uhličitým, příliš slazené nápoje a je potřebné vyloučit alkoholické nápoje. (2, 4, 5)

Domácí prostředí – smyslem režimových opatření v domácím či pracovním prostředí je snížení možnosti kontaktu s alergeny, které by mohly u pacientů vyvolat kožní a dýchací obtíže. Toho lze docílit jeho vhodnou úpravou. Intervence ze strany sester v tomto ohledu směřují především k edukaci pacientů o škodlivosti kouření, vdechování nebezpečných výparů, sprayů a deodorantů. Atopici by neměli chovat žádná domácí zvířata. Srst nebývá sama alergenem, ale nosičem alergenů na ní zachycených (šupiny, sliny, výměšky). Z domácího prostředí, kde ekzematik tráví většinu svého času, je vhodné odstranit také koberce, čalouněný nábytek, záclony, závěsy, přehozy a květiny hlavně kvetoucí. Pravidelný úklid je dobré provádět bez přítomnosti ekzematika. Odprašnění domácnosti provádět navlhko, aby se zabránilo víření prachu a docházelo ke snižování množství roztočů a plísní. Vysavač volit s vysokou účinností filtrace a bezpečnou manipulací s nečistotami. V interiérech se dále

doporučuje pravidelně a dostatečně 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. Vlhkost v bytě udržovat v rozmezí 40–50%, při vyšší vlhkosti vznikají ideální podmínky k množení roztočů, plísní a dalších mikroorganismů, při nižší vlhkosti pak dochází k vysoušení sliznic. Optimální teplota pokoje maximálně 20°C. Lůžkoviny ekzematiků (matrace, polštáře a přikrývky) by měly být z materiálů vhodných pro alergiky. Pro zkvalitnění spánku jsou vhodné molitanové matrace kryté speciálním povlakem, který uvnitř zamezí množení roztočů. Teprve na tento povlak se přikládá prostěradlo. Přikrývka a polštáře by měly být nepéřové, z dutého vlákna, které umožňují i snadnější údržbu. Povlečení hladké a jemné, které by se mělo prát minimálně jednou za 14 dnů, přikrývky a polštáře jednou za 3 měsíce. Denně ráno lůžkoviny větrat. Všechna režimová opatření a omezení, která jsou atopikovi doporučena směřují k eliminaci vypozerovaných provokačních faktorů typických pro konkrétního jedince. Tím lze docílit i lepší životní úrovně atopika co do počtu omezení. (6, 25)

Povolání a pracovní prostředí – doporučuje se suchá, čistá práce bez většího znečištění a nutnosti častého mytí. Atopikům vadí opakované a časté máčení a mytí rukou, kontakt se saponáty, oleji, ředidly, barvami a desinfekcí, jejich kůže nesnese často stejnou zátěž, jako kůže zdravých lidí. Vyhnout by se měli kontaktu s dráždivými látkami, používat ochranné pomůcky a bariérové krémy před i po práci. Z důvodu častého porušení kožní integrity jsou nevhodná i povolání, při nichž je jedinec vystaven zvýšenému riziku přenosu infekce. (6, 13)

Volný čas – atopická dermatitida se zlepšuje v létě, proto je vhodné plánovat dovolenou v přímořském či horském klimatu. Nejsou vhodné aktivity a klima, kde jsou extrémně chladné nebo horké teploty (vítr, mráz, horko, silné oslunění a tření). Pacient by měl provozovat takové sporty, kde nedochází k velké tělesné námaze a pocení, mimo prašné uzavřené tělocvičny. (5, 6)

Otázka plavání závisí na individuálních ekzémových projevech u daného jedince, přičemž je nutné si uvědomit, že kontakt s chlorovanou vodou kůže vysušuje.

V bazénech také hrozí riziko přenosu virových infekcí, ke kterým jsou ekzematici náchylnější. Měli by se vyhnout bazénům se silně chlorovanou vodou. Před plaváním je dobré se osprchovat, promazat tělo bariérovým krémem a po plavání se opět co nejdříve osprchovat, promazat a převléci se do suchého oblečení. (21, 25)

Psychika u atopické dermatitidy hraje důležitou roli. Kůže je orgán, který pohotově reaguje na duševní stav jedince a vzhled dermatitidy zase ovlivňuje psychiku pacienta. Okolí se často k ekzematikovi chová podezíravě až netaktně. Proto je důležitý citlivý a chápatelivý psychologický přístup zdravotníků. Každý pacient s atopickou dermatitidou je individuálním případem. Proto každý léčebný program musí být přizpůsoben konkrétnímu pacientovi. (27, 28)

Je také důležité, aby se sestra k pacientovi chovala ohleduplně a laskavě, dokázala ho povzbudit, motivovat a poukázat na to, že při správné léčbě a péči o kůži se dermatitida v budoucnosti zlepší. Měla by upozornit pacienta na nutnost klást důraz na vytváření si klidného, harmonického prostředí bez stresu a konfliktů, které mu prospěje a poskytne relaxaci. (20, 27, 28)

4. Cíle práce a hypotézy

4.1 Cíle práce:

Cílem bakalářské práce je:

Cíl 1: Zjistit, zda jsou pacienti s atopickou dermatitidou spokojeni s edukací sester.

Cíl 2: Zjistit formy edukace pacientů s atopickou dermatitidou.

4.2 Hypotézy:

Hypotéza 1: Pacienti jsou spokojeni s edukací sester o atopické dermatitidě.

Hypotéza 2: Sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků.

Hypotéza 3: Pacienti aktivně vyhledávají informace o atopické dermatitidě.

5. Metodika

5.1 Použité metody a techniky sběru dat

Zvolená problematika byla zkoumána kvantitativním výzkumným šetřením, za použití techniky dotazníku pro pacienty navštěvující dermatologické ambulance v kraji Vysočina a Středočeském kraji (viz. příloha 1). V dotazníku respondenti označili zvolené odpovědi, případně dopsali své názory. Dotazník pro pacienty sestavený pro toto výzkumné šetření obsahoval celkem 15 otázek. Z těchto otázek byly první 2 otázky identifikační, 8 otázek uzavřených a 5 otázek polootevřených.

Dále byla použita technika strukturovaného rozhovoru (viz. příloha 2), obsahující 11 otázek, kde byly výzkumným souborem sestry pracující v dermatologických ambulancích v kraji Vysočina a Středočeském kraji.

Tyto metody jsme zvolili proto, že pomocí dotazníku bylo možné postihnout poměrně velký výzkumný soubor a respondenti měli větší pocit anonymity než u rozhovoru. Metodu strukturovaného rozhovoru jsme zvolili z důvodu možného kontaktu a pozorování sester při odpovídání na naše dotazy. Respondenti byli vybráni náhodným výběrem. Jednotlivé dotazníky byly rozdány po vybraných dermatologických ambulancích. Sestry byly dotazovány jednotlivě a odpovídaly na otázky ve strukturovaném rozhovoru. Data byla zpracována pomocí softwarového balíku Microsoft Office 2003. Získané grafy jsme použili ve výsledcích.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno ve 21 vybraných dermatologických ambulancích v kraji Vysočina a Středočeském kraji. Dotazovaným souborem byli pacienti trpící atopickou dermatitidou a sestry pracující v dermatologických ambulancích.

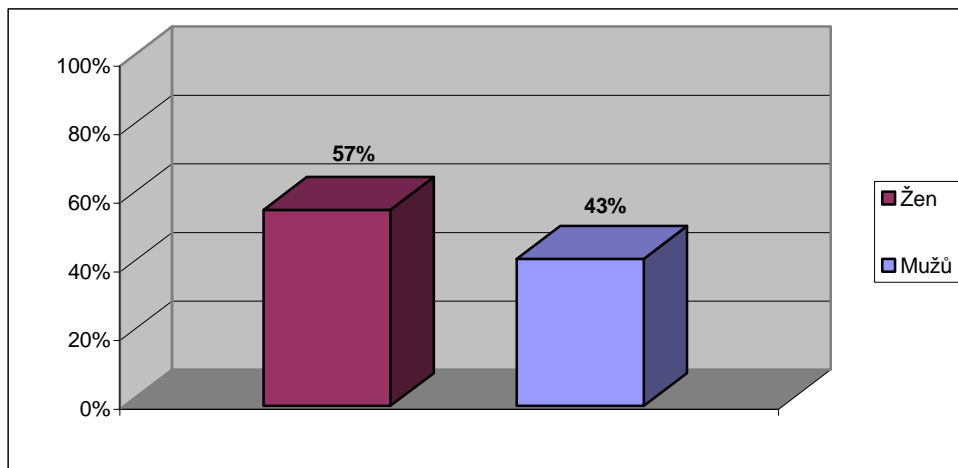
Pomocí dotazníku, který byl vytvořen speciálně pro účely tohoto výzkumného šetření bylo dotazováno celkem 100 respondentů. Návratnost byla 70%. Odpovědělo 40 žen a 30 mužů. Pomocí strukturovaného rozhovoru pro sestry pracující v dermatologických ambulancích jsme získali odpovědi od 30 sester. Všechny sestry, které byly osloveny odpověděly na otázky. Odpovědi jsme získali od všech sester, tedy 100%

Výsledky celého našeho výzkumného šetření jsme zpracovali a uvádíme je prostřednictvím grafů.

6. Výsledky

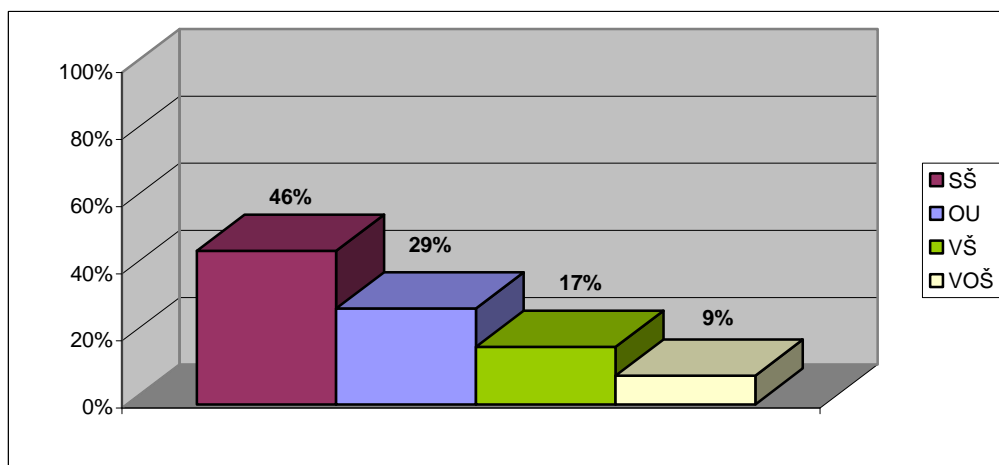
6.1 Výsledky z dotazníků pro pacienty

Graf 1. Statistické rozložení pohlaví respondentů



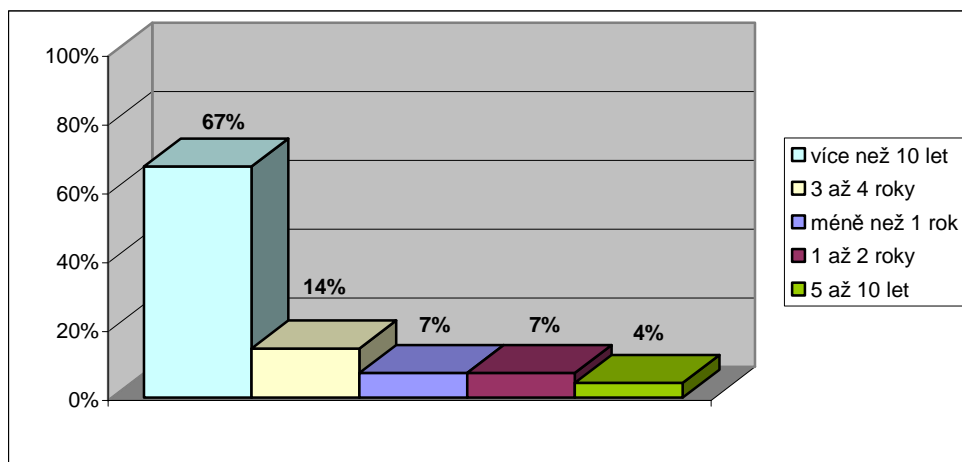
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%) je 40 žen (57%) a 30 mužů (43%).

Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



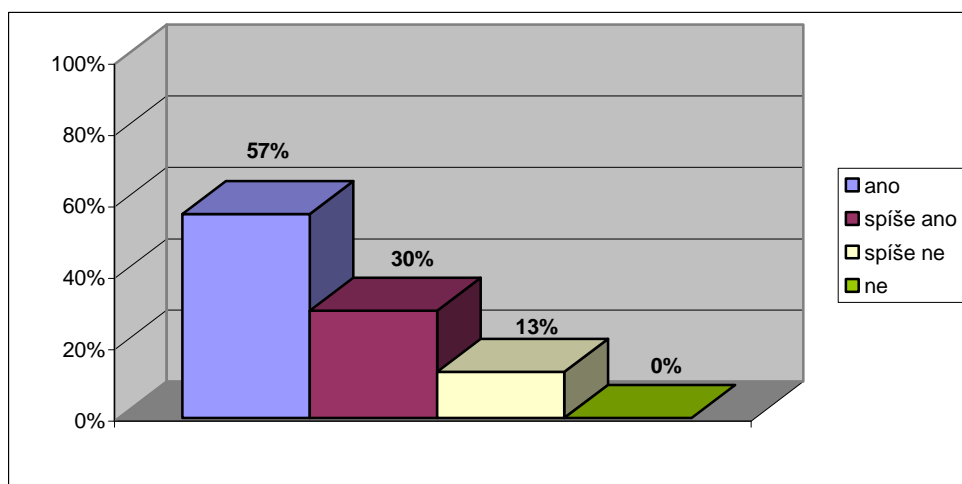
Z celkového počtu 70 (100%) respondentů, 20 vystudovalo „odborné učiliště“ (29%), 32 „střední školu“ (46%), 6 „vyšší odbornou školu“ (9%) a 12 „školu vysokou“ (17%).

Graf 3. Délka léčby atopické dermatitidy



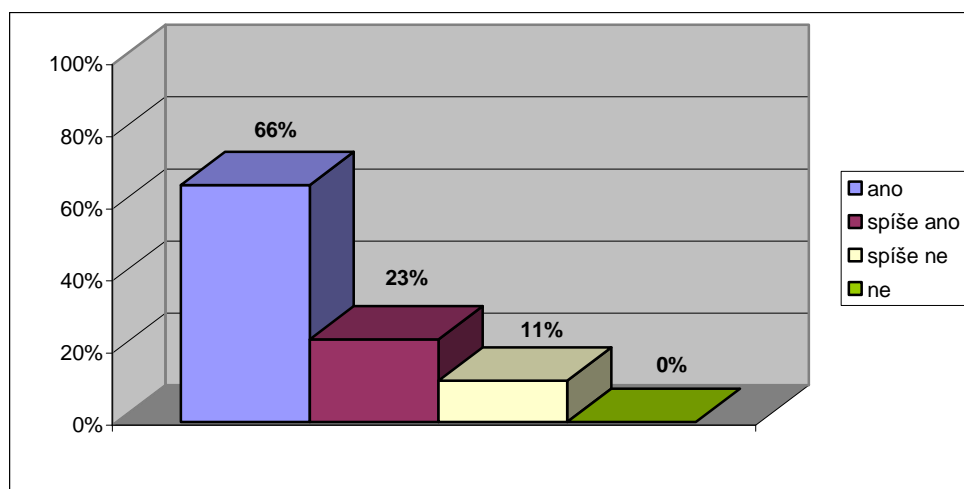
Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, 5 (7%) „méně než rok“, stejně tak 5 (7%) respondentů „1 až 2 roky“, dalších 10 (14%) odpovědělo „3 až 4 roky“ pouze 3 (4%) odpovědělo „5 až 10 let“ a celkem 47 (67%) vyplnilo „více než 10 let“ .

Graf 4: Informovanost pacientů o problematice atopické dermatitidy



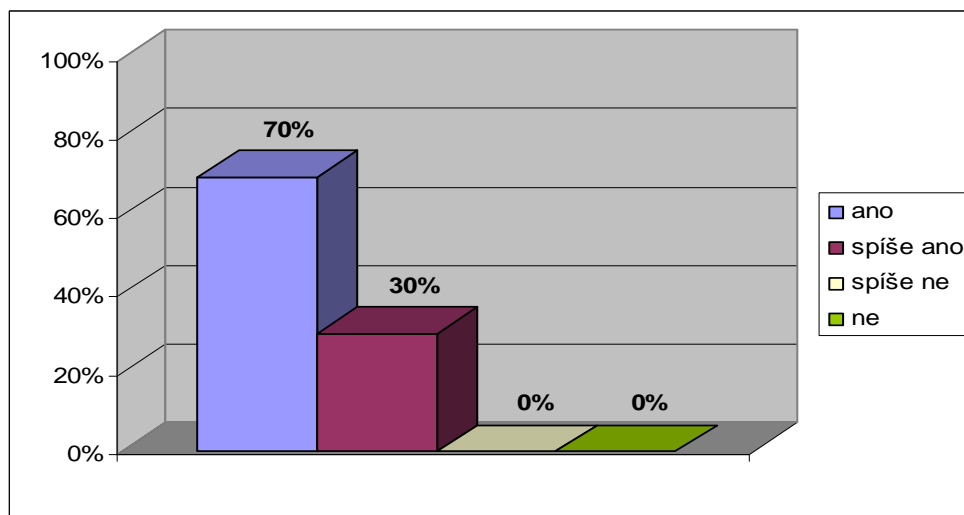
Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, 40 (57%) respondentů „ano“, 21 (30%) „spíše ano“ a 9 (13%) „spíše ne“. Žádný z respondentů neodpověděl „ne“.

Graf 5: Spokojenost pacientů s edukací sester



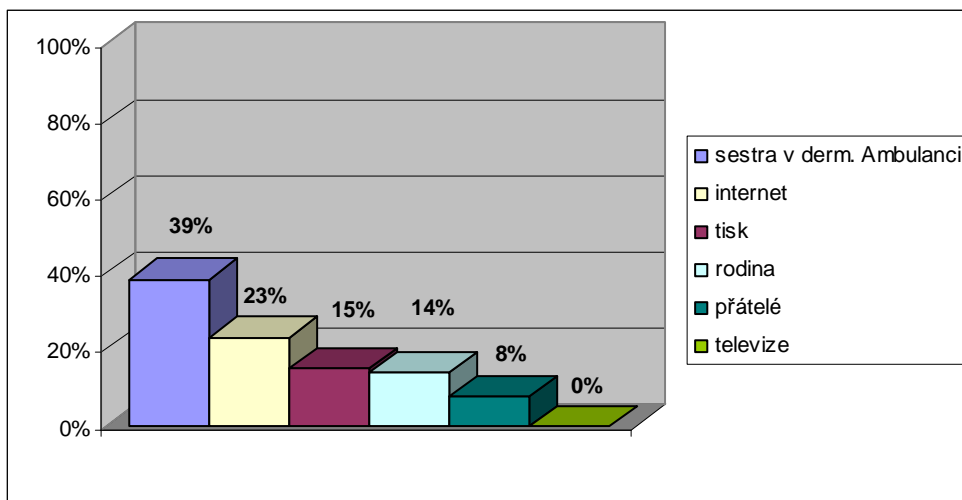
Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, 46 (66%) „ano“, 16 (23%) „spíše ano“ a 8 (11%) „spíše ne“. Žádný neodpověděl ne.

Graf 6: Srozumitelnost informací podaných sestrou



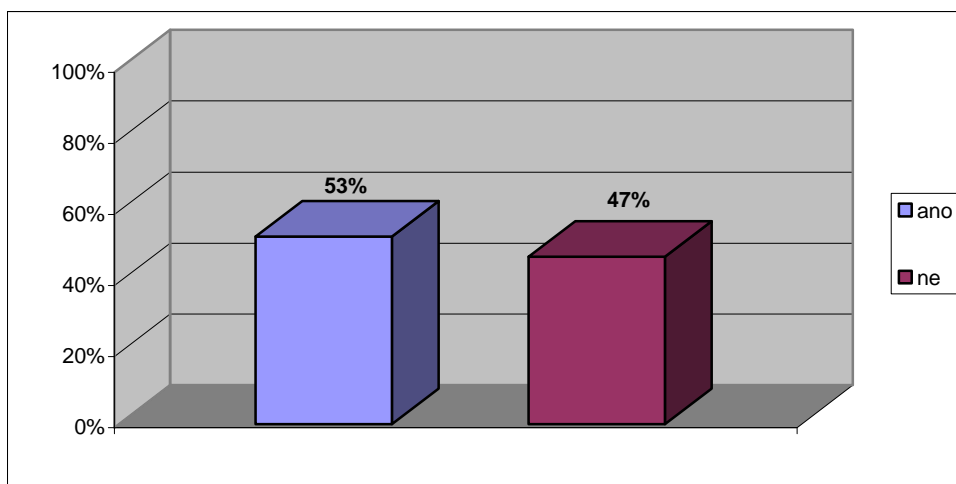
Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, 49 (70%) „ano“, zbylých 21 (30%) vyplnilo „spíše ano“, nikdo neodpověděl „spíše ne“ nebo „ne“.

