

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Tereza Abelová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Tereza Abelová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ATOPICKOU DERMATITIDOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry). Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Abelová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s atopickou dermatitidou.

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: kůže, atopická dermatitida, ošetrovatelská péče, kazuistika

### **Souhrn:**

Téma mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s atopickou dermatitidou. Teoretická část je zaměřena na anatomii kůže, atopickou dermatitidu, etiopatogenezi, klinický obraz, komplikace, diagnostiku, terapii, režimová opatření, edukaci a na specifika ošetrovatelské péče o nemocné s atopickou dermatitidou. V praktické části jsou zpracovány dvě kazuistiky, kde se zaměřuji na ošetrovatelskou péči a na edukaci pacientek s tímto onemocněním.

## **Abstract**

Surname and name: Abelová Tereza

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing process of a patient with atopic dermatitis.

Consultant: Mgr. Hurtová Jitka

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 24

Keywords: skin, atopic dermatitis, nursing care, case study

### Summary:

The topic of my bachelor is the nursing process of a patient with atopic dermatitis. The theoretical part is focused on skin anatomy, atopic dermatitis, etiopathogenesis, clinical picture, complications, diagnostics, therapy, regime measures, education and specifics of nursing care for patients with atopic dermatitis. In the practical part are processed two case reports, where I focus on nursing care and education of patients with atopic dermatitis.

## **Předmluva**

Léčba atopické dermatitidy je celoživotní proces. Je ovlivněná mnoha faktory. Velmi důležitá je spolupráce mezi nemocným, ošetřujícím personálem a rodinou. Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientek s atopickou dermatitidou.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jitce Hurtové za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu při poskytování materiálních podkladů, psychickou podporu, za poskytování rad a trpělivost.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	11
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
ÚVOD .....	14
TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 ANATOMIE KŮŽE .....	15
1.1 Pokožka (Epidermis).....	15
1.2 Škára (Dermis).....	15
1.3 Podkožní vazivo (Hypodermis).....	15
2 ATOPICKÁ DERMATITIDA.....	16
2.1 Etiopatogeneze.....	17
2.1.1 Dědičnost.....	17
2.1.2 Vyvolávající faktory .....	17
2.2 Klinický obraz .....	18
2.2.1 Kojenecká fáze .....	18
2.2.2 Dětská fáze .....	18
2.2.3 Fáze mladistvých a dospělých.....	18
2.3 Komplikace .....	19
2.4 Diagnostika.....	20
3 TERAPIE.....	21
3.1 Lokální léčba .....	21
3.1.1 Emoliencia.....	21
3.1.2 Koupele, obklady a pasty .....	21
3.1.3 Lokální kortikosteroidy.....	22
3.1.4 Antibiotika a antiseptika .....	23
3.1.5 Lokální imunomodulátory.....	23
3.2 Celková léčba .....	24
3.2.1 Antihistaminika .....	24
3.2.2 Imunomodulancia a imunosupresiva .....	24
3.2.3 Systémová antibiotika.....	24
3.2.4 Systémová antivirotika.....	24
3.3 Další léčebné metody.....	25
3.3.1 Fototerapie.....	25
3.3.2 Klimatoterapie .....	25
3.3.3 Lázeňská léčba.....	25



4	REŽIMOVÁ OPATŘENÍ .....	26
4.1	Obecná opatření.....	26
4.2	Životospráva .....	27
5	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	28
5.1	Kategorizace zdravotnických pracovníků .....	28
5.2	Formy ošetrovatelské péče .....	28
5.2.1	Ambulantní péče.....	28
5.2.2	Jednodenní péče.....	29
5.2.3	Ústavní péče .....	29
5.2.4	Komunitní péče .....	29
5.2.5	Domácí péče .....	29
5.3	Ošetrovatelský proces .....	30
5.3.1	Ošetrovatelská anamnéza .....	30
5.3.2	Ošetrovatelská diagnóza .....	30
5.3.3	Ošetrovatelský plán.....	30
5.3.4	Realizace ošetrovatelského plánu .....	30
5.3.5	Zhodnocení výsledků ošetrovatelského plánu.....	31
5.4	Specifika ošetrovatelské péče.....	32
5.5	Edukace .....	33
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
6	FORMULACE PROBLÉMU .....	34
7	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	34
7.1	Hlavní cíl výzkumu.....	34
7.2	Dílčí cíle .....	34
8	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY .....	34
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	35
10	METODIKA PRÁCE.....	35
11	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	35
12	KAZUISTIKA 1.....	36
12.1	Anamnéza .....	36
12.2	Fyzikální a celkové screeningové vyšetření sestrou .....	37
12.3	Hodnotící škály při příjmu.....	38
12.4	Shromažďování dat dle Marjory Gordonové.....	40
12.5	Průběh hospitalizace.....	45
12.5.1	Medikace za hospitalizace:.....	45
12.6	Aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	48
12.7	Edukační plán.....	52

13 KAZUISTIKA 2.....	53
13.1 Anamnéza .....	53
13.2 Fyzikální a celkové screeningové vyšetření sestrou .....	54
13.3 Hodnotící škály při příjmu.....	55
13.4 Shromáždění dat dle Marjory Gordonové.....	57
13.5 Průběh hospitalizace.....	61
13.5.1 Medikace za hospitalizace:.....	61
13.6 Aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	64
13.7 Edukační plán.....	69
DISKUZE.....	70
VÝSTUP PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI .....	74
ZÁVĚR .....	77
SEZNAM LITERATURY .....	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	81
PŘÍLOHY.....	82
Příloha 1 – Anatomie kůže .....	82
Příloha 2 – Atopická dermatitida na PHK a PDK – Kazuistika 1 .....	83
Příloha 3 – Atopická dermatitida na LHK a PDK – Kazuistika 2.....	84
Příloha 4 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň.....	85
Příloha 5 – Informovaný souhlas .....	86

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Anatomie kůže .....	82
Obrázek 2: PHK.....	83
Obrázek 3: PDK.....	83
Obrázek 4: LHK .....	84
Obrázek 5: PDK.....	84

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Edukační plán I .....	52
Tabulka 2: Edukační plán II .....	69

## **SEZNAM ZKRATEK**

AD – atopická dermatitida – atopický ekzém

IgE – imunoglobulin E

SPT – skin prick test

PTP – prick to prick skin test

APT – atopický epikutánní test

BMI – body mass index

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

UVA -1 – ultrafialové záření A-1

UVB – ultrafialové záření B

HK a DK – horní a dolní končetiny

PDK a LDK – pravá a levá dolní končetina

Tbl. – tableta

ADL – Barthelův test základních všedních činností

TT – teplota

TK – tlak

TF – tepová frekvence

Dg. – diagnóza

NO – nynější onemocnění

## ÚVOD

Atopická dermatitida je velmi silně svědivé a zánětlivé chronické onemocnění kůže, na jehož vzniku a rozvoji se podílí mnoho zevních i vnitřních faktorů. Na aktivaci onemocnění se podílí nejen vliv vnějšího prostředí, zevních alergenů, alergenů v potravě, či například v kosmetických přípravcích, ale je zde do jisté míry přítomna i rodinná genetická zátěž. Onemocnění má recidivující průběh a prevalence stále stoupá. Vyskytuje se u kojenců, dětí i dospělých. U jednotlivých věkových období jsou klinické projevy rozdílné a podle toho je přizpůsobena komplexní léčba. Prevalence u dospělých se odhaduje kolem 3 – 5 % a u dětí kolem 10 – 20 %. Incidence onemocnění převažuje zejména u žen a dětí (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 85 – 86*).

Toto onemocnění do velké míry ovlivňuje ve všech aspektech kvalitu života nejen pacientů, ale i jejich blízkých. Projevy onemocnění způsobují zdravotní a psychické komplikace, ale dotýkají se také všech oblastí ošetrovatelské péče. Atopická dermatitida pacienty výrazně determinuje v jejich soukromém, partnerském a profesním životě. V dnešní době, kdy je kladen velký důraz nejen na zdraví, ale také na estetiku, vzhled a sociální kontakty, jsou tito pacienti často až vyloučeni ze společenského života. Zejména fakt, že častěji postihuje ženy, může způsobit výrazné psychické problémy. Strach ze ztráty zaměstnání v důsledku onemocnění, nutnosti změny zaměstnání a ekonomický dopad na soukromý život je také jedním z často vyjadřovaných obav těchto pacientů v produktivním věku.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu četného výskytu tohoto onemocnění v populaci a z osobní zkušenosti v rodině.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u dospělých pacientek s atopickou dermatitidou. Dále pak identifikovat vhodné oblasti ošetrovatelské péče podle modelu Marjory Gordonové, stanovit ošetrovatelské diagnózy, vytvořit edukační plán a jako výstup pro ošetrovatelskou praxi sestavit návrh standardního ošetrovatelského postupu péče o pacienta s atopickou dermatitidou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE KŮŽE

Kůže (cutis, derma) patří k největšímu orgánu lidského těla s plochou téměř 2m<sup>2</sup>. Chrání tělo před vnějšími vlivy prostředí. Svou pevností dodává tělu rozmanitý tvar a pružnost. Dále plní řadu důležitých funkcí – ochrannou, vylučovací, vstřebávací, termoregulační, sekreční a resorpční. Tvoří ji tři důležité vrstvy: pokožka (epidermis), škára (corium) a podkožní vazivo (hypodermis) (Arenberger a Janáčková, 2018, s. 10 – 12).

### 1.1 Pokožka (Epidermis)

Pokožka je nejsvrchnější část kůže tvořena vícevrstevným dlaždicovým epitelem. Horní vrstvy buněk odumírají, olupují se a jsou nahrazovány buňkami z hlubších vrstev epidermis, které se neustále dělí. Barva kůže je dána množstvím kožního pigmentu melani- nu a stupněm prokrvení kůže. Kožní barvivo chrání buňky z hlubších vrstev před negativními účinky UV záření (Arenberger a Janáčková, 2018, s. 10 – 12).

### 1.2 Škára (Dermis)

Škára je střední vrstva kůže, jejímž základem jsou elastická a kolagenní vlákna. Tato vlákna zajišťují dermis dostatečnou pevnost, pružnost a roztažitelnost. Obsahuje velké množství cév, které tuto část kůže velmi bohatě prokrvují. Dále se zde nachází velké množství receptorů vnímající teplo, chlad a bolest. Ve škáře jsou uloženy vlasové folikuly, potní a mazové žlázy. Z vlasových folikulů vyrůstají vlasy a chlupy. Maz produkovaný mazovými žlázami zvláčňuje kůži a chrání ji před vysycháním. S přibývajícím věkem se produkce kolagenu a elastinu zpomaluje a tím dochází ke stárnutí kůže a k tvorbě vrásek (Nováková, 2011, s. 18 – 19; Arenberger, Janáčková, 2018, s. 11).

### 1.3 Podkožní vazivo (Hypodermis)

Hypodermis je nejhlubší vrstva kůže uložená pod škárou. Obsahuje tukové buňky, které slouží jako zásobárna energie. Vazivové buňky nalezneme mezi kolagenními a elastickými vlákny, které dohromady tvoří podkožní vazivo. V tucích jsou rozpuštěny vitamíny A,D,E a K. Podkožní vazivo má důležitou izolační a termoregulační funkci (Nováková, 2011, s. 18 – 19; Arenberger, Janáčková, 2018, s. 11).

## 2 ATOPICKÁ DERMATITIDA

„*Alergie není v žádném případě diagnózou, je pouze označením situace, kdy nemocný reaguje jinak, než je běžné. Slovo pochází z řečtiny, All = jinak, ergein = reagovat. Atopie je slovo pocházející z řečtiny a znamená formu alergického mechanismu, který podmiňuje vznik nejtypičtějších alergických chorob: Ekzému, senné rýmy, průduškového astmatu*“ (Hofhanzlová, 2009, s. 6).

Atopická dermatitida (atopický ekzém) je silně svědivé zánětlivé onemocnění s chronickým průběhem. Je to jedna z nejčastějších kožních chorob spojená s častým výskytem astmatu nebo senné rýmy. Přesná příčina vzniku ekzému není známa, ale obecně se jedná o souhrn genetických, imunitních, metabolických a dermatologických abnormalit (Burge, Matin a Wallis, 2016, s. 606 – 607).

V postižených místech se objevují červená mokvající ložiska plná puchýřů a žlutých krust. Ekzém může postihnout i celé tělo a přejít do chronicity (Nováková, 2011, s. 29). Typická je suchost kůže doprovázená nepříjemným svěděním, což je způsobené nedostatečnou produkcí kožního mazu a potu. Tak dochází k defektu kožní bariéry. Z důvodu defektu kožní bariéry a snížení defenzinu hrozí větší náchylnost k infekcím a ke kolonizaci patogenů (Resl, 2014, s. 202).

Rozlišují se dvě formy AD – forma extrinzitní (alergická) a intrinzitní (nealergická). Forma alergická se projevuje zvýšenou hladinou IgE a pozitivními prick testy. U formy nealergické jsou prick testy negativní a hladina IgE se nachází v normě (Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 90).

Ekzém může vyvolat řada vnějších alergenů, se kterými člověk přichází neustále do styku (požitím jídla, vdechnutím nebo přímým kontaktem s kůží). K častému svědění a škrábání kůže přispívá i změna počasí, hormonální změny a psychické stresy. U pacientů s AD dochází ke zhoršování ekzému spíše v jarních a podzimních měsících (Bělobrádek, 2011, s. 79 – 82).

AD postihuje jak kojence, děti, tak i dospělé muže a ženy. V závislosti na věku, lokalizaci a velikosti postiženého ložiska se průběh onemocnění individuálně liší (Bělobrádek, 2011, s. 83).



