

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sesterská edukace u dítěte s alergickým onemocněním

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Judita Soukupová Maříková

2010

Autor:

Markéta Kořánová

Education by a nurse in the care about children with allergic diseases

Allergy may be called a disease of the century and we rank it among civilization diseases. In the mid 20th century allergy was confirmed to one of a hundred inhabitants, and every fifth inhabitant of the Republic is allergic nowadays. Unfortunately more and more children suffer from this disease. To be able to understand the disease better and to cope with that a human needs as much information as possible.

Education by nurses plays a key role in this sphere. Efficient education is much more than just a „simple instruction what a patient should do“, which he/she can read this in numerous informational brochures. This is particularly psychological and pedagogical work that anticipates pitfalls that are definitely to occur. Educational activities of nurses form an inseparable part of successful allergy treatment.

The Thesis examines whether education and approach of a nurse to parents and children influences their view of and approach to the disease. The first aim of the thesis was to find how parents are informed about their child's disease – allergy – by a nurse and what particular effect the disease has on their family. The second aim of the thesis was to find out how a child patient understands his/her problem and how he/she is educated in the treatment regime by a nurse

The theoretical part deals with the history of allergy and the immune system, types of allergies, prevention, their treatment, education by a nurse and communication.

The practical part analyses information from a research. Quantitative research in the form of two questionnaires was chosen for the investigation. The first one was designed for parents accompanying their children to allergy clinics and the other one for children being treated for some kind of allergy. The research was performed at allergy clinics in Písek and Strakonice between the end of November 2009 and the end of March 2010, and 70 respondents participated in both the questionnaires.

The aims of the Thesis were met, the hypotheses confirmed. The results confirmed the hypotheses that parents and children understand their diseases, they know the prevention and treatment of the disease thanks to education by a nurse. Finding the most advantageous method of education might help compensate the health condition of children patients and thus improve the life quality of children with such a disease.

Prohlášení...

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to - v nezkrácené podobě - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Juditě Soukupové Maříkové, za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a trpělivý přístup. Dále také děkuji lékařům a sestřám z alergologických poraden, kde probíhal můj výzkum, za ochotu a spolupráci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla velkou oporou při psaní této práce.

Úvod	6
1 Současný stav.....	7
1.1 Z historie alergických onemocnění	7
1.2 Etiologie alergií.....	8
1.2 Imunitní systém.....	9
1.2.1 Alergická reakce	10
1.3 Druhy alergenů	11
1.4 Typy nejběžnějších alergických onemocnění	14
1.5 Typy potravinových alergií.....	17
1.6 Léčba alergických onemocnění.....	19
1.6.1 Prevence alergií u dětí	19
1.6.2 Imunoterapie - desenzibilizace.....	21
1.6.3 Pomocná léčba.....	22
1.7 Edukace.....	23
1.7.1 Edukační proces	24
1.7.2 Edukační metody.....	25
1.7.3 Realizace edukačního procesu	25
1.7.4 Hodnocení edukačního procesu	26
1.7.5 Proces edukace v péči o dítě	26
1.7.6 Kompetence sestry při edukaci v péči o dítě	27
1.8 Edukace u akutních stavů.....	27
1.9 Komunikace	28
1.9.1 Rozdělení profesionální komunikace.....	29
1.9.2 Komunikace s nemocným dítětem- alergikem	30
2 Cíl práce a hypotézy	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Hypotézy práce	31
3 Metodika	32
3.1 Metodika práce	32

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4 Výsledky.....	33
4.1 Výsledky šetření u dětského alergika - část a	33
4.2 Výsledky šetření u rodiče alergika - část b	45
5 Diskuze.....	57
6 Závěr	64
7 Seznam použité literatury	66
8 Klíčová slova.....	69
9 Přílohy.....	70

Úvod

Pojem alergie byl poprvé použit v roce 1906. Tehdy znamenal narušenou reaktivitu- jakoukoli změnu reakce těla na podněty ze zevního prostředí. V dnešní době je alergie spíše chápána jako jakási celková přecitlivělost imunitního systému na vnější podněty, které jsou běžnou součástí našeho okolí (pyly, plísňe, zvířata, potraviny, hmyz apod.). Alergii můžeme nazývat nemocí století a řadíme ji mezi nemoci civilizační. Podle statistik WHO kolísá číslo určující výskyt alergických onemocnění mezi 15-20% u dospělé i dětské populace. V české populaci dosahují alergie kolem 20-30%. V polovině minulého století byla alergie potvrzena u každého stého obyvatele, dnes je alergikem skoro každý pátý obyvatel republiky. Nejedná se vesměs o nemoci, které by ohrožovaly člověka na životě, ale významně ovlivňují jeho pracovní schopnost a výkonnost.

Aby člověk dokázal nemoc co nejlépe zvládnout, potřebuje co nejvíce informací na úrovni současných vědeckých poznatků.

Výskyt nejrůznějších alergií u dětí i u dospělých je velice častý. Když se u dítěte objeví alergie- astma, ekzém...- rodiče cítí obavy a nejistotu a hledají odpovědi na otázky, které se v souvislosti s tímto onemocněním objevují: Jak alergii léčit? Jaká jsou preventivní opatření? Jak má dítě žít se svojí alergií? A mnoho dalších....

Velmi významnou roli ve zvládnutí a zejména v pochopení této mnohdy celoživotní nemoci hraje edukace sestry v alergologických poradnách, na které záleží, jak se dítě s onemocněním vyrovná. Sestra informuje jak rodiče, tak i nemocné děti o možnostech léčby a prevenci onemocnění.

Cílem mé bakalářské práce je snaha objasnit veškeré problémy, které mohou trápit rodiče i jejich děti, a zjistit nejvhodnější způsob edukace což by mohlo napomoci ke kompenzaci zdravotního stavu dětských pacientů a tím následně zlepšit kvalitu života takto nemocných dětí.

Téma alergie je mi velice blízké, protože jsem sama alergik a v neposlední řadě pracuji jako zdravotní sestra na dětském oddělení v nemocnici, kde se téměř každý den setkávám s dětmi, které trpí tímto onemocněním.

1 Současný stav

Alergie je nemocí století. Podle statistik světové zdravotnické organizace kolísá číslo určující výskyt alergických onemocnění mezi 15-20 % dospělé i dětské populace. V české populaci dosahují alergózy kolem 20 až 30%, výskyt u mladé generace do patnácti let je až 25% a počet alergiků mezi mladistvými dokonce stále stoupá. Péči lékaře pro alergické choroby potřebuje pětina obyvatel ČR.

Jsou to čísla vysoká, proto alergie představují významný zdravotní, ekonomický a společenský problém u nás i v zahraničí. Na řešení tohoto problému se podílí řada odborných národních, evropských a světových společností (1).

Alergologie udělala od osmdesátých let minulého století obdivuhodný pokrok, přesto se však mnohým alergikům ani dnes nežije dobře. Jeden z mnoha důvodů je ten, že rodičům dítěte s alergií nebo přímo dítěti se často nedostávají aktuální informace ohledně příznaků a vývoje nemoci i o způsobu a metodách, jak udržet nemoc pod kontrolou. Znalost těchto skutečností by jim však umožnila lépe nemoci porozumět, a tedy ji i lépe kontrolovat.

Hlavním úkolem zdravotníka – sestry je, aby dítě i jeho rodina znali alergické onemocnění, porozuměli mu, poznali příznaky a způsoby léčby a v neposlední řadě, aby dostali odpovědi na své otázky a měli možnost vyjádřit své obavy. Sestra by také měla umožnit dětskému alergikovi získat takové dovednosti a návyky, které by mu pomohly obnovit zdraví, či udržet je alespoň na přijatelné úrovni tak, aby alergické dítě mohlo žít jako ostatní děti jeho věku (1, 11).

1.1 Z historie alergických onemocnění

Termín *alergia* (allos ergos) – jiná reakce – pochází z roku 1906 od vídeňského pediatra Clemense von Pirqueta, který jako první předpokládal i antigen – protilátkovou odpověď.

Termín *atopie*, který jako vrozený znak alergie, zavedl američan A. F. Coca (1920), který za její podstatu pokládal zvláštní látku séra, kterou nazval reagin. Novověk výzkumů alergických onemocnění je spojen se jmény manželů Ischizakových

z USA (1966), kteří objevili a popsali molekulu IgE. Z českých alerologů je třeba připomenout jejího zakladatel a průkopníka J. Lišku, který byl za svou celoživotní práci v medicíně a hlavně alergologii oceněn v r. 1997 cenou J. E. Purkyně (3, 8).

Na alergické choroby trpí lidé snad od nepaměti, ale my se o nich můžeme dozvědět pouze ze záznamů grafických či písemných. První ověřený záznam o alergickém onemocnění snad pochází z Egypta. Tehdy legendární panovník Meni (3 100 let př.n.l.) zřejmě zemřel na bodnutí vosou. Na kresbě z vykopávek je možno vidět nad tímto králem vedle znamení smrti i letící vosu (3).

U Hippokrata – otce lékařství (460-370 př.n.l.) se setkáváme s termíny Asthma a Eczema. Mezi další slavné alergiky patřil například anglický král Richard III, který byl přecitlivělý na jahody. Ital Leonardo Botallo popsal v r. 1533 pylovou rýmu jako „růžovou horečku“. Z dalších je pak nutno jmenovat Ch. H. Blackleye (1873) – kožní testy s pylem, P. Ehrlich – objevitel žírných buněk (1879), Carles Richter a Paul J. Portier – pojem anafylaxe (1902) a Carl W. Praunitze s Heinzem Kustnerem – kteří prokázali, že sérum alergika je možno pasivně přenést i do kůže zdravého člověka (1921) (3).

1.2 Etiologie alergií

Uplatňují se tři faktory:

- genetická predispozice
- senzibilizace a expozice alergenů
- působení nespecifických vlivů.

Genetická predispozice – sklon k alergii je zakódovaný do naší DNA - do genů, které se přenáší z rodičů na děti. Podle současných odhadů podmiňuje atopii nejméně dvacet různých genů. Z toho vyplývá, že žádní dva atopičtí jedinci nejsou zcela stejní, protože každý má jinou kombinaci těchto dvaceti možných genů. V důsledku všech možných kombinací a permutací genů má každý atopický jedinec jedinečné alergické vlastnosti. Genetická rizika přenášená od rodičů se sčítají, takže pokud jsou oba dva

rodiče alergičtí, je riziko vzniku alergie u dítěte mnohem vyšší, než když je atopický pouze jeden z rodičů. Jestliže je jeden z rodičů atopik, pak riziko pro dítě kolísá mezi 20 až 58%, zatímco když jsou atopiky oba rodiče, pohybuje se riziko pro dítě mezi 58 až 80%, nebo je dokonce ještě vyšší.

Senzibilizace a expozice alergenů – senzibilizace plodu v děloze je vzácná, ale může nastat vlivem škodlivých látek, které prostupují placentou (např.: tabákový kouř). Při kontaktu s alergenem dochází k manifestaci onemocnění. Nejčastějším senzibilizujícím alergenem bývá: domácí prach, pyl, potraviny, srst zvířat. V prvních měsících života je nejčastějším potencionálním zdrojem alergenů výživa dítěte. Odborné studie uvádí, že dlouhodobě kojené děti mají nižší incidenci alergií.

Působení nespecifických vlivů – mohou vyvolat alergickou reakci. Do této oblasti patří znečištěné ovzduší, prodělané gastrointesticiální a respirační infekce (25, 3).

1.2 Imunitní systém

Imunitní systém patří k základním systémům lidského organismu. Vyvíjí se od narození až po dospělost.

Imunita je schopnost obrany organismu proti zevním nebo vnitřním látkám, které se označují jako imunogeny nebo antigeny. Základní funkcí imunitního systému je rozpoznat vlastní od cizího a cizí odstranit. Pokud některý z antigenů vyvolává alergickou reakci, nazýváme jej alergenem (6, 20).

Rozlišujeme dva druhy imunity – a to specifickou nespecifickou.

Nespecifická imunita je vrozená, geneticky daná. Reaguje na cizí látky či podněty všeobecně.

Specifická imunita vzniká po setkání organismu s určitým antigenem. Tím se získává imunologická zkušenost a obranné reakce jsou pak vedeny zcela cíleně – specificky proti takto rozeznáným antigenům (6, 4).

1.2.1 Alergická reakce

Alergická reakce (reakce přecitlivělosti) je zvláštním typem imunitní odpovědi, která organismus poškozuje a vyvolává určitý soubor příznaků. Při reakci přecitlivělosti se z antigenu stává alergen.

Třídění alergických reakcí:

Reakce I. typu (anafylaktická reakce). Tato reakce má náhlý začátek a velmi rychlý průběh.

Tento typ reakce má dvě fáze: - *senzibilizace*

- *anafylaktická reakce*

Fáze senzibilizace:

Tato fáze trvá většinou dva až tři týdny. Alergenem mohou být cizorodé proteiny, živočišné či hmyzí jedy, složky některých léků jako jsou např. antibiotika, analgetika a rentgenové kontrastní látky. Antigeny reagují s T a B lymfocyty. Dochází k přeměně na plazmocyty, které jsou zdrojem specifických protilátek třídy IgE. V důsledku vazby IgE k membránovým receptorům bazofilů v krvi a žírných buněk, které se nacházejí převážně ve sliznicích a v kůži, se tento typ alergie nejčastěji projevuje slizničními nebo kožními změnami (3, 21).

Anafylaktická reakce:

Vyvolává ji opakovaná expozice specifického alergenu, který se váže ke specifickým protilátkám IgE přítomným na žírných buňkách a bazofilech. Uvolní se histamin, faktor působící chemotaxi eozinofilů a nově se syntetizují prostaglandiny.

Tato reakce může mít projevy lokální (senná rýma, kopřivka, astmatický záchvat) nebo celkové (anafylaktický šok). Anafylaktický šok je prudká reakce ohrožující základní životní funkce člověka. Projevuje se laryngospazmem, bronchospazmem, otokem, svěděním a kožní vyrážkou až ztrátou vědomí (3, 12).

Reakce II. Typu (cytotoxická)

Princip této reakce spočívá v tom, že na povrchové antigeny cílových buněk (nejčastěji krevní buňky- erytrocyty, leukocyty, trombocyty) se naváží protilátky – nejčastěji IgG, méně IgM. Vytvoří imunokomplexy, které se aktivují komplementovým systémem. Alergie se v tomto případě projeví zkrácením životnosti erytrocytů a dojde ke vzniku hemolytické anémie je způsobena protilátkami, které jsou namířené proti antigenům buněk nebo tkání (6, 12).

Reakce III. typu (imunokomplexová)

Při této reakci dochází k tvorbě imunokomplexů IgG nebo IgM se zevními antigeny nebo vnitřními autoantigeny. Takto vzniklé imunokomplexy se mohou vázat na cévní nebo tkáňové membrány a v místě jejich nahromadění opět aktivují zánětlivé reakce prostřednictvím aktivace komplementu. Chronickou formu generalizované alergické reakce tohoto typu představuje systémové onemocnění lupus erythematodes (6, 12).

Reakce IV. Typu (označována jako přecitlivělost pozdního typu)

Je vyvolána reakcí antigenu- alergenu senzibilizovaným T lymfocylem. Klinickým projevem je např.: rejekce transplantovaného štěpu (6, 12).

1.3 Druhy alergenů

Prach

Domácí prach je bohatým zdrojem bytových alergenů. Je tvořen chemickými látkami a biologickým materiálem typu bakterií, plísní, lidských a zvířecích odpadů, roztočů. Pravidelné větrání místností v období příznivého stavu ovzduší vede k regulaci domovní teploty a relativní vlhkosti vzduchu. Tím nepřímě klesá koncentrace alergenů v ovzduší. Stejný účinek má časté vytírání podlah a užívání výkoných vysavačů

s kvalitními filtry. Ideální jsou dobře omyvatelné podlahy bez koberců, byty bez záclon a závěsů. Užívání čističek vzduchu na noc také snižuje výskyt prachových alergenů. Prašnost bytového a domovního prostředí závisí na poloze domu, na klimatických a zeměpisných podmínkách, na ročním období, na způsobu vytápění, na vnitřním zařízení bytu, na počtu osob, které domácnost obývají. Jiný je domácí prach ve městě a na venkově (8).

Pyly

Pylové alergie, tzv. polinózy, mají charakteristicky sezonní charakter. V dnešní době patří pylová rýma mezi nejčastější alergická onemocnění. V jarním období jsou to pyly dřevin, v létě pyly travin a na podzim pyly vysokobylinných plevelů. Schopnost alergizovat je u různých rostlin různá. Koncentrace pylů v ovzduší je také ovlivněna počasím. Horké, suché počasí napomáhá šíření pylů, stejně jako vítr. Naopak déšť sráží pyly dolů na zem a riziko obtíží snižuje. Stejně jako u ostatních alergenů je nutné omezit kontakt alergika s pyly na minimum. V kritickém období je potřeba omezit větrání na minimum. Mezi známky pylové alergie nejčastěji patří zánět spojivek a rýma. Některé pyly však mohou vyvolat i astma, kopřivku či ekzémy (8, 22).

Roztoči

Hlavním alergenem domácího prachu jsou roztoči. Jsou to drobní členovci podobní klíšťatům. Jsou asi 0.3 mm velcí a pouhým okem neviditelní. Hlavním druhem roztočů v našich podmínkách jsou *Dermatophagoides pteronyssinus* a *Dermatophagoide farinae*. Přírodními zdroji roztočů jsou ptačí hnízda (ve městech hlavně holubí, na vesnicích kurníky a holubníky), ale i klece domácích exotických ptáků.

V bytech se nacházejí hlavně v postelích (matrace, polštáře, přikrývky), kobercích, čalouněném nábytku, plyšových hračkách atd. Optimální podmínky pro jejich život a rozmnožování jsou teplota 25-30st. C a vlhkost vzduchu 55-75%. Naopak nesnášením suché horko, průvan, mráz a některé složky UV záření.

Roztoči se živí lidskými lupy a kožním odpadem. Pro člověka jsou nejvíc alergizující jejich výměšky, kterými znečišťují prostředí. Alergen roztočů je poměrně velký a těžký a vznáší se ve vzduchu pouze několik minut po rozvíření. Výskyt roztočů lze omezovat vhodnými úpravami interiéru: žádné koberce, záclony, čalouněný nábytek, častá výměna lůžkovin. Peří v polštářích a pokrývkách je nutné nahradit jinými materiály jako např. dutými vlákny, které se dají prát a poskytují roztočům méně příznivé podmínky (8, 22).

Zvířecí alergen

Nejagresivnějšími zvířecími alergeny jsou alergen kočičí. Jsou velmi malé a lehké, navíc mají dlouhou životnost. Tento alergen přetrvává v domácím prostředí i několik týdnů až měsíců i po odstranění zvířete z domácnosti. Méně častými alergeny jsou alergen psí, které pocházejí z jejich slin, kožních šupin a moče. Alergeny drobných hlodavců (morče, křeček, krysa) jsou také častou příčinou alergií u dětí, alergenem je zde srst a moč (3).

Domácí plísně

Spóry mikrohub (mikromycet), jak se správně „plísně“ nazývají, jsou menší než pylová zrnka (řádově měří jen několik mikrometrů). Proto se snadno dostávají až do periferních průdušinek a vyvolávají obávané astma. Mezi alergizující složky domácího prostředí patří domácí plísně typu- *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Candida*. Množení plísní přispívají temné, špatně větrané a vlhké prostory (nejideálnější vlhkost vzduchu nad 60% a teplota do 24st.C). Jejich ydrojem může být hlavně skladování starého papíru, textilu, kůží a nevětraných nebytových prostorech (3).

Venkovní plísně

Na rozvoji průduškového astmatu ale i alergické rýmy a kožních alergií

se mohou podílet i venkovní plísně – *Alternaria*, *Cladosporium*, jejichž vrchol výskytu se většinou překrývá s pylovou sezónou.

Hmyz

Projevy přecitlivělosti na hmyzí jed bývají někdy velmi vážné a v některých případech mohou ohrožovat život (astmatický záchvat, anafylaktický šok). Alergie se projevuje velkými lokálními edémy a kopřivkou se svěděním. Děti s přecitlivělostí na včelí nebo vosí jed musí být předáni do péče specialisty, který zahájí desenzibilizační léčbu. Desenzibilizace poskytuje dětem s alergií na bodnutí hmyzem vysoce účinnou ochranu a většina alergologů doporučuje tuto léčbu na všechny druhy hmyzího jedu. Principem desenzibilizace je vstřikování malého množství alergenu pod kůži, při které si organismus pomalu zvyká na látku vyvolávající alergii. Dávky jsou pozvolna zvyšovány. Léčba musí probíhat dlouhodobě má-li mít nějaký efekt, optimálně 4-5let (25, 3).