Graf 7: Nejčastější zdroje informací o atopické dermatitidě



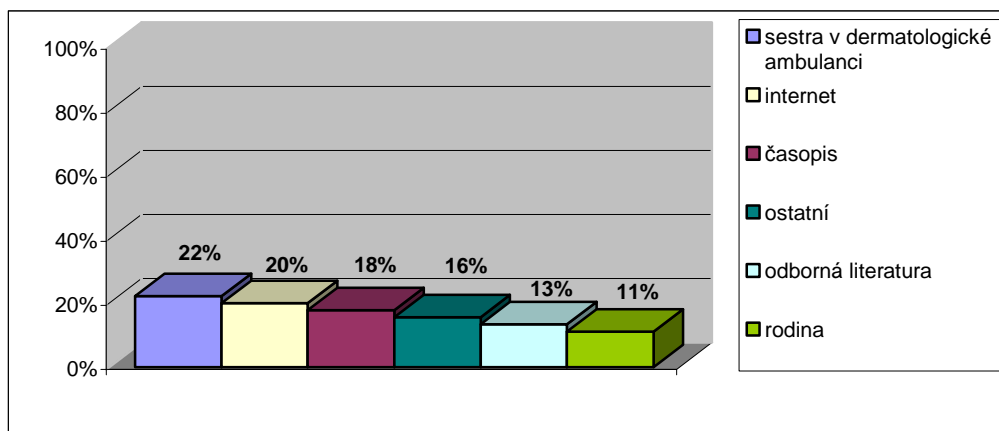
U této otázky bylo možné označit více odpovědí. Celkem bylo označeno 98 (100%) odpovědí. Nejvíce, a to 38 (39%) respondentů volilo odpověď „sestra v dermatologické ambulanci“, odpověď „tisk“ volilo 15 (15%) respondentů, variantu „internet“ 23 (23%), pro variantu „rodina“ bylo 14 respondentů (14%). Od „přátel“ získává informace 8 respondentů (8%). Možnost získávat informace z „televize“ nevolil nikdo.

Graf .8: Počet respondentu kteří aktivně vyhledávají informace



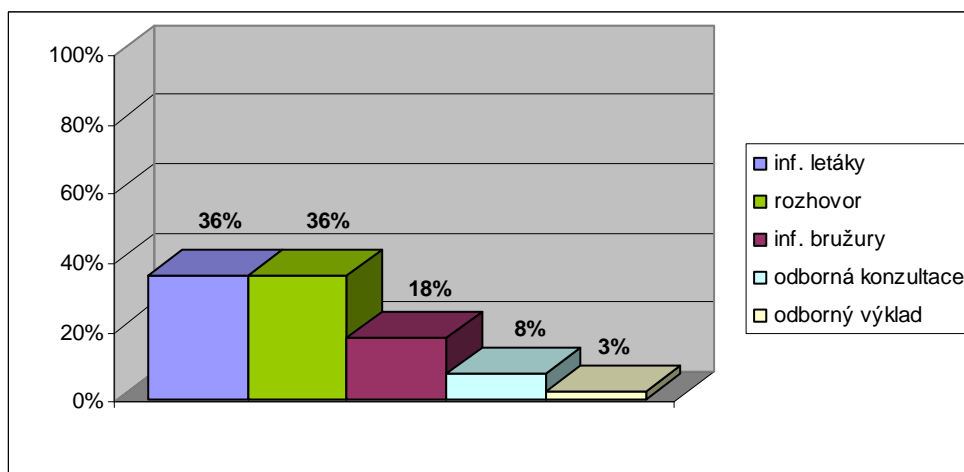
Z celkové počtu 70 (100%) respondentů odpovědělo, 37 (53%) „ano“ a 33 (47%) „ne“.

Graf 9: Způsob získávání informací o atopické dermatitidě



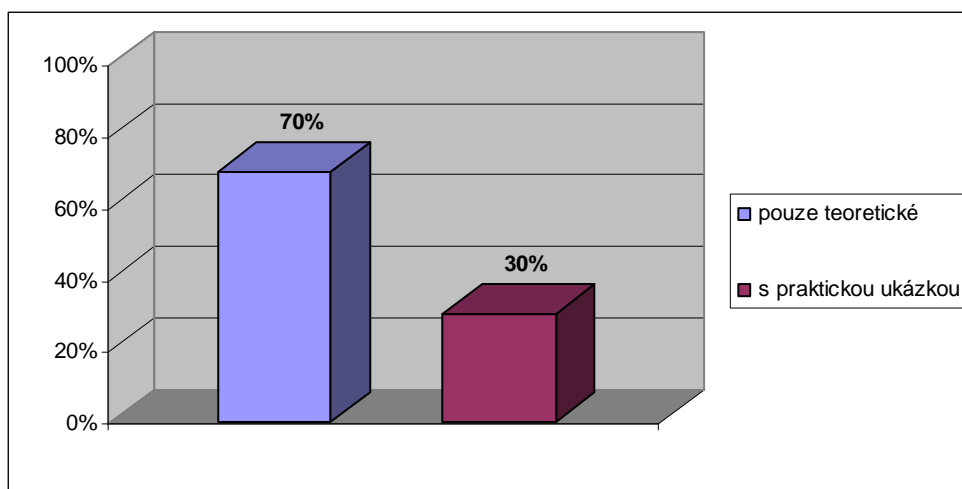
U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Celkem bylo označeno 90 (100%) odpovědí. Z toho 20 (22%) respondentů zvolilo „sestra v dermatologické ambulanci“, 16 (18%) respondentů „časopis“, 18 (20%) respondentů „internet“, 10 (11%) respondentů „rodina“, 12 (13%) respondentů „odborná literatura“ a 14 (16%) respondentů „ostatní“ (2% „televize“, 7% „noviny“, 7% „přátelé“).

Graf 10: Formy edukace poskytované sestrou



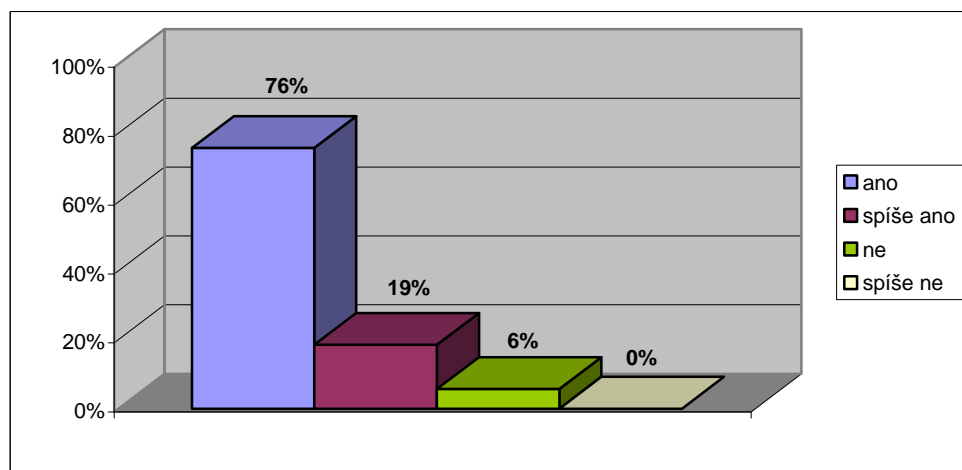
U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Celkem bylo zvoleno 78 (100%) odpovědí. 28 (36%) respondentů volilo „informační letáky“, 14 (18%) „informační brožury“, 2 (3%) „odborný výklad“, 28 (36%) „rozhovor“, 6 (8%) „odborná konzultace“.

Graf 11: Varianta poskytnutých informací



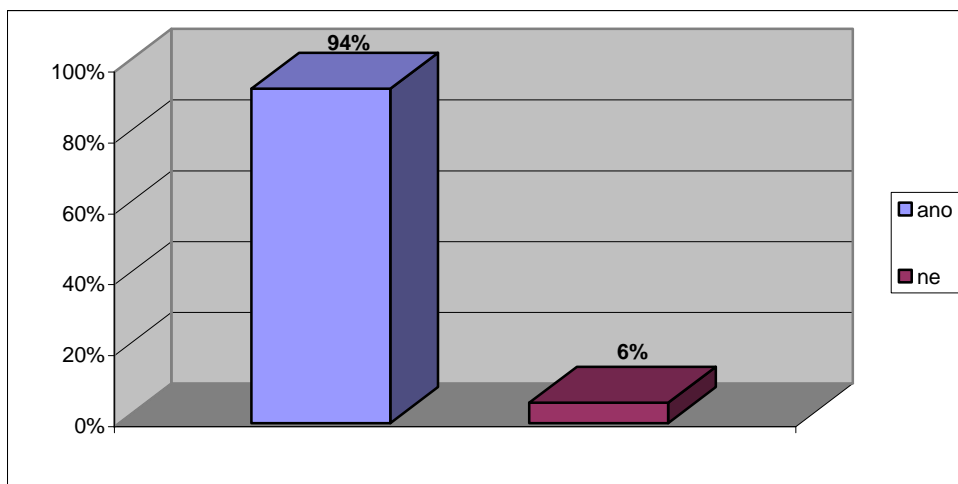
Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, 49 (70%) „pouze teoretické“ a 21 (30%) „s praktickou ukázkou“.

Graf 12: Dostupnost informačních letáků



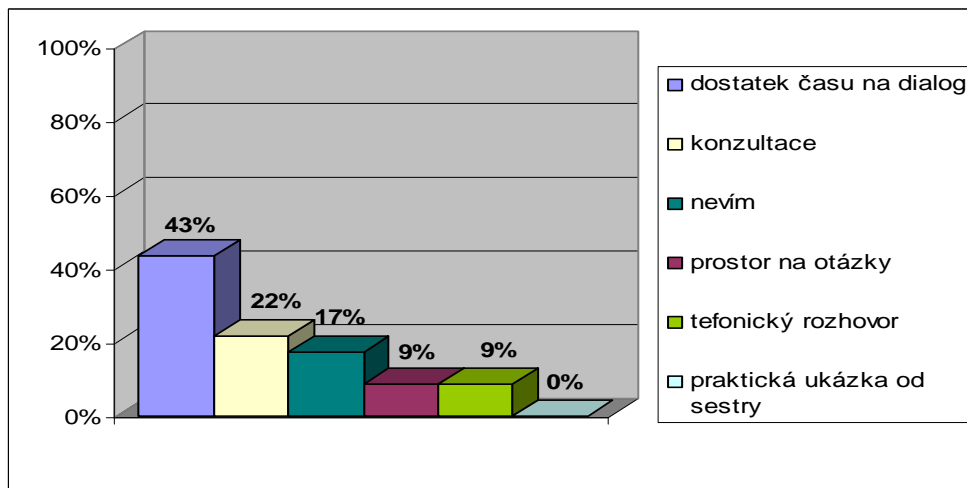
Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, 53 (76%) „ano“, 13 (19%) „spíše ano“, 4 (6%) „ne“. Žádný respondent nezvolil možnost „spíše ne“

Graf 13: Respondenti kterým poskytla sestra radu o nových zdrojích informací



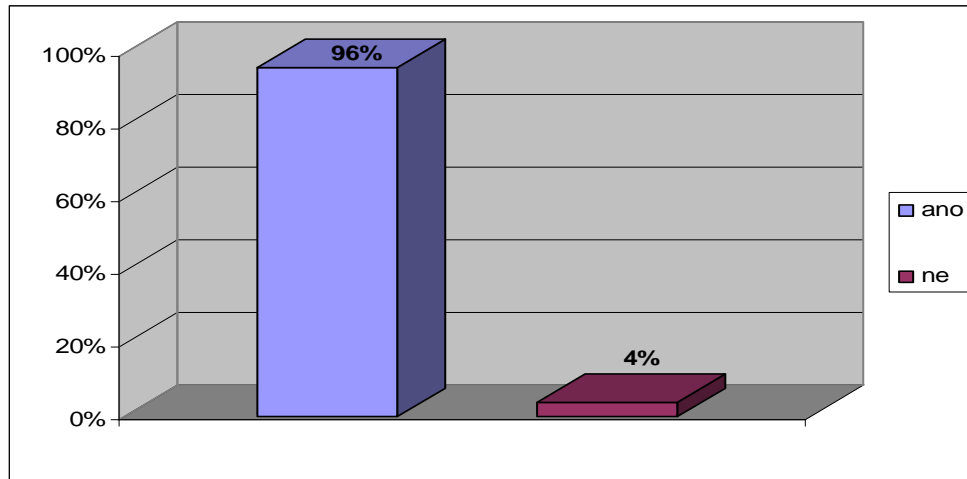
Z celkového počtu 70 (100%) odpovědělo, 66 (94%) respondentů „ano“ a 4 (6%) respondentů „ne“.