## 2.1 Etiopatogeneze

Jedná se o multifaktoriální onemocnění. Existuje řada příčin, které se podílejí na vzniku a rozvoji této nemoci. Řadí se mezi ně dědičnost, defekt kožní bariéry, vlivy životního prostředí, poruchy metabolické, neuroendokrinní a imunologické. Při poruše integrity kůže dochází zároveň i k poruše hydratace, reparace a následně ke vzniku zánětu. Alergeny tak snáze vnikají do organismu (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 86*).

### 2.1.1 Dědičnost

Dědí se pouze genetické dispozice k této nemoci, nikoliv nemoc samotná. Pravděpodobně se jedná o polygenní onemocnění, ale přesný typ dědičnosti není známý. Mezi geneticky podmíněná atopická onemocnění se řadí alergická rinokonjunktivitida a bronchiální astma. Pozitivní rodinná anamnéza zvyšuje riziko postižení dítěte touto chorobou. Pokud je touto nemocí postizen pouze jeden rodič, riziko postižení dítěte je přibližně 25%. Při postižení obou rodičů se riziko dítěte zvyšuje na 50% a více (*Benáková, 2013, s. 25; Bělobrádek, 2011, s. 81*).

### 2.1.2 Vyvolávající faktory

Mezi vyvolávajícími faktory tohoto onemocnění patří porucha vylučování potu a snížená tvorba kožního mazu. Kůže je suchá, rohovatí a poté dochází k poruše kožní bariéry, která je následně kolonizována bakteriemi (*Staphylococcus aureus*). K různým defektům dochází při nadměrném škrábání, tření a mnutí kůže (*Bělobrádek, 2011, s. 81 – 82*). Dalším klíčovým aspektem je porušená imunita. Pacienti s atopickou dermatitidou mají malé množství defenzinu. Defenziny jsou malé kationtové proteiny nacházející se v kůži a potu. Působí proti různým patogenům – bakteriím a virům (*Röcken a kolektiv, 2018, s. 148*).

K potravinovým alergenům se řadí vejce, sója, citrusové plody, pšeničná mouka, arašidy, ryby a čokoláda. U malých dětí, zejména v kojeneckém období, je hlavním potravinovým alergenem bílkovina kravského mléka.

S přibývajícím věkem je zvýšená citlivost na inhalační alergeny. Mezi inhalační alergeny patří pyl, prach, peří, plíseň, roztoči nebo chlupy z domácích zvířat. Hormonální změny v období těhotenství a dospívání mohou jak negativně, tak i pozitivně ovlivnit průběh onemocnění. U psychicky labilních pacientů, kteří nemohou spát z důvodu neustálé svědivosti kůže, dochází k radikálnímu zhoršení ekzematických projevů (*Bělobrádek, 2011, s. 80 - 82*).

## 2.2 Klinický obraz

Atopickou dermatitidu můžeme rozdělit na fázi kojeneckou, dětskou, dospívající a dospělých. V každém věkovém období jsou klinické projevy AD velmi rozdílné, a to v závislosti na věku, lokalizaci a stupni závažnosti onemocnění (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 86*).

### 2.2.1 Kojenecká fáze

Začátek většinou bývá kolem 2. – 6. měsíce života. Ekzém se nejvíce vyskytuje na obličeji, kde se nejprve vytvoří červené pupínky, poté je povrch kůže pokrytý drobnými puchýři a krusty. Může dojít k mokvání kůže. Postupně se ekzém může rozšířit i na ostatní části těla (hrudník, končetiny). Díky nesnesitelnému svědění a následnému škrábání kůže dochází k nekvalitnímu spánku. Děti jsou pak neklidné a mrzuté. K nejčastějším potravinovým alergenům patří kravské mléko (*Resl, 2014, s. 203*).

### 2.2.2 Dětská fáze

Vyskytuje se u dětí v předškolním a školním věku. Objevuje se spíše chronická fáze ekzému. Ekzém nejvíce propukává v loketních a podkolenních jamkách, dále se rozširuje na krku, zápěstí a na kotnicích. Kůže je zarudlá, neostře ohraničená, přeschlá a v postižených místech se mohou objevovat drobné prasklinky. V loketních jamkách a na zápěstích se po dlouhodobém ekzémovém zánětu může objevit první lichenifikace. Kůže je tlustá, hrubá a může dojít buď k hypopigmentaci nebo hyperpigmentaci. Nehty jsou z neustálého škrábání lesklé a vyhlazené. U dětí také může dojít k lymfadenopatii (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 87; Bělobrádek, 2011, s. 84 – 85*).

### 2.2.3 Fáze mladistvých a dospělých

Dochází obdobně ke zhrubnutí, zarudnutí, suchosti a k olupování kůže. Drobné puchýřky se mohou vytvořit i na dlaních a prstech rukou. Na obličeji lze pozorovat nepatrnou bledost. Kůže velmi silně svědí a praská. Jako u předchozích fází je ekzém lokalizovaný na obličeji, krku a na trupu. Poté může přejít i do erytrodermie, což je stav, který vyžaduje okamžitou hospitalizaci (*Resl, 2014, s. 203 – 204*).

## 2.3 Komplikace

Průběh AD se individuálně liší. Někteří pacienti trpí ekzémem již od dětství a k propuknutí ekzému u nich dochází velmi často, u jiných pacientů se ekzematická vzplanutí projevují pouze zřídka. Mezi nejčastější komplikace patří kožní infekce, které vznikají při defektu bariérové funkce kůže. Celistvost kůže je narušená díky neustálému škrábání a dochází tak k sekundárním bakteriálním či virovým infekcím (*Benáková, 2013, s. 30; Ec-zema Foundation*)

Nebezpečnou komplikací je infekce **herpetickým virem**. Jedná se o závažný stav, který je doprovázen subfebrilií, apatií a celkovou změnou zdravotního stavu. K dalším doprovázejícím příznakům se řadí herpetická encefalitida nebo zápal plic. Infekce se projevuje výskytem hnisavých puchýřků na postižené kůži, které se postupně a rychle diseminují i na zdravé plochy kožního povrchu. Malé děti jsou nejčastěji infikovány při kontaktu s matkou. Nezbytně důležité je navštívit lékaře a zahájit včasnou léčbu. Léčbu je nutné zahájit podáváním acyklovirů intramuskulárně, intravenózně nebo subkutánně (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 89 – 90; BIODERMA*).

K další komplikaci AD patří sekundární bakteriální infekce vyvolaná **zlatým stafylokokem**. Ložiska ekzému mokvají a objevují se žlutohnědé krusty. V postižené kůži nebo v jejím okolí se mohou vytvořit drobné puchýře či boláky vyplněné hnisem. Nutné je zahájení celkové terapie podáváním antibiotik a různých antibiotických mastí (*Čapková, 2017, s. 24 – 25*).

U dětí se nejčastěji na rukou a chodidlech objevují **bradavice**. Jedná se o virovou infekci, která se rychle rozšiřuje. Léčba je dlouhodobá a později velmi bolestivá, zejména u dětí. Ošetření se provádí za pomoci léků dle ordinace lékaře, pravidelným zmrazováním tekutým dusíkem a v nejhrošším stádiu se bradavice odstraní chirurgicky (*Čapková, 2017, s. 24 – 25*).

**Moluska** jsou velmi častou virovou komplikací u dětí s tímto onemocněním. Na kůži se vytvářejí drobné útvary podobné bradavicím. Infekce je způsobena tzv. pox viry, které se do těla dostávají přes porušenou integritu kůže v místě škrábání a také kontaminovanými předměty. Při dlouhém odkládání léčby může dojít k bakteriální superinfekci, která vyžaduje cílenou léčbu. Nejúčinnější metodou léčby je abraze kyretou. Jedná se o zákrok, pomocí kterého dochází k odstranění nepříjemného útvaru z kůže (*BIODERMA*).

## 2.4 Diagnostika

Ke stanovení diagnózy je důležité od pacienta získat potřebné údaje z co nejpodrobnější anamnézy, zejména z rodinné a pracovní. Dále je třeba zhodnotit klinický obraz, průběh a lokalizaci onemocnění a případně poslat pacienta na alergologické vyšetření (Benáková, 2013, s. 30).

**Kožní testy – prick testy (SPT a PTP)** jsou základním doplňujícím alergologickým vyšetřením k podrobné anamnéze u nemocného s AD. Patří mezi nejrychlejší a nejjednodušší diagnostické postupy obsahující roztoky inhalačních a potravinových alergenů (Gutová, 2010, s. 12; Novotná 2010).

Test probíhá tak, že se aplikuje pár kapek roztoku na předloktí pacienta. Následně se skrz kapku naruší integrita kůže lancetou a alergen tak pronikne do kůže. Po uplynutí 15 – 20 minut lze výsledek odečítat. Pozitivní test nastane, jestliže se v místě vpichu objeví reakce v podobě červeného pupínku. K vyhodnocení testu je potřeba udělat další dva prick testy. První test zjistí, zda kůže reaguje správně na látku. Druhý nám určí, zda je či není přítomna reakce kůže na roztok, který je zředěn s příslušným alergenem (Gutová, 2010, s. 12; Novotná 2010).

Tento test lze provést i u kojenců. U pacientů, kteří nevysadili léky, trpí akutním onemocněním a mají poškozenou kůži na předloktí, nelze prick test provést (Gutová, 2010, s. 12).

Dalším testem je APT. Na kůži zad se aplikuje testovací komůrka s alergenem, která se připevní náplastí. Alergen působí 48 hodin a po 72 hodinách se test zhodnotí (Gutová, 2010, s. 12).

## 3 TERAPIE

AD je multifaktoriální onemocnění, jehož léčba je velmi komplikovaná a u každého pacienta má individuální průběh. Dědičné dispozice jsou celoživotní, a proto nelze nemoc zcela vyléčit. Dodržováním správné životosprávy, vyhýbáním se provokačním alergenům a při spolupráci s dermatologem a alergologem lze příznaky onemocnění zmírnit. Důležité je vhodné nasazení lokální či celkové léčby s protizánětlivým účinkem, dle ordinace lékaře. Cílem terapie je odstranit infekci, obnovit integritu kůže, ulevit pacientovi od bolesti, svědění a celkově zlepšit kvalitu jeho života (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 92; Benáková, 2013, s. 114 – 115*).

### 3.1 Lokální léčba

Lokální léčba je základní externí léčba, která se používá u běžných forem AD. Cílem této léčby je zmírnit zánět, svědění a udržovat kůži stále vláčnou a mastnou pomocí nejrůznějších mastí a krémů. Základem zevní léčby je obnovení integrity kůže. V lokální léčbě je také velmi důležitá volba vhodného léku ve správné dávce tak, aby jeho účinky byly efektivní (*Čapková, 2017, s. 34; Benáková, 2009, s. 61*).

#### 3.1.1 Emoliencia

Jedná se o přípravky nezbytné k léčbě AD. Řadí se mezi ně velké množství mastí a krémů, které mají kůži udržovat stále vláčnou a promaštěnou. Důležitá je pravidelná hygiena kůže. Emoliencia je třeba aplikovat co nejrychleji po koupeli, aby se zabránilo vysušení a popraskání kůže. Doporučuje se časté promazávání kůže tenkou vrstvou krému několikrát denně. Existuje spousta dermokosmetických přípravků zmírňující svědění kůže – konopné masti, linola, atoderm nebo menalind. Každý pacient sám zhodnotí, která z mastí a krémů mu nejvíce vyhovuje (*Benáková, 2010, s. 226*).

*„Olejové koupele jsou dalším doplňkem léčby ke zlepšení bariérových vlastností kůže. Jde o různé druhy olejů (parafínový, sójový, mandlový), které na kožním povrchu vytvářejí jemný film zabraňující odpařování vody, a tím zlepšují hydrataci kůže“* (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 94*).

#### 3.1.2 Koupele, obklady a pasty

Nedoporučuje se dlouhá koupel v příliš teplé vodě. Pokud je to možné, je třeba se vyhýbat chlorované vodě, nepoužívat klasická mýdla, sprchové gely a různé parfémové přísady. Tyto přípravky by kůži ještě více podráždily (*Hofhanzlová, 2009, s. 21 – 22*).

Doporučují se koupele z dubové kůry, z ovesných vloček, s pohankovou tinkturou nebo měsíčková koupel. Pohanková tinktura některým nemocným uleví od svědění. Měsíčková koupel se doporučuje pacientům, kteří mají silně rozškrábaná, mokvající a hnisající ložiska ekzému (*Hofhanzlová, 2009, s. 21-22*).

V akutní fázi onemocnění se přikládají na postižená mokvající místa vysychavé obklady, které mají chladící a protizánětlivý účinek. Pozitivní účinky mají obklady s Jarischovým roztokem, Hypermanganem a se silným pravým čajem. Obklad je třeba přikládat ve správný čas na správné místo a správným způsobem. Obklad se v žádném případě nesmí převazovat, aby se kůže nezapařila. Technika spočívá v tom, že se mírně ohřeje vybraný roztok. Do připraveného roztoku se namočí tři vrstvy gázy a aplikují se na postižená místa. Zhruba po 2 minutách je třeba obklady vyměňovat po dobu cca 15 minut. Tento proces by se měl opakovat nejméně 3x denně (*Čapková, 2017, s. 37; Resl, 2014, s. 205*).

Při subakutních či chronických projevech AD lze používat pasty, které mohou působit antibakteriálně, proti svědění a zánětu kůže (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 94*).

U dětí je možné použít Dehtovou, Septonexovou nebo Ichtyolovou pastu. Tyto pasty lze u dětí užívat dlouhodobě za předpokladu, že se ekzém nachází v klidové fázi. Tento typ léčby je velmi účinný. Pasta se z kůže nesmývá, dokud se postižená ložiska nezažijí. Při této léčbě je vhodné používat starší oblečení, protože pasty jsou barevné a zanechávají skvrny na prádle (*Čapková, 2017, s. 38*).