1.4 Typy nejběžnějších alergických onemocnění

Pylová alergie (“senná rýma”)

Kýchání, vodnatá rýma, ucpaný nos svědění a slzení očí. To vše jsou příznaky pylové alergie, tzv. polinózy. Sezónní pylová alergie je nerozšířenější alergické onemocnění, kterého výrazně přibývá. V současné době postihuje až pětinu populace. Může vzniknout kdykoliv v průběhu života, nejčastěji se vyskytuje mezi 15. a 25. rokem, v posledních letech je pozorován nástup potíží ve stále nižším věku. Nejčastější je u nás alergie na pyl trav (asi 50% případů polinózy), přibližně po 25% připadá na pacienty alergické na pyl dřevin a bylin. Mnozí pacienti reagují na více druhů pylu (tzv. polyvalentní alergie) (8).

Pylová sezóna: Pylovou sezónu můžeme rozdělit na tři období, kdy v každém z nich převládá jiná skupina alergenů:

- Časné jarní období, kdy se v ovzduší vyskytuje zejména pyl dřevin

- Druhá polovina jara až první polovina léta s převahou pylu travin a obilovin
- Období vrcholícího léta a časného podzimu, ve kterém je hlavní alergizující složkou ovzduší pyl bylin

Hlavní zásada léčby pylové alergie je odstranění alergenu nebo omezení kontaktu s alergenem a dále to jsou protialergické léky. Do této skupiny patří antihistaminika, která blokují účinek histaminu (=látka, která se uvolňuje z buněk při alergické reakci), dále to jsou kortikosteroidy – ve formě inhalační mají minimální nežádoucí účinky, působí místně a i při dlouhodobé léčbě se vyznačují vysokým stupněm bezpečnosti. V neposlední řadě to je Imunoterapie alergenovými vakcínami – Formou injekcí či kapek je pacientovi podáváno postupně se zvyšující množství upraveného alergenu. Cílem je vyvolat stav tolerance organismu nemocného vůči alergenům. Jedná se o dlouhodobou léčbu (3, 17).

Atopický ekzém

Je dlouhodobé kožní onemocnění, které postihuje především kojence, děti a mladistvé. Sklon k tomuto onemocnění se dědí z generace na generaci. Na jeho vzniku se podílí mnoho vnitřních a vnějších vlivů. Atopický ekzém patří mezi nejčastější kožní onemocnění s výskytem až téměř u 20% školních dětí. Pokud je atopický ekzém přítomen u obou rodičů, je pravděpodobnost vzniku ekzému u dítěte 81%, pokud má ekzém jeden z rodičů, potom 56%. Příznaky ekzému se objevují většinou do 6 let života dítěte. Průběh onemocnění se rozděluje do tří fází:

- Forma kojenecká: začíná typicky ve 3. měsíci života červenými pupínky až puchýřky s šupinami nebo mokváním na tvářích, bradě, ale může se šířit na trup, končetiny, celou hlavu. Kůže kolem úst, po stranách nosu a na místech, kde naléhají pleny, bývá nezměněna. Ekzém výrazně svědí, děti jsou neklidné a nemohou spát.
- Forma dětská: ekzém se postupně stěhuje z obličeje na místa typická pro tuto fázi, tj. do loketních a podkolenních jamek. Na zápěstí začínají být patrné známky zhrubění

a popraskání kůže. Svěděním a následným škrábáním dochází ke vzniku nových kožních projevů.

- Forma dospělých: u 10% pacientů může atopický ekzém začít až v dospělosti. Místa postižené kůže jsou stejná jako při dětské formě, ale navíc bývá postižena kůže obličeje a krku, výjimečně dochází k rozsevu ekzémových změn na celý kožní povrch (tzv. erythrodermie).

K provokaci výsevu atopického ekzému dochází působením souhry vnějších i vnitřních činitelů – potravy (platí zejména u kojenců a malých dětí), kosmetických a mycích prostředků, působení vzdušných alergenů (prach, pyly, peří, spóry plísní...), ročního období, nevhodného oděvu, zpotení. Léčba ekzému je v současné době symptomatická – tedy namířená proti projevům onemocnění, ne příčině. Spočívá v podávání léků zevních, vnitřních a v úpravě životosprávy. V zevní léčbě se uplatňují zejména kortikosteroidní masti, protože zklidňují kožní zánět. V celkové léčbě mají své místo antihistaminika – léky k tlumení alergie a svědění, Podle potřeby a komplikací se využívají k léčbě antibiotika, antivirotika, při velmi těžkém průběhu ekzému kortikoidy celkově, imunosupresiva (9, 1).

Alergie na hmyzí bodnutí

Hmyz, který může vyvolat život ohrožující reakce, patří do rodu blanokřídlých, který nekouše, ale vstřikuje jed při bodnutí. Na pobodání hmyzem je v České republice alergických 1–3% lidí. Příznaky alergie se dělí následovně:

Lehká nealergická reakce - po včelím či vosím bodnutí dojde ke vzniku malého, svědivého pupenu, který většinou velmi brzy vymizí. Nejde o alergii, ale o místní reakci na hmyzí jed.

Lokální alergická reakce: objevuje se bolestivý rudý otok, který se může šířit a přetrvávat i několik dnů.

Systémové reakce: jsou nejzávažnější a nejnebezpečnější. Projeví se často velmi prudce celým souborem respiračních a kardiovaskulárních příznaků (kopřivka, otoky, zvracení, průjem, dušnost, ztráta vědomí, anafylaktický šok). Riziko vzniku systémové reakce je nižší u dětí.

Každý pacient s alergickou reakcí po bodnutí hmyzem musí být řádně vyšetřen alergologem. Protilátky proti jedu je možné prokázat v krvi. Provedení vyšetření krve má smysl nejdříve 6 týdnů po hmyzím bodnutí. Do té doby by měl praktický lékař předepsat alergikovi autoinjektor s adrenalinem. Důležité je také vyhýbat se hmyzu, nosit všude s sebou informaci o své alergii. Při tomto alergickém onemocnění je neocenitelná desenzibilizace. Snižuje nebezpečí další systémové reakce a u malého procenta pacientů, kteří jí prodělají znovu, je reakce alespoň lehčí (3, 8, 25).

1.5 Typy potravinových alergií

V průběhu posledních let se výskyt potravinových alergií zvyšuje hlavně u dětí. Zdá se, že k tomu velkou měrou přispívá předčasné zařazování příkrmů do stravy kojence. WHO nedoporučuje zařazování příkrmů do stravy dítěte před 6. měsícem věku (1).

Alergie na mléko

Mezi hlavní alergeny u malých dětí patří bílkovina kravského mléka. Z tohoto důvodu se doporučuje, aby bylo dítě do 6 měsíce pouze kojeno mateřským mlékem. Pro děti, v jejichž rodinách se vyskytuje alergické onemocnění, jsou určeny hypoantigenní přípravky pro preventivní užití, které obsahují částečně hydrolizovanou bílkovinu (označováno písmeny HA). Pro děti s prokázanou alergií na bílkovinu kravského mléka jsou vyráběny přípravky s vysokým stupněm hydrolýzy bílkovin-hypoantigenní přípravky pro léčebné použití (1, 15).

Alergie na vejce

Patří mezi velmi častou alergii u dětí do 3 let. Vaječný bílek alergizuje více

než žloutek. Tato alergie bývá spojena s alergií na kravské mléko. Prevencí této alergie je vyloučit vejce ze stravy dítěte do jeho 12 měsíců věku. Pozor se musí dát i na vejce v pečivu a jiných potravinách (1).

Alergie na ryby, korýše a měkkýše

Méně častá alergie. Rybí alergeny se nachází především v jejich svalech. Vařením nebo uzením se možnost vzniku alergické reakce snižuje. Reakce se však může dostavit i pouhým vstupem do kuchyně, kde se ryba upravuje. Alergie na korýše a měkkýše se nejčastěji projeví po jejich požití (1).

Alergie na ořechy

Další velmi častá a závažná alergie u dětí, která se vyskytuje v nejrůznějších formách. Jako prevence může sloužit zařazení ořechů do stravy dítěte nejdříve po 5. roce věku. Opatrně a důkladně vybírat potraviny, protože některé druhy ořechů se skrytě nacházejí i tam, kde se to nepředpokládá. Mnoho rodičů alergických dětí však ani netuší, že alergie na jeden druh ořechů bývá spojen s jiným druhem (1, 7).

Alergie na obilí

Alergie na obilí se u dětí vyskytuje ve velké míře a nejčastěji se projeví ekzémem. Mezi obiloviny, které způsobují alergickou reakci patří: pšenice, žito, ječmen a oves. Hlavními proteiny obilí jsou gliadiny, globuliny a gluteniny. Všechny jsou obsaženy v tzv. lepku. Alergik v tomto případě nesmí chléb, pečivo, těstoviny ani koláče. Musí dodržovat bezlepkovou dietu, která byla původně určena pro nemocné s celiakií. V dospělosti se projevy této alergie zmírní (1,7).

Alergie na ovoce

Mezi ovoce, které často vyvolává alergii, patří: meruňka, broskev, hruška a jablko. Ze zeleniny celer, špenát, rajče, petržel a kerblík. Z exotického ovoce je to např.: ananas, citrusové plody, mango, kiwi. Jako prevence u dítěte s pozitivní rodinnou anamnézou se zde uplatňuje nepodávat dítěti exotické ovoce do druhého roku věku. Při zařazování zeleniny a ovoce do stravy dítěte je vhodné změnit postupně vždy jeden druh po dobu dvou týdnů, než se zařadí další.

V některých případech jsou rodiče dětí překvapeni, že jejich dítě má alergii na potravinu, kterou nejí. To může být způsobeno senzibilizací, která probíhá ještě před narozením, prostřednictvím senzibilizace matky. Příkladem jsou některé hydratační krémy obsahující arašídý, nebo kosmetické přípravky obsahující vejce.

Některé látky, které se přidávají do potravin, mohou také způsobovat alergickou reakci. Reakci na potraviny mohou způsobovat látky, které se do potravin přidávají. Jedná se o barviva (např. žlutá oranž či brilantová čern) a o konzervační látky (např. sulfity, nitrity) (1).

1.6 Léčba alergických onemocnění

Léčba alergických onemocnění by měla být vždy léčbou komplexní, která by měla zahrnovat:

- *Prevence alergií u dětí a odstranění alergenu*
- *Imunoterapii*
- *Pomocnou léčbu*

1.6.1 Prevence alergií u dětí

Preventivní protialergická opatření mají začínat již před narozením dítěte. Platí to zejména o rodinách, kde se alergie již vyskytla a lze počítat se zvýšeným rizikem

vzniku alergie u narozeného dítěte.

Snížení výskytu nových případů alergií se nazývá primární prevencí. Toto působení musí být velmi včasné a je nutné zahájit ho dřív, než se objeví příznaky. Preventivní program se rozšiřuje, a tak prevence omezující se výlučně na kojení dítěte snižuje pouze riziko nástupu ekzému u dítěte. Navíc je tento ochranný efekt pouze přechodný. U dětí s vysokým rizikem alergie musí být prevence rozšířená a zahrnuje kontrolu stravy kojence i kojící matky, ale i kontrolu prostředí dítěte. To výrazně snižuje riziko dýchacích a kožních alergických projevů.

Primární prevence je opodstatněna u novorozence s vysokým rizikem rozvoje alergie. Pokud matka, otec nebo sourozenci dítěte mají astma, alergickou rýmu nebo ekzém, měla by matka dodržovat preventivní opatření již od těhotenství (1).

Bidat uvádí: „Kontrola stravy kojence a jeho matky spolu s kontrolou prostředí, v kterém žijí, umožňuje snížit riziko rozvoje dýchacích a kožních alergických projevů dítěte. Preventivní program, který se týká stravy, má několik pravidel (111 s. 1)“.

Upřednostňujeme kojení. Kojení oddaluje rozvoj kožních alergických projevů a chrání proti alergickým onemocněním. Během kojení nesmí matka konzumovat alergizující potraviny, protože by mohly alergeny senzibilizovat dítě přechodem do mateřského mléka. Ideální je vyloučit ze stravy ryby, vejce arašídů, mléko a mléčné výrobky. Pokud kojení není možné nebo pokud už dochází k odstavení dítěte, není vhodné podávat klasická mléka, je nutné použít proteinové hydrolyzáty (adaptovaná hypoalergenní mléka, označená zkratkou HA).

Pozdější zařazování příkrmů do stravy dítěte snižuje frekvenci výskytu ekzému. Pokud je to možné, mělo by být dítě do 6. měsíce výlučně živeno mlékem (buď mateřským, nebo mléčnými hydrolyzáty) a poté je možné postupně zařazovat příkrmy do stravy. Zelenina se zařazuje postupně a další druh se doporučuje přidávat až po několika dnech a sledovat případnou alergickou reakci. Exotické ovoce je nutno zcela vyloučit.

Prevence rozvoje alergií pomocí stravovacích návyků je nezbytná, ale nedostačující. Musí být přidána i další preventivní opatření, směřující ke kontrole životního prostředí jako je například snížení množství alergenů v prostředí. V rámci

prevence rozvoje alergií je doporučováno vyloučit chlupatá zvířata z domácnosti. Dále snížit množství roztočů v pokoji dítěte a to tak, že odstraníme koberce, vyměníme starou matraci za novou, častěji měníme povlečení, které perme na vyšší teploty. Dále odstraníme plyšové hračky nebo častěji větráme.

Také je potřeba omezit znečišťující látky v ovzduší. Rodiče neustále seznamovat s rizikem domácího znečištění ovzduší- pasivním kouřením. Dítě, které je vystaveno pasivnímu kouření během těhotenství a i po narození, má vyšší výskyt dýchacích alergických potíží (1, 9, 12, 18, 22).

1.6.2 Imunoterapie - desenzibilizace

Desenzibilizace je určena dětem, u nichž je prokázán alergický původ reakce, je určen dominující allergen a není možné se alergenu vyhnout. Nejedná se tedy o desenzibilizaci všech alergických dětí. V budoucnosti, s novými studovanými produkty, je možné, že indikace desenzibilizace budou širší, protože toto je jediná léčba, která může změnit vývoj alergického onemocnění.

Účinnost desenzibilizace je prokázána v léčbě alergie na roztoče, různé pyly, některé plísně, kočky a blanokřídly hmyz.

Cílem této léčby je omezit nebo se zcela vyvarovat rozvoje dalších alergií, desenzibilizace může alergii i vyléčit. Desenzibilizace si klade za cíl i zlepšení kvality života dítěte a omezení nezbytné léčby (1, 8).

Druhy desenzibilizace:

- *Injekční*
- *Podávání kapek*

Injekční: Spočívá v injekčním podávání látky, na kterou je dítě alergické. Na počátku léčby je injekčně podáno malé množství látky a dávky se postupně zvyšují. Pokud desenzibilizace probíhá dobře, pak po dosažení vysokých dávek už dítě nereaguje na alergen, na který desenzibilizace probíhá. V léčbě se pokračuje pouze tehdy, jsou-li viditelné- do šesti měsíců od zahájení terapie- dobré výsledky. Injekce se aplikují pomocí malých jehliček a jsou téměř nebolestivé. Zpočátku probíhá vakcinace jednou týdně, potom po čtrnácti dnech a nakonec jednou za 4-8 týdnů. Léčba trvá celkově 3-5 let.

Injekce podává lékař nebo jsou podávány pod jeho kontrolou. Injekce není aplikována, pokud má dítě akutní onemocnění (např.,: chřipku). Po injekci dítě zůstává ještě 20-30 minut v čekárně na pozorování a po návratu domů nesmí provozovat větší fyzickou námahu (1).

Podávání kapek: Kapky jsou podávány pod jazyk, je možné je dát i na kousek cukru nebo na střídku chleba a poté je teprve umístit pod jazyk, kde by měly být ponechány alespoň dvě minuty a teprve pak je možné je spolknout. Kapky jsou zpočátku podávány každý den a potom dvakrát týdně. Desenzibilizace trvá 3-5 let a může se i provádět doma.

Jako u jakékoliv léčby se mohou objevit nežádoucí účinky terapie, i když jsou velmi vzácné. Můžeme pozorovat zarudnutí a bolestivost v místě vpichu injekce, rýmu, kašel, ekzém, kopřivku a výraznou únavu. V případě reakce je třeba vždy upozornit lékaře, aby mohla být další dávka upravena podle závažnosti reakce (1, 8).

1.6.3 Pomocná léčba

Lázeňská léčba- ozdravný pobyt

Bidat uvádí: „Pokud má dítě astma, recidivující rýmu nebo ekzém, je možné navrhnout ještě kromě běžné léčby lázně. Alergická onemocnění jsou v současnosti lépe pochopena, terapeutická opatření jsou dokonale účinná, a tak lázně bývají indikovány méně než v minulosti (104 s. 1)“.

Dětem trpícím alergií je pobyt v lázeňském zařízení vřele doporučován. V České

republiky jsou doporučovány lázně pro děti v trvání 4-6 týdnů podle aktuálního stavu dítěte a jsou hrazeny pojišťovnou dle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 58/1997 Sb. Do šesti let je hrazen i doprovod jednoho z rodičů.

Lázně se liší zaměřením na konkrétní nemoc. Některé se specializují na onemocnění dýchacích cest (Luhačovice, Jeseník, Mariánské Lázně), další se zaměřují na kožní onemocnění jako je např. lupenka (Darkov, Dolní Lipová).

Lázeňské procedury jsou uzpůsobené ke konkrétnímu druhu alergického onemocnění (astma, ekzém) a zahrnují inhalace, koupele, rehabilitační a otužovací procedury. Spolupráce rodičů a jejich aktivní zapojení v terapii dítěte je nezbytnou součástí lázeňského pobytu (1).

Velmi dobré výsledky jsou také u dětí, které jsou vysílány na 3 týdenní pobyty k moři (Jaderské, Egejské, Černé a Mrtvé), a nebo do hor (ozdravovny a lázně – Bedřichov, Bludov, Javorník na Šumavě, Křetín, Kynžvart, Pec pod Sněžkou, Radostín, Svatý Petr, Teplice nad Bečvou, Velké Losiny). Dále je možné strávit léčebný pobyt formou speleoterapie, která má až 90% úspěšnost (Ostrov u Macochy, Zlaté Hory)

1.7 Edukace

Edukací se rozumí předávání určitých informací, určitý proces vzdělávání, dovedností a stereotypů, výuka nových návyků. Aby byla edukace účinná, je důležitá dostatečná motivace pacientů, která se rozděluje na vnitřní motivaci- do této skupiny patří vůle něčeho dosáhnout a dále osobnostní rysy člověka. Vnější motivace- do této skupiny patří působení okolí na člověka.

Správná edukace je základní součástí péče o dětského alergika a vede k celkovému snížení morbidity, mortality a také celkově vylepšuje kvalitu života a také snižuje celkové náklady na zdravotní péči (11).

1.7.1 Edukační proces

Je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). Edukační procesy probíhají od prenatálního života až do smrti. Příkladem edukačního procesu může být osvojení mateřského jazyka dítětem. Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty:

- *edukaci a jejich charakteristika,*

- *edukátor,*

- *edukační konstrukty,*

- *edukační prostředí.*

Edukantem je subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. Každý edukant je individuální osobnost, která je charakterizována svými fyzickými (např. věk, pohlaví), afektivními (např. motivace, postoje) a kognitivními vlastnostmi (např. schopnost učit se). Charakteristiku edukanta ovlivňuje i etnická příslušnost, víra, sociální prostředí, ve kterém daný jedinec žije, tedy sociálně-kulturní podmínky (11).

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, porodní asistentka atd.

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, ve kterém edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako je například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a atmosféra edukace. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, ve které probíhá edukační proces, kdy edukátorem je všeobecná sestra a edukantem klient (11).

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění zdraví jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence.

1.7.2 Edukační metody

Juřeníková uvádí: „Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení (37 s. 11)“. Při volbě jednotlivých metod musíme vždy přihlídnout k osobnosti edukanta, k jeho dosavadním vědomostem, dovednostem a zkušenostem. V nemalé míře musíme přihlídnout ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace. Výběr efektivní a vhodné metody musí respektovat i aktuální zdravotní a psychický stav edukanta, prostředí, ve kterém bude edukace probíhat (11).

Edukační metody dělíme:

metody teoretické: klasická přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení, seminář

metody teoreticko- praktické: rozhovor, diskuze

metody praktické: instruktáž, exkurze, asistování

1.7.3 Realizace edukačního procesu

Edukaci realizujeme na základě zjištěných edukačních potřeb, které jsme stanovili na podkladě vyhodnocení sběru informací o edukantovi. Realizace edukace by měla vycházet z plánu edukace a vše by mělo směřovat k naplnění cíle edukace. Na realizaci edukace by se měl podílet celý multidisciplinární zdravotnický tým (lékař, všeobecná sestra aj.), který edukaci provádí na základě svých kompetencí, specializace a stanoveného plánu.