Graf 14: Navržené formy zlepšení sesterské edukace



Z celkového počtu 70 (100%) respondentů uvedlo 30 (43%) „dostatek času na dialog v dermatologické ambulanci“, 6 (9%) „prostor na otázky k problematice“, 15 (22%) „individuální konzultace se sestrou dle aktuálního stavu“, 6 (9%) „telefonický rozhovor“ a 12 (21%) „nevím“. Možnost „praktická ukázka sestrou“ nevolil nikdo.

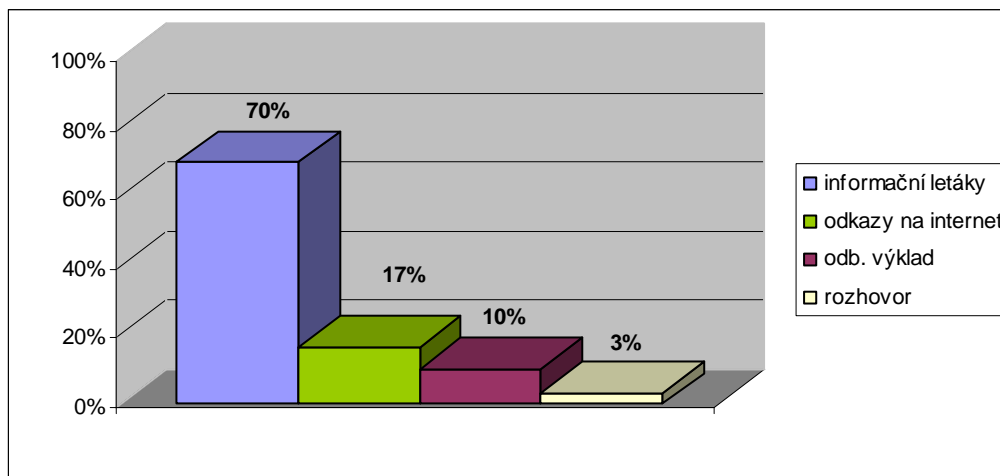
Graf 15: Přijetí návrhu na vypracování ošetřovatelského manuálu



Z celkového počtu 70 (100%) odpovědělo, 67 (97%) respondentů „ano“ a 3 (4%) „ne“.

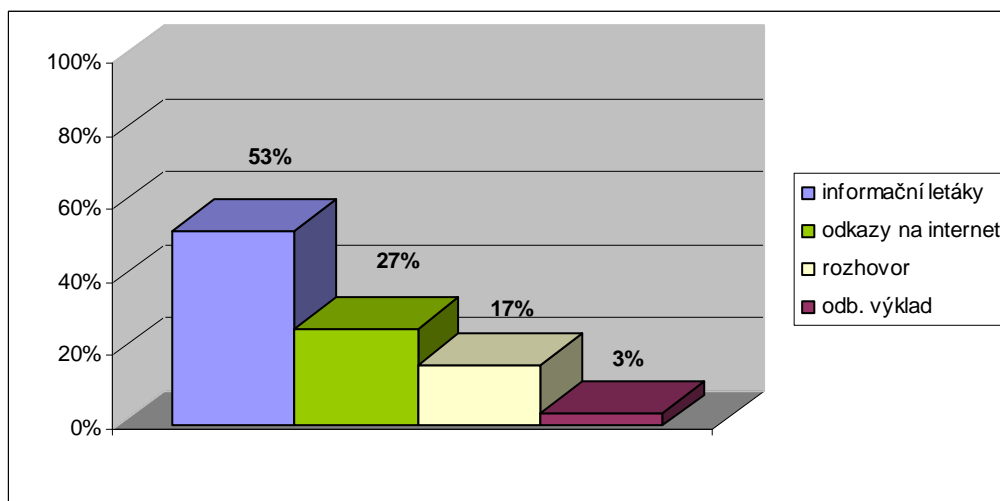
6.2 Výsledky ze strukturovaných rozhovorů se sestrami

Graf 16: Nejčastější způsoby edukace pacienta



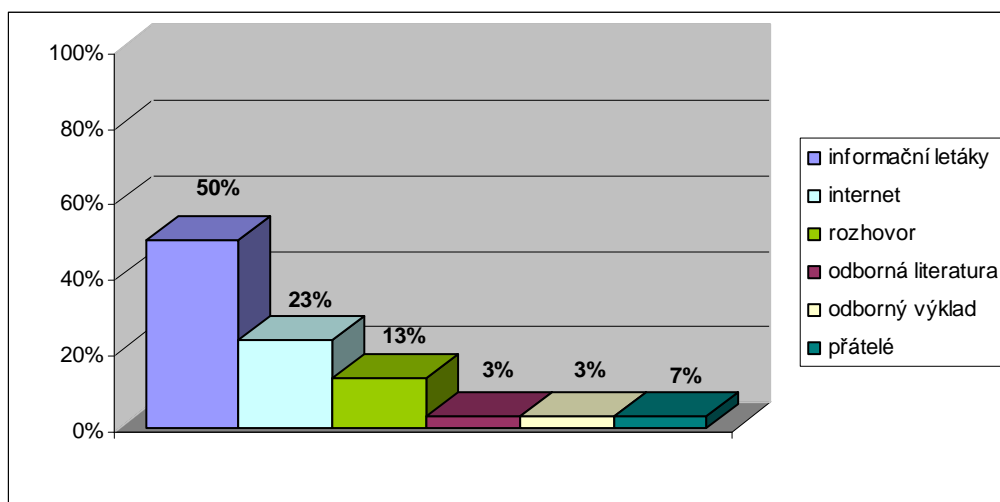
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo, 21 (70%) „informačními letáky“, 1 (3%) „rozhovor“, 5 (17%) „internet“ a 3 (9%) „odborným výkladem“.

Graf 17: Nejméně přijatelné formy edukace pro pacienta



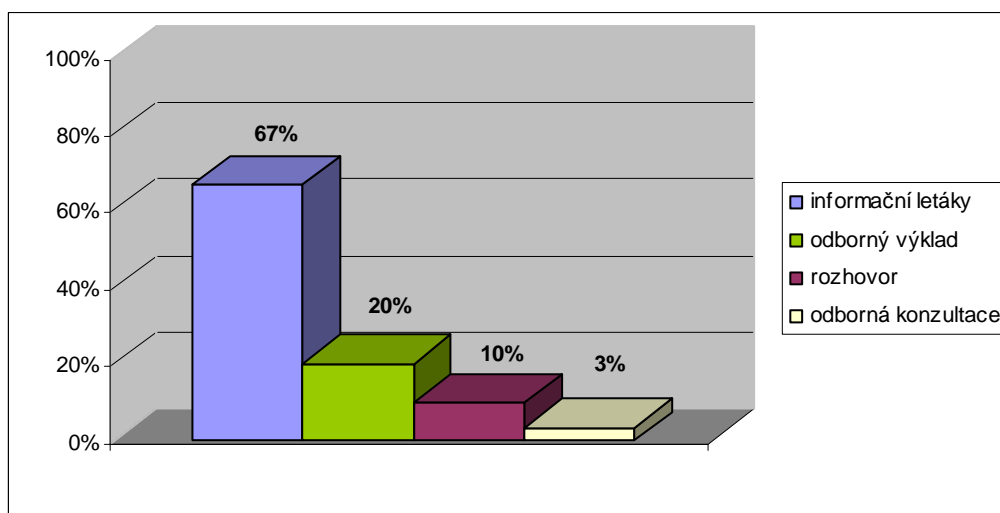
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo 16 (53%) informační letáky, 1 (3%) „odborný výklad“, 5 (17%) „rozhovor“ a 8 (27%) „internet“.

Graf 18: Pacientem nejvíce užívané formy edukace



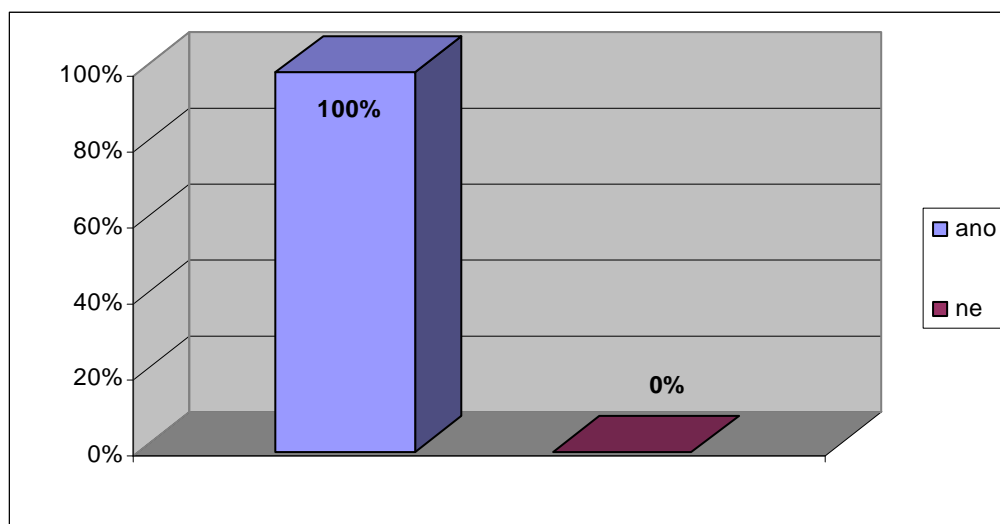
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo, 15 (50%) „informační letáky“, 1 (3%) „literatura“, 1 (3%) „odborný výklad“, 4 (13%) „rozhovor“, 7 (23%) „internet“ a 1 (7%) „přátelé“

Graf 19: Nejvhodnější edukace z pohledu sestry



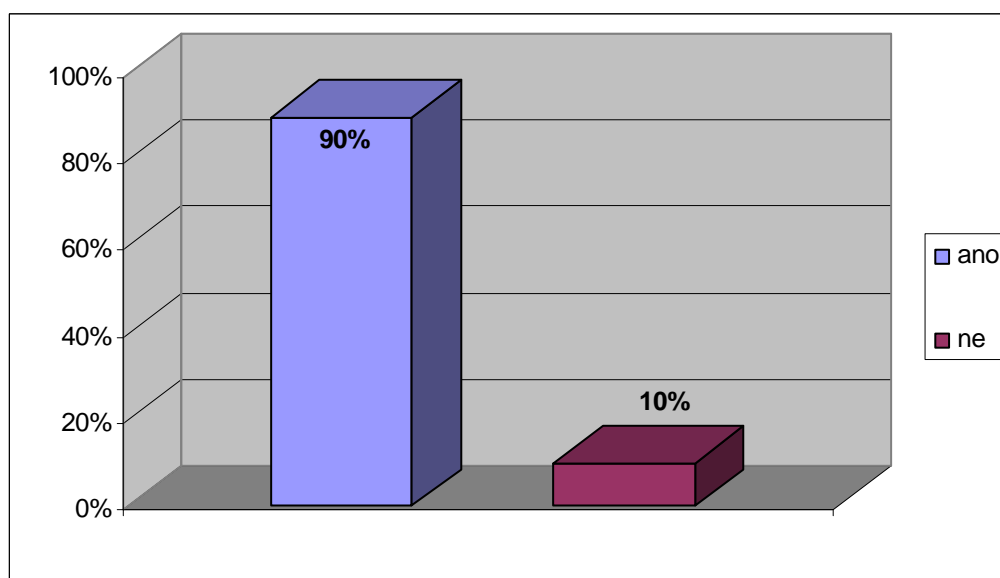
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo, 20 (67%) „informační letáky“, 3 (10%) „rozhovor“, 1 (3%) „konzultací“, 6 (20%) „odb. výklad“.