### **3.1.3 Lokální kortikosteroidy**

Při akutním zhoršení AD se pacientům aplikují lokální kortikosteroidy. Jejich účinek je velmi silný. Potlačují imunitu, zánět a působí i vazokonstrikčně a antiproliferativně. V léčbě mají nezastupitelnou roli, ale kvůli možným nežádoucím účinkům je nelze aplikovat dlouhodobě. Před aplikací je nutné posoudit věk pacienta, lokalizaci a rozsah postižené plochy. Nelze je používat u dětí do 3 měsíců. Kortikoidy potlačují nejhorší stádia ekzému. Jakmile dojde k výraznému zlepšení AD, hormonální léčba se vysadí a je nahrazena nekortikoidními léky. Tato léčba se nazývá intervalová. Kortikoidní hormonální léčbu je třeba přerušit na dvojnásobek doby, po kterou pacient kortikoidní léčbu užíval (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 95*).

Většinou se postupuje od slabých k silným kortikoidům, ale možný je i obrácený postup léčby. Při aplikaci je třeba dávat si pozor na tyto oblasti – genitál, podpaždí, třísla a prsa (*Resl, 2014, s. 205-206*). Při opakovaném užívání kortikoidů v krátkých intervalech hrozí riziko, že účinky léku zcela vymizí. Zejména i u dětí je třeba dávat pozor. Nežádoucími účinky mohou být atrofie kůže, alergie na lokální kortikoidy, perorální dermatitida nebo akné (*Duchková, 2013, s. 312*).

#### **3.1.4 Antibiotika a antiseptika**

Antibiotika se používají k léčbě sekundární infekce (Endiaron, Framykoin, Fucidin), ale kvůli možné antibiotické rezistenci se příliš nedoporučují. Místo antibiotik se doporučuje používat antiseptika (Endiaronová a Zinková pasta). Zinková pasta je založená na antiseptickém, dezinfekčním a chladivém účinku. Dále chrání ložiska před vlivem slunečního záření (*Resl, 2014, s. 206; Röcken a kolektiv, 2018, s. 150*).

#### **3.1.5 Lokální imunomodulátory**

Patří do skupiny nesteroidních antibiotik, které inhibují kalcineurin, působí imunopresivně a protizánětlivě. Zklidňují svědění kůže zhruba do 3-7 dnů. Používají se u pacientů s chronickými projevy AD. Lze je aplikovat na obličej, krk a do intertriginózních oblastí. Mezi dostupné lokální imunomodulační prostředky patří Tacrolimus a Pimecrolimus (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 95-96; Resl, 2014, s. 206*).

## **3.2 Celková léčba**

K celkové léčbě AD se řadí antihistaminika, systémové kortikosteroidy, imunodulanti a imunosupresivní léky společně s fototerapií, psychoterapií, klimatoterapií a lázeňskou léčbou. Celková terapie je indikována u těžkých forem AD ve spolupráci s alergologem nebo imunologem (*Kuklová, Herle a kolektiv 2011, s. 96*).

### **3.2.1 Antihistaminika**

Léčba antihistaminiky poskytuje úlevu od silné svědivosti kůže. Dělí se na první, druhou a třetí generaci. U malých dětí s nesnesitelným svěděním se doporučují antihistaminika první generace. Mají sedativní účinek, který dítěti umožní kvalitnější spánek. Antihistaminika druhé a třetí generace mají protizánětlivý účinek a mohou příznivě ovlivnit i alergii (*Resl, 2014, s. 206; Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 96*).

### **3.2.2 Imunomodulancia a imunosupresiva**

Tyto léky jsou indikovány jen u velmi vážných případů AD pod vedením imunologa. Systémově lze podávat kortikoidy (Prednison) nebo methylprednisolon (Solu-Medrol). Dále se podává cyklosporin, který blokuje aktivaci T-lymfocytů (*Resl, 2014, s. 206; Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 96*).

### **3.2.3 Systémová antibiotika**

Důvodem podávání antibiotik je možná infekce nebo zánět kůže. Pokud je kůže napadena zlatým stafylokokem, je nutné dlouhodobé užívání antibiotik. Řadí se mezi ně Oxacilin a Amoxicilin (*Röcken a kolektiv, 2018, s. 150*).

### **3.2.4 Systémová antivirotika**

Antivirotika se indikují u pacientů s AD, kteří jsou infikováni herpetickým virem. U pacientů s AD a s vysokým IgE je tato infekce velmi riziková. Mezi celková antivirotika patří Acyklovir, který je nejčastěji užívaný. Dávkuje se 5x 200mg maximálně na 10 dnů, nebo dlouhodobě 2x 400mg (*Benáková, 2013, s. 111*).



### **3.3 Další léčebné metody**

Mezi doplňující léčebné metody se řadí fototerapie, klimatoterapie, lázeňská léčba a mnoho dalších postupů, které mají pozitivní účinky při léčbě AD (*Resl, 2014, s. 207*).

#### **3.3.1 Fototerapie**

Fototerapie neboli světloléčba je fyzikální terapie, která se využívá u středně těžké a chronické fáze AD. V těchto fázích onemocnění se většinou používá UVB záření o vlnové délce 311 nm. U akutních forem AD se nejčastěji využívá vysoká dávka záření (UVA-1). Způsob využití i účinek této léčby je vždy individuální. Fototerapie se vždy kombinuje s celkovou léčbou a balneoterapií (*Benáková, 2009, s. 85; Benáková, 2013, s. 122 – 123*).

#### **3.3.2 Klimatoterapie**

Pro dospělé pacienty, zejména s chronickými projevy AD, na které sluneční záření působí velmi příznivě, se doporučuje navštívit Mrtvé moře. Vhodné klimatické podmínky a mořská voda mohou pozitivně ovlivnit léčbu ekzému. Přímořský pobyt a dýchání aerosolu má většinou dobrý účinek i na děti. Vhodný je i pobyt na horách (Alpy, Vysoké Tatry), zejména pro pacienty, kterým příliš velké teplo nesvědčí (*Čapková, 2017, 119 – 125*).

#### **3.3.3 Lázeňská léčba**

Vhodná zařízení pro pacienty s AD jsou Lázně Kynžvart nebo Luhačovice. Lázeňská léčba umožňuje pacientům s atopickým onemocněním koupat se v léčebných vodách a různé kožní léčby. Součástí léčby jsou rehabilitační techniky, různá dietní opatření a společné programy, kterých se většinou účastní vrstevníci se stejným kožním onemocněním (*Čapková, 2017, 119-125*).

## 4 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Ze všeho nejdůležitější je eliminace všech vnějších i vnitřních provokačních faktorů, které atopický ekzém zhoršují. Je třeba, aby pacient rozpoznal spouštěče, které na něho mají negativní dopad, a snažil se je odstranit. K nepříznivým faktorům se řadí potravinové, inhalační a bakteriální. Mezi další nepříznivé faktory patří klimatické změny nebo psychické stresy (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 93 – 94*).

### 4.1 Obecná opatření

Pacient s atopickou dermatitidou by se měl vyhýbat prašnému prostředí. Doporučuje se časté vysávání místností, stírání prachu z nábytku či odstranění všech kobereců a závěsů, ve kterých se prach nejvíce vyskytuje. Pro děti nejsou vhodné plyšové hračky. Za nevhodné je také považováno chování domácích mazlíčků (pes, kočka, morče). Rizikovými pro pacienta jsou jejich chlupy a sekrety, ve kterých jsou obsažené alergeny (*Bělobrádek, 2011, s. 94 – 95*).

Při nadměrném pocení kůže dochází ke zhoršení ekzému, a proto není vhodné pobývat v příliš teplém a suchém prostředí. Přílišná vlhkost ekzém také zhoršuje (*Kuklová, Herle a kolektiv, 2011, s. 93*). Prádlo, které si pacient zvolí, má být pohodlné, prodyšné a hladké. Nejvíce vhodné látky jsou z bavlny. Nedoporučují se materiály vlněné nebo kožehřinové. Sprchování by mělo být krátké a vlažnou vodou. Příliš časté mytí kůže vysušuje (*Bělobrádek, 2011, s. 95 – 96*). K vhodným mycím prostředkům pro kojence, děti i dospělé se doporučují syndety, dětská mýdla a mýdla s neutrálním nebo kyselým pH. Řadí se mezi ně Lipikar mýdlo, Atoderm mýdlo, Sebamed syndet nebo Eucerin pH 5 sprchová emulze (*Čapková, 2017, s. 86 – 87*).

Dále je nezbytně důležitá volba vhodného zaměstnání. Určitě se nedoporučuje práce v příliš horkém, vlhkém, prašném a znečištěném prostředí. Dále je třeba vyhýbat se zaměstnání, při kterém by nemocný musel přijít do kontaktu s chemickými látkami. Při rozsáhlém postižení tohoto onemocnění, zejména na ploskách nohou a rukou, je třeba požádat o pracovní neschopnost. Mezi nevhodná zaměstnání patří automechanik, kadeřník, kuchař, zdravotní sestra, veterinář, ošetřovatel, pekař, zedník nebo dělník (*Bělobrádek, 2011, s. 96; Benáková, 2009, s. 31*).

## 4.2 Životospráva

Vhodná úprava jídelníčku a eliminace veškerých potravinových alergenů je zásadní při léčbě AD. Strava by měla být správně vyvážená a hlavně pestrá s dostatečným pitným režimem. Dietní opatření je pro každé věkové období individuální (Čapková, 2017, s. 98 – 99).

U dětí, zejména v kojeneckém období, je zvýšená senzitivita na potravinové alergeny. Mezi doprovázející příznaky se řadí vomitus, zvracení, časté bolesti břicha nebo nechutenství. Kojící matky mají zakázáno kojít v období akutní fáze ekzému (Benáková, 2013, s. 166 – 167; Bělobrádek, 2011, s. 79 – 80). U kojenců, kteří mají alergii na bílkovinu kravského mléka, je třeba vyloučit veškeré potraviny obsahující mléko a nahradit je úplnou bezalergenní dietou. V nejhorší fázi alergie se indikuje přípravek na bázi aminokyseliny. Nevhodné je nahrazení kravského mléka sójovým či mlékem od jiných zvířat (kozí, ovčí). Jejich bílkoviny jsou také alergizující (Čapková, 2017, s. 98 – 99).

Obecně u dětí se k největším potravinovým alergenům řadí vejce, kravské mléko, arašidy, citrusové plody, čokoláda, ryby, některé druhy koření, různá barviva či ostrá a kyselá jídla. Je třeba poznamenávat si a dávat pozor na potraviny, které dítě škodí. Na druhou stranu není vhodné trápit dítě přísnými dietami, které by jej ochudily o dostatek vitamínů, živin a stopových prvků potřebných pro jeho vývoj (Benáková, 2013, s. 166 – 167; Bělobrádek, 2011, s. 80).

U alergiků a nemocných s AD by jídelníček měl obsahovat vhodné potraviny, mezi které se řadí čerstvá zelenina a ovoce, nejlépe vlastnoručně vypěstované nebo z bio produkce. Dále by jídelníček měl být bohatý na luštěniny (čočka, fazole, hrách), semena (slunečnicové, lněné), vlašské nebo lískové ořechy. Z panenských za studena lisovaných olejů se doporučuje zejména lněný a konopný. Tyto oleje mají pozitivní účinky na kůži a nervovou soustavu (Hofhanzlová, 2009, s. 44 – 46; Novotný, 2010, s. 77 – 78).

Jídelníček by neměl obsahovat příliš tučné vepřové či hovězí maso, veškeré mléčné výrobky, vejce, veškeré potraviny obsahující bílý cukr a bílou mouku, tropické plody, sóju a různé cizokrajné ořechy. Bílý cukr obsažený v sušenkách, bonbonech či limonádách lze nahradit třtinovým cukrem nebo medem. Doporučuje se kuřecí nebo krůtí maso před vepřovým a hovězím. Celkově se upřednostňuje vaření a dušení namísto smažení a pečení. (Hofhanzlová, 2009, s. 44 – 46; Novotný, 2010, s. 77 – 78).

## 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je samostatný obor, který se věnuje péči o pacienta v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální. Poskytuje komplexní péči nejen jednotlivci, ale i rodinám a skupinám. Cílem ošetřovatelství je zlepšit a navracet zdraví spolu s rozvojem soběstačnosti, v terminálním stádiu nemoci poté zmírnit utrpení a zajistit klidnou a důstojnou smrt u pacienta (*Burda, Šolcová, 2015, s. 12 – 13*).

Důležité je poskytovat pacientovi kvalitní zdravotnickou péči s pomocí kvalifikovaného zdravotnického týmu, který k tomu má dostatečné kompetence. Mezi základní rysy ošetřovatelství patří holistický a individuální přístup k nemocnému, aktivní ošetřovatelská péče a preventivní péče (*Burda, Šolcová, 2015, s. 14 – 15*).

### 5.1 Kategorizace zdravotnických pracovníků

Zdravotnické povolání je psychicky i fyzicky velmi náročné a může jej vykonávat pouze taková osoba, která splňuje veškeré požadavky ustanovené zákonem (zákon č. 372/2011 o zdravotních službách) (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 62*).

Personál ve zdravotnictví se dělí na lékaře a nelékaře. Nelékařský zdravotnický personál se dále dělí na pracovníky bez odborného dohledu (porodní asistentka, všeobecná sestra), s odborným dohledem (ošetřovatel, sanitář) a se specializovaným zaměřením, kam se řadí např. všeobecná sestra v pediatrii (*Burda, Šolcová, 2015, s. 22*).

### 5.2 Formy ošetřovatelské péče

V České republice máme několik forem poskytování ošetřovatelské péče, mezi které se řadí ambulantní, jednodenní, ústavní, komunitní a domácí péče. Důležité je pacientovi poskytnout co nejlepší a nejkvalitnější péči (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 75 – 76*).