1.7.4 Hodnocení edukačního procesu

Hodnocení edukace je poslední fází edukačního procesu. Hodnotit můžeme různé oblasti edukačního procesu. Nejčastěji hodnotí edukátor edukanta, jakých výsledků a efektů u něj bylo dosaženo.

Každá edukace by měla být hodnocena. Údaje z hodnocení nám ukazují, jak byla edukace účinná či naopak nás upozorní na to, co je třeba ještě v edukaci doplnit a vylepšit. Dále je také důležité provést o edukaci záznam, který by měl být opatřen datem, stručným zhodnocením, razítkem a podpisem. Setká-li se zdravotník s odmítnutím edukace, ze strany pacienta, tak by měl být tento fakt řádně zaznamenán a je-li to možné uvést důvod.

Formativní hodnocení - Tento druh hodnocení je zaměřen na odhalování chyb a nedostatků v průběhu edukace. Každý edukant je hodnocen individuálně a jednotliví edukanti nejsou porovnáváni mezi sebou. Cílem tohoto hodnocení je zjistit stav edukantových vědomostí a dovedností. Edukátor na základě zjištěných poznatků může aktuálně přizpůsobit edukaci potřebám edukanta.

Sumativní hodnocení - Provádí se nakonci určitého období (např. na konci absolvování kurzu pro alergiky). Cílem je sumarizovat pokroky edukanta (11).

1.7.5 Proces edukace v péči o dítě

Edukace dětí a rodičů nesmí být jednorázovým poučením, ale musí být dlouhodobým procesem, který se musí plánovat. Na počátku celého procesu bychom měli zjistit, co rodiče o problému ví, jak ho vnímají a jakou mají schopnost učit se na základě toho, jakým onemocněním dítě trpí, jaká jsou specifika v péči o ně a jaké schopnosti má matka, formulujeme cíl edukace a na jeho podkladě vytvoříme plán edukace, který lze během průběžného hodnocení doplňovat a měnit (19).

1.7.6 Kompetence sestry při edukaci v péči o dítě

Kompetence sestry při edukaci v péči o dítě jsou stanoveny ve Vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle § 48 a 51 této vyhlášky dětská sestra bez odborného dohledu a bez indikace edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Na základě indikace lékaře dále rodiče dětí edukuje ve specializovaných léčebných postupech (19).

Sestra v edukaci například eviduje:

- Kdo je edukován (zdravé nebo nemocné dítě, rodič atd.)
- Zaměření edukace (základní edukace, jednorázové vzdělání, reedukace atd.)
- Forma edukace (individuální, s rodinou, skupinová atd.)
- Edukační metody (rozhovor, diskuze, instruktáž)
- Pomůcky k edukaci (leták, brožura, ukázka aj.)
- Téma k edukaci (nemoc, první pomoc, alergeny vyvolávající záchvat aj.)
- Reakci klienta na edukaci (má dotazy, odmítá výuku, rozladěnost aj.)
- Vyhodnocení (splnění cíle, cíl nebyl splněn aj.)

Zdroj: vlastní výzkum

1.8 Edukace u akutních stavů

Anafylaktický šok: Anafylaktický šok se často ohlašuje nástupem příznaků; jejich objevení musí ihned vest k zahájení léčby. Tyto příznaky mohou být nenápadné, ale pokud se objeví u osoby, kde je riziko anafylaktického šoku a hrozí možnost šokové reakce, nesmí se s léčbou čekat!

Je potřeba ihned podat antihistaminika ve formě tablet nebo kapek. Pokus příznaky nejsou rychle zklidněny nebo stabilizovány a potíže postupují, nebo pokud

je reakce od počátku velmi silná (nevolnost, ztráta vědomí), je potřeba aplikovat injekčním perem dávku adrenalinu a ihned volat lékaře (1, 8, 12).

Autoinjekční adrenalinové pero EpiPen:

je speciální injekční stříkačka (tzv. autoinjektor) naplněná adrenalinem určená k jednorázovému použití. Vyskytuje se ve dvou dávkách 0,15 mg pro děti a 0,30 mg pro dospělé. Mechanismus použití je velmi jednoduchý, zvládne ho aplikovat i dítě. Je velmi důležité mít tento pohotovostní balíček stále při ruce, aby bylo možné ho použít, nastane-li alergická reakce (12).

Sestra by měla dítě řádně poučit, co přesně dělat při anafylaktickém šoku. Naučit dítě samo si aplikovat injekci a zároveň ho přezkoušet, zda tento úkon zvládne. Důležitá je také zpětná vazba. Poučit dítě, jaký postup má při tomto druhu alergické reakce zachovat: aplikovat nejdříve injekci nebo tabletku (antihistaminikum) a pak volat lékaře nebo naopak.

Alergie na hmyzí bodnutí: jedná se o nejtěžší alergickou reakci; při dalším žihadle se vždy obáváme příchodu ještě závažnější reakce (1).

Důležitá je prevence hmyzího bodnutí: nechodit v trávě bez obutí, nechat zničit vosí hnízda, správně skladovat odpadky atd. Vždy mít u sebe pohotovostní balíček s adrenalinovým perem. V případě píchnutí včelou musí být rychle a opatrně žihadlo vytaženo z kůže aniž bychom zmáčkli jedový váček.

1.9 Komunikace

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocnými i kolegy na významné místo. Ztráta schopnosti komunikovat vede mnohdy k závažným ohrožením mezilidských vztahů.

Venglářová uvádí: “Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (11 s. 23)“.

Sestra pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Tady je pak prostor pro práci sestry na rozvoji komunikačních dovedností nemocného. V práci zdravotní sestry zaujímá výlučné místo komunikace s nemocným. V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace (23).

1.9.1 Rozdělení profesionální komunikace

Sociální komunikace. Jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování má omezenou možnost sociálních kontaktů. Pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, u zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci.

Specifická (strukturovaná) komunikace. Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně atd. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr je nutné ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho.

Terapeutická komunikace. Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, pomoc při adaptaci na změnu atd. podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somatických či psychosomaticky nemocných (2, 10, 23, 24).

1.9.2 Komunikace s nemocným dítětem- alergikem

Pro úspěšnou komunikaci s dítětem je nezbytná znalost vývojových stádií dítěte. Správná komunikace nám může pomoci v navázání vzájemného vztahu a tím dosažení úspěšné spolupráce. Sestra se stává pro dítě kromě rodičů nejbližší kontaktní osobou. V kontaktu s dítětem nejsme jen zdravotníky – můžeme být pro něj partnery ve hře, náhradou kamarádů, rodičů. Vždy bychom měli být přijímací, ti co zůstávají klidní a vědí si rady, jsou zdrojem jistoty a porozumění. Další schopností sestry je umět tohle vše na patřičné úrovni sdělit (22).

Zásady komunikace s dětským alergikem:

- dítěti nelžeme
- trpělivě vysvětlujeme vše s přihlédnutím ke zralosti dítěte. Sdělujeme, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat. Kladením otázek se přesvědčíme, zda jsme byli pochopeni.
- používáme jednoduchý slovník, krátké srozumitelné věty
- připravujeme na bolest, nikdy netvrdíme opak
- vždy chválíme a oceňujeme jakékoliv úsilí, činnost
- pokud je možnost aktivní spolupráce s rodiči, začleníme je do celého procesu

Chyby v přístupu:

- lhaní, zastírání, zlehčování
- přílišný autorativní přístup, direktivita
- devalvace emocionálních projevů (pláče, vzteku, strachu)
- kárání dítěte za nešikovnosti, výčitky, srovnávání s jinými dětmi (22, 16)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

V této práci byly vytčeny dva cíle.

Cíl 1 Zjistit, jak dětský pacient chápe svoje onemocnění a jak je edukován sestrou o svém léčebném režimu

Cíl 2 Zjistit, jak jsou rodiče informováni sestrou o možnostech léčby alergie

2.2 Hypotézy práce

Byly stanoveny tyto tři hypotézy.

Hypotéza 1 Děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému onemocnění na základě edukace sestrou.

Hypotéza 2 Děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému léčebnému režimu na základě edukace sestrou.

Hypotéza 3 Rodiče jsou informováni sestrou o možnostech léčby alergie.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro zjištění podkladů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníku. Rozdávané dotazníky byly anonymní. Výzkumné šetření proběhlo v době od konce listopadu 2009 do konce března 2010. Dotazník byl rozdělen na část a – určen pro dětské alergiky v kategorii staršího školního věku a na část b – dotazník určen pro rodiče těchto dětí.

V části a dotazníku pro dětské alergiky bylo použito 22 otázek. 17 otázek bylo uzavřených, 5 polootevřených. Prvních 9 otázek dotazníku bylo zaměřeno na zjištění pohlaví, věku a druhu alergie dítěte. Zbýlých 13 otázek bylo zaměřeno na sesterskou edukaci.

V části b dotazníku pro rodiče alergika bylo použito 19 otázek. 12 otázek bylo uzavřených, 7 polootevřených (Příloha č.1). První 3 otázky dotazníku byly zaměřeny na identifikaci rodičů a zbylé otázky byly zaměřeny na konkrétní alergické onemocnění a sesterskou edukaci.

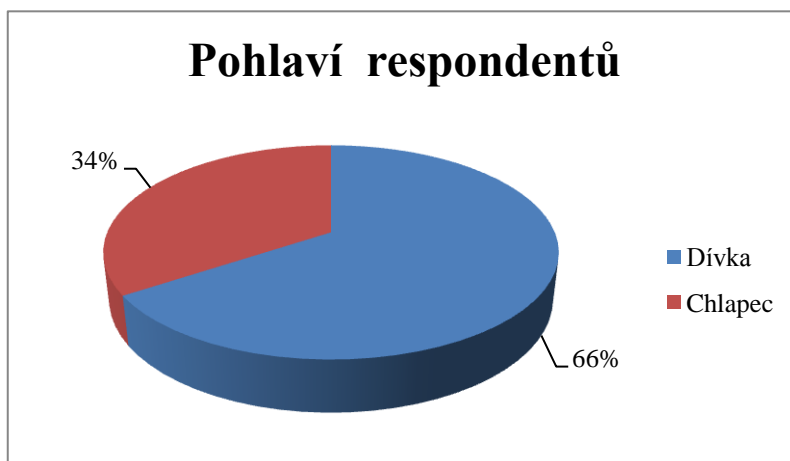
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily, pro verifikaci H1 a H2, děti staršího školního věku trpící alergií a pro H3 rodiče těchto dětských alergiků. Dotazníky byly rozdány se souhlasem lékaře dětem a jejich rodičům ve spolupráci sester v jedné alergologické poradně ve Strakoniciích a ve dvou poradnách v Písku. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, návratnost vyplněných dotazníků činila 70%. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 140 respondentů – z toho 70 dětí a 70 rodičů těchto dětí.

4 Výsledky

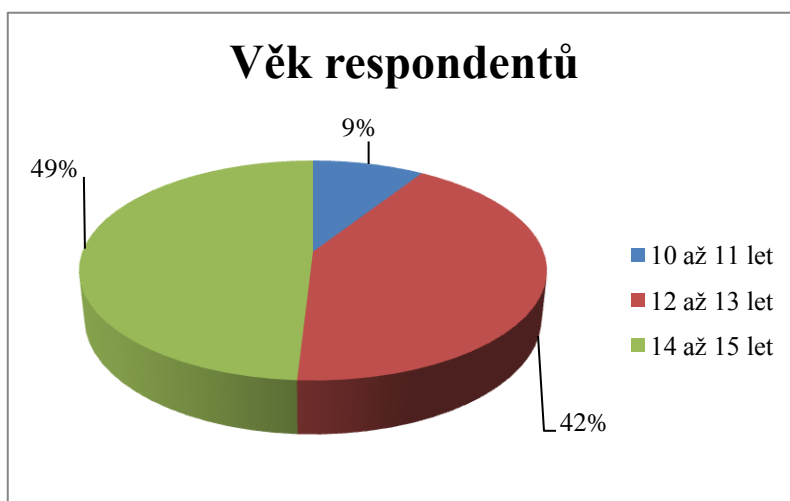
4.1 Výsledky šetření u dětského alergika - část a

Graf 1 – Pohlaví respondentů (graf k otázce č. 1)



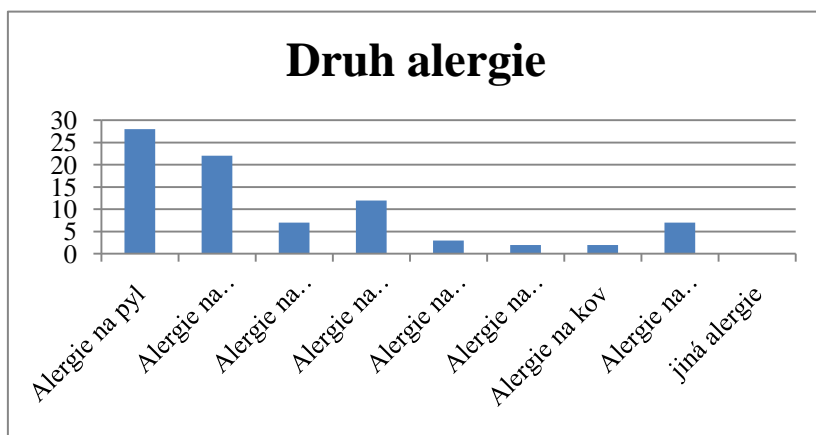
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), je 46 chlapců (66%) a 24 dívek (34%).

Graf 2 – Věk respondentů (graf k otázce č. 2)



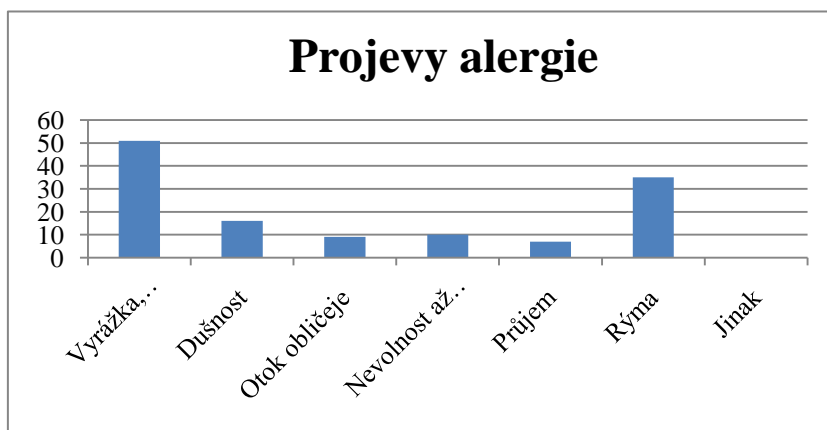
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), je ve skupině 10 až 11 let 5 dětí (9%), ve skupině 12 až 13 let 23 dětí (42%), ve skupině 14 až 15 let 27 dětí (49%).

Graf 3 – Druh alergie (graf k otázce č. 3)



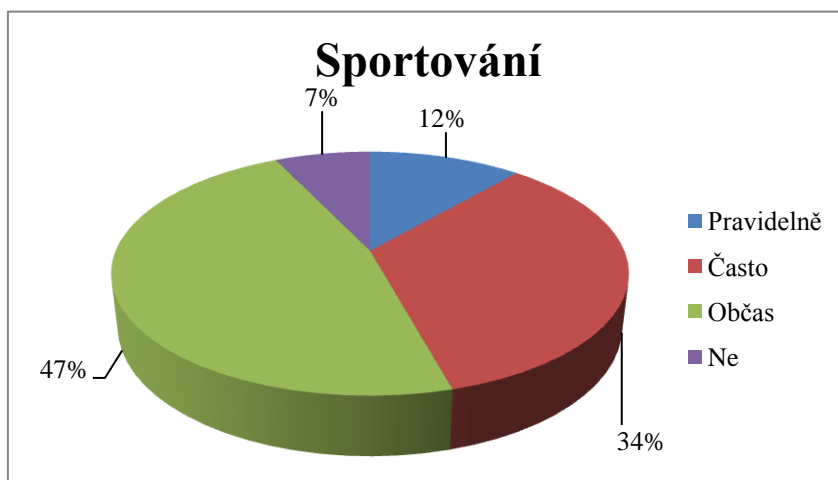
V této otázce byla možnost více odpovědí. Z tohoto důvodu byla vyhodnocena pouze četnost a ne procentické vyjádření. 28x byla uvedena alergie na pyl, 22x alergie na zvířecí srst či roztoče, varianta alergie na potraviny byla označena 7x, alergie na plísně 12x. Dále 3x alergie na antibiotika, 2x alergie na jiná léčiva, 2x odpověď alergie na kov, 7x alergie na teplo a chlad a 0x jiná alergie.

Graf 4 – Projevy alergie (graf k otázce č. 4)



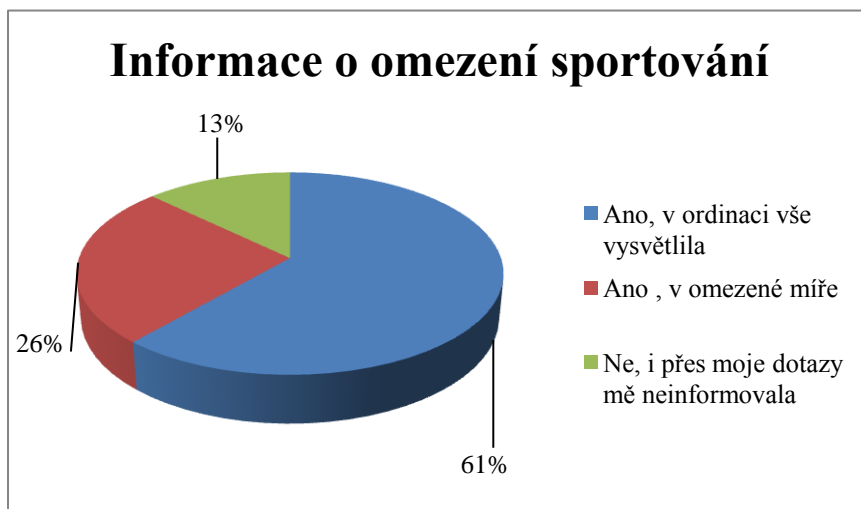
V této otázce byla možnost více odpovědí. Z tohoto důvodu byla vyhodnocena pouze četnost a ne procentické vyjádření. 51x byla uvedena odpověď vyrážka, svědění a slzení očí, varianta dušnost byla označena 16x, otok obličeje byl označen 9x, 10x nevolnost až zvracení a dále varianta průjem 7x, odpověď rýma a 0x uvedeno jinak.

Graf 5 – Sportování (graf k otázce č. 5)



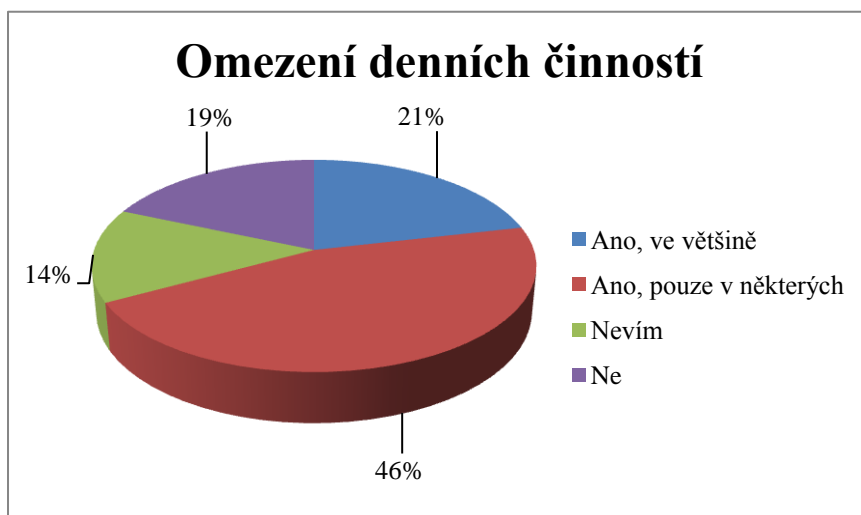
Graf 5 znázorňuje, zda z celkového počtu 70 respondentů (100%), 8 dětí (12%) sportuje pravidelně, 24 dětí (34%) sportuje často, 47% dětí (33) sportuje občas a 5 dětí (7%) nesportuje.