Graf 20: Dostatek edukačních materiálů



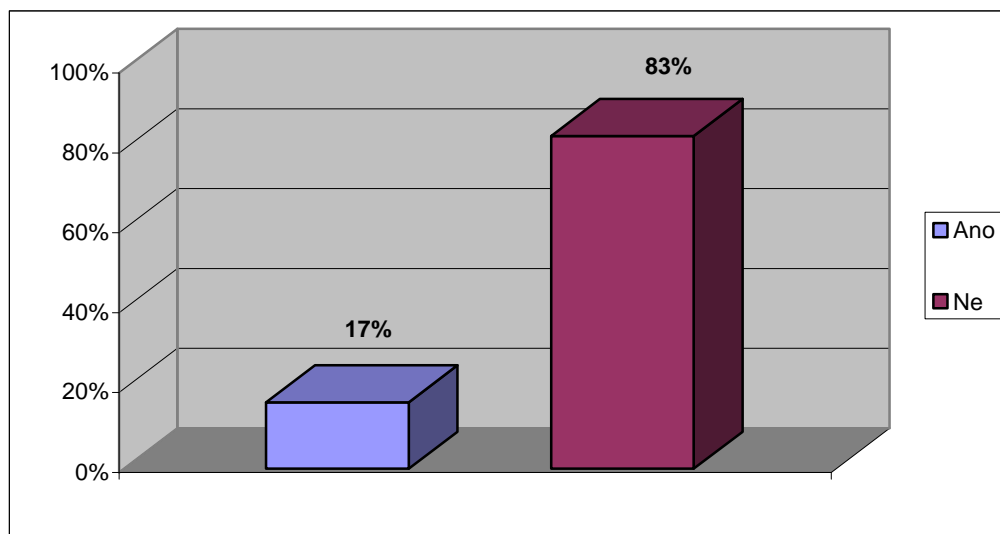
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo, 30 (100%) „ano“, žádná ze sester neodpověděla „ne“.

Graf 21: Dostatek času na konzultaci



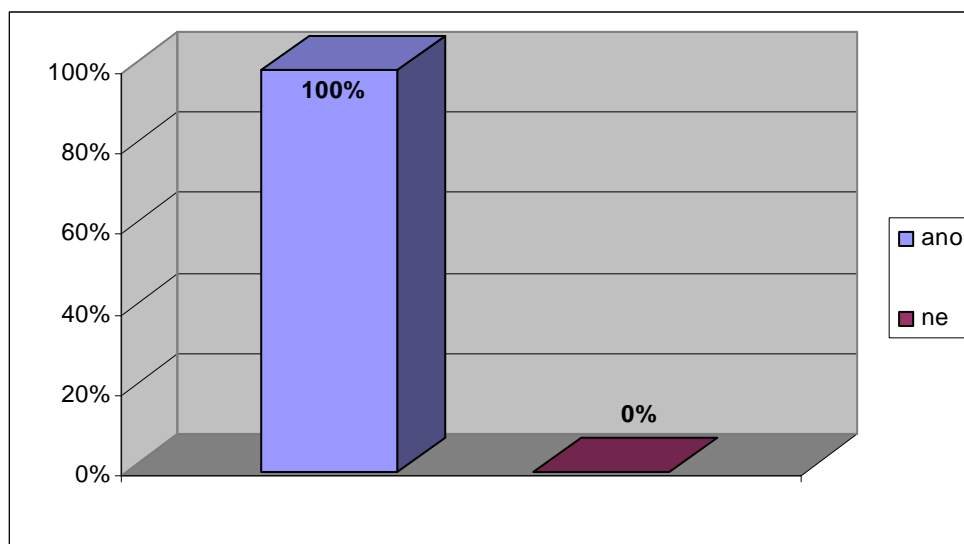
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo, 27 (90%) „ano“, 3 (10%) „ne“

Graf 22: Využití telefonické konzultace



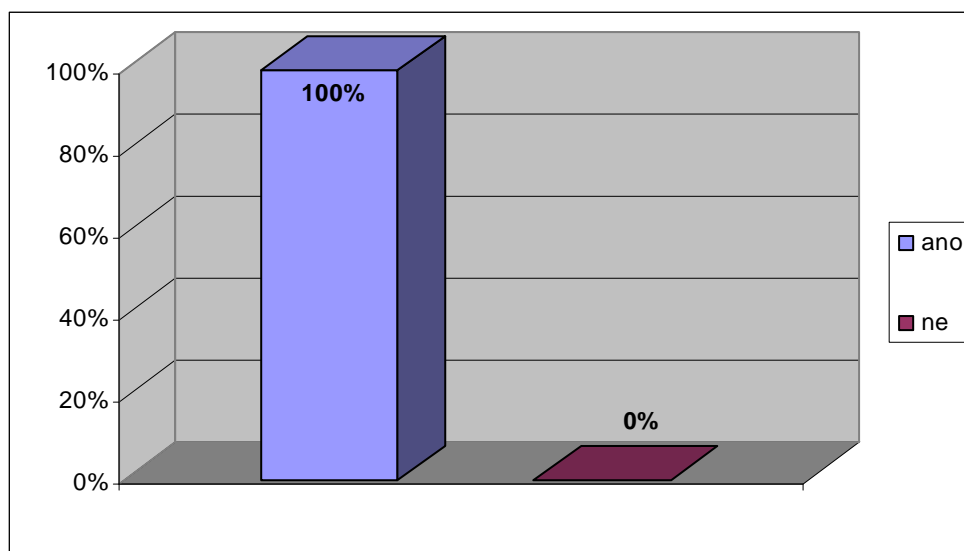
Z celkového počtu 30 sester (100%) odpovědělo, 5 (4%) „ano“, 25 (83%) „ne“

Graf 23: Informovanost pacientů o ordinační době



Z celkového počtu 30 sester (100%) bylo všech 30 (100%) odpovědí „ano“.

Graf 24: Dostatečná edukace pacientů z pohledu sestry



Z celkového počtu 30 sester (100%) bylo všech 30 (100%) odpovědí „ano“.

7. Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti s atopickou dermatitidou spokojeni s edukací sester a zjistit formy edukace pacientů s atopickou dermatitidou. Po rozdáni dotazníků byly zpracovány informace a následně potvrzeny nebo vyvráceny hypotézy.

Dotazník pro pacienty sestavený pro toto výzkumné šetření obsahoval celkem 15 otázek.

První otázky v dotazníku 1, 2 byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru (Graf 1, 2). Ve zkoumaném souboru byly nejčastěji zastoupeny ženy a to z 57%, mužů bylo 43%. Vyšší procentuální zastoupení žen může znamenat větší zájem o problematiku onemocnění z pohledu estetického. Většina žen více dbá o svůj zevnějšek, atopická dermatitida je nevzhledná a proto ženy vyhledávají pomoc a léčbu.

Graf 2 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání pacientů. Nejvyšší zastoupení mají středoškolsky vzdělaní pacienti 46%. Výsledky odpovídají statistickému rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání obyvatelstva v ČR.

Z grafu 3 vyplývá, že nejvíce a to 67% pacientů se léčí s atopickou dermatitidou více než 10 let. Naším záměrem bylo rozdáni dotazníků kategorii pacientů starší 18 let. Vzhledem k tomu, že v dnešní době nemáme 100% účinnou možnost léčby atopické dermatitidy, je statisticky nejpravděpodobnější, že při incidenci atopické dermatitidy se bude pacient léčit dobu právě delší jak 10 let.

Graf 4 svědčí o informovanosti pacientů v oblasti atopické dermatitidy. Žádný z dotazovaných pacientů nevedl jako možnost odpovědi „ne“, naopak 57% dotazovaných respondentů za odpověď „ano“ a 30% „spíše ano“. Po sečtení výsledných odpovědí „ano“ a „spíše ano“ ze statistického souboru vyplývá, že se většina pacientů se domnívá, že jsou o této problematice informováni. Graf 5 odpovídá na otázku, zda jsou pacienti spokojeni s edukací sester o problematice atopické dermatitidy, jelikož *HI „Pacienti jsou spokojeni s edukací sester o atopické dermatitidě“* 66% respondentů je spokojeno s edukací sestry v dermatologické ambulanci. Nespokojenost s edukací sestry nevedl žádný z pacientů.

Otázka 6, zda jsou informace podané sestrou pro pacienty srozumitelné přímo koresponduje s předchozí otázkou (otázka č. 5). Většina pacientů (70%) vyjádřila plnou srozumitelnost podaných informací a zbylých 30% pacientů otázkám nerozumí pouze částečně. Kromerová (lit. 12) ve své publikaci dává důraz na srozumitelnost podané informace pacientovi a vhodnému vysvětlení dané problematiky. Zde by podle našeho názoru mohl dopomoci vypracovaný ošetřovatelský manuál k širšímu pochopení problematiky atopické dermatitidy. Pacienti tímto potvrdili, že sesterská edukace v této problematice je na velmi dobré úrovni. (Graf 6)

Graf 7 dokumentuje nejčastější zdroje informací o atopické dermatitidě. V dnešní době mají pacienti podle našeho názoru k dispozici velké množství edukačních materiálů, jako jsou například informační brožury, letáky, odborná literatura a edukační zdroje v podobě sdělovacích médií a není problém se o této problematice informovat. Jako nejčastější zdroj, kterým pacienti získávají informace, uvádějí „sestra v dermatologické ambulanci“, to je 39%, dále pak „internet“ 23% a „tisk“ (časopisy a noviny) uvedlo 15% respondentů. Je důležité upozornit pacienty na kvalitu získaných informací z jiných zdrojů, než z dermatologické ambulance. Ti pacienti, kteří nejsou vzděláni v příslušném oboru se mohou setkat i s informacemi dnes již odborníky vyvrácenými. Onderková (lit. 15) ve své publikaci uvádí, jak edukaovat pacienta o problematice jeho onemocnění, jak k pacientovi vhodně přistupovat a jak je podstatné brát každého pacienta, jako individuální případ.