#### 5.2.1 Ambulantní péče

Primární ambulantní péče se poskytuje za účelem podpory zdraví, prevence onemocnění, rehabilitace a ošetřování. Dělí se na všeobecnou péči, kterou poskytuje praktický lékař (gynekolog, stomatolog) a specializovanou péči poskytovanou v rámci jednotlivých oborů (neurologická, psychiatrická). U pacientů, jejichž zdravotní stav opakovaně vyžaduje ambulantní péči, se doporučuje péče stacionární (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 75 – 76*).

### **5.2.2 Jednodenní péče**

Poskytuje se pacientům, kteří se nacházejí ve velmi vážném zdravotním stavu vyžadující okamžitou hospitalizaci. Jestliže dojde ke zhoršení stavu trvající déle jak 24 hodin, je pacient přeložen na intenzivní lůžkovou péči (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 75 – 76*).

### **5.2.3 Ústavní péče**

Stejně jako u jednodenní péče jsou zde hospitalizováni pacienti z důvodu vážného zdravotního stavu vyžadující akutní, standardní, následnou nebo dlouhodobou lůžkovou péči. Akutní péče je poskytována pacientům při vážném, životu ohrožujícím stavu. K následnému doléčení či rehabilitaci se poskytuje následná péče a pro pacienta, jehož zdravotní stav nelze žádnou léčbou zlepšit, je určena dlouhodobá péče (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 75 – 76*).

### **5.2.4 Komunitní péče**

Komunitní péče se zaměřuje na pacienty zdravotně postižené, na pacienty v terminálním stádiu nemoci, ale především se zaměřuje na preventivní a výchovné činnosti. Součástí komunitní péče jsou hospice a různé agentury domácí péče. Tvoří se zde multidisciplinární tým, do kterého spadá zdravotnický personál, státní orgány a občanské sdružení (*Plevová a kolektiv, 2011, s. 77*).

### **5.2.5 Domácí péče**

Nárok na domácí péči má každý pacient, jehož zdravotní stav to dovoluje či na základě doporučení od praktického lékaře. Domácí péče je pro pacienta mnohem komfortnější, méně ekonomicky nákladnější a celkově psychicky příjemnější než pobyt v nemocnici. Pobyt v domácím prostředí má na pacienta znatelně pozitivní psychický dopad, protože je obklopený blízkou rodinou (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 76 – 77*).

## **5.3 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelská péče je poskytovaná metodou ošetrovatelského procesu, jehož přístup o celkovou péči pacienta je systematický. Ošetrovatelský proces se realizuje s cílem vyhledat a uspokojit individuální potřeby nemocného v problémových oblastech. To lze realizovat v pěti základních krocích. Mezi jednotlivé na sebe navazující kroky patří ošetrovatelská anamnéza, diagnóza, plán, realizace ošetrovatelského plánu a zhodnocení výsledků ošetrovatelského plánu (*Burda, Šolcová, 2015, s. 27 – 29*).

### **5.3.1 Ošetrovatelská anamnéza**

Sestra potřebuje od pacienta získat co nejvíce informací týkající se jeho zdravotního stavu, aby mohla stanovit ošetrovatelské diagnózy. Potřebné informace lze získat pomocí rozhovoru, pozorováním a fyzikálním vyšetřením nemocného. Dále je možné informace získat od rodinných příslušníků nebo z předchozí dokumentace za předpokladu, že pacient není schopný komunikace (*Burda, Šolcová, 2015, s. 28*).

### **5.3.2 Ošetrovatelská diagnóza**

Ze strany sestry je důležité zjistit, jaký problém nemocný má, pojmenovat ho a na základě toho stanovit ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelskou diagnózu lze stanovit pouze po pečlivém sběru dat z anamnézy. Ošetrovatelské problémy mohou být aktuální nebo potencionální. Aktuální problém je takový problém, který pacient v dané chvíli pociťuje (bolest, porucha dýchání). Potencionální problém je spojen s možnými riziky (riziko pádu, riziko vzniku dehydratace), které mohou nastat, pokud nejsou zajištěna vhodná opatření (*Burda, Šolcová, 2015, s. 28*).

### **5.3.3 Ošetrovatelský plán**

Sestra vypracuje pacientovi individuální ošetrovatelský plán, který zahrnuje ošetrovatelské diagnózy, intervence a očekávané výsledky. Aby bylo možné dosáhnout očekávaných cílů, je nutné dodržovat plánované ošetrovatelské intervence. Sestra jednotlivé ošetrovatelské činnosti vykonává ve spolupráci se zdravotnickým asistentem a s ošetrovatelem (*Mastiliaková, 2014, s. 33 – 34*).

### **5.3.4 Realizace ošetrovatelského plánu**

Ve 4. fázi ošetrovatelského procesu dochází k realizaci ošetrovatelského plánu zaměřeného na vykonávání ošetrovatelských intervencí, které jsou následně zapisovány do dokumentace. Sestra pravidelně kontroluje pacienta, aby zjistila, jestli jsou očekávané cíle plněny (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 125*).

### **5.3.5 Zhodnocení výsledků ošetrovatelského plánu**

Vyhodnocování daných cílů probíhá průběžné. Sestra hodnotí reakci pacienta na dané intervence a jejich úspěšnost či neúspěšnost oproti jeho zdravotnímu stavu před intervencemi. Jestliže sestra zjistí, že dané intervence pacientův stav nezlepšily a že nedošlo k dosažení očekávaných výsledků, musí ošetrovatelský plán změnit tak, aby odpovídal zdravotnímu stavu pacienta (*Plevová a kolektiv, 2018, s. 127*).

## 5.4 Specifika ošetrovatelské péče

V akutním stavu kožního onemocnění je pacient hospitalizován na dermatovenerologické klinice. U sestry, která pracuje na kožní klinice, je velmi důležité mít všeobecné znalosti z oborů anatomie a fyziologie kůže. Dále je nezbytně důležité znát jednotlivé kožní choroby, vědět jak jim předcházet a léčit je (Nováková, 2011, s. 16 – 17).

Každá sestra musí znát a dodržovat zásady práce na oddělení. V péči o pacienta je nezbytně důležité dodržovat bariérový přístup a používat ochranné pomůcky. Sestra tak chrání jak sebe, tak i ostatní spolupracovníky a pacienty před možnou nákazou či nemocí. U každého výkonu, který je prováděn na pacientovi (odběr krve, stěry, aplikace léků a léčivých mastí), je nutné vždy používat rukavice, a to i při zacházení s použitými nástroji, při dopomoci pacientovi s hygienou nebo při manipulaci s biologickým materiálem. Ke každému výkonu se přistupuje asepticky. Sestra pacienta vždy edukuje o možných výkonech a důvodech jejich provedení (Nováková, 2011, s. 28 – 30).

U pacienta s atopickou dermatitidou, sestra sleduje fyziologické funkce, charakter postiženého ložiska, jeho barvu a velikost. Okolí postiženého místa pravidelně promazává. Dále aplikuje léky dle ordinace lékaře proti svědění či bolesti a asepticky převazuje rány (Nováková, 2011, s. 28 – 30).

Velmi důležitý je psychologický přístup k pacientovi. Pacienti s chronickým kožním onemocněním si připadají méněcenní, jsou depresivní, nevrlí a často se izolují od ostatních lidí. Nemocný člověk si je vědom, že jeho kožní choroba má neestetický projev a že terapie bývá velmi zdlouhavá, zvláště u atopické dermatitidy. I okolí se chová odtažitě ze strachu z možné nákazy. A tyto všechny okolnosti mají na nemocného obrovský negativní a psychický dopad. A špatný psychický stav nemoc ještě více zhoršuje. Od sestry se očekává, že bude k pacientovi vlídná, vstřícná a empatická (Nováková, 2011, s. 28 – 30).



## 5.5 Edukace

Edukace je velmi důležitý proces, který se připravuje za účelem poučit pacienta o jeho zdravotním stavu a následně ho motivovat k pozitivní změně jeho životního stylu (Svěráková, 2012, s. 33 – 35).

Prvním krokem v edukačním procesu je zjistit důležité údaje o pacientovi v podobě rozhovoru. Sestra jako edukátorka taktně zjistí pacientovu ekonomickou situaci, zda je dostatečně motivován a připraven na danou změnu a dále jeho názor na hodnotu zdraví. Ve druhém kroku sestra sestaví edukační plán, který musí obsahovat stanovené priority, cíle, vhodné edukační metody, obsah edukace, organizace a zhodnocení výsledků, a to vše s ohledem na zdravotní stav pacienta a na jeho aktuální potřeby. V posledním kroku sestra průběžně vyhodnocuje výsledky edukačního plánu a zároveň si ověřuje, zda pacient pochopil cíle edukace. Edukátorka prověří jeho znalosti a dovednosti pomocí písemného testu, kontrolních otázek a tím, že pacienta vyzve k ukázce daného výkonu (Svěráková, 2012, s. 33 – 35).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Atopická dermatitida je závažná kožní choroba postihující především dětskou populaci, ale i dospělé jedince. V počtu nemocných u dospělých lidí převažují spíše ženy. Jedná se o jedno z nejrozšířenějších kožních onemocnění na světě, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života nemocného. Důležité je striktně dodržovat léčebný režim – důsledná péče o pokožku, vyhýbání se nejrůznějším stresovým situacím a negativním zevním faktorům.

## 7 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 7.1 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u dospělých pacientek s atopickou dermatitidou.

### 7.2 Dílčí cíle

1. Vypracovat kazuistiky 2 pacientek s atopickou dermatitidou a porovnat průběh hospitalizace.
2. Identifikovat shodné oblasti ošetrovatelské péče.
3. Identifikovat hlavní oblasti pro edukaci pacientek s atopickou dermatitidou.

## 8 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

1. Jaké jsou shodné oblasti ošetrovatelské péče?
2. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče?
3. Jaké jsou hlavní oblasti edukace?

## 9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro svůj výzkum jsem si záměrně zvolila dvě dospělé respondentky rozdílné věkové kategorie. Byly hospitalizovány z důvodů závažnosti atopické dermatitidy. Tato nemoc jim bránila žít normální život. Obě jsem seznámila s anonymitou svého výzkumu a dobrovolně mi podepsaly informovaný souhlas, který je uveden v příloze.

## 10 METODIKA PRÁCE

Pro získání informací jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Tento výzkum je zaměřen na jednotlivce a umožňuje zkoumat do hloubky jeho daný problém. Důležité je, aby výzkumník zaznamenal všechny podrobnosti a skutečnosti, o kterých se během výzkumu dozvěděl (*Kutnohorská, 2009, s. 25*).

Praktickou část bakalářské práce jsem zpracovala metodou případové studie (case study), která umožňuje získat velké množství dat o malém počtu respondentů. (*Kutnohorská, 2009, s. 76*).

Potřebné informace jsem získala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, pozorováním (přímé i nepřímé) a analýzou dokumentů. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 15 předem připravených otázek. Postupovala jsem dle ošetřovatelského modelu Marjory Gordonové.

## 11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum nezbytný k dokončení mé bakalářské práce byl předem schválen vedením nemocnice. Před zahájením výzkumu jsem získala od respondentek písemný souhlas k jeho provedení. Výzkum probíhal od října do listopadu roku 2019 na Dermatovenerologické klinice v Plzni. Rozhovor s oběma vybranými respondentkami jsem uskutečňovala individuálně. S první pacientkou po dva týdny v době její hospitalizace, s druhou pacientkou jeden týden při jejím pobytu v nemocnici a dále pak tři týdny po dobu jejího ambulantního léčení, kam pacientka docházela 3x týdně na fototerapii. Při těchto návštěvách mě dotýčná o svém zdravotním stavu průběžně informovala. Setkání s respondentkami trvalo přibližně 1,5 hodin a pokládala jsem při něm otevřené otázky. Záznamy odpovědí jsem nahrávala na diktafon a zapisovala si je do poznámek. Záznamy byly dlouhé cca 60 minut.

## **12 KAZUISTIKA 1**

Žena, 40 let, české národnosti, již po 3. hospitalizovaná na doporučení kožního lékaře, pro akutní progresi kožního nálezu atopické dermatitidy, s diseminací téměř po celém těle.

### **12.1 Anamnéza**

#### **Osobní anamnéza**

V dětství prodělala běžné dětské nemoci. První příznaky ekzému se projevily ve 33 letech. Trpí bronchiálním astmatem.

#### **Rodinná anamnéza**

Oba rodiče žijí, otec zdravý. Matka je také astmatička a má alergii na pyl, prach a roztoče. Pacientka nemá žádné sourozence. Má 2 dospělé dcery, které již mají svou vlastní rodinu. Obě dcery jsou zdravé. Rozvedená.

#### **Sociální anamnéza**

Pacientka žije sama ve vlastním bytě. Má psa.

#### **Pracovní anamnéza**

Pracovala jako servírka v restauraci, ale po 20 letech kvůli ekzému musela změnit zaměstnání. Nyní nově nastoupila do jisté firmy jako operátorka. Jedná se o suché a bezprašné prostředí. Nejvyšší dosažené vzdělání gymnázium.

#### **Farmakologická anamnéza**

Salbutamol v inhalátoru, dle nutnosti, Aerius 1-0-0 proti alergii, Paralen 500 mg dle nutnosti na bolest a Dithiaden 0-0-1 proti svědivosti kůže. Kůži promazává indulonou.

#### **Alergická anamnéza**

Pacientka je alergická na penicilín, pyl, prach, roztoče a chlupy zvířat. Po penicilínu omdlévá.

#### **Abúzus**

Pacientka je silná kuřačka. Denně vykouří 15 cigaret a vypije půl litru piva.