Graf 6 – Informace o omezení sportování (graf k otázce č. 6)



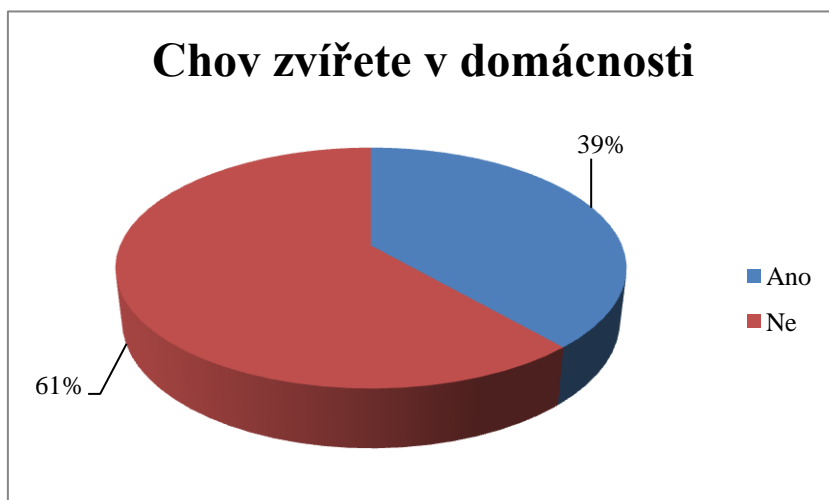
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 43 dětem (61%) informace o omezení sportování vysvětlila sestra v ordinaci, 18 dětí (26%) informovala v omezené míře a 9 dětí (13%) i přes jejich dotazy neinformovala vůbec.

Graf 7 – Omezení denních činností (graf k otázce č. 7)



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 15 dětí (21%) omezuje alergie v denních činnostech ve většině, 32 dětí (46%) omezuje pouze v některých případech, 10 dětí (14%) neví, zda je alergie omezuje a 13 dětí (19%) odpovědělo ne.

Graf 8 – Chov zvířete v domácnosti (graf k otázce č. 8)



Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 27 dětí (39%) odpovědělo ano na otázku, zda doma chovají nějaké zvíře a 43 dětí (61%) odpovědělo na tuto otázku ne.

Graf 9 – Informace od sestry o možnosti odstranit zvíře z důvodu zhoršení nemoci
(graf k otázce č. 9)



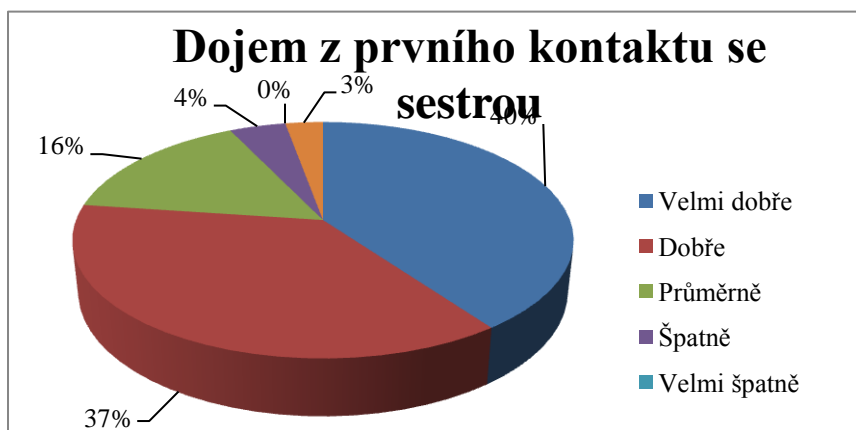
Graf 9 znázorňuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 13 dětí (19%) hovořilo se sestrou o možnosti odstanění zvířete z bytu a 57 dětí (81%) se sestrou nehovořilo.

Graf 10 – Vliv alergického onemocnění na školní docházku (graf k otázce č. 10)



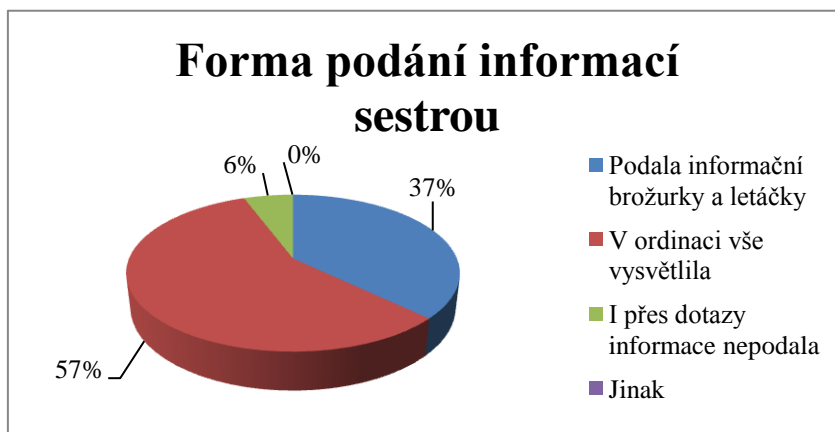
Z grafu 10 lze vyčíst, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), u 22 dětí (31%) má onemocnění vliv na jejich školní docházku, 11 dětí (16%) neví, zda má onemocnění vliv na jejich školní docházku a 37 dětí (53%) na otázku odpovídá ne.

Graf 11 – Dojem z prvního kontaktu se sestrou (graf k otázce č. 11)



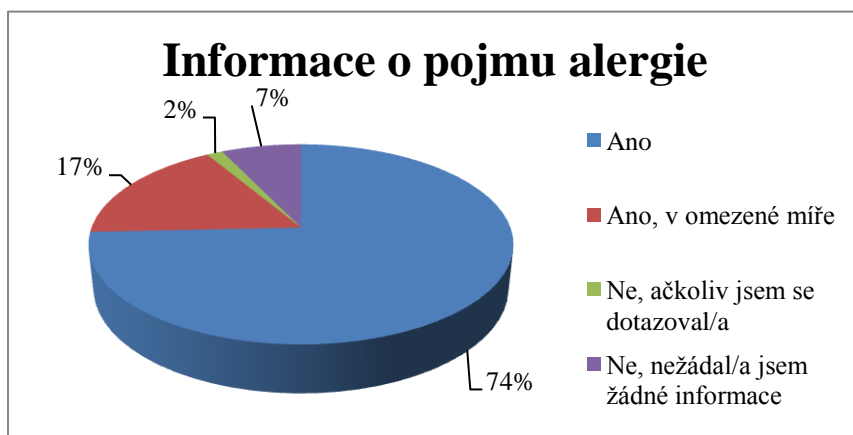
Tento graf znázorňuje, jak na dítě působil první kontakt se sestrou v alergologické ordinaci. Z celkového počtu 70 respondentů (100%), 28 dětí (40%) mělo z prvního kontaktu velmi dobrý dojem, 26 dětí (37%) hodnotilo první kontakt dobře, 11 dětí (16%) hodnotilo první kontakt se sestrou průměrně, 3 děti (4%) hodnotily kontakt špatně a 2 děti (3%) si na dojem z prvního setkání se sestrou nevzpomínají. Nikdo z dětí nehodnotil první kontakt se sestrou v ordinaci velmi špatně.

Graf 12 – Forma podání informací sestrou (graf k otázce č. 12)



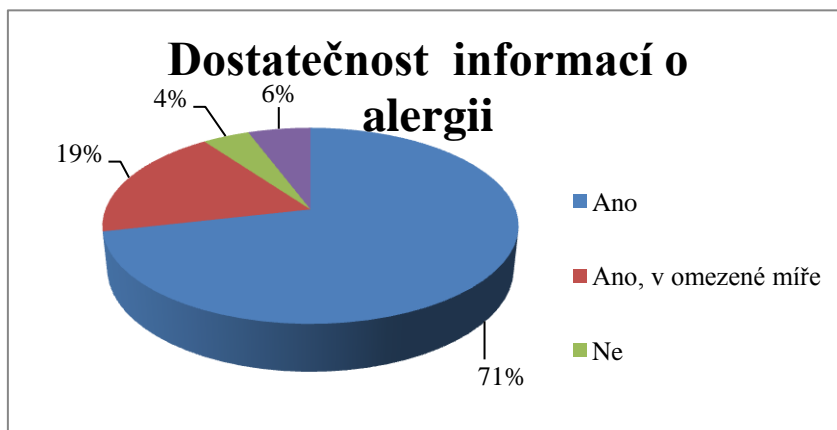
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 26 dětem (37%) sestra podala informační brožurky a letáčky, 40 dětem (57%) vše v ordinaci vysvětlila, 4 dětem (6%) i přes jejich dotazy žádné informace nepodala a žádné z dětí nevedlo jinou možnost.

Graf 13 – Informace o pojmu alergie (graf k otázce č. 13)



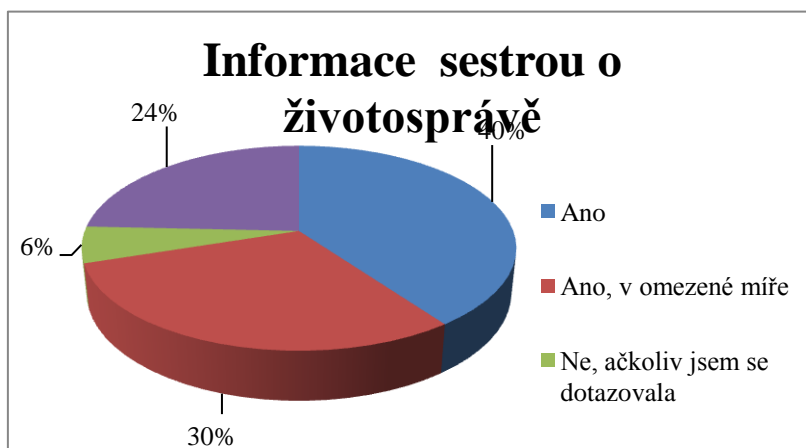
Tento graf udává, zda sestra informovala dítě, co si představit pod pojmem alergické onemocnění. Z celkového počtu 70 respondentů (100%), 52 dětí (74%) odpovědělo ano na tuto otázku, 12 dětí (17%) bylo informováno v omezené míře, 1 dítě (2%) uvedlo, že ho sestra i přes jeho dotazy neinformovala a 5 dětí (7%) nebylo informováno, protože nežádalo žádné podrobnější informace.

Graf 14 – Dostatečnost informací o alergii (graf k otázce č. 14)



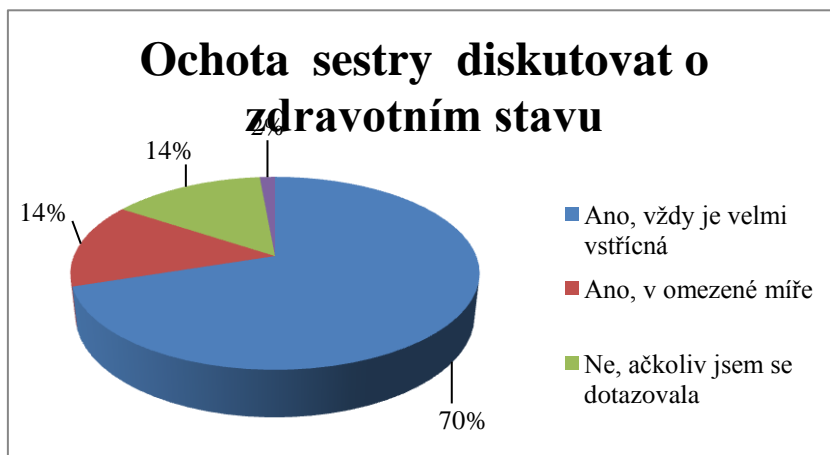
Tento graf udává, zda informace, které podala sestra dítěti o jeho onemocnění, byly pro něj dostačující. Z celkového počtu 70 respondentů (100%), 50 dětí (71%) odpovědělo ano, 13 dětí (19%) na otázku odpovědělo, že podané informace byly pro něj dostačující v omezené míře, 3 děti (4%) odpověděly ne a 4 děti (6%) uvedly, že žádné informace nežádaly.

Graf 15 – Informace sestrou o životosprávě (graf k otázce č. 15)



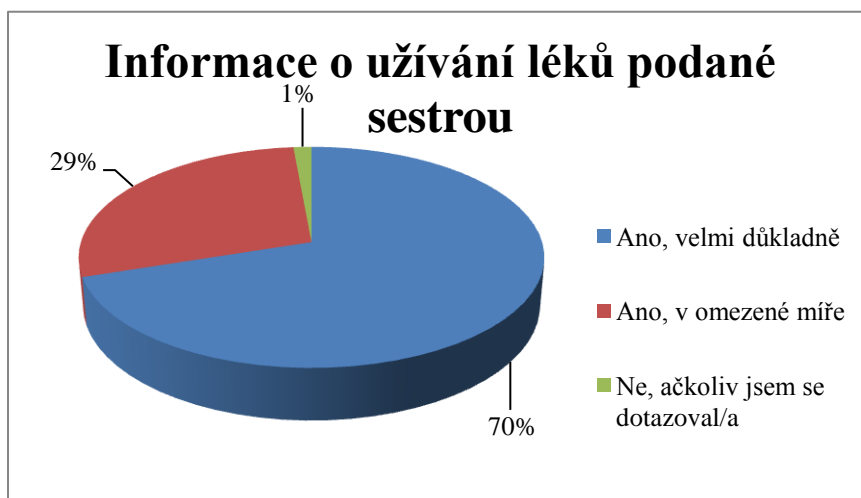
Z grafu 15 lze vyčíst, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 28 dětí (40%) sestra informovala o dodržování správné životosprávy, 21 dětí (30%) sestra informovala v omezené míře, 4 děti (6%) sestra, i přes jejich dotazy je neinformovala a 17 dětí (24%) nežádalo od sestry žádné informace.

Graf 16 – Ochota sestry diskutovat o zdravotním stavu (graf k otázce č. 16)



Graf 16 zobrazuje názory dětí o ochotě sestry diskutovat o jejich zdravotním stavu. Z celkového počtu 70 respondentů (100%), největší počet dětí 70 % (49) uvedlo, že je vždy sestra velmi vstřícná, 14% dětí (10) udalo, že je sestra ochotná v omezené míře, stejné množství dětí 14% (10) uvedlo, že ochotná není, ačkoliv se dotazovalo a 2% dětí (1) žádné informace po sestře nežádalo.

Graf 17 – Informace o užívání léků podané sestrou (graf k otázce č. 17)



Z grafu 17 vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 70% dětí (49) uvedlo, že je sestra informovala o užívání léků velmi důkladně, 29% dětí (20) sestra informovala v omezené míře a 1% dětí (1) sestra neinformovala, ačkoliv se dotazovalo.

Graf 18 – Názorná ukázka použití inhalátoru (graf k otázce č. 18)



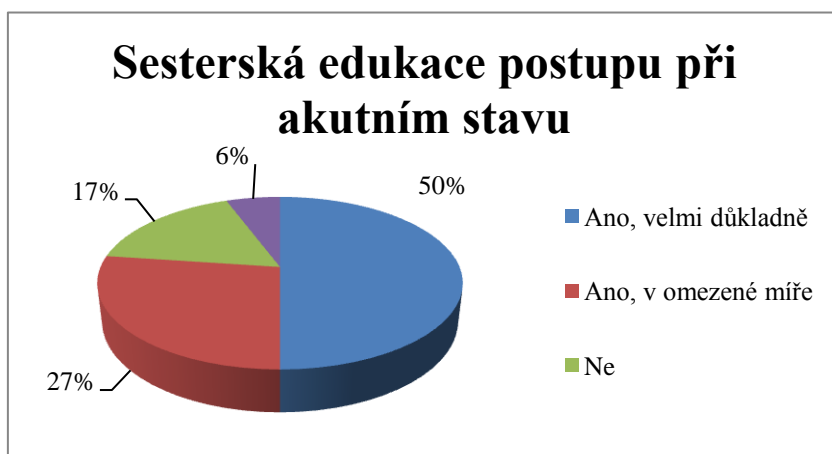
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 36 dětem (52%) sestra velmi důkladně ukázala, jak mají použít inhalátor, 19 dětem (27%) použití přístroje ukázala v omezené míře, 8 dětí (11%) uvedlo, že jim sestra neukázala použití inhalátoru a 7 dětí (10%) odpovědělo, že nemají tuto léčbu naordinovanou.

Graf 19 – Názorná ukázka použití injekce s adrenalinem (graf k otázce č. 19)



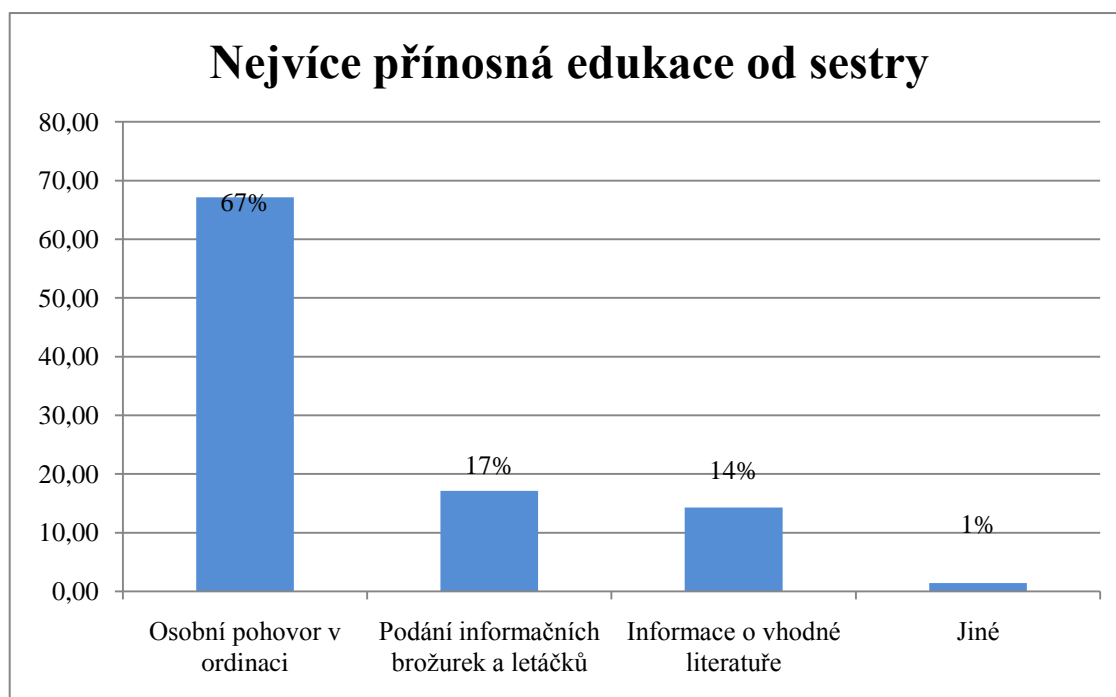
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 2 dětem (3%) sestra velmi důkladně ukázala, jak mají použít injekce s adrenalinem, 0 dětem (0%) použití injekce ukázala v omezené míře, 18 dětí (26%) uvedlo, že jim sestra neukázala použití injekce a 50 dětí (71%) odpovědělo, že nemají tuto léčbu naordinovanou.

Graf 20 – Sesterská edukace postupu při akutním stavu (graf k otázce č. 20)



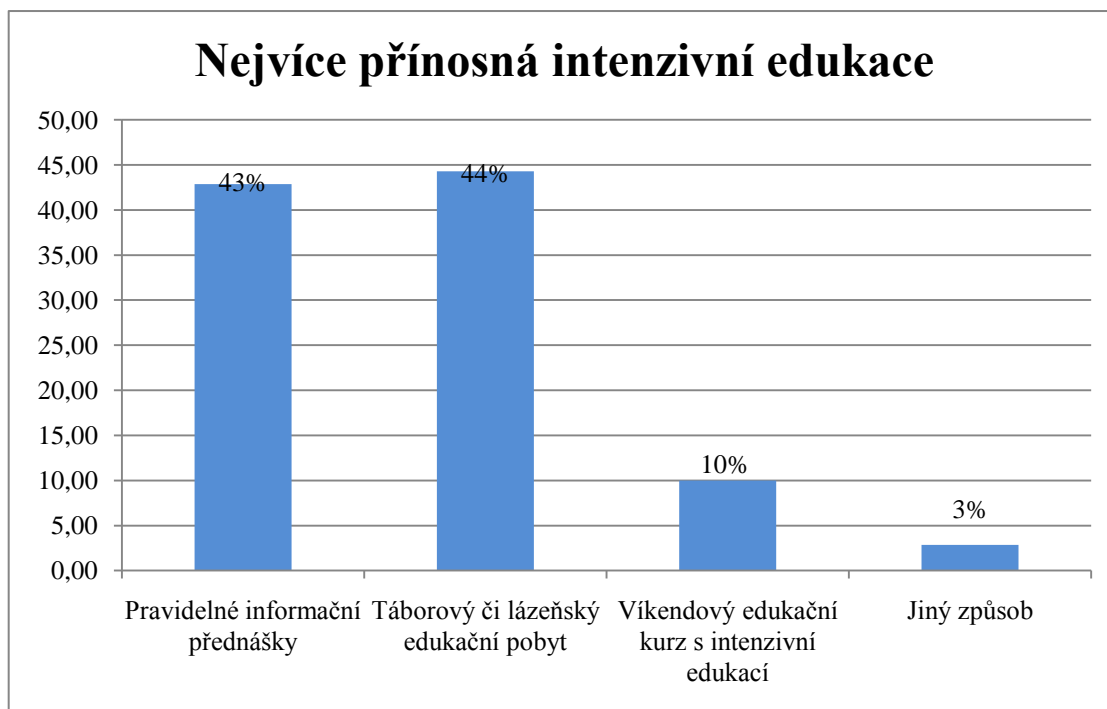
Z grafu 20 vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 35 dětí (50%) sestra velmi dobře edukovala, jak postupovat při akutním stavu, 19 dětí (27%) edukovala v omezené míře, 12 dětí (17%) označilo odpověď ne a 4 děti (6%) sestra neinformovala, ačkoliv se dotazovaly.