Graf 8 se zabývá možností, zda pacienti vyhledávají informace o atopické dermatitidě aktivně, nebo pasivně. *H3: „Pacienti aktivně vyhledávají informace o atopické dermatitidě ”* byla splněna. 53% respondentů vyhledává informace aktivně, zbylých 47% vyhledává informace pasivně. Při návštěvě dermatologické ambulance a po konzultaci se sestrou jsme zjistili, že je však stále velké procento pacientů, kteří nemají své zdraví na předním místě, nezajímají se o prevenci a léčbu svých obtíží a edukaci berou na lehkou váhu. Se samozřejmostí čekají na podání informací, ale sami se aktivně o svém onemocnění neinformují. Přikláníme se k názoru Tutkové (lit. 14), že je důležité, aby se pacient aktivně zapojoval do péče o svoje zdraví. S aktivním přístupem k léčbě a vyhledáváním informací je možné dosažení lepších výsledků. Někteří pacienti

Současně je důležité zdůraznit pacientovi možnost nesprávného pochopení informací z internetových odkazů, nebo odborné literatury psané pro odborníky, kde je riziko nesprávné interpretace a následné intervence pacienta. Některé odborné internetové stránky předem upozorňují čtenáře, že poskytované informace jsou psané pouze pro odborníky a laik by si text mohl nesprávně vyložit. (viz. literatura č. 27)

Graf 9 zobrazuje možnosti, jakými se nejvíce pacienti informují o problematice atopické dermatitidy. Navazuje na otázku č. 8, která zjišťuje, zda pacienti trpící atopickou dermatidou vyhledávají informace o svém onemocnění aktivně nebo je jen pasivně přijímají. Ze získaných odpovědí jsme zjistili, že pacienti nejvíce informací získávají prostřednictvím „sestry pracující v dermatologické ambulanci“, kterou navštěvují, dále pak z „internetu“, od „rodinných příslušníků“ a v neposlední řadě z „odborné literatury“. Respondenti ve věkovém průměru 20 až 30 let častěji a více využívají k získávání informací o svém onemocnění internet, než informační letáky a brožury. Pro mladší populaci je internet více dostupný a pochopitelný. V dnešní době, kdy se dostávají na přední příčky informační technologie ve sdělování informací, nás potěšila skutečnost, že pro pacienty má stále nezastupitelnou funkci sestra s poskytováním informací a se svým holistickým přístupem.

Z předchozích grafů (8, 9) vyplynulo, že jako nejčastější zdroj poskytovaných informací je na prvním místě „sestra“. Od sestry jsou poskytované informace nejčastěji ve formě „informačních letáků“ 36% a ve stejné míře i „rozhovorem“ 36%. Dále ve formě „informačních brožur“ 18%. Pouze 8% informací poskytuje sestra formou „odborné konzultace“. Po konzultaci se sestrou v dermatologické ambulanci jsme také zjistili, že některé informační letáky nejsou psané na konkrétní pacienty, jsou to pouze všeobecné informace a je na sestře, aby další informace, které pacient v letáku postrádá doplnila a o jeho individuálním problému s pacientem pohovořila.

Otázka 10 byla přímou odpovědí na *H 2*: „*Sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků*“. Tato hypotéza se potvrdila. Z grafu č. 10 je patrné že „informační letáky“ nejsou přímo majoritním zdrojem informací ale jsou společně s „rozhovorem se sestrou“ nejpočetnější formou edukace. Tedy jsou použity ale nejsou nejvýznamnější.

Graf 11 zobrazuje variantu pokynutých informací a to buď „teoretické“ (70%) nebo „praktické“ (30%). Touto otázkou jsme se chtěli dozvědět, zda sestry pouze sdělí pacientům informace nebo převedou i praktickou ukázkou např. správné osušení kůže po koupeli, aplikaci masti na kůži. V některých případech nemusí být praktická ukáзка na prvním místě edukace, mnohdy postačí pouze slovní komentář a informace od sestry je dostatečná.

Po potvrzení *H2: „Sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků“* nás také zajímalo, zda mají pacienti s atopickou dermatitidou k dispozici dostatek informačních letáků v dermatologické ambulanci. Z našeho výzkumného vzorku vyplývá (Graf 12), že pouze 6% dotázaných respondentů k dispozici dostatek informační letáky nemělo. Je pozitivní, že informačních letáků mají sestry v dermatologických ambulancích dostatek a dávají je k dispozici svým pacientům.

Je důležité, aby sestra pacientům, kteří mají zájem o edukaci, poskytla možnosti a zdroje, kde hledat další informace. 94% respondentům poskytla sestra informace z jakých dalších zdrojů mohou čerpat poznatky o atopické dermatitidě, což vyplývá z grafu 13

Každý pacient nemusí být spokojený s edukací sestry o problematice atopické dermatitidě, proto jsme do dotazníku zařadili otázku 13, kde zjišťujeme, co by pacient případně navrhoval na zlepšení sesterské edukace. Graf č. 14 ukázal, že nejvíce pacientů upřednostňuje „více času na dialog se sestrou v dermatologické ambulanci“. Tato odpověď nás potěšila, protože jak již z předchozích odpovědí vyplynulo, je edukace od sestry pacienty stále vnímána, jako nejpodstatnější. Povolání sestry zahrnuje celoživotní vzdělávání a zdokonalování se ve daném oboru, tím se zajistí kvalitní a odborná edukace dle nejnovějších odborných poznatků. Výhodou dialogu je možnost sledovat pacienta, zda pochopil informaci a od toho odvíjet individuální postup.

Strukturovaný rozhovor pro sestry (viz. příloha 2) obsahoval 11 otázek. Zde byly sestrám kladeny otázky.

V otázce č. 1 nás zajímal způsob, jakým sestry edukují pacienty v dermatologické ambulanci o problematice atopické dermatitidy. Graf č 16 znázorňuje

odpověď na H 2: „*Sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků*”, která se nám potvrdila. Výhodou pro pacienty při takto podaných informacích, je zpětná možnost přečtení textu v informačním letáku a tím si nově nabitě informace zopakovat a lépe zapamatovat. Informační letáky slouží také jako doplněk podaných informací o onemocnění atopickou dermatitidou.

Otázka č. 2 měla za úkol zmapovat, jaké jsou nepřijatelnější formy edukace pro pacienty. Podle sester jsou to především „informační letáky“ a „internet“, což koresponduje s předchozí otázkou. Sestry tedy k edukaci využívají pro pacienty nejvíce přijatelné formy edukace (Graf 17)

3. otázka zjišťovala, jakou edukaci od sestry pacienti nejvíce využívají. Graf č. 18 uvádí skutečnost, že pacienti nejvíce využívají ty možnosti, které sestra uvádí jako nejvýhodnější. Jsou to především „informační letáky“ a „internet“.

V otázce č. 4 jsme chtěli zjistit, jaká forma edukace je pro sestru nejvíce přijatelná. Graf č. 19 svědčí o znovu potvrzení H 2: „*Sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků*”

Předpokládali jsme dle stanovené H 2: „*Sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků*”, že tyto informační letáky mají sestry v dermatologických ambulancích k dispozici. Pro tento účel byla položena otázka č. 5, která potvrdila, že sestry mají dostatek informačních letáků.(Graf 20)

Zbývající otázky č. 6, 7, 8 sloužily ke zjištění, zda mají sestry dostatek času na konzultaci s pacientem, jestli pacienti využívají telefonické konzultace se sestrou, zda mají pacienti kontakt na dermatologickou ambulanci a její ordinační dobu. Sestry uvádějí, že mají dostatek času na konzultaci s pacienty, pacienti mají kontakt a ordinační dobu také k dispozici, avšak telefonickou konzultaci využívají pacienti pouze minimálně. (Grafy 21, 22, 23) Literatura Čapková a kol. (2) uvádí, že při výskytu atopické dermatitidy jsou důležitá vyšetření, která v sobě zahrnují anamnestické údaje o pacientovi, typické lokalizace dermatitidy a typy kožních změn, které je nejlépe rozpoznat v ambulanci dermatologa. Proto by v tomto ohledu mohla být telefonická konzultace nevýhodná. Telefonické konzultace by však pacient mohl využít v případě

zakoupení nového typu lůžkovin, oděvů nebo krému a mohl by se od sestry informovat, zda je konkrétní přípravek pro něho vhodný a zda nevyvolá případné komplikace.

V poslední otázce měly sestry odpovědět, zda je jejich edukace dostatečná. Na tuto otázku všech 30 sester odpovědělo „ano“ (Graf 24). Sestry uvádějí že mají dostatek prostoru a času na správnou a potřebnou edukaci. Otázkou zůstává, zda vědí co je správná edukace, jaké má náležitosti a zda si pod správnou edukací nepředstavují pouze rozdání informačních materiálů.

8. Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Edukace pacienta s atopickou dermatitidou“ pojednává o problematice atopické dermatitidy a zabývá se edukací pacientů z hlediska sester pracujících v dermatologických ambulancích.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou pacienti s atopickou dermatitidou spokojeni s edukací sester a zjistit formy edukace pacientů s atopickou dermatitidou. Tyto cíle byly výzkumným šetřením splněny.

Zjistili jsme, že pacienti jsou spokojeni s edukací sester o atopické dermatitidě. První hypotéza byla výzkumným šetřením potvrzena. Druhá hypotéza, že sestry edukují pacienty o atopické dermatitidě formou informačních letáků byla také výzkumným šetřením potvrzena. Třetí hypotéza, že pacienti aktivně vyhledávají informace o atopické dermatitidě byla také výzkumným šetřením potvrzena.

Nemoc patří mezi emocionálně a psychicky náročné životní situace. Úkolem sestry je podílet se svým empatickým, holistickým přístupem a vhodnou edukací na zkvalitnění zdraví nemocného. Během edukace sestra aktivně doplňuje a ovlivňuje vědomosti, dovednosti, postoj a chování pacienta, aby on sám vyvíjel úsilí vedoucí ke zlepšení svého zdravotního stavu.

Výsledky a poznatky tohoto výzkumného šetření bychom rádi nabídli sestřám pracujícím v dermatologických ambulancích s přiložením ošetřovatelského manuálu pro pacienty k rozšíření možností edukace o problematice atopické dermatitidy.