## 12.2 Fyzikální a celkové screeningové vyšetření sestrou

**Výška:** 167 cm

**Váha:** 84 kg

**BMI:** 30 Kg/m<sup>2</sup>

**Krevní tlak:** 110/70 mm Hg, mírnější hypotenze

**Tepová frekvence:** 74/min, normokardie, puls je pravidelný, silný a dobře hmatatelný

**Tělesná teplota:** 36,6 °C, normotermie

**Dýchání:** 20/min., eupnoické, bez obtíží či patologických zvuků

**Vědomí:** Orientována místem, časem i osobou.

**Komunikace:** Bezproblémová, rychlá a plynulá.

**Celkový vzhled, úprava zevnějšku a hygiena:** Pacientka je upravená a čistotná, ale kůže je silně xerotická a rudá. Na PHK a PDK jsou viditelné sekretující rány, které neustále svědí a bolí.

**Zrak:** Pacientka nenosí brýle ani kontaktní čočky. Vidí dobře na blízko i na dálku. Zornice jsou izokorické.

**Sluch:** Slyší dobře, žádné známky zánětů.

**Dutina ústní a nos:** Bez sekrece, jazyk vlhký, nepřítomnost defektů, nepřítomnost cyanózy.

**Zuby:** Stálý chrup.

**Obličej, krk – kůže:** Čistá, hladká, bez známek ekzémů, defektů či jiných patologických změn.

**Horní končetiny – kůže:** V oblasti pravého lokte je ložisko silně sekretující a objevují se žlutohnědé krusty. Okolí je zarudlé, xerotické a olupuje se. Obě dlaně jsou mírně suché. Po obou HK se objevují drobné papuly, kůže je silně zarudlá.

**Hrudník, břicho, záda – kůže:** Celoplošně silně rudá ložiska kůže, s výskytem drobných papul, mírně suchá a svědivá.

**Dolní končetiny – kůže:** Na PDK – od kolene, celý bérec a lýtko, až ke kotníku. Kůže je xerotická a zarudlá. Na bérci je rozsáhlé sekretující ložisko o velikosti 10x4cm. Kůže na LDK je mírně zarudlá od kolene dolů.

**Konstituce:** Obezita I. stupně.

**Výživa:** Normální, žádná omezení.

**Dieta:** Č. 3 - racionální strava.

**Chůze:** Pacientka je zcela mobilní, ale při chůzi pociťuje bolest z důvodu sekretující rány na bérci PDK.

**Stisk ruky:** Provede.

**Motorika:** Jemná i hrubá – dobrá.

**Svalová tuhost/pevnost:** V normě, pohyb zvládá.

**Bolest:** Intenzivní.

**Spánek:** Špatný, nekvalitní, časté probouzení.

**Víra:** Ateistka.

**Kanyla intravenózní:** Nezavedena.

**Permanentní močový katétr:** Nezaveden.

**Drén:** Nezaveden.

## 12.3 Hodnotící škály při příjmu

### Hodnocení soběstačnosti

Dle Barthelova testu základních všedních činností (ADL)

najedení, napití – 10 bodů (samostatně bez pomoci)

oblékání – 10 bodů (samostatně bez pomoci)

koupání – 5 bodů (samostatně nebo s pomocí)

osobní hygiena – 5 bodů (samostatně nebo s pomocí)

kontinence moči – 10 bodů (plně kontinentní)

kontinence stolice – 10 bodů (plně kontinentní)

použití WC – 10 bodů (samostatně bez pomoci)

přesun z lůžka na židli – 15 bodů (samostatně bez pomoci)

chůze po rovině – 15 bodů (samostatně bez pomoci)

chůze po schodech – 10 bodů (samostatně bez pomoci)

**VYHODNOCENÍ:** 100 BODŮ – NEZÁVISLÁ

### **Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové**

Dle Nortonové stupnice hrozí nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně.

schopnost spolupráce – 4 body (úplná)

věk – 3 body (<30)

stav pokožky – 1 bod (suchá)

každé další onemocnění – 3 (asthma bronchiale)

fyzický stav – 4 (dobrý)

stav vědomí – 4 (dobrý)

aktivita – 4 body (chodí)

pohyblivost – 4 body (úplná)

inkontinence – 4 body (není)

**VYHODNOCENÍ: 31 BODŮ – BEZ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ**

### **Hodnocení bolesti**

#### **Melzackova škála bolesti**

- hodnocení bolesti číselně (1 – 5)

- 1 = mírná, 5 = nesnesitelná

- pacientka udává **3. stupeň bolesti – intenzivní**

## 12.4 Shromažďování dat dle Marjory Gordonové

V praktické části své bakalářské práce jsem použila model Marjory Gordonové. Tento model sleduje 11 oblastí zdraví a zaměřuje se na funkčnost či dysfunkčnost daných oblastí. Potřebné informace o pacientce byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, pozorováním a z ošetřovatelské dokumentace. Sběr informací probíhal po celou dobu hospitalizace pacientky. Hlavní rozhovor byl proveden v den příjmu, 15. 10. 2019.

### Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

**Subjektivně:** Pacientka udává velmi špatný stav kůže. Má rozlezlá ložiska AD téměř po celém těle, pociťuje silnou bolest a svědivost kůže. Od malička trpí bronchiálním astmatem. Dle potřeby užívá Salbutamol v inhalátoru. Za posledních 10 let se problémy s astmatem zlepšily. Dále udává, že se jí ekzém zhoršuje zvláště při stresu, nervozitě, při pobytu v příliš teplém, suchém a prašném prostředí, zejména na podzim a v zimě.

**Objektivně:** Pro pacientku je nyní nejdůležitější zamezit silné bolesti, svědění kůže a vrátit se do normálního běžného života.

### Výživa a metabolismus

**Subjektivně:** Pacientka udává, že dříve jedla velké porce jídla. Za poslední 2 měsíce se její denní příjem stravy snížil. Zhubla 6 kg, ale nechutenstvím netrpí. Pitný režim dodržuje, denně vypije až 3 litry vody.

**Objektivně:** Podle BMI indexu pacientka trpí obezitou I. stupně. Nemá žádná dietní omezení. Zvládá jíst sama bez pomoci.



## **Vylučování**

**Subjektivně:** Pacientka udává, že nemá žádné potíže s močením ani s vyprazdňováním. Na WC si dochází sama, močí spontánně a stolice je pravidelná, každý den.

**Objektivně:** Stolice je pravidelná, každé ráno. Bilance tekutin odpovídá.

## **Aktivita – cvičení**

**Subjektivně:** Pacientka udává, že dříve před rozšířením AD pravidelně chodila s kamarádkami do bazénu, do kaváren a se psem na procházky. Ráda navštěvovala kulturu – divadla, památky. Vždy se ráda upravovala, nosila šaty a sukně při jakékoliv příležitosti. Po propuknutí onemocnění se musela výše uvedených aktivit vzdát. Do bazénu už nechodí. Ani není možné koupat se v chlorované vodě, pro nesnesitelnou svědivost a bolest kůže. Do společnosti se stydí chodit ze strachu z odmítnutí okolí pro neestetické projevy tohoto onemocnění. Po dobu hospitalizace často chodí ven kouřit cigarety, přestože ví, že tím porušuje léčebný režim. Tvrdí, že jí kouření pomáhá od stresu.

**Objektivně:** Pacientka se i během hospitalizace snaží dbát o svůj zevnějšek, často se maluje a češe. Prochází se po oddělení a často chodí ven si zakouřit.

## **Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** Se spánkem má velké problémy. Nemůže usnout a probouzí se až 6 krát za noc, pro nesnesitelnou bolest a svědivost kůže. Několikrát za noc si sprchuje postižená místa vlažnou vodou, aby se jí primárně ulevilo. Ráno se cítí velmi unaveně jak fyzicky, tak i psychicky.

**Objektivně:** U pacientky pozorujeme velkou nervozitu, nevrlost a plačtivost pro nedostatek spánku. Pacientka se neustále škrábe a to i bez ohledu na krvácející ložiska. Ale svědivost kůže je pro ni tak nesnesitelná, že si za každou cenu potřebuje primárně ulevit. Během hospitalizace dostává léky proti bolesti a svědění kůže.

## **Vnímání, citlivost a poznávání**

**Subjektivně:** Pacientka si je plně vědoma svého zdravotního stavu. Má dostatek informací o svém kožním onemocnění a o léčebných postupech. Neudává žádné poruchy pozornosti. Smyslové funkce jí slouží dobře. Kůže na dlaních rukou je mírně suchá, ale vnímavost je zachována.

**Objektivně:** Pacientka je orientována místem, časem i osobou. Komunikuje a spolupracuje s personálem. První dny hospitalizace pozorujeme, že nedokáže udržet oční kontakt. Důvodem může být nervozita a psychická labilita z rozsáhlých neestetických kožních změn na těle.

## **Sebepojetí a sebeúcta**

**Subjektivně:** Pacientka samu sebe popisuje jako cholerického člověka. Snadno se rozčílí. Pacientka udává, že se příliš nechce do hloubky zabývat svým kožním onemocněním, aby se z toho zbytečně nenervovala. Stres se snaží zmírnit kouřením cigaret. V osobním životě není příliš spokojená. Chybí jí partner, o kterého by se v nejhorsích chvílích mohla opřít. Vlastní dcery nechce příliš zatěžovat a trápit je svým onemocněním. Pacientka doufá, že jí zde dokážou vyléčit a bude se tak moci vrátit do normálního běžného života bez studu.

**Objektivně:** Při rozhovoru bylo zřejmé, že se pacientka snaží zastínit své obavy předstíraným smíchem a veselou náladou. Lze však pozorovat stavy úzkosti, strachu dokonce i pláč. Při léčbě se snaží spolupracovat s lékaři a se zdravotnickým personálem, ale ne vždy to psychicky zcela zvládá. Dvakrát přišla za lékařkou s pláčem, že se chce vrátit domů a nechce dále v léčbě pokračovat. Nakonec se ošetřující lékařce podařilo pacientku přesvědčit o nutnosti hospitalizace a pokračování léčby.

## **Role a mezilidské vztahy**

**Subjektivně:** Pacientka udává, že bydlí sama ve vlastním bytě spolu se psem. Má 2 dospělé dcery. Nabízejí se, že matce budou s léčbou a s ostatními běžnými denními činnostmi (nákup, vaření, mytí nádobí) pomáhat, ale pacientka odmítá. Všechno chce zvládat sama po svém i za cenu silných bolestí. Pacientka má obavy ze ztráty zaměstnání. Momentálně je na nemocenské a má nějaké úspory, takže se svým rozpočtem vychází.

**Objektivně:** Komunikace s pacientkou je otevřená, komunikuje i s ostatními pacienty. Pravidelně ji navštěvuje jedna kamarádka. Její dcery, které bydlí daleko, ji navštěvují občas.

## **Sexualita a reprodukční schopnosti**

**Subjektivně:** Pacientka má 2 dospělé dcery. Udává, že neprodělala žádné potraty. Rozvedená. Momentálně nemá žádného partnera. Ráda by se s někým seznámila, ale pro stud ze svého kožního onemocnění, toho není schopná. Dlouhodobě užívala antikoncepci, ale před půl rokem jí byla nucena vysadit pro silné bolesti hlavy.

**Objektivně:** Nemí hodnoceno.

## **Stres a zátěžové situace**

**Subjektivně:** Pacientka udává strach ze ztráty zaměstnání. Obává se, že se její stav bude stále zhoršovat, a nebude tak moc pracovat nikde. Svůj stres se snaží regulovat kouřením cigaret. Pacientka tvrdí, že je to její jediná radost. Nerada by se dostala do situace, která by vyžadovala nutnou péči od jejích bližních. Psychickou oporou jí je kamarádka, která jí pravidelně navštěvuje a dcery.

**Objektivně:** Na pacientce lze pozorovat velký strach a stres z hospitalizace a z jejího onemocnění. Neustále opakuje, že nechce přijít o své zaměstnání.

## **Víra, životní hodnoty**

**Subjektivně:** Pacientka není věřící, je ateistka. Jejím největším přáním je uzdravit se, aby mohla vést normální běžný život ve své domácnosti, v zaměstnání a ve společnosti tak, jako dříve.

**Objektivně:** Není hodnoceno.

## **12.5 Průběh hospitalizace**

Pacientka byla hospitalizovaná dne 15. 10. 2019, ve 13:00 hodin na Dermatovenerologické klinice v Plzni, z důvodu akutní progresse atopické dermatitidy. Hospitalizace trvala po dobu 15 dnů.

### **12.5.1 Medikace za hospitalizace:**

#### **Celková terapie:**

Analergin 10 mg tbl. 1-0-0 – antihistaminikum, ke zmírnění alergie

Dithiaden 2mg tbl 0-0-0-1 – antihistaminikum, proti svědivosti kůže

Paralen 500 mg tbl. 0-0-1-0 – antipyretikum, proti bolesti, indikován dle potřeby

Doxyhexal 100 mg 1-0-1 - antibiotika

Calcium resonium 0-1-0 – indikován k léčbě hyperkalémie

#### **Lokální terapie:**

Herbacos Infadolan 100 g 1-1-1 – k hydrataci kůže, na obě dlaně HK

Beloderm mast 1-1-1 – silný kortikosteroid, na předloktí PHK a oba bérce DK

Hydrokortison mast 1-1-1 – slabý kortikosteroid, na předloktí PHK a oba bérce DK

Excipial mast 1-1-1 – hydratující mast na suchou a podrážděnou kůži, na hrudník, břicho a záda

### **1. den:**

Pacientka byla poučena o chodu oddělení a umístěna na pokoj se dvěma dalšími pacientkami. Poté byla sepsána ošetřovatelská anamnéza, podepsán informovaný souhlas s hospitalizací a edukace. Během příjmu sestra změřila fyziologické funkce – teplotu, krevní tlak a tepovou frekvenci. Pacientka byla velmi nervózní, unavená, místy i agresivní. Následně sestra udělala stěry z ran a odebrala krev na biochemické a hematologické vyšetření. Pacientka udávala silnou bolest, intenzivní svědivost kůže a nespavost. Byl jí podán Paralen proti bolesti a kůže byla ošetřena a promazána vhodnými přípravky, dle ordinace lékaře. Sestra sterilně obvázala PHK a PDK. Na noc jí byl podán Dithiaden proti svědivosti kůže.