Graf 21 – Nejvíce přínosná edukace od sestry (graf k otázce č. 20)



Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 47 dětem (67%) byla nejvíce přínosná edukace od sestry osobní pohovor s ní v ordinaci, pro 12 dětí (17%) to bylo podání informačních brožurek a letáčků, 11 dětí (14%) uvedlo informace o vhodné literatuře a 1 dítě (1%) uvedlo jinou odpověď.

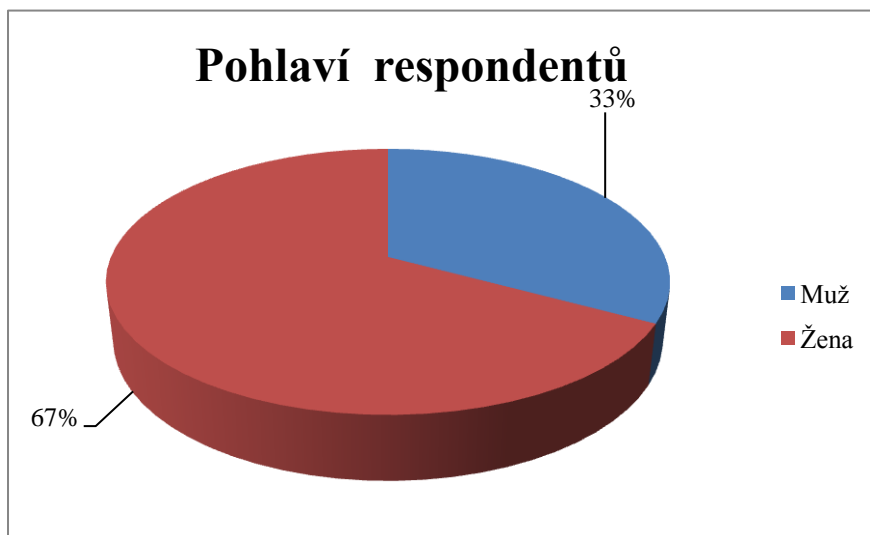
Graf 22 – Nejvíce přínosná intenzivní edukace (graf k otázce č. 21)



Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 30 dětí (43%) se domnívá, že by bylo nejvíce přínosnou edukací pravidelné informační přednášky, 31 dětí (44%) označilo táborový či lázeňský edukační pobyt, 7 dětí (10%) víkendový edukační kurz s intenzivní edukací a 2 děti (3%) uvedly jinou odpověď.

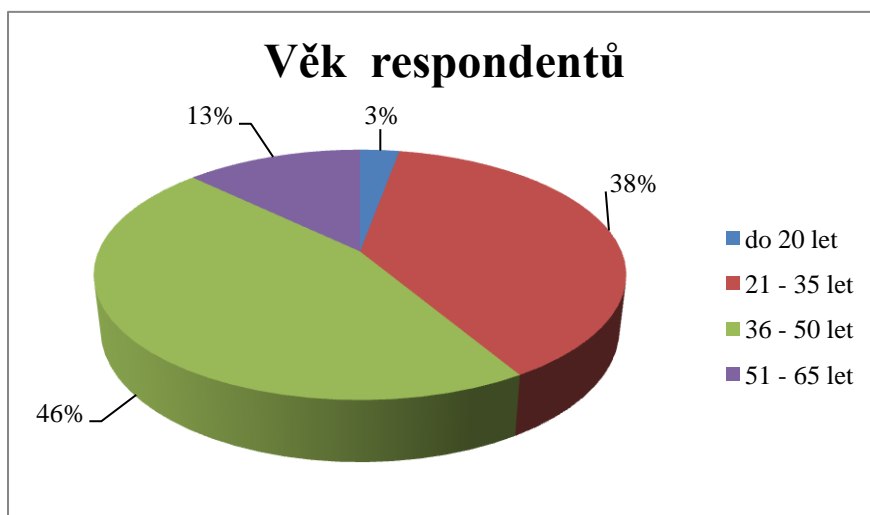
4.2 Výsledky šetření u rodiče alergika - část b

Graf 1 – Pohlaví respondentů (graf k otázce č. 1)



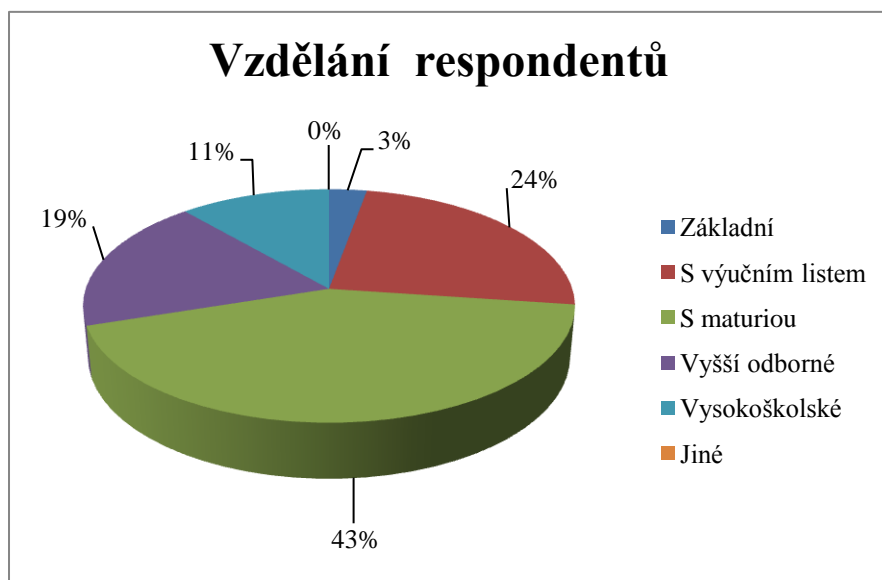
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), je 23 mužů (33%) a 47 žen (67%).

Graf 2 – Věk respondentů (graf k otázce č. 2)



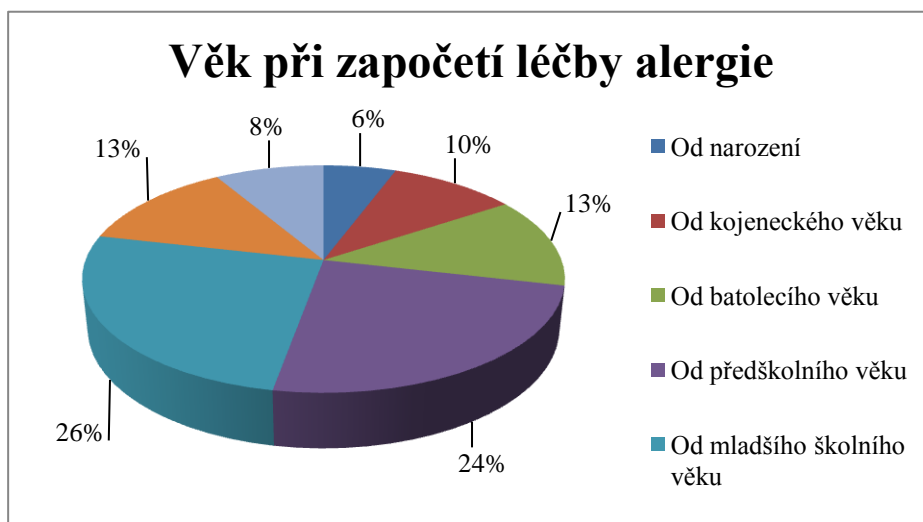
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), byly ve skupině do 20 let 2 rodiče (3%), ve skupině 31 – 35 let bylo 27 rodičů (38%), ve skupině 36 – 50 let bylo 32 rodičů (46%) a ve skupině 51 – 65 let bylo 9 rodičů (13%).

Graf 3 – Vzdělání respondentů (graf k otázce č. 3)



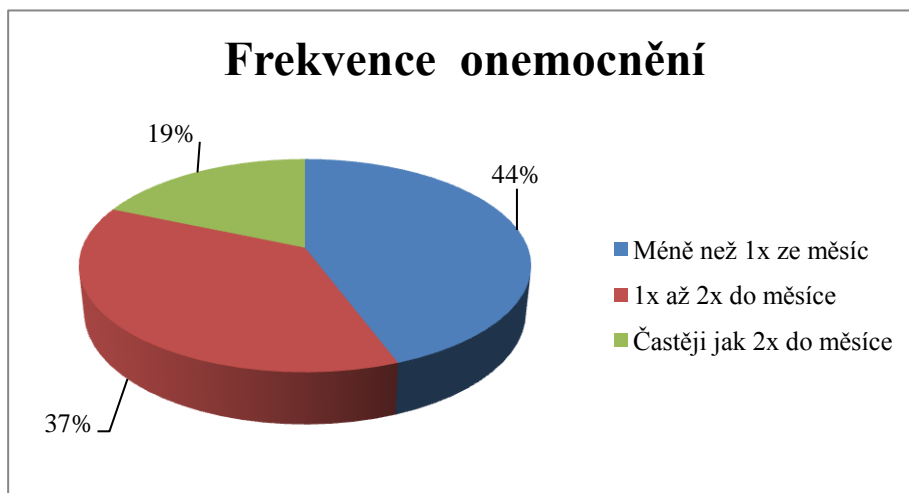
Z grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), měli 2 respondenti (3%) základní vzdělání, 17 respondentů (24%) bylo vyučených, největší počet 30 respondentů (43%) mělo středoškolské vzdělání s maturitou, 19 % respondentů (13) mělo vyšší odborné vzdělání, 11% dotazovaných (8) mělo vysokoškolské vzdělání a 0 osob (0%) mělo jiné vzdělání.

Graf 4 – Věk při započetí léčby alergie (graf k otázce č. 4)



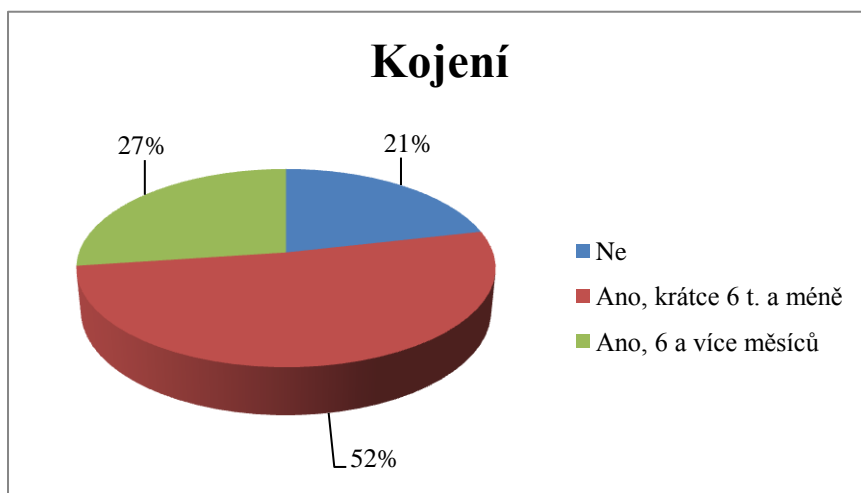
Tento graf ukazuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), se od narození léčí 4 děti (6%), od kojeneckého věku 7 dětí (10%), od batolecího věku 9 dětí (13%), od předškolního věku se léčí 17 dětí (24%), od mladšího školního věku 18 dětí (26%), od staršího školního věku 9 dětí (13%) a od adolescence se léčí 6 dětí (8%).

Graf 5 – Frekvence onemocnění (graf k otázce č. 5)



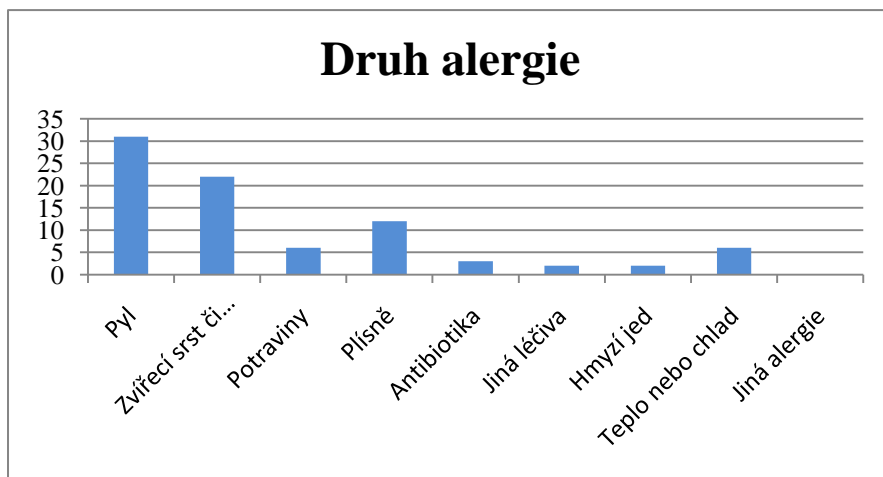
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), je 31 dětí (44%) nemocných s alergií méně než 1x za měsíc, 26 dětí (37%) onemocní 1x až 2x do měsíce a 19% dětí (13) je nemocné častěji jak 2x do měsíce.

Graf 6 – Kojení (graf k otázce č. 6)



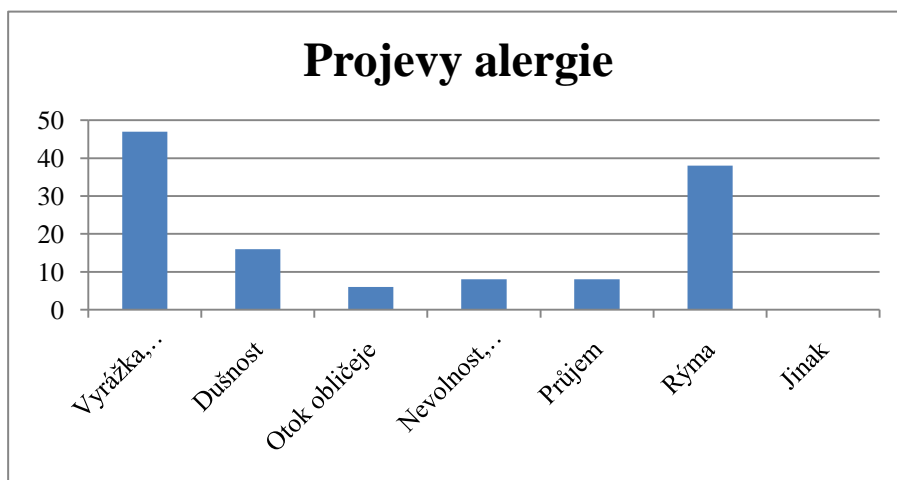
Graf 6 ukazuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), nekojilo dítě 15 respondentů (21%), 6 týdnů a méně kojilo 36 respondentů (52%) a 6 a více měsíců kojilo 19 respondentů (27%).

Graf 7 – Druh alergie (graf k otázce č. 7)



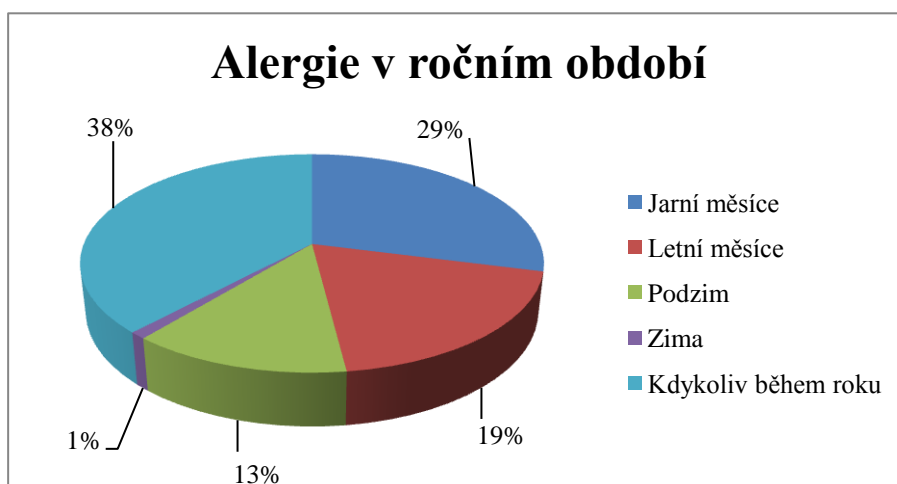
V této otázce byla možnost více odpovědí. Z tohoto důvodu byla vyhodnocena pouze četnost a ne procentické vyjádření. 31x respondentů uvedlo, že jejich dítě má alergii na pyl, 22x byla uvedena zvířecí srst či roztoči, 6x potraviny, 12x plísně, 3x uvedena antibiotika, 2x jiná léčiva, 2x označen hmyzí jed, 6x teplo nebo chlad a 0x jiná odpověď..

Graf 8 – Projevy alergie (graf k otázce č. 8)



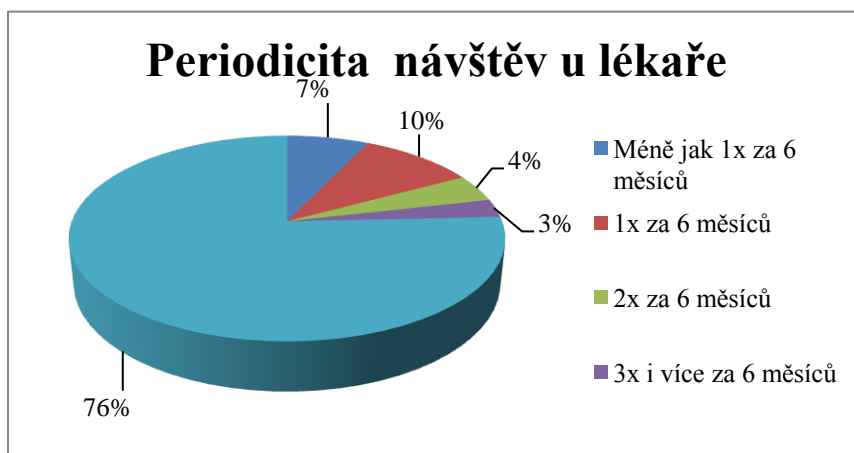
V této otázce byla možnost více odpovědí. Z tohoto důvodu byla vyhodnocena pouze četnost a ne procentické vyjádření. Nejčastějším projevem byla uvedena 47x vyrážka, svědění či slzení očí, 16x byla označena dušnost, 6x otok obličeje, 8x uvedena odpověď nevolnost a zvracení, 8x průjem, 38x rýmu a 0x jiná odpověď.

Graf 9 – Alergie v ročním období (graf k otázce č. 9)



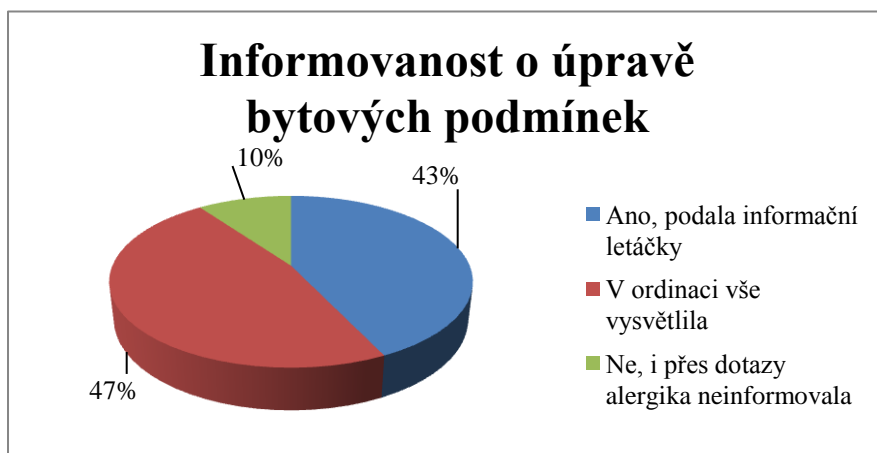
Graf 9 ukazuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), se u 29 respondentů (29%) projevuje alergie v jarních měsících, 19 respondentů (19%) uvedlo léto, 13 respondentů (13%) uvedlo podzim, 1 respondent (1%) uvedl zimu a u 38 respondentů (38%) se alergie projevuje kdykoliv během roku.