9. Seznam použité literatury

1. *Atopický ekzém*. 2007. aktualizace neuvedena. [cit 2008-02-06]. Dostupné z: <<http://www.proalergiky.cz/texty/atopicky-ekzem.html>>
2. *Alergie - Edukační brožury* [online]. 2006. aktualizace neuvedena. [cit. 2008-02-01]. Dostupné z: <<http://www.alergie.cz/edukacni-brozury/alergie/kozni-alergie/>>
3. BENÁKOVÁ, N. *Ekzémy a dermatitidy v lékařské praxi*. 1 vydání, Praha: MAXDORF, 2006. s. 140. ISBN 80-7345-078.
4. BURKET, P., STARCOVSKÁ, T. *Diety při onemocnění atopickým ekzémem*. 2 vydání, Praha: Vydavatelství MAC spol. s r.o, 2003. s. 32. ISBN 80-86015-97-1.
5. ČAPKOVÁ, Š. ŠPIČÁK, V., VOSMÍK, F. *Atopický ekzém*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-350-8.
6. ČÁP, P., PRŮCHA, M. *Alergologie v kostce*. 1 vydání, Praha: Triton, 2006. s. 142. ISBN 80-7254-779-8.
7. *Dermatologie - Atopická dermatitida: hledání optimální léčby* [online]. poslední revize 14.12.1998 [cit. 2008-02-01]. Dostupné z: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1198/med1198_18.html>
8. Dermatovenerologická klinika 2. LF UK FNKV. *Atopická dermatitida nepostihuje jen kojence*. Jana Hercogová. 11.4.2007 [cit. 2008-02-01]. Dostupné z: <<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=301161>>
9. Dermatovenerologická klinika UK 3. LF a FNKV. Petr Arenberger. *Nová lokální imunosupresiva v terapii atopického ekzému*. [online] aktualizace neuvedena. [cit. 2008-01-14]. Dostupné z: <<http://www.tigis.cz/alergie/aler304/05.htm>>

10. Dermatovenerologická klinika FN u sv. Anny v Brně. Eliška Dastychová. *Profesionální dermatózy ekzémového charakteru – vyšetřovací postupy*. aktualizace neuvedena. [cit. 2008-01-14]. Dostupné z: <www.tigis.cz/alergie/ALERG300/09dast.htm>
11. Dermatology Stage 2 locomotor. poslední revize 11.5.2006 [2008-02-01]. Dostupné z: <<https://courses.stu.qmul.ac.uk/SMD/kb/stage2.htm>>
12. DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. *Funkční anatomie člověka*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2000. s. 664. ISBN 80-7169-681-1.
13. *Ekzém, atopická dermatitida*. 27.11.2006. [cit. 2008-02-06]. Dostupné z: <<http://www.mineralfit.cz/clanek/2207--ekzem--atopicka-dermatitida.html>>
14. GAMLIN, L. *Alergie od A do Z : příčiny obtíží, diagnostika, léčba alergií a intolerancí*. Praha: Reader's Digest Výběr, 2003. s. 256. ISBN: 80-86196-44-5.
15. Gymnázium a Stř. odborná škola pedagogická. 2006 [2008-02-01]. Dostupné z : <http://www.gymspgs.cz:5050/bio/Sources/Photogallery_Detail.php?intSource=1&intImageId=169>
16. HALUZÍKOVÁ, J. *Edukace- nástroj léčby*. Muni: Plzeň, 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1801-1349.
17. JIRÁSKOVÁ, M. *Dermatovenerologie – učební texty pro balaláře*. 1 vydání, Praha: Karolinum, 2003. s. 223. ISBN-10 80-246-0636-4.

18. KALHOUS, Z., OBST O. a kol. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2002. s. 128. ISBN 80-7178-253-X.
19. KOZIEROVÁ, B., ERBLOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. a kol. *Ošetrovatelstvo I. a II. díl*. Bratislava: Osveta, 1996. s. 836. ISBN 80-8063-109-3.
20. KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného- edukace*. Muni: Plzeň, 2005, s.23. ISSN 1801-1349.
21. NOVOTNÝ, F. a kolektiv. *Ekzémová onemocnění v praxi*. Praha: Grada, 1993, s. 268. ISBN 80-7169-067-8
22. ONDERKOVÁ, A. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Muni: Plzeň, 2007, roč.17, č.12, s 17. ISSN 1801-1349.
23. Parramón's Editorial Team. *ANATOMIE člověka*. 1 vydání, Havlíčkův Brod: Fragment, 2005. s. 95. ISBN 80-253-0080-3.
24. SUCHOPÁR, J. *REMEDIA COMPENDIUM*. vyd. 2, Praha: Panax, 1997, s.135-145. ISBN: 80-902126-3-8.
25. ŠPIČÁK, V. *Bydlení pro alergiky*. Brno: ERA group, 2003. s. 71. ISBN 80-86517-47-0.
26. ŠPIČÁK, V., PANZNER, P. *Alergologie*. Praha: Galén, 2004. s. 348. ISBN 978-80-7262-348-8.
27. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2 vydání, Brno: NCO NZO, 2004. s.186. ISBN-10: 80-7013-324-4.

28. TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestra- pacient*. Muni: Plzeň, 2007, roč.17, č.1, s 22.
ISSN 1801-1349.
29. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. přep. vyd. Bratislava: Osveta,
2005. s. 117. ISBN 80-8063-193-X.

10. Klíčová slova

Atopická dermatitida

Edukace

Sestra

Informace

Ambulance

Spokojenost pacientů

11. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty navštěvující dermatologickou ambulanci

Příloha č. 2: Strukturovaný rozhovor pro sestry pracující v dermatologické ambulanci

Příloha č. 3: Vypracovaný ošetrovatelský manuál pro edukaci pacientů
v dermatologických ambulancích

Příloha č. 4: Anatomie kůže

Příloha č. 5: Vzhled atopické dermatitidy

Příloha č. 1

Dotazník pro pacienty navštěvující dermatologickou ambulanci

Dobrý den,

jmenuji se Jana Červená a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Edukace pacienta s atopickou dermatitidou“.

Dotazník je anonymní. Zakroužkujte odpověď, nebo ji doplňte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

.....
JANA ČERVENÁ

1. Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) odborné učiliště
- c) středoškolské
- d) VOŠ
- e) VŠ

3. Jak dlouho se léčíte s atopickým ekzémem?

- a) méně než 1 rok
- b) 1 až 2 roky
- c) 3 až 4 roky
- d) 5 až 10 let
- e) více než 10 let

f) dále

4. Máte o problematice atopického ekzému dostatek informací?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

5. Jste spokojený(á) s edukací (výchovou a vzděláváním) sester o atopickém ekzému?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

6. Jsou informace podané sestrou o atopickém ekzému pro Vás srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7. Nejvíce nformací o problematice atopického ekzému Vám poskytlí?

- možnost zaškrtnout více odpovědí

- a) sestra v dermatologické ambulanci
- b) tisk
- c) internet
- d) televize
- e) rodina, přátelé
- f) jiná možnost
- g) nevyhledávám aktivně informace

8. Vyhledáváte aktivně - sám(a) od sebe informace o atopickém ekzému?

- pokud jste v této otázce odpověděli ano, pokračujte otázkou č. 8., pokud ne, přejděte na otázku č. 9

- a) ano
- b) ne

9. Jakým způsobem získáváte informace o problematice atopickém ekzému?

- možnost zaškrtnout více odpovědí

- a) od sestry v dermatologické ambulanci
- b) z časopisů
- c) z internetu
- d) z televize
- e) z rádia
- f) z novin
- g) od přátel
- h) od své rodiny
- i) odborná literatura
- j) jiná možnost
- k) nevyhledávám aktivně informace

10. Jakou formou Vám sestra poskytuje informace o problematice atopického ekzému?

- možnost zaškrtnout více odpovědí

- a) informačními letáky
- b) informačními brožurami
- c) odbornou literaturou – publikace, knihy
- d) odbornými přednáškami
- e) odborným výkladem
- f) rozhovorem

- g) odbornou konzultací
- h) odkazy na internetu
- i) telefonickou konzultací
- j) jiná možnost

11. Jsou informace o problematice atopického ekzému od sestry pouze teoretické nebo i s praktickou ukázkou?

- a) pouze teoretické
- b) s praktickou ukázkou (návčik, nápodoba, ukázka od sestry)

12. Máte k dispozici v čekárně u Vašeho dermatologa informační letáky o problematice atopického ekzému?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

13. Poskytla Vám sestra radu, kde hledat další nové informace o problematice atopického ekzému?

- a) ano
- b) ne

14. Co by jste navrhoval(a) na zlepšení sesterské edukace o atopickém ekzému?

- a) dostatek času pro dialog v dermatologické ordinaci
- b) prostor na mé otázky k problematice
- c) individuální konzultace se sestrou dle aktuálního stavu
- d) telefonický rozhovor
- e) praktická ukázka sestrou
- f) nevím
- g) jiná odpověď

15) Uvítali by jste ve Vaší dermatologické ambulanci ošetrovatelský manuál o potřebných informacích o problematice atopického ekzému?

a) ano

b) ne

16) Vaše připomínky k dotazníku:

.....
.....
.....

Kontakt:

email:

jana.cervena@email.cz

telefon: 776 635 176

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2

Strukturovaný rozhovor pro sestry pracující v dermatologické ambulanci

Dobrý den,

jmenuji se Jana Červená a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o zodpovězení otázek níže uvedeného strukturovaného rozhovoru, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Edukace pacienta s atopickou dermatitidou“.

U otázek 1 až 4 máte možnost zvolit více odpovědí.

Předem děkuji za zodpovězení otázek.

.....
JANA ČERVENÁ

1. Jakým způsobem edukujete pacienty ve Vaší dermatologické ambulanci o problematice atopického ekzému?

- a) informačními letáky
- b) informačními brožurami
- c) odbornou literaturou – publikace, knihy
- d) odbornými přednáškami
- e) odborným výkladem
- f) rozhovorem
- g) odbornou konzultací
- h) odkazy na internetu
- i) jiná možnost

2. Jaká forma edukace o problematice atopické dermatitidy je pro pacienty nejvíce přijatelná?

- a) informační letáky

- b) informační brožury
- c) odborná literatura – publikace, knihy
- d) odborné přednášky
- e) odborný výklad
- f) rozhovor
- g) odborná konzultace
- h) odkazy na internetu
- i) jiná možnost

3. Jakou edukaci pacienti nejvíce využívají?

- a) informační letáky
- b) informační brožury
- c) odborná literatura – publikace, knihy
- d) odborné přednášky
- e) odborný výklad
- f) rozhovor
- g) odborná konzultace
- h) časopisy
- i) internet
- j) televizi
- k) rádio
- l) noviny
- m) od přátel
- n) od své rodiny
- o) jiná možnost

4. Jaká forma edukace pacientů o problematice atopické dermatitidy je pro Vás nejvíce přijatelná?

- a) informační letáky
- b) informační brožury

- c) odborná literatura – publikace, knihy
- d) odborné přednášky
- e) odborný výklad
- f) rozhovor
- g) odborná konzultace
- h) odborná telefonická konzultace
- i) časopisy
- j) internet
- k) televize
- l) rádio
- m) noviny
- n) od přátel
- o) od rodiny
- p) jiná možnost

5. Máte k dispozici edukační materiály pro pacienty o problematice atopické dermatitidy?

- a) ano
- b) ne

6. Máte dostatek času na konzultaci s pacientem?

- a) ano
- b) ne

7. Využívají pacienti telefonické konzultace o problematice atopické dermatitidy?

- a) ano
- b) ne

8. Mají pacienti kontakt na Vaší dermatologickou ambulanci a možnost zjistit ordinační dobu?

a) ano

b) ne

9. Myslíte si, že je Vaše edukace o problematice atopické dermatitidy pro pacienty dostatečná?

a) ano

b) ne

10. Uvítal(a) by jste ve Vaší dermatologické ambulanci ošetřovatelský manuál o potřebných informacích o problematice atopické dermatitidy?

11. Co navrhuje na zlepšení edukace o problematice atopické dermatitidy?

.....

.....

.....