### **2. den:**

Pacientka udává, že je svědění a bolest o trochu lepší, ale přesto si stěžuje na špatný spánek. Pacientka je soběstačná a vše jinak zvládá sama. Ráno jí byl podán Analergin a Paralen, dále jsem jí změřila TT, TK a TF. Vše bylo v normě. Pomohla jsem jí s promazáváním postižených ploch kůže vhodnými přípravky. Kůže se promazávala 3 krát denně. Z laboratorních výsledků byla zjištěna hyperkalémie – 5,4 mmol/l. Dle ordinace lékaře, pacientka dostala Calcium resonium na snížení draslíku. Výsledky ze stěrů vyšly pozitivně – přítomnost bakterie *S. aureus*. Lékař předepsal antibiotika na ráno i večer – Doxyhexal 100 mg. Na noc opět podán Dithiaden a sterilně obvázáno oba bérce DK.

### **3. - 6. den**

Hodnoty draslíku jsou opět v normě. Pokračování ve stejné terapii. Třetí den došlo ke zlepšení ekzematických projevů na hrudníku, břichu a zádech. Rány se pomalu zacelují. Od třetího dne se defekty na PHK a PDK již nepřevazovaly. Od čtvrtého dne pacientka spala 6 hodin v kuse bez probuzení. Pacientku každý den navštěvovala kamarádka a dle možností i její dcery. Tyto návštěvy měly zřejmý pozitivní vliv na její psychiku.

### **7. – 8. den**

Pokračování ve stejné léčbě jako doposud. 7. den večer pacientka udávala silnou bolest na PHK. Sestra změřila fyziologické funkce. Pacientka byla febrilní a hypertenzní. TT – 38 °C, TK – 150/90. Sestra udělala stěry z předloktí a náběry a výsledky byly pozitivní – opět se prokázal *S. aureus* a dále se pokračovalo v antibiotické léčbě. Pacientka dostala na večer a na noc Paralen. Další den neudávala žádnou bolest.

### **9. – 14. den**

Od devátého dne hospitalizace se přešlo ze silných kortikosteroidních mastí – Beloderm mast na slabé – Hydrokortison. Pacientka neudává žádnou bolest a svědivost kůže je minimální. Defekty se zcela zacelily. 10. den sestra opět provedla stěry z ran a výtěry z krku a nosu – nepřítomnost bakterie. Od 11. dne lékař vysadil Doxyhexal. Pacientka spí v noci nerušeně 8 hodin v kuse. Během těchto dnů neudávala žádný strach ze ztráty zaměstnání. Už není tak nervózní jako na začátku. Od dvanáctého dne přestala užívat na noc Dithiaden. Kůže se pouze promazávala slabou kortikosteroidní mastí a Excipial mastí.

### **15. den**

Pacientka je propuštěna domů. Byla poučena o dodržování léčebných, hygienických předpisů a o zdravém životním stylu.

Pacientce byla indikována 3 krát týdně fyzikální terapie – fototerapie, na kterou se dostavila pouze 2 krát a poté přestala chodit.

## 12.6 Aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy

### Ošetrovatelská diagnóza č. 1

**00132 Akutní bolest** z důvodu nynějšího kožního onemocnění projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka si stěžuje na silné bolesti zejména na předloktí PHK a bérce PDK. Podle Melzacka pacientka hodnotí bolest číslem 3 – intenzivní.

**Objektivně:** Má bolestivý výraz v obličeji při každém pohybu horních a dolních končetin a je nesoustředěná.

**Očekávaný cíl:** Bolest zcela zmizí.

**Ošetrovatelské intervence:** Poradíme pacientce vhodnou polohu tak, aby se kůže příliš nenapínala. Podáváme léky na bolest, dle ordinace lékaře. Pomáháme pacientce při běžných denních činnostech.

**Hodnocení:** Po podání medikace se bolest zlepšila a nakonec i zmizela. Pacientka udává velkou fyzickou úlevu. Cíle bylo dosaženo 9. den hospitalizace.

### Ošetrovatelská diagnóza č. 2

**00046 Porušená kožní integrita** z důvodu onemocnění kůže a následného škrábání, projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka si stěžuje na nesnesitelnou svědivost celého těla, zejména sekretujících ran.

**Objektivně:** Má zarudlá ložiska po celém těle. Některá místa jsou silně rozškrábaná až do krve, kůže praská a objevují se sekretující léze. Neustále se škrábe.

**Očekávané cíle:** Zlepšení svědivosti kůže. Pacientka se přestane škrábat a kůže bude dostatečně hydratovaná.

**Ošetrovatelské intervence:** Podáme pacientce antihistaminika proti svědění, dle ordinace lékaře. K ošetřování postižených ploch přistupujeme vždy asepticky. Denně kontrolujeme proces hojení kůže, pravidelně jí promazáváme a udržujeme v čistotě. Pravidelně převlékáme ložní prádlo a větráme v pokoji, pokud je v místnosti příliš velké horko. Udržujeme s pacientkou kontakt a zajistíme psychickou podporu.



**Hodnocení:** Pacientka se přestala škrábat. Kůže je dostatečně hydratovaná a svědivost je minimální. Cílů bylo dosaženo 9. den hospitalizace.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 3**

**00095 Nespavost** z důvodu silné svědivosti kůže projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka má problémy s usínáním a se spaním. Probouzí se 6 krát za noc.

**Objektivně:** Pacientka má kruhy pod očima, je malátná a má nepříjemnou náladu.

**Očekávaný cíl:** Pacientka usne do 30 minut a bude spát alespoň 7 hodin bez probuzení.

**Ošetřovatelské intervence:** Podáváme medikace dle ordinace lékaře a hodnotíme jejich účinek. Eliminujeme rušivé vlivy na kvalitu spánku. Zajímáme se o subjektivní pocity pacientky související s jejím nekvalitním spánkem a průběžně je zaznamenáváme.

**Hodnocení:** Pacientka udává zlepšení kvality spánku v souvislosti se zlepšením integrity a svědivosti kůže. Usíná rychle a spí zhruba 8 hodin denně. Ráno se cítí odpočatá. Cíle bylo dosaženo 11. den hospitalizace.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 4**

**00148 Strach** z důvodu NO projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka se obává ze ztráty zaměstnání.

**Objektivně:** Při otázkách týkajících se zaměstnání a osobního života jsou ve výrazech pacientky viditelné obavy a nervozita. Během hospitalizace se pacientka 2 krát rozplakala. Tlak i pulz jsou vyšší, než obvykle mívá.

**Očekávaný cíl:** Pacientka bude pozitivnější a obavy zmizí.

**Ošetřovatelské intervence:** Pacientce nasloucháme a snažíme se jí povzbudit. Podáváme dostatečné množství informací tak, aby jim rozuměla. Snažíme se zodpovědět všechny dotazy týkající se jejího onemocnění. Edukujeme i její rodinu. Snažíme se pacientku odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací. Podáváme léky dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinky.

**Hodnocení:** Ke konci hospitalizace projevy nemoci ustoupily. Pacientka udává, že její obavy zmizely a těší se domů. Cíle bylo dosaženo 11. den hospitalizace.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

**00093 Únava** z důvodu nedostatku spánku projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka nemá dostatek energie a je velmi ospalá.

**Objektivně:** Je nesoustředěná, unavená.

**Očekávaný cíl:** Pacientka bude dostatečně odpočatá.

**Ošetrovatelské intervence:** Zajímáme se o celkový stav pacientky. Hodnotíme bilanci tekutin, hydrataci a stav výživy. Vytváříme vhodné prostředí pro kvalitní spánek. Podáváme hypnotika, dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Pacientka se cítí odpočatá, má více energie. Cíle bylo dosaženo 11. den hospitalizace.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 6**

**00004 Riziko infekce** z důvodu poruchy kožní bariéry.

**Očekávané výsledky:** Zamezení vzniku infekce.

**Ošetrovatelské intervence:** Provádíme ošetrovatelskou péči a převazy vždy asepticky. Kontrolujeme defekty, promazáváme suchou kůži několikrát denně vhodnými protizánětlivými přípravky, dle ordinace lékaře. Edukujeme pacientku o důsledném dodržování léčby. Podáváme léky dle ordinace lékaře proti svědění, abychom tak zamezili častému škrábání kůže. Poučíme pacientku o důležitosti krátkého sprchování vlažnou vodou a o vhodných přípravcích k mytí.

**Hodnocení:** V průběhu hospitalizace byla u pacientky zjištěna bakteriální infekce zlatým stafylokokem. Byla nasazena vhodná antibiotika a kůže byla asepticky ošetrována. Cíle bylo dosaženo 10. den hospitalizace.

**Ošetrovatelská diagnóza č. 7**

**00217 Riziko alergické reakce** z důvodu pozitivní alergické anamnézy.

**Očekávané výsledky:** Alergická reakce se neprojeví.

**Ošetrovatelské intervence:** Snažíme se zabránit vnějším negativním faktorům, které by alergickou reakci mohly vyvolat. Pacientku kontrolujeme a poučujeme jí o tom, co má dělat při vzniku nové alergie. Doporučíme alergologické vyšetření.

**Hodnocení:** Nová alergická reakce se u pacientky neprojevila.

## 12.7 Edukační plán

Tabulka 1: Edukační plán I

<b>Edukační plán</b>				
<b>Účel</b>	Edukace pacientky s atopickou dermatitidou v oblasti odvykání kouření.			
<b>Cíl</b>	Pacientka omezí kouření cigaret z 15 denně na 5.			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Obrázky, letáky, nikotinové náplasti, žvýkačky			Rozhovor, výklady, výukové filmy	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>Kognitivní</b>	Pacientka pochopí důležitost toho, proč přestat kouřit a vyjmenuje alespoň 3 důvody.	Vysvětlíme pacientce, jaké má kouření negativní dopad na kůži a celkově na zdraví.	10 min	Pacientka vyjmenovala důvody, a pochopila důležitost omezení cigaret.
<b>Afektivní</b>	Pacientka bude přesvědčena o tom, že chce omezit kouření cigaret.	Pustíme pacientce krátký film o následcích, které vlivem kouření mohou nastat. Ukážeme obrázky poškozených orgánů v důsledku kouření.	10 min	Pacientka pochopila, že kouření má negativní dopad na její kůži a organismus. Má dostatečné množství informací a chce kouření co nejvíce omezit.
<b>Psychomotorické</b>	Pacientka si bude schopná aplikovat nikotinovou náplast, jako vhodnou alternativu.	Ukážeme pacientce správnou techniku, místo aplikace a poučíme o době účinku.	10 min	Pacientka si umí aplikovat nikotinovou náplast na správné místo a zná dobu účinku.

Zdroj: vlastní

## **13 KAZUISTIKA 2**

Žena, 67 let, české národnosti, přijata na Dermatovenerologické oddělení v Plzni 17. 10. 2019 pro exacerbaci atopické dermatitidy. AD se v anamnéze vyskytuje 10 let.

### **13.1 Anamnéza**

#### **Osobní anamnéza**

Pacientka v mládí prodělala běžná dětská onemocnění. Ve 40 letech dostala 1 krát zápal plic. Před deseti lety utrpěla zlomeninu PHK v zápěstí. Jinak neudává žádné jiné úrazy ani operace. Léčí se s hypotyreózou.

#### **Rodinná anamnéza**

Oba rodiče již nežijí. Matka zemřela na infarkt myokardu, otec přirozeně. Pacientka je vdaná, má 1 syna a 2 vnučky. Manžel i syn jsou zdraví. Atopická dermatitida ani žádné jiné alergické reakce se v rodině nevyskytují.

#### **Sociální anamnéza**

Pacientka žije v domě se svým manželem. Vlastní dům se zahradou. Nemají žádné domácí mazlíčky. Měli kočku, která umřela. Dalšího domácího mazlíčka si nepořizovali pro časté alergické reakce pacientky.

#### **Pracovní anamnéza**

Dříve pracovala v mateřské školce, nyní je v důchodu.

#### **Farmakologická anamnéza**

Pacientka každé ráno užívá na lačno Euthyrox 100 1-0-0, Aerius 1-0-0, Dithiaden 0-0-1. Kůži promazává měsíčkovou mastí. Kortikoidy nepoužívala.

#### **Alergická anamnéza**

Peří, prach, srst zvířat, citrusové plody.

#### **Abúzus**

Pacientka nekouří ani nepije alkohol. Pouze příležitostně si dá sklenku vína.