Graf 10 – Periodicita návštěv u lékaře (graf k otázce č. 10)



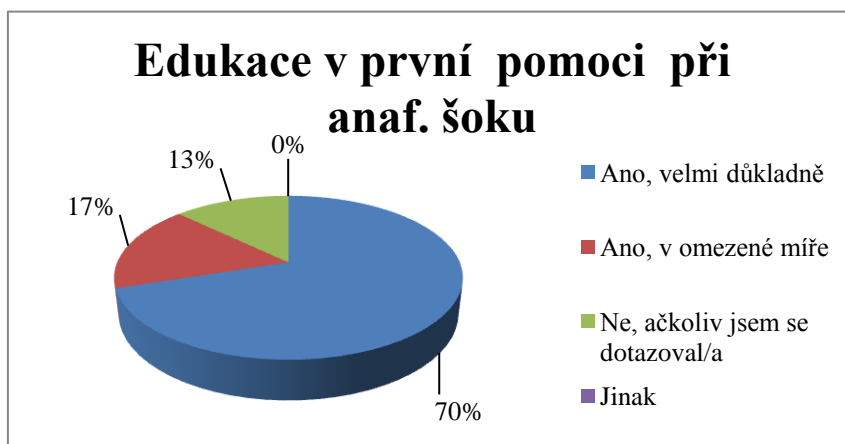
Graf 10 ukazuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), nejvíc a to 53 dětí (76%) navštěvuje s rodiči alergologa dle potřeb a obtíží dítěte, dále 7 dětí (10%) chodí k lékaři 1x za 6 měsíců, 5 dětí (7%) méně jak za 6 měsíců, 3 děti (4%) vyhledává lékaře 2x za 6 měsíců a pouze 2 děti (3%) navštěvuje s rodiči lékaře 3x i více za 6 měsíců.

Graf 11 – Informovanost o úpravě bytových podmínek (graf k otázce č. 11)



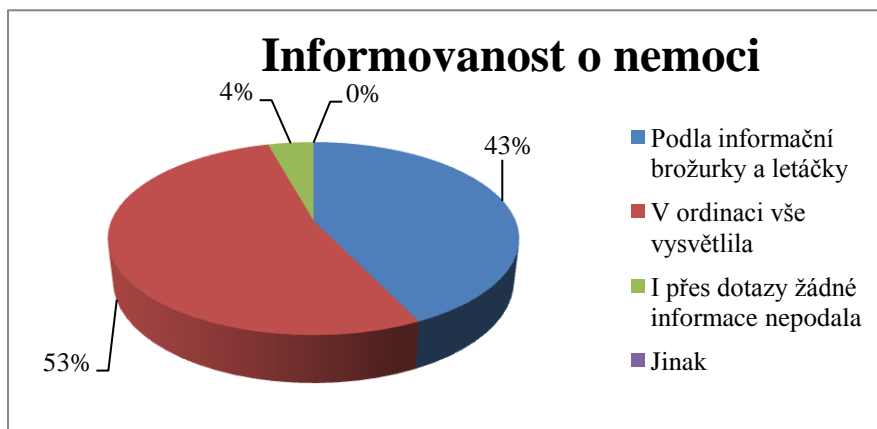
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 30 respondentů (43%) sestra informovala o úpravě bytových podmínek podáním informačních letáčků, u 33 respondentů (47%) sestra informace podala v ordinaci a u 7 rodičů (10%) sestra, i přes jejich dotazy, žádné informace nepodala.

Graf 12 – Edukace v první pomoci při anafylaktickém šoku (graf k otázce č. 12)



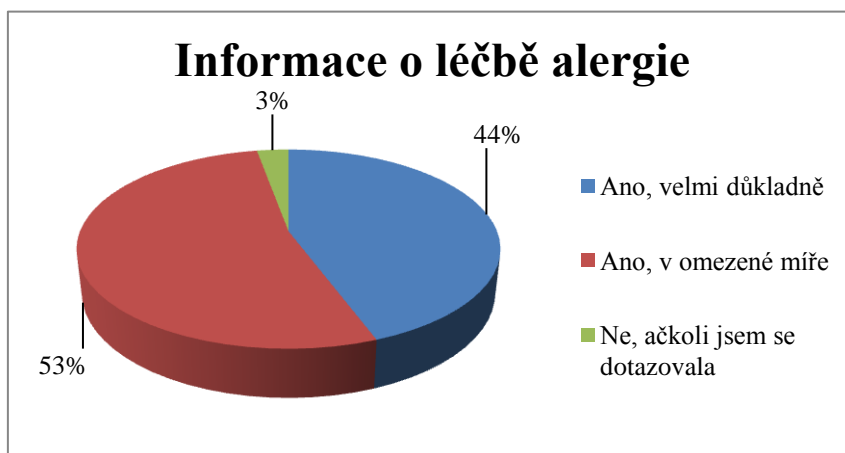
Graf 12 ukazuje, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 49 respondentům (70%) sestra vysvětlila první pomoc velmi důkladně, 12 respondentům (17%) vše vysvětlila v omezené míře, 9 respondentům (13%) první pomoc nevysvětlila, ačkoliv se dotazovali a jinou variantu nezvolil žádný z rodičů.

Graf 13 – Informovanost o nemoci (graf k otázce č. 13)



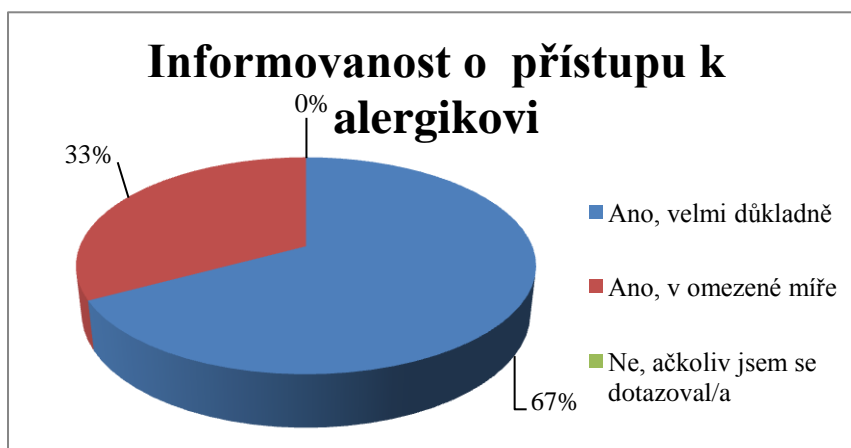
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 30 respondentům (43%) podala sestra informační brožurky a letáčky, 37 respondentům (53%) vše vysvětlila v ordinaci, 3 respondenty (4%) i přes jejich dotazy žádné informace nepodala a 0 respondentů (0%) nevedlo žádný jiný způsob možnosti podání informací sestrou.

Graf 14 – Informace o léčbě alergie (graf k otázce č. 14)



Graf 14 znázorňuje, zda sestra rodiče informovala o možnostech léčby alergie. Z celkového počtu 70 respondentů (100%) uvedlo, že 31 rodičů (44%) bylo sestrou informováno velmi důkladně, 37 rodičů (53%) bylo informováno v omezené míře a 2 rodiče (3%) i přes jejich dotazy na tuto léčbu sestrou informováno nebylo.

Graf 15 – Informovanost o přístupu k alergikovi (graf k otázce č. 14)



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 47 respondentů (67%) sestra informovala velmi důkladně o tom, jak přistupovat k alergikovi, 23 respondentů (33%) informovala v omezené míře a 0 respondentů (0%) neinformovala.

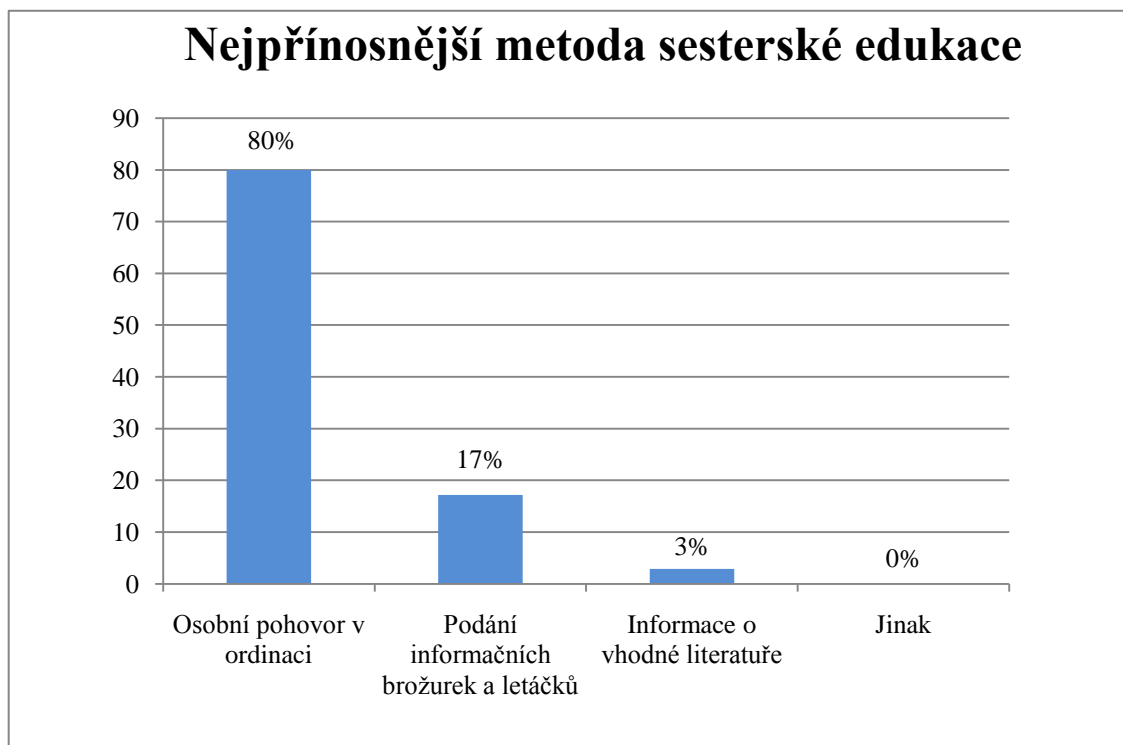
Graf 16 – Ovlivnění životního stylu na základě sesterské edukace

(graf k otázce č. 15)



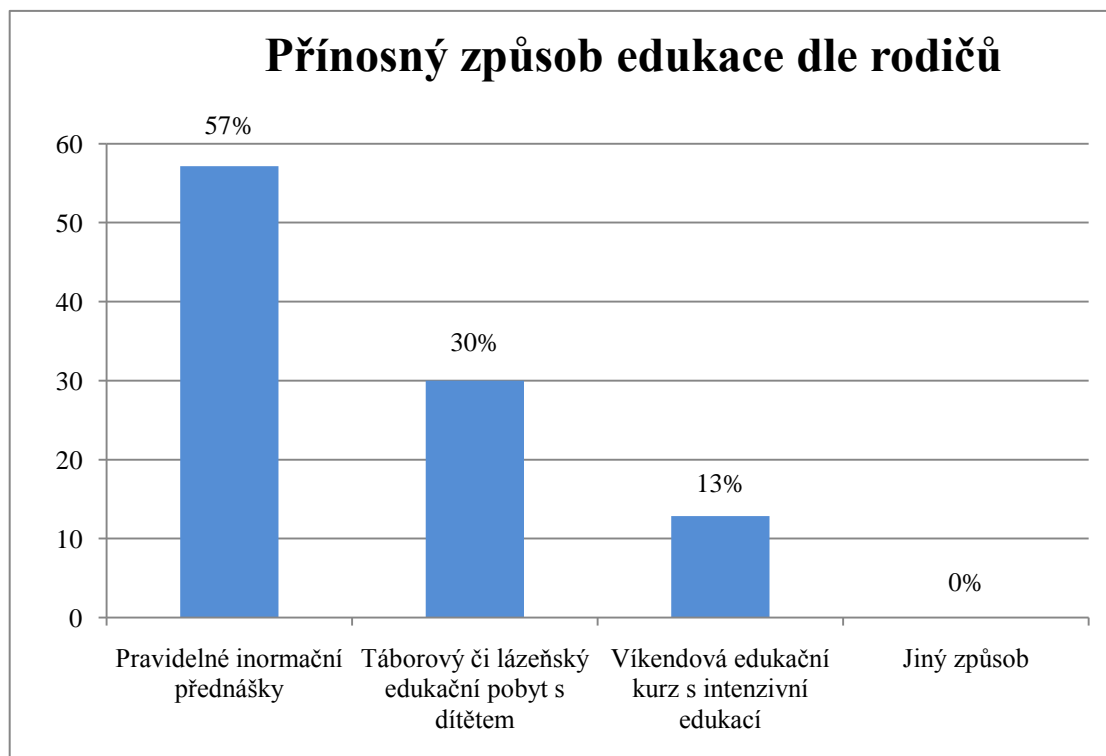
Z tohoto grafu je zřejmé, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 40 respondentů (57%) ve většině edukace sestrou ovlivnila jejich životní styl, 22 rodičů (32%) jejich životní styl ovlivnila pouze v malé míře, 3 respondenti (4%) neví, zda sesterská edukace ovlivnila jejich životní styl a 5 respondentů (7%) uvádí jako odpověď variantu- neovlivnila.

Graf 17 – Nejpřínosnější metoda sesterské edukace (graf k otázce č. 16)



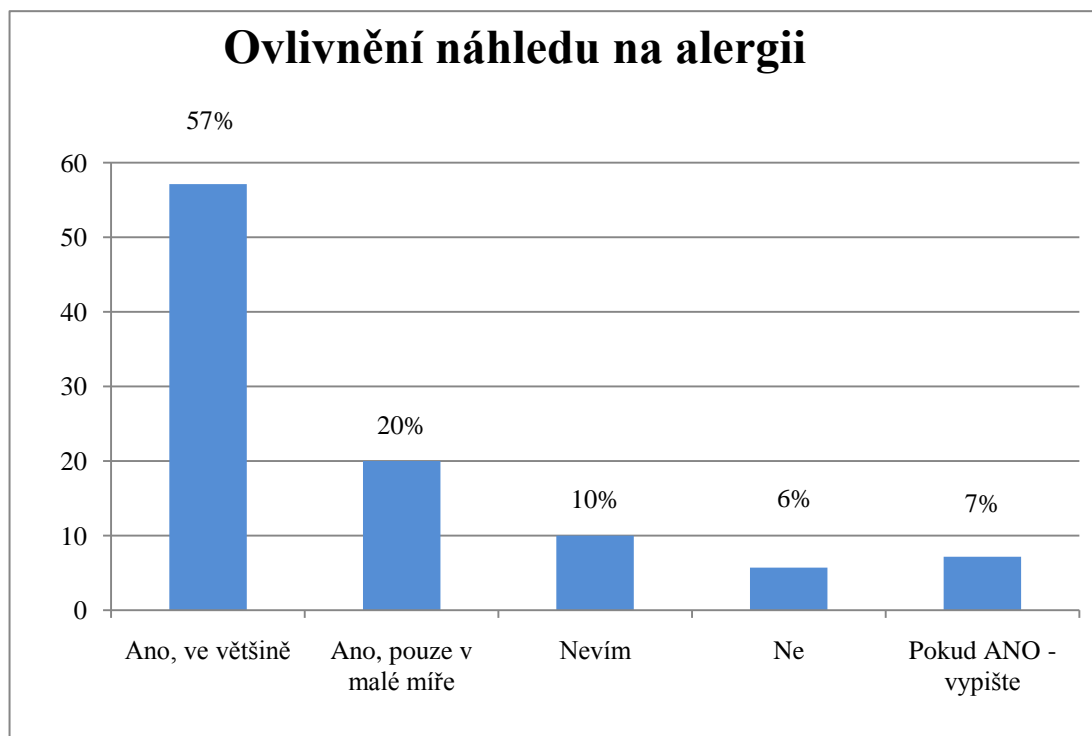
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů (100%), 56 respondentů (80%) uvádí jako nejpřínosnější edukaci osobní pohovor v ordinaci, 12 respondentů (17%) podání informačních brožurek a letáčků, 2 respondenti (3%) udávají vhodnou literaturu a žádný z respondentů nevedl jinou odpověď.

Graf 18 – Přínosný způsob edukace dle rodičů (graf k otázce č. 17)



Graf 18 znázorňuje, jaký způsob intenzivní edukace by byl pro rodiče přínosný. Z celkového počtu 70 respondentů (100%) uvedlo, 40 rodičů (57%) pravidelné informační přednášky, 21 respondentů (30%) označilo možnost táborový či lázeňský edukační pobyt. 9 respondentů (13%) uvedlo víkendový edukační kurz s intenzivní edukací a žádný respondent neuvedl jiný způsob edukace.

Graf 19 – Ovlivnění náhledu na alergii (graf k otázce č. 18)



Graf 19 znázorňuje, zda sesterská edukace ovlivnila náhled na onemocnění (alergii). Z celkového počtu 70 respondentů (100%) uvedlo, 40 respondentů (57%) ano, ve většině, 14 respondentů (20%) uvedlo ovlivnění pouze v malé míře, 7 respondentů (10%) neví, 4 respondenti (6%) uvedlo ne a 5 respondentů (7%) uvedlo jinou odpověď..

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému onemocnění a léčebnému režimu na základě edukace sestrou. Dále bylo v práci zjišťováno, jak jsou rodiče informováni ze strany sestry o nemoci – alergii - svého dítěte a jaký konkrétní dopad má toto onemocnění pro jejich rodinu. Pro zjištění těchto informací a údajů byl vypracován jeden dotazník rozdělený na dvě části - část pro alergické děti a část pro jejich rodiče. Kvantitativní výzkum byl prováděn v alergologických poradnách v Písku a ve Strakonících, celkem se ho zúčastnilo 140 respondentů – z toho 70 dětí a 70 rodičů těchto dětí.

Úvodní otázky dotazníku pro dětské alergiky zjišťovaly základní obecná data. Z celkového počtu dotázaných dětí bylo 66% dívek a 34% chlapců (graf 1). Dotazník vyplňovaly děti v kategorii staršího školního věku. Největší počet dětí byl ve věku 14 až 15 let a to 49%, o něco méně dětí 42% bylo zastoupeno ve věku 12 až 13 let a nejméně dětí ve věku 10 až 11 let a to 9% (graf 2). Takto rozdělenou kategorii staršího školního věku jsem zvolila proto, že jsem chtěla důkladně zjistit úroveň znalostí o jejich onemocnění a léčbě, jelikož jsem předpokládala, že děti v různém věku budou mít jiné znalosti o tomto onemocnění.

Graf 3 ukazuje, s jakou alergií se děti léčí. Zde bylo možné zvolit více odpovědí. Nejvíce dětí (28) se léčí s alergií na pyl, s alergií na zvířecí srst či roztoče se jedná o 22 dětí. Nejméně byla zastoupena alergie na jiná léčiva a na kov - shodně 2x.

V této otázce byla možnost více odpovědí. Celkem bylo 128 odpovědí, z nichž byla vyrážka, svědění a slzení očí uvedena 51x, dušnost 16x, otok obličeje 9x, nevolnost až zvracení 10x, dále rýma byla uvedena 35x a průjem 7x ze 128 odpovědí (graf 4). Nejčastější příznaky alergie jsou dýchací potíže, ucpaný nos, kýchání, otok a svědění očí, slzení. Projevy alergie mohou být velmi různorodé. Záleží totiž na látce, kterou organismus daného jedince nesnáší.

Graf 5 znázorňuje sportovní aktivitu dětí. 8 dětí uvedlo, že sportuje pravidelně, 24 dětí sportuje často, největší počet, tj. 33 dětí, sportuje občas a pouze 5 dětí nesportuje. Sportu se rovněž týká graf 6. Zde bylo ještě navíc sledováno, zda sestra

sportující dítě informovala o možnosti omezení či úplného zákazu sportovní aktivity v důsledku možnosti zhoršení jeho zdravotního stavu. 26% dětem sestra o této možnosti informovala v omezené míře, 61% dětí tuto možnost vysvětlila osobním pohovorem v ordinaci a 13% dětem i přes jejich dotazy žádné informace nepodal. Konrád ve svojí knize „Alergie a jak jim čelit“ uvádí, že pokud chce dítě sportovat například venku ve městě pod širým nebem, pak je nejvhodnější doba jediné časné ráno. Během dne pak škodlivých látek ve městě přibývá a sportování by bylo pro alergika zdraví škodlivé. Smog z výfukových plynů aut způsobuje dětem vznik akutní bronchitid (12). V této souvislosti je důležitý i graf 7 o omezení denních činností v důsledku alergie. 46% dětí ve většině alergie omezuje, 21% omezuje pouze v některých činnostech, 19% dětí alergie neomezuje a 14% dětí neví, zda je alergie omezuje.