Kontakt:

email:

jana.cervena@email.cz

telefon: 776 635 176

Příloha č. 3

Vypracovaný ošetřovatelský manuál pro edukaci pacientů v dermatologických ambulancích

Ošetřovatelský manuál pro pacienty s Atopickou dermatitidou

Atopická dermatitida je silně svědivé dlouhodobé nebo vracející se neinfekční zánětlivé onemocnění, pro které je typická proměnlivost vzhledu i průběhu. Začíná většinou již v kojeneckém nebo dětském věku. Do puberty dermatitida vymizí nebo se podstatně zlepší. U ostatních se projevy onemocnění v období dospívání zhorší a přesunou se i do nových lokalit. Dospělá forma atopické dermatitidy se může vyskytnout jako první projev onemocnění i u pacientů, kteří dříve dermatitidou netrpěli, ale častěji však předchází kojenecká či dětská forma.

Atopická dermatitida přináší pacientovi i celé rodině tělesné i duševní trápení. Pacienti jsou podrážděni z nočního škrábání kůže, mohou se trápit i tím, jak je postižená kůže, zejména na obličeji, viditelná. Složitost onemocnění, obtížnost léčby, náročnost na způsob života pacienta mohou někdy vést ke ztrátě důvěry, ke zhoršení vztahu mezi sestrou a pacientem i rodinou a narušení spolupráce pacienta v péči a léčbě.

Cílem zdravotníků je pomáhat pacientům a vracet jim důvěru v léčbu. Každý pacient je individuální a podle toho by se k němu mělo přistupovat.

Edukace pacienta s atopickou dermatitidou začíná v ordinaci dermatologického lékaře , kde pacient dostává důležité rady a doporučení, jak o sebe a svou pokožku pečovat.

Několik rad, jak o sebe pečovat:

Osobní hygiena a oblékání

- Vaše kůže nemá na svém povrchu dostatečný ochranný film, snadno se vysušuje a je snadno zranitelná. Je třeba šetrná hygiena, raději sprcha než koupel v teplé (nikoli horké) vodě ne příliš dlouho a používat jemná neparfemovaná mýdla nebo bezmýdlové toaletní prostředky. Do vody lze přidat i speciální koupelový olej. Po koupeli a šetrném osušení by na kůži mělo být aplikováno vydatné množství zvlhčujícího nebo změkčujícího krému.
- Emoliencia by měly být nanášeny minimálně jednou či dvakrát denně, aby se zabránilo vysoušení a podráždění kůže. Pacienti obecně dávají přednost emolienciím před mastmi, neboť nejsou na pohled mastná a pleť vypadá upraveně.
- Na noc mohou být vzhledem k lepším hydratačním vlastnostem aplikovány zvlhčující neparfemované, hypoalergenní masti.
- Je vhodné upřednostňovat krátké nehty, které snižují nebezpečí při škrábání.
- Užívat oděvy a ložní prádlo z pohodlných, volných, vzdušných a nebarvených materiálů (např. bavlna a dalších hladká vlákna). Pro ekzematiky jsou vhodná speciální pyžama ze 100% bavlny, která nedráždí a zamezí poranění pokožky škrábáním. Přílehlavé šaty a teplé oblečení nejsou vhodné (pocení dráždí kůži). Je důležité zabránit kontaktu s vlnou, kožešinami a klasickými syntetickými materiály.
- Textil je nutné vždy prát ve vhodném, ekologickém nedráždivém pracím prostředku na 60°C, několikrát vymáchat, nepoužívat aviváž a přežehlit.

Strava

- Důsledně vylučte Vaše prokázané potravinové alergenů se zachováním bohaté a pestré stravy. Můžete konzumovat běžnou stravu s omezením zvláště dráždivých potravin či chemických přísad. Zde je vhodné používat nejlépe biopotraviny bez chemických látek a barviv.

- Důležitý je i dostatečný příjem tekutin. Nedoporučují se tekutiny sycené kyslíčkem uhličitým, příliš slazené nápoje a je potřebné vyloučit alkoholické nápoje.

Domácí prostředí

- Ke snížení provokace kožních a dýchacích obtíží je důležité vědět o výrazné škodlivosti kouření, vdechování nebezpečných výparů, sprayů a deodorantů
- Nedoporučují se chovat žádná domácí zvířata. Srst nebývá sama alergenem, ale nosičem alergenů na ní zachycených (šupiny, sliny, výměšky).
- Je vhodné z domácího prostředí odstranit také koberce, čalouněný nábytek, záclony, závěsy a květiny.
- Pravidelný úklid je dobré provádět bez přítomnosti astmatika, odprašnění domácnosti navlhko, aby se zabránilo víření prachu a docházelo ke snižování množství roztočů a plísní. Vysavač volit s vysokou účinností filtrace a bezpečnou manipulací s nečistotami.
- Doporučuje se pravidelné a dostatečné větrání, zvlhčování vzduchu a optimální vytopení pokoje, v němž ekzematik žije. Vlhkost v bytě udržujte v rozmezí 40–50%, při vyšší vlhkosti vznikají ideální podmínky k množení roztočů, plísní a dalších mikroorganismů, při nižší vlhkosti dochází k vysoušení sliznic.
- Pro zkvalitnění spánku jsou vhodné molitanové matrace kryté speciálním povlakem a pak teprve prostěradlem. Přikrývka a polštáře by měly být nepéřové, z dutého vlákna. Povlečení hladké a jemné, které by se mělo prát minimálně jednou za 14 dnů, přikrývky a polštáře jednou za 3 měsíce. Denně ráno lůžkoviny větrat.

Povolání a pracovní prostředí

- Doporučuje se suchá, čistá práce bez většího znečištění a nutnosti častého mytí.
- Vadí opakované a časté máčení a mytí rukou, kontakt se saponáty, oleji, ředidly, barvami a desinfekcí. Vaše kůže nesnese často stejnou zátěž, jako kůže zdravých lidí.
- Vyhnout by jste se měli kontaktu s dráždivými látkami, používat ochranné pomůcky a bariérové krémy před i po práci.

Volný čas

- Atopická dermatitida se zlepšuje v létě, proto je vhodné plánovat dovolenou v přímořském či horském klimatu. Nejsou vhodné aktivity a klima, kde jsou extrémně chladné nebo horké teploty (vítr, mráz, horko, silné oslunění a tření).
- Měli by jste provozovat takové sporty, kde nedochází k velké tělesné námaze a pocení, mimo prašné uzavřené tělocvičny.

Plavání není nutné zakazovat, ale je zapotřebí vyhnout se bazénům se silně chlorovanou vodou. Před plaváním je dobré se osprchovat, promazat tělo bariérovým krémem a po plavání se opět co nejdříve osprchovat, promazat a převléci se do suchého oblečení.

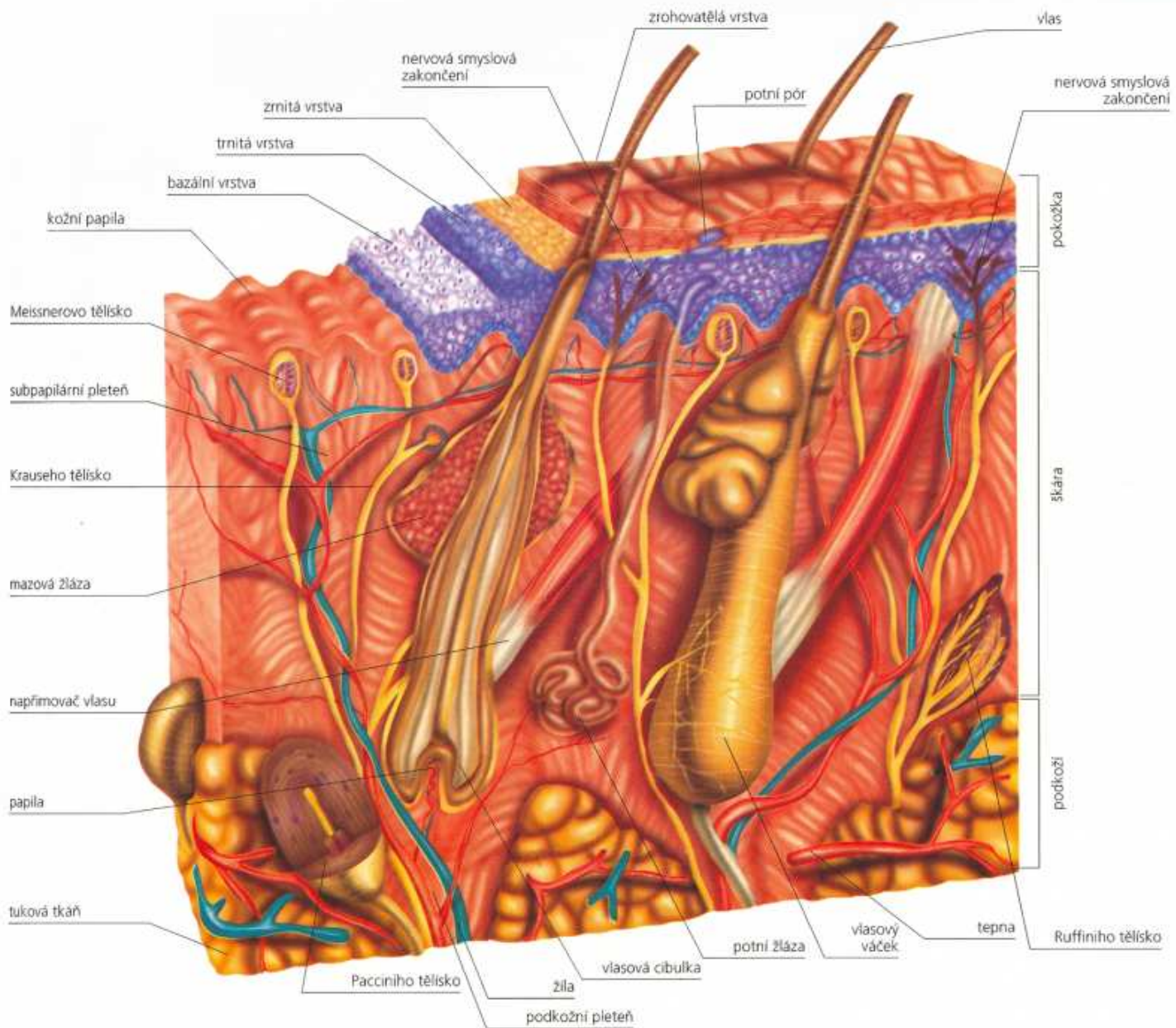
Psychika u atopické dermatitidy hraje důležitou roli. Kůže je orgán, který pohotově reaguje na duševní stav jedince a vzhled dermatitidy zase ovlivňuje psychiku pacienta. Okolí se často k ekzematikovi chová podezíravě až netaktně. Proto je důležitý citlivý a chápatelý psychologický přístup zdravotníků i rodiny.

Je důležité podotknout, že při správné léčbě a péči o kůži se dermatitida v budoucnosti zlepší. Vhodné je vytváření si klidného, harmonického prostředí bez stresu a konfliktů, které mu prospěje a poskytne relaxaci.

Společný cíl je zlepšit klinický stav ekzematika, dostat průběh onemocnění pod kontrolu a tím zlepšit i kvalitu života.

Příloha č. 4

Anatomie kůže (15)



Příloha č. 5

Vzhled atopické dermatitidy (11)