## 13.2 Fyzikální a celkové screeningové vyšetření sestrou

**Výška:** 160 cm

**Váha:** 90 kg

**BMI:** 35 Kg/m<sup>2</sup>

**Krevní tlak:** 110/80 mm Hg

**Tepová frekvence:** 60/min, normokardie, puls je pravidelný, silný a dobře hmatatelný

**Tělesná teplota:** 36,6 °C, normotermie

**Dýchání:** 20/min., eupnoické, bez obtíží či patologických zvuků, ale rychle se zadýchává z důvodu silné obezity

**Vědomí:** Orientována místem, časem i osobou.

**Komunikace:** Bezproblémová, rychlá a plynulá.

**Celkový vzhled, úprava zevnějšku a hygiena:** Upravená čistotná, pouze neestetický vzhled postižených ložisek kůže.

**Zrak:** Pacientka vidí špatně na blízko i na dálku, nosí brýle.

**Sluch:** Slyší dobře, žádné známky zánětů.

**Dutina ústní a nos:** Bez sekrece, jazyk vlhký, nepřítomnost defektů, sliznice nejsou cyanotické.

**Zuby:** Má horní i dolní protézu.

**Obličej, krk – kůže:** Čistá, hladká, bez známek ekzémů, defektů či jiných patologických změn.

**Horní končetiny – kůže:** Dlaně a hřbety obou HK jsou postižené AD. Kůže je velmi silně xerotická, praská a krvácí.

**Hrudník, břicho, záda – kůže:** Bez známek ekzémů.

**Dolní končetiny – kůže:** Postižené jsou pouze plosky a nártý obou DK. Kůže je rudá, xerotická, praská a krvácí.

**Konstituce:** Obezita II. stupně.

**Výživa:** Pacientka jí velké porce jídla, hlavně sladké.

**Dieta:** Č. 8 - redukční.

**Chůze:** Pacientka chodit zvládá, ale s velkými obtížemi z důvodu silných bolestí.

**Stisk ruky:** Neprovede.

**Motorika:** Jemná i hrubá – špatná.

**Svalová tuhost/pevnost:** Špatná z důvodu NO.

**Bolest:** Velmi silná bolest, řezavá a pálivá v postižených místech.

**Spánek:** Velmi špatný, nekvalitní.

**Víra:** Křesťanka.

**Kanyla intravenózní:** Nezaveden.

**Permanentní močový katétr:** Nezaveden.

**Drén:** Nezaveden.

### **13.3 Hodnotící škály při příjmu**

#### **Hodnocení soběstačnosti**

Dle Barthelova testu základních všedních činností (ADL).

najedení, napití – 0 bodů (neprovede)

oblékání – 0 bodů (neprovede)

koupání – 0 bodů (neprovede)

osobní hygiena – 0 bodů (neprovede)

kontinence moči – 10 bodů (plně kontinentní)

kontinence stolice – 10 bodů (plně kontinentní)

použití WC – 5 bodů (s pomocí)

přesun z lůžka na židli – 15 bodů (samostatně bez pomoci)

chůze po rovině – 15 bodů (samostatně nad 50 m)

chůze po schodech – 5 bodů (s pomocí)

**VYHODNOCENÍ: 60 BODŮ – ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ**

## **Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové**

Dle Nortonové stupnice hrozí nebezpečí vzniku dekubitů při 25 bodech a méně.

schopnost spolupráce – 2 body (částečná)

věk – 2 body (<60)

stav pokožky – 1 bod (suchá)

každé další onemocnění – 1 bod (obezita, hypotyreóza)

fyzický stav – 2 body (špatný)

stav vědomí – 4 body (dobrý)

aktivita – 3 body (doprovod)

pohyblivost – 3 body (částečně omezená)

inkontinence – 4 body (není)

**Vyhodnocení:** 22 bodů – riziko vzniku dekubitů

## **Hodnocení bolesti**

### **Melzackova škála bolesti**

- hodnocení bolesti číselně (1 – 5)

- 1 = mírná, 5 = nesnesitelná

- pacientka udává **4. stupeň bolesti – krutá**



### 13.4 Shromažďování dat dle Marjory Gordonové

V praktické části své bakalářské práce jsem použila model Marjory Gordonové. Tento model sleduje 11 oblastí zdraví a zaměřuje se na funkčnost či dysfunkčnost daných oblastí. Potřebné informace o pacientce byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, pozorováním a z ošetrovatelské dokumentace. Hlavní rozhovor byl proveden v den příjmu, 17. 10. 2019.

#### Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

**Subjektivně:** Pacientka svůj zdravotní stav vnímá velmi špatně. Nechápe, z jakého důvodu se ekzém mohl „rozlézt“ až do takového stádia. Atopickým ekzémem trpí již 10 let. Pacientka udává, že se ekzematické projevy objeví vždy na podzim a na jaře. Dále pozoruje, že se ekzém zhoršuje, když se s manželem pohádají nebo když je ve stresu. Už vyzkoušela všechny možné formy léčby. Před 5 lety byla s manželem u moře, kde se zcela uzdravila. Mořská voda jí hodně prospěla, ale zároveň si musela dávat pozor před intenzivním slunečním zářením. Moře jí zcela vyléčilo, ale ekzém opět propukl po půl roce. Pacientka jezdila i do lázní, zkoušela i různé alternativní metody jako např. koupel z ovesných vloček, ale nic z toho jí příliš nepomohlo. Koupele jen ekzém ještě více zhoršovaly. Pobyt v lázních jí na chvíli ulevil od bolesti a svědění kůže, ale za pár dnů se příznaky opět vrátily. Na doporučení kožního lékaře užívala různé kortikosteroidy a hydratační masti, ale pozitivní účinky také dlouho nevydržely. Už si neví rady. Pacientka udává velmi krutou bolest obou HK a DK a intenzivní svědivost kůže. Cítí se bezmocně. Nemůže vykonávat aktivity, které jí naplňují. Pacientka ráda chodí se svým manželem na procházky, plete, vaří, peče a stará se o svou zahrádku. Nyní pro své onemocnění není schopná nic z toho vykonávat.

**Objektivně:** I přes celkovou únavu je pacientka velmi ochotná, vstřícná a na všechny otázky pohotově odpovídá. Na pacientce je viditelná úzkost, nervozita a bezmocnost z důvodu onemocnění. Pociťuje velmi silnou bolest, která je viditelná ve výrazu obličeje. Pro pacientku je nyní nejdůležitější zamezení bolesti, aby byla schopná normálně chodit, hýbat rukama, a mohla tak vykonávat běžné denní aktivity.

## **Výživa a metabolismus**

**Subjektivně:** Pacientka udává, že rozhodně netrpí nechutenstvím. Stres se snaží co nejvíce zajídat. Nejraději má sladké. Její denní strava je nepravidelná.

**Objektivně:** Podle BMI indexu pacientka trpí obezitou II. stupně a má dietu č. 8 – redukční. První 3 dny hospitalizace nezvládá jíst sama, není schopná sevřít ani rozevřít dlaň pro přílišnou suchost kůže a nesnesitelnou bolest. U pacientky je momentálně důležité snížení tělesné hmotnosti a správná životospráva.

## **Vylučování**

**Subjektivně:** Pacientka nemá potíže při vylučování, ale stolice je nepravidelná.

**Objektivně:** Stolice je nepravidelná, pacientka užívá laktulózu. V prvních třech dnech hospitalizace potřebovala pomoc v oblasti vylučování z důvodu rozsáhlé AD na obou dlaních HK. Na toaletu si došla sama, ale s obtížemi. Při očištění jí pomáhala sestra. Od 4. dne došlo ke zlepšení projevů AD a pacientka toaletu i očistu zvládá sama.

## **Aktivita – cvičení**

**Subjektivně:** Ráda vaří, plete, peče, stará se o svou zahrádku a často chodí se svým manželem na procházky. Momentálně není schopná ničeho z výše uvedených aktivit.

**Objektivně:** Bolest a svědění kůže pacientku velmi fyzicky i psychicky vyčerpává. V prvních 3 dnech hospitalizace není schopná žádné fyzické aktivity. Během hospitalizace často poslouchá rádio a sleduje televizi. Od 4. dne se prochází po chodbě.

## **Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** V noci nemůže spát pro silnou svědivost a bolest kůže. Probouzí se několikrát za noc.

**Objektivně:** Ráno je pacientka nevyspalá a má kruhy pod očima. Přes den často polehává. Vypadá velmi vyčerpaně.

## **Vnímání, citlivost a poznávání**

**Subjektivně:** Je si plně vědoma svého zdravotního stavu. Pacientka vidí špatně na blízko i na dálku. Nosí brýle. Dále udává poruchy čítí na obou dlaních a člácích prstů z důvodu rozsáhlých kožních defektů.

**Objektivně:** Je orientována místem, časem i osobou. Rozumí všem informacím od ošetrovatelského personálu. V prvních 3 dnech hospitalizace není schopná nic uchopit do rukou. Pro defekty na dlaních a prstech rukou je omezena motorika a funkce ruky. Vážně hybnost zápěstí do plné extenze, dále je velmi špatná hrubá, zejména jemná motorika.

## **Sebepojetí a sebeúcta**

**Subjektivně:** Sama sebe popisuje jako klidnou mírumilovnou osobu. Občas je nervózní a nevrlá z recidivy svého kožního onemocnění. Ze všeho nejvíc si přeje uzdravit se a vrátit se do běžného života. Psychickou oporou jí je rodina.

**Objektivně:** Pacientka je velmi pečlivá co se týče hygieny a dodržování léčebného režimu. Je velmi usměvavá, vlídná a spolupracuje s ošetrovatelským personálem.

## **Role a mezilidské vztahy**

**Subjektivně:** Pacientka žije v domě se svým manželem. Manžel i syn jí pravidelně navštěvují v nemocnici. Rodina je pro ni velkou psychickou oporou. Mají vzájemně velmi dobré vztahy.

**Objektivně:** Spolupracuje a je komunikativní. Rodina jí navštěvuje každý den.

## **Sexualita a reprodukční schopnosti**

**Subjektivně:** Vdaná, s manželem žije od svých 25 let. Gravidní byla pouze 1x, neudává žádné potraty. Má 1 syna a 2 vnučky. Nyní je v menopauze již od 50 let.

**Objektivně:** Není hodnoceno.

## **Stres a zátěžové situace**

**Subjektivně:** Pacientka je velmi nervózní z hospitalizace a ze svého celkového zdravotního stavu. První 3 dny si připadá velmi bezmocně, že není schopná se ani najíst. Když svědění a bolest ustupovaly, byla pacientka více soběstačná, což se pozitivně projevilo na její psychice.

**Objektivně:** Při rozhovoru stále hovoří o své zahrádce, a jak se těší, až bude moc vnučkám znovu něco pěkného uplést. Bylo zřejmé, že si ráda povídá. Během hospitalizace se snaží uklidnit posloucháním rádia nebo sledováním televizních programů. Během hlavního rozhovoru se neustále škrábala na hřbetech a dlaních rukou.

## **Víra, životní hodnoty**

**Subjektivně:** Pacientka je křesťanka. Každý den se modlí k Bohu, aby jí pomohl s jejím onemocněním, a věří, že se tak stane.

**Objektivně:** Pacientka je duchovně založená.

## 13.5 Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizovaná dne 17.10. 2019 v 10:00 hodin, na Dermatovenerologické klinice v Plzni, z důvodu exacerbace atopické dermatitidy.

### 13.5.1 Medikace za hospitalizace:

#### Celková terapie:

Medrol 10 mg tbl. 1-0-0 – proti bolesti, zarudnutí, horečce a alergické reakci

Aerius 20 mg tbl. 1-0-1 – protialergický lék

Dithiaden 2 mg. tbl. 0-0-0-1 – proti svědivosti kůže

Hypnogen 10 mg. tbl. 0-0-0-1/2 – při nespavosti

Laktulóza sirup 1-0-0 – změkčuje stolicí a usnadňuje defekaci

Euthyrox 50 µg 1-0-0 – na hypotyreózu, vždy nalačno

#### Lokální terapie:

Triamcinolon E: dlaně 1-0-0 – působí protizánětlivě a protisvědivě

Dexametazon mast 0,025%: DK 1-0-1 – středně silný kortikosteroid, působí antiflogisticky, antialergicky, antipruriginózně a antiexudativně

Lipobase krém 1-1-1 – vysoce hydratuje kůži

## **1. den:**

Pacientka byla přijata na oddělení a umístěna na čtyřlůžkový pokoj. Doprovázel ji manžel, který za ni podepsal informovaný souhlas s hospitalizací a anamnézu. Po sepsání ošetřovatelské anamnézy jí byl změřen krevní tlak, teplota a tepová frekvence. Pacientka nebyla schopná rukama od zápěstí hýbat pro rozsáhlé krvavé defekty. Byla unavená, mírně opocená, febrilní a hypertenzní. Sestra odebrala krev na biochemické a hematologické vyšetření a udělala stěry z ran. Dále provedla výtěry z krku a z nosu.

Dle ordinace lékaře jí byl podán Medrol proti horečce a bolesti a Aeries proti alergii. Následně bylo provedeno aseptické ošetření postižené kůže na obou HK a DK předepsanými přípravky. Dále byl pacientce na noc naordinován Dithiaden proti svědivosti kůže a Hypnogen 1/2 tbl. pro lepší spánek. Pacientce bylo třeba dopomoci v oblastech hygieny, stravování a vyprazdňování pro rozsáhlé, suché a bolestivé defekty na obou HK a DK. Pacientka není schopná ruku rozevřít ani sevřít. I přes silnou bolest a svědivost kůže, je velmi ochotná, usměvavá a dobře spolupracuje.

## **2. – 3. den**

V ranních hodinách jsem pacientce změřila fyziologické funkce. Pacientka již nebyla febrilní ani hypertenzní. Před snídaní jí byl podán Euthyrox. Pomohla jsem pacientce při hygieně, s oblékáním, úpravou zevnějšku, česáním a při očištění na toaletě. Při snídani jsem pacientku krmila, dále dostala ranní léky (Medrol a Aeries) a laktulózu pro snadnější defekaci. Po snídani jsem asepticky promazala a ošetřila postižená místa kůže vhodnými kortikosteroidními přípravky. Laboratorní výsledky krve neprokázaly přítomnost infekce, zároveň bylo zjištěno vysoké celkové IgE. Od čtvrtého dne je pacientka schopná sama se najíst, provádět hygienu a vše ostatní bez pomoci. Udává, že se bolest zmírnila. Svědivost kůže se také zlepšila, ale stále se cítí být unavená z nedostatku spánku. Aktivně se zapojuje do léčebného procesu a vše důsledně dodržuje podle pokynů lékaře a sester. Na noc byl opět podán Dithiaden a Hypnogen.