Zda děti doma chovají nějaké zvíře, ukazuje graf 8. 61% dětí ne a 39% dětí ano. S touto skutečností souvisí i graf 9, zda sestra s dítětem mluvila o možnosti odstranění zvířete z domácnosti z důvodu možnosti zhoršení jejich onemocnění. Převážná většina dětí (81%) odpovědělo ano, 19% dětí se sestrou nehovořilo. Sestra by měla doporučit rodinám, jejichž členové jsou citliví ke vzniku jakýchkoliv alergií, aby zvíře domů vůbec nepořizovali. Pokud již doma nějaké zvířátko mají, tak je edukovat například o tom, že je vhodné alespoň dvakrát týdně pravidelně zvíře koupat a tím se sníží uvolňování alergenu do ovzduší.

Dále výzkum zjišťoval, jak na děti působil první kontakt se sestrou v alergologické ordinaci. Převážná většina dětí (40%) mělo velmi dobrý dojem, dobře hodnotilo první kontakt 37% dětí a 16% dětí hodnotilo první kontakt se sestrou průměrně. Pouze 4% hodnotily kontakt špatně a nikdo z dětí nehodnotil první kontakt se sestrou v ordinaci velmi špatně, což mě mile potěšilo (graf 11). Myslím si, že první kontakt se sestrou v ordinaci hraje pro nemocné děti velmi významnou roli. Jistě bude na dítě lépe působit sestra, která se na něj usmívá, vše mu srozumitelně klidným hlasem vysvětlí a pochválí ho za projevenou snahu než sestra, která se chová nezúčastněně.

Zda děti byly sestrou informovány, co si představit o onemocnění –alergii, ukazuje graf 13. Převážná většina dětí (74%) uvedla, že je sestra dostatečně informovala, 7% dětí nežádalo žádné informace a pouze 2% sestra neinformovala,

ačkoliv se dotazovaly. Na tuto otázku zároveň navazoval graf 14, zda informace od sestry byly pro děti dostačující. Opět většina dětí (71%) uvedla ano, u 19% dotázaných byly informace dostačující v omezené míře, 6% nežádalo žádné informace a pro 4% informace byly nedostačující. Mile mě potěšilo, že převážnou většinu dětí sestra velmi dobře informovala, jelikož kvalitní informace o tomto onemocnění vedou k lepšímu porozumění podstaty alergie. Dávají tak možnost rodičům a dětským pacientům, aby se podíleli na ovlivnění alergické choroby.

Hypotéza 1 se zabývá verifikací, zda děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému onemocnění na základě edukace sestrou. Tuto hypotézu potvrzují grafy č. 12, 13, 14, kde se ukazuje, že děti staršího školního věku jsou dostatečně edukovány sestrou v alergologické ordinaci. Jen malé procento dětí není sestrou poučeno. Tento výsledek hodnotím velmi kladně. Jak uvádí Juřeníková v knize „Zásady edukace v ošetrovatelské praxi“, rozsah, způsob a struktura komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků edukace, zvolenou metodou a formou edukace. Řídící úlohu v komunikaci v edukačním procesu má ve většině případů edukátor, který řídí činnost edukanta v souladu se stanovenými cíli (11).

Dalším bodem bylo ověření H2, tj. zda sestra dětí během jejich první návštěvy poradny informovala o dodržování jejich životosprávy. 40% dětí bylo edukováno, o něco méně (30%) bylo rovněž poučeno, ale v omezené míře. 24% nežádalo informace a 6% i přes dotazy nebylo poučeno vůbec. Tento výsledek je velmi znepokojující. Nemělo by se stát, že dítě nedostane žádné informace. Sestra by měla dětským alergikům poskytovat kvalitní informace o jejich onemocnění a léčbě a to na vysoké odborné úrovni. Edukace má v péči o dítě zásadní význam. Sedlářová ve své knize „Základní ošetrovatelská péče v pediatrii“ uvádí, že edukace nesmí být jednorázovým poučením, ale kontinuálním procesem. Vždy je nutné přizpůsobit edukaci věku, psychické zralosti, jazykové úrovni a zdravotnímu stavu dítěte (19).

Zda je sestra ochotna diskutovat s dítětem o jeho zdravotním stavu znázorňuje graf 16. V 70% je sestra vždy velmi vstřícná, 2% dětí nežádalo žádné informace, ve 14% je ochotná v omezené míře, ale zároveň rovněž u 14% dětí ochotná sestra nebyla, ačkoliv se dotazovaly. Tento výsledek mě nemile překvapil, protože si myslím,

že právě sestra se stává pro nemocné dítě v ordinaci nejbližší kontaktní osobou. Sestra by se neměla bránit diskuzi s alergickým dítětem a zároveň by měla být dítěti rádcem a oporou v jeho nemoci.

Graf 18 se zabýval názornou ukázkou použití inhalátoru sestrou. Polovině dětí (52%) sestra použití inhalátoru ukázala velmi důkladně, v omezené míře byla názorná ukázka u 27% dětí. 10% dětí nemělo tuto léčbu naordinovanou a u 11% dětí sestra nic názorně neukázala.

Dalším bodem výzkumu bylo zjistit, zda sestra názorně ukázala, jak použít injekci s adrenalinem. 3% sestra velmi důkladně ukázala použití injekce, 26% neukázala použití injekce a 71% nemá tuto léčbu naordinovanou (graf 19).

Dále výzkum zjišťoval, zdali sestra dětské alergiky edukovala, jak postupovat při akutním stavu. Polovinu dětí sestra velmi dobře edukovala oproti 17% dětí, kterým postup nevysvětlila a 6% dětí neinformovala vůbec, ačkoliv se dotazovaly (graf 20). Toto zjištění je velmi alarmující. Nemělo by se stát, že dítě nedostane žádné informace. Obzvláště, týká-li se edukace tak závažného tématu. Je zde pak vysoké riziko, že nepoučené dítě může udělat zásadní chybu v postupu léčby akutního stavu, ve kterém se náhle ocitne a tato chyba může mít posléze fatální následky.

Hypotéza 2 měla potvrdit, že děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému léčebnému režimu na základě edukace sestrou. Tuto hypotézu potvrzují grafy č. 17, 18, 19, kde se ukazuje, že děti v této kategorii rozumí na důkladné edukace sestrou svému léčebnému režimu.

Nejvíce přínosnou formu edukace od sestry znázorňuje graf 21. 67% dětí uvedlo, že nejpřínosnější formou edukace od sestry byl pro ně osobní pohovor v ordinaci. U 17% dětí to bylo podání informačních brožurek a letáčků, 14% uvedlo, jako nejlepší formu doporučení vhodné literatury. Školní besedu by upřednostňovalo 1% dětí.

Jaký způsob nejvíce intenzivní edukace by byl pro dítě nejpřínosnější, ukazuje graf 22. U 43% by se jednalo o pravidelné informační přednášky, táborový či lázeňský edukační pobyt by upřednostňovalo 44% dotázaných, u 10% by to byl víkendový edukační kurz s intenzivní edukací a 3% dětí uvedlo školní besedu a pobyt u moře.

Úvodní otázky dotazníku pro rodiče se týkaly identifikačních dat respondentů. Jednalo se o muže a ženy, kdy největší zastoupení měly ženy (67%), muži 33% (graf 1).

Dále dotazník vyplňovali respondenti různých věkových kategorií, kdy největší zastoupení respondentů bylo 46% ve věku 36 – 50 let a nejmenší zastoupení ve věku do 20 let, pouhá 3% respondentů (graf 2).

Dotazníky vyplňovali respondenti s různým stupněm dosaženého vzdělání. Nejvíce respondentů (43%), mělo vzdělání středoškolské s maturitou, vzdělání s výučním listem mělo 24%, vyšší odborné vzdělání 19%, vysokou školu vystudovalo 11% dotazovaných, základní vzdělání se vyskytlo ve 3% a jiné vzdělání neměl žádný respondent (graf 3).

Šetřením bylo zjištěno, že nejčastěji se děti s alergií léčí od mladšího školního věku (26%) a dále pak v předškolním věku (24%) (graf 4).

Graf 5 ukazuje, jak často je dítě nemocné s alergií. 44% dětí je nemocné méně než 1x za měsíc, 37% dětí onemocní 1x až 2x do měsíce a 19% dětí je nemocné častěji jak 2x do měsíce.

Zda bylo dítě kojeno, znázorňuje graf 6. Polovina dětí byla kojena, ale krátce 6 týdnů a méně. Oproti dětem kojeným 6 měsíců a více 27%. Obě tato zjištění jsou velmi potěšující. Bidat ve své knize „Alergie u dětí“ uvádí, že kojení je pro dítě ideální a dítě by mělo být až do 6. měsíce výlučně živeno mlékem (buď mateřským, nebo mléčnými hydrolyzáty) jako prevence vzniku alergie. U kojenců s pozitivní alergickou anamnézou v rodině je význam kojení a hypoalergeního mléka zcela jednoznačný (1).

Dále výzkum zjišťoval, s jakou alergií se děti respondentů léčí. Zde bylo možné zvolit více odpovědí. Z grafu 7 vyplývá, že největší počet dětí (31) trpí alergií na pyl. Tento výsledek není překvapivý, neboť tato alergie je jedna z nejčastějších. 6 rodičů uvedlo, že jejich děti trpí potravinovou alergií, tj. konkrétně potraviny jako citrusy, ananas a mléko. Alergií na antibiotika, tj. na Duomox a Penicilin trpí 3 děti.

Jako nejčastějším projevem alergie byla označována vyrážka, svědění a slzení očí, které vedlo 47 respondentů (graf 8).

Graf 9, ve kterém ročním období má dítě nejvíce alergické projevy, ukazuje, že nejvíce respondentů (38%) má projevy kdykoliv během roku, u 29% respondentů

se alergie projevuje v jarních měsících, v letních měsících se jedná o 19% dotázaných, 13% na podzim a pouze 1% respondentů v zimě (graf 9).

Graf 10 ukazuje periodicitu návštěv dítěte u alergologa. Největší počet (76%) dětí navštěvuje s rodiči lékaře dle potřeb a obtíží. Toto zjištění je pozitivní, neboť je patrné, že rodičům není lhostejná nemoc dítěte a dbají o jeho zdravotní stav.

Na otázku, zda sestra rodiče informovala o nutnosti úpravy bytových podmínek (graf 11) 47% respondentů uvedlo, že jim sestra podala informace formou informačních letáčků, 43% vše v ordinaci vysvětlila a 10% i přes jejich dotazy je neinformovala. Přes toto zjištění je z grafu patrné, že skoro 90% respondentů sestra důkladně edukovala, což je velice potěšující zjištění. Sestra při edukaci pacientů velké procento informací předává formou mluveného slova.

Zda sestra rodiče edukovala v první pomoci při anafylaktickém šoku, znázorňuje graf 12. 70% respondentů sestra edukovala velmi důkladně, 17% edukovala, ale již v omezené míře. Nepříjemně mě překvapilo, že 13% uvedlo, že je sestra nepoučila, ačkoliv se dotazovali. Každý rodič dítěte, u kterého je prokázáno riziko anafylaktického šoku, by měl být důkladně poučen o první pomoci u tohoto závažného stavu. Myslím si, že každá sestra v alergologické ordinaci by měla být ochotná rodičům poskytnout alespoň základní informace o první pomoci, neboť je to její povinností. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Neměla by informace pouze získávat, ale především je předávat, povzbuzovat, dodávat naději, ale i vzdělávat. Juřeníková P. uvádí: „ Zdravotník v roli edukátora plní roli poskytovatele vědomostí a zkušeností. Zároveň je poradcem a podporovatelem edukanta (69 s. 11)“.

Polovinu respondentů sestra velmi důkladně informovala o léčbě alergie, 44% dotazovaných informovala v omezené míře a 3% neinformovala, ačkoliv se dotazovali (graf 14). Toto zjištění je důležité k potvrzení hypotézy 3 o informovanosti rodičů o možnostech léčby alergie.

Z průzkumu vyplynulo, že 47 respondentů sestra velmi důkladně poučila, jak přistupovat k dítěti s alergií, ale též bylo zjištěno, že 23 respondentů sice sestra edukovala, ale již v omezené míře. Odpověď, zdali sestra rodiče nepoučila, ačkoliv

se dotazovali, nebyla žádná (graf 15). Toto zjištění hodnotím velmi kladně. Domnívám se, že by sestra měla během edukačního procesu sledovat, jak si rodiče osvojují vědomosti, dovednosti a návyky spojené s péčí o dítě. Měla by rovněž rodičům dát dostatečný prostor pro kladení otázek a diskuzi.

Zda edukace sestrou ovlivnila rodinný životní styl, je znázorněno v grafu 16. V 57% byl ovlivněn životní styl, ve 32% byl ovlivněn pouze v malé míře, v 7% nebyl ovlivněn.

Pro 80% dotázaných byl osobní pohovor nejpřínosnější formou edukace sestrou v ordinaci. U 17% respondentů se jednalo o podání informačních brožurek a letáčků, pouze 3% respondentů uvedlo informace o vhodné literatuře (graf 17).

Jaký způsob intenzivní edukace by byl pro rodiče přínosný, znázorňuje graf 18. Pro více jak polovinu respondentů (57%) by byly nejpřínosnější pravidelné informační přednášky, 30% respondentů by si přálo táborový či lázeňský pobyt a 13% víkendové edukační kurzy s intenzivní edukací.

Graf 19 znázorňuje, zda sesterská edukace ovlivnila náhled rodičů na toto onemocnění. Téměř 60% dotázaných sesterská edukace ve většině ovlivnila náhled na toto onemocnění, 20% bylo ovlivněno pouze v malé míře, 10% rodičů neví, zdali tato edukace ovlivnila pohled na alergii. 7% respondentů edukace ovlivnila – u této odpovědi měli rodiče možnost vypsát svoje názory. Převážná většina uvedla, že do té doby, než je sestra řádně edukovala, měla zkreslené představy o tomto onemocnění. Další rodiče uvedli své znalosti o léčbě alergie a jak mají alergikovi pomoci nebo rovněž, že nemají např. podávat mléčné výrobky, když jejich dítě trpí alergií na mléko.

Z dotazníkového šetření je zjevná dostačující edukace alergického dítěte sestrou. Přes toto zjištění se přesto domnívám, že by měla sestra – edukátor - pro zkvalitnění své práce provádět sebereflexi, která by jí měla napomoci vyvarovat se chyb v budoucnosti a zkvalitnit tímto způsobem svoji práci.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá sesterskou edukací u dítěte s alergickým onemocněním. Alergie je mnohdy celoživotní a vleklé onemocnění, které omezuje člověka v jeho běžných denních činnostech. Tak jako většina nemocí, také průběh a příznaky alergie se mění v závislosti na věku. Odlišné věkové skupiny mají také různá rizika komplikací a jsou citlivé na různé alergeny.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jak dětský pacient chápe svoje onemocnění a jak je edukován sestrou o svém léčebném režimu.

Druhým cílem práce bylo zjistit, jak jsou rodiče informováni sestrou o možnostech léčby alergie.

V teoretické části práce bylo popsáno alergické onemocnění, komunikace s dětským pacientem, edukace rodičů a alergických dětí sestrou. Pro praktickou část byl sestaven dotazník, bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Dotazník byl rozdělen na část pro děti trpícím některým druhem alergie, který obsahoval 22 otázek. Druhá část dotazníku pak byla určena rodičům, kteří doprovázejí svoje děti do alergologických poraden a obsahovala 19 otázek.

Bakalářská práce ověřovala 3 hypotézy. Hypotéza 1: „Děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému onemocnění na základě edukace sestrou.“ byla potvrzena. Hypotéza 2: „Děti s alergickým onemocněním v kategorii staršího školního věku rozumí svému léčebnému režimu na základě edukace sestrou.“ byla potvrzena. Hypotéza 3: „Rodiče jsou informováni sestrou o možnostech léčby alergie.“ byla rovněž potvrzena.

Pro verifikaci první hypotézy měly největší výpovědní hodnotu grafy 13, 14. Pro verifikaci druhé hypotézy měly největší výpovědní hodnotu grafy 15, 17, 18, 19. Pro verifikaci třetí hypotézy měly největší výpovědní hodnotou grafy 13, 14.

Cíle práce byly splněny. Hypotézy se potvrdily. Z výsledků šetření vyplynulo, že edukace sestrou má velký vliv na rodiče a jejich děti, kteří trpí alergií. Sestra jim pomáhá poznat a pochopit toto onemocnění, učí je najít nový životní styl. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejvhodnější forma edukace, jak pro rodiče tak i pro děti, byl osobní pohovor se sestrou v ordinaci. Výsledky práce by mohly být

využity pro zlepšení formy edukace alergických dětí a jejich rodičů. Zjištění nejvhodnějšího způsobu edukace by mohlo napomoci ke kompenzaci zdravotního stavu dětských pacientů a tím následně ke zlepšení kvality života takto nemocných dětí. Z ošetrovatelského hlediska by práce mohla sloužit sestřám v alergologických poradnách ke tvorbě nových a efektivnějších edukačních programů.

7 Seznam použité literatury:

1. BIDAT, E. *Alergie u dětí; příznaky alergie, jak žít s alergií, léčba, prevence*. 1 vyd. Praha: Portál, 2005. 148 s. ISBN 80-7178-936-4
2. BLÁHA, K. STAŇKOVÁ, M. *Sestra a pacient; komunikace v praxi*. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
3. BYSTROŇ, J. *Alergie; Průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. 1 vyd. Ostrava: Mirago, 1997. 228 s. ISBN 80-85922-46-0
4. BYSTROŇ, J. *O imunitě; Pane doktore, co mám dělat s tou svojí imunitou?*. 1 vyd. Ostrava: Mirago, 2000. 143 s. ISBN 80-85922-75-4
5. DE VITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Grada, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8
6. FERENČÍK, M. *Imunitní systém; informace pro každého*. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6
7. FUCHS, M. *Alergie číhá v jídle a pití; kuchařka pro alergiky*. 1 vyd., Plzeň: Adéla, 2005. 189 s. ISBN 80-902532-5-3
8. GAMLIN, L. *Alergie od A do Z; příčiny obtíží, diagnostika, léčba alergií a intolerancí*, 1. vyd., Praha: Reader's Digest Výběr, 2003. 250s. ISBN 80-86196-44-5
9. HOFHANZLOVÁ, J. *Atopický ekzém, alergie, astma; možnosti léčby pro děti i dospělé, ošetřování, výživa, recepty*. 1. vyd. Jihlava: Calendula, 2009. 173 s. ISBN 978-80-903971-1-8
10. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně; praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0
11. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2010 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

12. KONRÁD, K a kol. *Alergie a jak jim čelit; vše o alergiích, jejich příznacích, příčinách a léčbě*, Pardubice: May Day, 2008. 207 s. ISBN 978-80-869-8635-7
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
14. MALACH, J. *Pedagogika jako obecná teorie edukace*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 132 s. ISBN 978-80-7368-291-0
15. PETRÁKOVÁ, E. PETRÁK, J. *Kuchařka nejen pro alergiky; vaříme a pečeme bez mléka a vajec*. 1. vyd., Praha: Triton, 2006. 320s. ISBN 80-7254-725-9
16. PIAGET, J. INHELDER, B. *Psychologie dítěte*. 5. vyd., Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-263-8
17. PUTZ, J. *Jak žít s alergií*. 1 vyd. Brno: Computer Press, 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1662-3
18. SCHNEIDER, E. *Encyklopedie přírodní léčby 1*. 1 vyd. Praha: Advent-Orion, 2004. 315s. ISBN80-7172-937-X
19. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Vyd., Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
20. ŠEDIVÁ, A. *Imunitní systém u dětí*. 1. Vyd., Praha: Triton, 1999. 150 s. ISBN 80-85875-95-0
21. ŠPIČÁK, V., PANZNER, P. *Alergologie*. 1. vyd., Praha: Galén, 2004. 348 s. ISBN 80-7262-265-X
22. TREBEN, M. *Alergie; prevence-poznání-léčení*. 1 vyd. České Budějovice: Dona, 2001. 93 s. ISBN 80-86136-97-3
23. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN80-247-1262-8

24. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4
25. ZAVÁZAL, V. *Abeceda pro alergiky a pro třetinu naší populace*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2000. 99 s. ISBN80-7184-724-0

8 Klíčová slova:

Edukace

Sestra

Alergie

Imunitní systém

Dítě

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Pylový kalendář

Příloha 3: Tabulky k jednotlivým grafům

Příloha 1: Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Markéta Kořánová a jsem studentkou III. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala téma: **Sesterská edukace u dítěte s alergickým onemocněním**, jejímž cílem je zjistit, jak jsou rodiče informováni ze strany sestry o nemoci- alergii- svého dítěte a jaký konkrétní dopad má toto onemocnění pro jejich rodinu.

Dotazník je rozdělen na dvě části: a) část pro rodiče, (b) část pro dětského alergika

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za trpělivost a za Vaše upřímné a pravdivé odpovědi.

b) část dotazníku pro dítě- alergika

1. Jakého jsi pohlaví?

- a) dívka
- b) chlapec

2. Kolik je Ti let?

- a) 10 až 11 let
- b) 12 až 13 let
- c) 14 až 15 let

3. Víš, s jakou alergií se léčíš? (prosím, označ všechny typy alergií, které tě trápí)

- a) alergie na pyl
- b) alergie na zvířecí srst či roztoče
- c) alergie na potraviny (pokud ANO, prosím stručně vypište na jaké).....
.....
- d) alergie na plísně
- e) alergie na antibiotika- na jaká?:.....
- f) alergie na jiné léky- na jaké?.....
- g) alergie na kov
- h) alergie na teplo nebo chlad
- ch) jiná alergie.
jaká?.....

4. Jak se u Tebe alergie projevuje? (možno označit více odpovědí)

- a) vyrážka, svědění, slzení očí
- b) dušnost
- c) otok v obličeji
- d) nevolnost až zvracení
- e) průjem
- f) rýma, neprůchodnost nosních dutin
- g) jinak-

jak:.....
.....

5. Provozuješ nějaký sport? (např. cyklistiku, plavání, turistiku...)

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) ne, mám strach, aby se nezhoršil můj zdravotní stav

6. Informovala Tě sestra o možnosti omezení či úplném zákazu sportovní aktivity?

- a) ano, v ordinaci mi v klidu vše důkladně vysvětlila
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, i přes mé dotazy mi žádné informace nepodala

7. Myslíš si, že Tě alergické onemocnění omezuje v běžných denních činnostech?

- a) ano, ve většině
- b) ano, pouze v některých
- c) nevím
- d) ne

8. Chováte doma domácí zvíře? (pes, kočka, morče, papoušek, osmák atd.)

- a) ano
- b) ne

9. Mluvil/a jsi se sestrou o možnosti odstranění tohoto zvířete z Vašeho bytu z důvodu možnosti zhoršení Tvého onemocnění?

- a) ano
- b) ne

10. Má Tvoje onemocnění vliv na školní docházku?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

11. Jak na Tebe působil první kontakt se zdravotnickým personálem (sestrou) v alergologické ordinaci?

- a) velmi dobře
- b) dobře
- c) průměrně
- d) špatně
- e) velmi špatně
- f) nevzpomínám si

12. Jakou formou Ti sestra v ordinaci podala informace o Tvém onemocnění?

- a) podala mi informační brožurky a letáčky
 - b) v ordinaci mi v klidu vše důkladně vysvětlila
 - c) i přes mé dotazy mi žádné informace nepodala
 - d) jinak (vypiš).....
-

13. Byl/a jsi informován/a sestrou, co si představit o onemocnění zvaném alergie?

- a) ano
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, ačkoliv jsem s dotazoval/a
- d) ne, nežádal/a jsem žádné informace

14. Byli pro Tebe informace o Tvém onemocnění podané sestrou dostačující, porozuměl/a jsi všemu?

- a) ano
- b) ano, v omezené míře
- c) ne
- d) ne, nežádal/a jsem žádné informace

15. Byl/a jsi během první návštěvy informován/a sestrou jakou máš dodržovat životosprávu? (např.: které potraviny jíst a naopak)

- a) ano
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, ačkoliv jsem se dotazoval/a
- d) ne, nežádal/a jsem žádné informace

16. Je sestra ochotna s Tebou diskutovat o Tvém zdravotním stavu?

- a) ano, vždy je velmi vstřícná
- b) ano, v omezené míře
- c) průměrně
- d) ne
- e) nikdy jsem neměl/a důvod k diskuzi

17. Informovala Tě sestra, jak máš užívat léky (k léčbě alergie?)

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, ačkoliv jsem s dotazoval/a

18. Ukázala Ti sestra názorně v ordinaci, jak máš např. používat inhalátor?

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne
- d) ne, od lékaře nemám tuto léčbu naordinovanou

19. Ukázala Ti sestra názorně v ordinaci, jak máš aplikovat injekce s adrenalinem při anafylaktickém šoku?

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne
- d) ne, od lékaře nemám tuto léčbu naordinovanou

20. Edukovala Tě sestra, jak postupovat při akutním stavu ?(anafylaktický šok, astmatický záchvat)

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne
- d) ne, ačkoliv jsem se dotazovala

21. Jaká forma edukace, ze strany sestry, byla pro Tebe nejvíce přínosná?

- a) osobní pohovor v ordinaci
- b) podání informačních brožurek a letáčků
- c) informace o vhodné literatuře
- d) jiné (vypiš prosím
jak).....
.....

22. Jaký způsob intenzivní edukace by byl pro Tebe přínosný?

- a) pravidelné informační přednášky
 - b) táborový či lázeňský edukační pobyt
 - c) víkendový edukační kurz s intenzivní edukací
 - c) jiný způsob
- (prosím, vypiš).....

a) část dotazníku pro rodiče

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21- 35 let
- c) 36- 50 let
- d) 51- 65 let

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) s výučním listem
- c) s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské
- f) jiné

4. Od jakého věku se Vaše dítě léčí s alergií?

- a) od narození
- b) od kojeneckého věku (1-12měsíc)
- c) od batolecího věku (1-3 roky)
- d) od předškolního věku (3-6 let)
- e) od mladšího školního věku (6-12 let)
- f) od staršího školního věku (12-15 let)
- g) od adolescence (15-20 let)

5. Jak často je Vaše dítě nemocné s alergickým onemocněním?

- a) méně než 1x za měsíc
- b) 1x až 2x do měsíce
- c) častěji jak 2x do měsíce

6. Bylo Vaše dítě kojeno?

- a) ne
- b) ano, ale jen krátce (několik týdnů)
- c) ano, plně několik měsíců

7. S jakou alergií se Vaše dítě léčí ? (zde, prosím, označte všechny typy alergií, které dítě trápí)

- a) alergie na pyl
- b) alergie na zvířecí srst či roztoče
- c) alergie na potraviny (pokud ANO, prosím stručně vypište na jaké).....
.....
- d) alergie na plísně
- e) alergie na antibiotika- na jaká?.....
- f) alergie na jiné léky- na jaké?.....
- g) alergie na kov
- h) alergie na teplo nebo chlad
- ch) jiná alergie.
jaká?.....

8. Jak se alergie u dítěte projevuje? (zde možnost uvést více odpovědí)

- a) vyrážka, svědění, slzení očí
- b) dušnost
- c) otok v obličeji
- d) nevolnost až zvracení
- e) průjem
- f) rýma, neprůchodnost nosních dutin
- g) jinak- jak?.....

9. Ve kterém ročním období má Vaše dítě nejvíc alergické projevy?

- a) v jarních měsících
- b) v letních měsících
- c) na podzim
- d) v zimě
- e) kdykoliv během roku (alergie není vázána na určité roční období)

10. Jak často se svým alergickým dítětem, navštěvujete lékaře – alergologa?

- a) méně jak 1x za 6 měsíců
- b) 1x za 6 měsíců
- c) 2x za 6 měsíců
- d) 3x i více za 6 měsíců
- e) dle potřeb a obtíží dítěte

11. Informovala Vás sestra o nutnosti úpravy bytových podmínek? (např.: u alergie dítěte na roztoče odstranit lůžkoviny s peřím, častěji větrat atd.)

- a) ano, podala mi informační letáčky
- b) v ordinaci mi v klidu vše důkladně vysvětlila
- c) ne, i přes mé dotazy mi žádné informace nepodala

12. Vysvětlila Vám sestra, jak postupovat při těžké formě alergického záchvatu tzv. anafylaktickém šoku? (první pomoc, podání léků, RZP atd.)

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, ačkoliv jsem s dotazoval/a
- d) jinak (prosím, vypište).....

.....

13. Jakou formou Vám sestra v ordinaci podala informace o onemocnění Vašeho dítěte?

- a) podala mi informační brožurky a letáčky
- b) v ordinaci mi v klidu vše důkladně vysvětlila
- c) i přes mé dotazy mi žádné informace nepodala
- d) jinak (vypiš).....

14. Informovala Vás sestra o možnostech léčby alergie vašeho dítěte?

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, ačkoliv jsem s dotazoval/a

15. Poučila Vás sestra, jak přistupovat k dítěti s alergií?

- a) ano, velmi důkladně
- b) ano, v omezené míře
- c) ne, ačkoliv jsem s dotazoval/a

16. Ovlivnila edukace sestrou Váš rodinný životní styl?

- a) ano, ve většině
- b) ano, pouze v malé míře
- c) nevím
- d) ne

17. Jaká forma edukace, ze strany sestry, byla pro Vás nejvíce přínosná?

- a) osobní pohovor v ordinaci
- b) podání informačních brožurek a letáčků
- c) informace o vhodné literatuře
- d) jinak (vypište prosím jak).....

.....

18. Jaký způsob intenzivní edukace by byl pro Vás přínosný?

- a) pravidelné informační přednášky
- b) táborový či lázeňský edukační pobyt s dítětem
- c) víkendový edukační kurz s intenzivní edukací
- d) jiný způsob (prosím, vypište).....

.....

.....


19. Ovlivnila edukace sestrou Váš náhled k onemocnění (alergii) Vašeho dítěte?

- a) ano, ve většině
- b) ano, pouze v malé míře
- c) nevím
- d) ne
- e) pokud ANO- prosím vypište jakým způsobem:.....

.....

.....

Příloha 4: Pylový kalendář



Pylový kalendář

	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
TRÁVY											
Bojňnek											
Drnavec											
Hořčice											
Jilek											
Kostřava											
Kukuňice											
Lipnice											
Medyněk											
Psárka											
Pýr											
Rákos											
Sedmikráska											
Srha											
Žito											
BYLINY											
Ambrózie											
Heřmáněk											
Chmel											
Jetel											
Jitrocel											
Kopřivovité											
Merlíkovité											
Pampeliška											
Pelyněk											
Řepka											
Šťovík											
Vojtěška											
DŘEVINY											
Borovice											
Bříza											
Buk											
Cypřiš											
Cerný bez											
Dub											
Habr											
Jalovec											
Jasan											
Javor											
Jilm											
Jírovec											
Kaštanovník											
Lípa											
Líska											
Olivovník											
Olše											
Ořešák											
Pajasan											
Platan											
Tis											
Topol											
Vrba											

Příloha 5: Tabulky k jednotlivým grafům

Tabulky k výsledkům šetření u dítěte

Tabulka č. 1

Pohlaví	Počet	Procento
Dívka	46	65,71
Chlapec	24	34,29
	70	100,00

Tabulka č. 2

Věk	Počet	Procento
3 až 6 let	5	7,14
6 až 12 let	23	32,86
12 až 15 let	27	38,57
15 až 18 let	15	21,43
	70	100,00

Tabulka č. 3

Druh alergie	Počet	Procento
Alergie na pyl	28	33,73
Alergie na zvířecí srst či roztoče	22	26,51
Alergie na potraviny	7	8,43
Alergie na plísně	12	14,46
Alergie na antibiotika	3	3,61
Alergie na léky	2	2,41
Alergie na hmyzí jed	2	2,41
Alergie na teplo nebo chlad	7	8,43
jiná alergie	0	0,00
	83	100,00

Tabulka č. 4

Projevy alergie	Počet	Procento
Vyrážka, svědění, slzení očí	51	39,84
Dušnost	16	12,50
Otok obličeje	9	7,03
Nevolnost až zvracení	10	7,81
Průjem	7	5,47
Rýma	35	27,34
Jinak	0	0,00
	128	100,00

Tabulka č. 5

Sportování	Počet	Procento
Pravidelně	8	11,43
Často	24	34,29
Občas	33	47,14
Ne	5	7,14
	70	100,00

Tabulka č. 6

Informace sestrou o omezení sportu	Počet	Procento
Ano, v ordinaci vše vysvětlila	43	61,43
Ano, v omezené míře	18	25,71
Ne, i přes moje dotazy mě neinformovala	9	12,86
	70	100,00

Tabulka č. 7

Omezení alergií v denních činnostech	Počet	Procento
Ano, ve většině	15	21,43
Ano, pouze v některých	32	45,71
Nevím	10	14,29
Ne	13	18,57
	70	100,00

Tabulka č. 8

Domácí zvíře	Počet	Procento
Ano	27	38,57
Ne	43	61,43
	70	100,00

Tabulka č. 9

Odebrání zvířete	Počet	Procento
Ano	13	18,57
Ne	57	81,43
	70	100,00

Tabulka č. 10

Vliv alergie na školní docházku	Počet	Procento
Ano	22	31,43
Nevím	11	15,71
Ne	37	52,86
	70	100,00

Tabulka č. 11

Dojem z prvního kontaktu se sestrou	Počet	Procento
Velmi dobře	28	40
Dobře	26	37,14
Průměrně	11	15,71
Špatně	3	4,29
Velmi špatně	0	0,00
Nevzpomínám si	2	2,86
	70	100,00

Tabulka č. 12

Forma podání informací sestrou	Počet	Procento
Podala informační brožurky a letáčky	26	37,14
V ordinaci vše vysvětlila	40	57,14
I přes dotazy informace nepodala	4	5,71
Jinak	0	0,00
	70	100,00

Tabulka č. 13

Informace sestrou o pojmu alergie	Počet	Procento
Ano	52	74,29
Ano, v omezené míře	12	17,14
Ne, ačkoliv jsem se dotazoval/a	1	1,43
Ne, nežádal/a jsem žádné informace	5	7,14
	70	100,00

Tabulka č. 14

Dostatečnost informací o alergii	Počet	Procento
Ano	50	71,43
Ano, v omezené míře	13	18,57
Ne	3	4,29
Ne, nežádal/a jsem žádné informace	4	5,71
	70	100,00

Tabulka č. 15

Informace sestrou o životosprávě	Počet	Procento
Ano	28	40
Ano, v omezené míře	21	30
Ne, ačkoliv jsem se dotazovala	4	5,71
Ne, nežádal/a jsem informace	17	24,29
	70	100,00

Tabulka č. 16

Ochota sestry diskutovat o zdravotním stavu	Počet	Procento
Ano, vždy je velmi vstřícná	49	70
Ano, v omezené míře	10	14,29
Ne, ačkoliv jsem se dotazovala	10	14,29
Ne, nežádal/a jsem žádné informace	1	1,43
	70	100,00

Tabulka č. 17

Informace o léčích podané sestrou	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	49	70
Ano, v omezené míře	20	28,57
Ne, ačkoliv jsem se dotazoval/a	1	1,43
	70	100,00

Tabulka č. 18

Názorná ukázka sestrou použití inhalátoru	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	36	51,43
Ano, v omezené míře	19	27,14
Ne	8	11,43
Ne. Od lékaře nemám tuto léčbu naordinovanou	7	10,00
	70	100,00

Tabulka č. 19

Názorná ukázka použití injekce s adrenalinem	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	2	2,86
Ano, v omezené míře	0	0,00
Ne	18	25,71
Ne, od lékaře nemám tuto léčbu naordinovanou	50	71,43
	70	100

Tabulka č. 20

Edukace postupu u akutního stavu	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	35	50,00
Ano, v omezené míře	19	27,14
Ne	12	17,14
Ne, ačkoliv jsem se dotazovala	4	5,71
	70	100,00

Tabulka č. 21

Nejvíce přínosná edukace od sestry	Počet	Procento
Osobní pohovor v ordinaci	47	67,14
Podání informačních brožurek a letáčků	12	17,14
Informace o vhodné literatuře	10	14,29
Jiné	1	1,43
	70	100,00

Tabulka č. 22

Způsob nejvíce přínosné edukace	Počet	Procento
Pravidelné informační přednášky	30	42,86
Táborový či lázeňský edukační pobyt	31	44,29
Víkendový edukační kurz s intenzivní edukací	7	10,00
Jiný způsob	2	2,86
	70	100,00

Tabulky k výsledkům šetření u rodičů

Tabulka č. 1

Pohlaví	Počet	Procento
Muž	23	32,86
Žena	47	67,14
	70	100,00

Tabulka č. 2

Věk	Počet	Procento
do 20 let	2	2,86
21 - 35 let	27	38,57
36 - 50 let	32	45,71
51 - 65 let	9	12,86
	70	100,00

Tabulka č. 3

Vzdělání	Počet	Procento
Základní	2	2,86
S výučním listem	17	24,29
S maturitou	30	42,86
Vyšší odborné	13	18,57
Vysokoškolské	8	11,43
Jiné	0	0
	70	100,00

Tabulka č. 4

Věk léčby alergie	Počet	Procento
Od narození	4	5,71
Od kojeneckého věku	7	10
Od batolecího věku	9	12,86
Od předškolního věku	17	24,29
Od mladšího školního věku	18	25,71
Od staršího školního věku	9	12,86
Od adolescence	6	8,57
	70	100,00

Tabulka č. 5

Častost onemocnění	Počet	Procento
Méně než 1x ze měsíc	31	44,29
1x až 2x do měsíce	26	37,14
Častěji jak 2x do měsíce	13	18,57
	70	100,00

Tabulka č. 6

Kojení	Počet	Procento
Ne	15	21,43
Ano, krátce 6 t. a méně	36	51,43
Ano, 6 a více měsíců	19	27,14
	70	100,00

Tabulka č. 7

Druh alergie u dítěte	Počet	Procento
Pyl	31	36,90
Zvířecí srst či roztoči	22	26,19
Potraviny	6	7,14
Plísně	12	14,29
Antibiotika	3	3,57
Jiná léčiva	2	2,38
Kov	2	2,38
Teplo nebo chlad	6	7,14
Jiná alergie	0	0
	84	100,00

Tabulka č. 8

Projevy alergie	Počet	Procento
Vyrážka, svědění, slzení očí	47	38,21
Dušnost	16	13,01
Otok obličeje	6	4,88
Nevolnost, zvracení	8	6,50
Průjem	8	6,50
Rýma	38	30,89
Jinak	0	0
	123	100

Tabulka č. 9

Projevy alergie v ročním období	Počet	Procento
Jarní měsíce	29	29
Letní měsíce	19	19
Podzim	13	13
Zima	1	1
Kdykoliv během roku	38	38
	100	100,00

Tabulka č. 10

Častost návštěv u lékaře	Počet	Procento
Méně jak 1x za 6 měsíců	5	7,14
1x za 6 měsíců	7	10
2x za 6 měsíců	3	4,29
3x i více za 6 měsíců	2	2,86
Dle potřeb a obtíží dítěte	53	75,71
	70	100

Tabulka č. 11

Informace sestrou o úpravě bytových podmínek	Počet	Procento
Ano, podala informační letáčky	30	42,86
V ordinaci vše vysvětlila	33	47,14
Ne, i přes dotazy alergika neinformovala	7	10
	70	100,00

Tabulka č. 12

První pomoc při anafylaktickém šoku	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	49	70
Ano, v omezené míře	12	17,14
Ne, ačkoliv jsem se dotazoval/a	9	12,86
Jinak	0	0
	70	100,00

Tabulka č. 13

Informace sestrou o onemocnění	Počet	Procento
Podla informační brožurky a letáčky	30	42,86
V ordinaci vše vysvětlila	37	52,86
I přes dotazy žádné informace nepodala	3	4,29
Jinak	0	0
	70	100,00

Tabulka č.14

Informace o léčbě alergie	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	31	44,29
Ano, v omezené míře	37	52,86
Ne, ačkoli jsem se dotazovala	2	2,86
	70	100,00

Tabulka č. 15

Přístup k alergickému dítěti	Počet	Procento
Ano, velmi důkladně	47	67,14
Ano, v omezené míře	23	32,86
Ne, ačkoliv jsem se dotazoval/a	0	0
	70	100,00

Tabulka č. 16

Ovlivnění životního stylu	Počet	Procento
Ano, ve většině	40	57,14
Ano, pouze v malé míře	22	31,43
Nevím	3	4,29
Ne	5	7,14
	70	100,00

Tabulka č. 17

Nejpřínosnější edukace sestrou	Počet	Procento
Osobní pohovor v ordinaci	56	80
Podání informačních brožurek a letáčků	12	17,14
Informace o vhodné literatuře	2	2,86
Jinak	0	0
	70	100,00

Tabulka č. 18

Přínosný způsob intenzivní edukace	Počet	Procento
Pravidelné informační přednášky	40	57,14
Táborový či lázeňský edukační pobyt s dítětem	21	30
Víkendová edukační kurz s intenzivní edukací	9	12,86
Jiný způsob	0	0
	70	100,00

Tabulka č. 19

Ovlivnění náhledu k onemocnění	Počet	Procento
Ano, ve většině	40	57,14
Ano, pouze v malé míře	14	20
Nevím	7	10
Ne	4	5,71
Pokud ANO - vypište	5	7,14
	70	100,00