## **4. – 6. den**

Čtvrtý a pátý den hospitalizace jsem opět změřila fyziologické funkce, podala léky jako každý den, asepticky promazala kůži na obou HK a DK kortikoidy. Pátý den sestra udělala stěry z ložisek kůže – nepřítomnost bakteriální infekce.

Od pátého dne je na tom pacientka psychicky mnohem lépe z důvodu lepšího a kvalitnějšího spánku. Už není tolik unavená. Pravidelně jí navštěvuje manžel se synem a procházejí se po chodbě. Rány se pomalu zacelují a kůže už tolik nesvědí. Od šestého dne lékař vysadil Medrol a Hypnogen, Kůže je pravidelně hydratovaná.

## **7. – 8. den**

Sedmý den se pacientka cítí fyzicky i psychicky již mnohem lépe. Spí nerušeně po celou noc. Bolest už nepocituje, svědivost kůže je minimální a defekty se zcela zacelily. Pacientka si pravidelně promazává kůži Lipobase krémem a předepsanými kortikoidy. Osmý den byla propuštěna domů a poučena o správné životosprávě, dostatečném pitném režimu, pohybové aktivitě, dále o hygienických opatřeních, o vhodných mycích prostředcích a o volbě vhodného oblečení.

Pacientce byla indikována UVB fototerapie, 3 krát týdně – pondělí, úterý a středa od 0,2 J/cm – pomalu. S pacientkou jsem udržovala pravidelný kontakt, kdy mě průběžně informovala o účincích léčby. Po prvním týdnu terapie nepozorovala subjektivně výrazné změny k lepšímu. Přetrvávají ekzematická ložiska stále na rukách a na nohách. Stále užívá léky proti alergii, svědivosti a pravidelně hydratuje postižená místa. Po 2. a 3. týdnu jsou pozitivní změny na kůži zjevně viditelné. Ložiska jsou zcela zahojená, nepodrážděná, hydratovaná. Finální léčba fototerapií byla účinná. Pacientka se cítí mnohem lépe. Je šťastná a psychicky odpočatá. Může se opět vrátit k běžnému způsobu života (k práci a ke svým zálibám). Evidentně dodržuje doporučená dietní opatření, což se pozitivně projevilo na úbytku její tělesné hmotnosti (během měsíce zhubla o 7 kg). Uvědomuje si, že se příznaky onemocnění mohou znovu vrátit a je ochotná udělat vše proto, aby tomu co nejvíce předcházela.

## 13.6 Aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy

### Ošetrovatelská diagnóza č. 1

**00132 Akutní bolest** z důvodu nynějšího kožního onemocnění projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka si stěžuje na silné bolesti na hřbetech a dlaních obou HK a na ploskách a nártách obou DK.

**Objektivně:** Pacientka je opocená, má hypertenzi, tachykardii, vyšší teplotu a bolestivý výraz v obličeji.

**Očekávaný cíl:** Bolest zcela zmizí.

**Ošetrovatelské intervence:** Podáváme pacientce léky proti bolesti dle ordinace lékaře. Zajistíme klidné prostředí a pečujeme o její pohodlí. Dopomůžeme jí v oblastech stravování, vylučování, s hygienou a dalšími denními činnostmi.

**Hodnocení:** Od třetího dne hospitalizace se bolest zlepšila. Pátý den hospitalizace se bolest dle Melzacka snížila ze 4. stupně – krutá na 2. stupeň – nepříjemná. Na konci hospitalizace bolest zcela zmizela. Cíle bylo dosaženo 7. den hospitalizace.

### Ošetrovatelská diagnóza č. 2

**00046 Porušená kožní integrita** z důvodu NO, projevující se:

**Subjektivně:** Nesnesitelná svědivost kůže.

**Objektivně:** Kůže je zarudlá, xerotická, popraskaná. Defekty krvácejí.

**Očekávané cíle:** Po dobu hospitalizace pacientka bude pečovat o svou pokožku. Defekty se zacelí, kůže bude dostatečně hydratovaná. Svědivost bude minimální.

**Ošetrovatelské intervence:** Podáváme pacientce léky proti svědění, dle ordinace lékaře. K ošetřování postižených defektů přistupujeme asepticky a pravidelně promazáváme. Vybízíme pacientku k důkladné péči o pokožku. Pravidelně převlékáme ložní prádlo a větráme v pokoji. Zajistíme pacientce dostatečnou psychickou podporu.

**Hodnocení:** Kůže je hydratovaná a rány zahojené. Na konci hospitalizace byla svědivost kůže minimální, pacientka se cítí fyzicky a zvláště psychicky mnohem lépe. Cílů bylo dosaženo 7. den hospitalizace.



### **Ošetrovatelská diagnóza č. 3**

**00095 Nespavost** z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a silné svědivosti kůže projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka má problémy s usínáním. Moc toho v noci nenaspí.

**Objektivně:** Je velmi unavená a má kruhy pod očima. Pospává během dne.

**Očekávané cíle:** Pacientka nebude spát přes den, ale v noci. Usne do 30 minut.

**Ošetrovatelské intervence:** Podáváme medikace dle ordinace lékaře proti svědivosti a kontrolujeme jejich účinek. Eliminujeme rušivé vlivy. Zajímáme se o subjektivní pocity a stížnosti pacientky na kvalitu spánku a průběžně je zaznamenáváme.

**Hodnocení:** Pacientka udává zlepšení kvality spánku v souvislosti se zlepšením integrity a svědivosti kůže. Cítí se odpočatě jak fyzicky tak i psychicky. Cílů bylo dosaženo 7. den hospitalizace.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 4**

**00001 Nadměrná výživa** z důvodu NO projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka udává, že se stres snaží zajídat. Její strava je nepravidelná, jí hlavně na noc. Nejráději má sladké.

**Objektivně:** Pacientka trpí obezitou II. stupně.

**Očekávané cíle:** Pacientka bude jíst méně, zejména sladké a pravidelně. Strava bude vyváženější s dostatečným pitným režimem.

**Ošetrovatelské intervence:** Poučíme pacientku o důležitosti snížení tělesné hmotnosti na celkový zdravotní stav. Snažíme se ji dostatečně motivovat. Edukujeme rodinu o důsledném dodržování dietního opatření. Pomůžeme pacientce sestavit správný jídelníček.

**Hodnocení:** Po celou dobu hospitalizace se pacientka pravidelně stravuje a sladké omezila. Pitný režim dodržuje. Cíle bylo dosaženo.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 5**

**00102 Deficit sebepéče v oblasti stravování** z důvodu defektů na obou dlaních a hřbetech rukou projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka udává silnou bolest obou HK.

**Objektivně:** Není schopná rozevřít ani sevřít ruce pro hluboké krvácející defekty.

**Očekávané cíl:** Zvládne jíst sama.

**Ošetřovatelské intervence:** Zajistíme ošetřovatelskou péči HK a DK – pravidelně promazáváme a podáváme léky, dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Čtvrtý den, pacientka zvládá jíst sama bez pomoci. Cíle bylo dosaženo.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 6**

**00108 Deficit sebepéče v oblasti hygieny** z důvodu NO na obou HK projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka nedovede provést osobní hygienu samostatně, potřebuje dopomoc.

**Objektivně:** Nedokáže nic uchopit do ruky. Je nešťastná a stydí se.

**Očekávaný cíl:** Zvládne hygienu sama.

**Ošetřovatelské intervence:** Poskytujeme pacientce pomoc v oblasti hygieny, nasloucháme jí a poskytujeme emocionální podporu.

**Hodnocení:** K dosažení cíle došlo 4. den hospitalizace.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 7**

**00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku** z důvodu NO na HK projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka se nezvládne sama obléct ani učesat.

**Objektivně:** Je nešťastná. Nezvládne nic uchopit do rukou.

**Očekávaný cíl:** Pacientka bude soběstačná a zvládne se obléknout a upravit sama.

**Ošetřovatelské intervence:** Pomůžeme pacientce s oblékáním i úpravou zevnějšku.

**Hodnocení:** Cíle bylo dosaženo 4. den hospitalizace.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 8**

**00093 Únava** z důvodu nedostatku spánku projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka nemá dostatek energie a je velmi ospalá.

**Objektivně:** Je nesoustředěná, unavená.

**Očekávaný cíl:** Pacientka bude dostatečně odpočatá.

**Ošetrovatelské intervence:** Zajímáme se o celkový stav pacientky. Hodnotíme bilanci tekutin, hydrataci a stav výživy. Vytváříme vhodné prostředí pro kvalitní spánek. Podáváme hypnotika, dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Pacientka se cítí odpočatá, má více energie. Cíl byl splněn 7. den hospitalizace.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 9**

**00122 Porucha smyslového vnímání doteku** z důvodu NO projevující se:

**Subjektivně:** Pacientka udává, že nerozezná hrubost od jemnosti a že má špatnou citlivost na prstech a dlaních obou HK. Špatná vnímavost chladu a tepla na postižených místech kůže.

**Objektivně:** Není schopná rozevřít ani sevřít dlaň. Má hluboké krvavé praskliny na dlaních a velmi suchou kůži.

**Očekávaný cíl:** Správná vnímavost na obou HK a DK.

**Ošetrovatelské intervence:** Věnujeme pacientce zvýšenou pozornost v postižených oblastech kůže. Kůži asepticky ošetřujeme a pravidelně promazáváme. Podáváme léky, dle ordinace lékaře.

**Hodnocení:** Čtvrtý den hospitalizace, pacientka sevře i rozevře dlaně obou HK. Lépe vnímá chlad i teplo. Pátý den hospitalizace jsou defekty na obou HK a DK zcela zacelené, pacientka se cítí mnohem lépe. Cíle bylo dosaženo 5. den hospitalizace.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 10**

**00004 Riziko infekce** z důvodu poruchy kožní bariéry.

**Očekávaný cíl:** Po celou dobu hospitalizace nedojde k žádné infekci.

**Ošetrovatelské intervence:** Provádíme ošetrovatelskou péči a převazy vždy asepticky. Kontrolujeme defekty, promazáváme suchou kůži několikrát denně vhodnými protizánětlivými přípravky, dle ordinace lékaře. Edukujeme pacientku o důsledném dodržování léčby. Podáváme léky dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinek. Poučíme pacientku o důležitosti krátkého sprchování vlažnou vodou a o mytí pouze vhodnými přípravky.

**Hodnocení:** Pacientka nedostala žádnou infekci v průběhu hospitalizace. Cíle bylo dosaženo.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 11**

**00015 Riziko zácpy** z důvodu NO a nevyvážené stravy.

**Očekávané cíle:** Stolice bude pravidelná. Pacientka bude jíst pravidelně 5 krát denně po malých porcích a maximálně 3 hodiny před spánkem. Denně vypije alespoň 3 litry tekutin.

**Ošetrovatelské intervence:** Poučíme pacientku o důsledné dietě a správném jídelníčku. Podáváme laktulózu na změkčení stolice a pro lepší defekaci.

**Hodnocení:** Od 5. dne hospitalizace došlo ke zlepšení defekace. Po celou dobu hospitalizace, pacientka dodržuje stanovenou dietu a pitný režim. Cílů bylo dosaženo.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 12**

**00217 Riziko alergické reakce** z důvodu pozitivní alergické anamnézy.

**Očekávaný cíl:** Alergická reakce se neprojeví.

**Ošetrovatelské intervence:** Snažíme se zabránit vnějším negativním faktorům, které by alergickou reakci mohly vyvolat. Pacientku kontrolujeme a poučujeme jí o tom, co má dělat při objevení nové alergie. Doporučíme alergologické vyšetření.

**Hodnocení:** Nová alergická reakce se u pacientky neprojevila.

## 13.7 Edukační plán

Tabulka 2: Edukační plán II

<b>Edukační plán</b>				
<b>Účel</b>	Edukace pacientky v oblasti snížení tělesné hmotnosti.			
<b>Cíl</b>	Snížení tělesné hmotnosti.			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Obrázky, letáky, brožury			Rozhovor, výklady, výukové filmy	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>kognitivní</b>	Pacientka vyjmenuje alespoň 3 důvody proč zhubnout.	Vysvětlíme pacientce, jaké potraviny by měla omezit a jak se správně stravovat.	20 min	Pacientka důvody vyjmenovala a pochopila důležitost vyvážené, pestré a zdravé stravy.
<b>Afektivní</b>	Pacientka bude chtít zhubnout.	Vyjmenujeme pacientce všechny možné nemoci, které vlivem obezity mohou nastat. Pustíme poučný film a ukážeme obrázky těžce nemocných obézních lidí.	30 min	Pacientka pochopila možný negativní dopad obezity na její kůži a organismus.
<b>Psychomotorické</b>	Pacientka bude schopná stravovat se podle sestaveného jídelníčku.	Pomůžeme pacientce sestavit správný, zdravý a pestrý jídelníček, podle kterého se bude řídit.	20 min	Pacientka se zdravě stravuje a omezila sladkosti. Za měsíc zhubla 7 kg.

Zdroj: vlastní

## DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapování ošetrovatelské péče u pacientek s atopickou dermatitidou. Praktickou část jsem zpracovala metodou případové studie (case study). Důraz je kladen na medikamentózní postupy léčby, které vedou ke zmírňování a odstraňování bolestí a svědivosti kůže a na zlepšení psychického stavu respondentek.

**Prvním dílčím cílem** bylo vypracování kazuistiky dvou pacientek s atopickou dermatitidou a vzájemné porovnání průběhu jejich hospitalizace. Potřebné informace jsem získala z ošetrovatelské dokumentace, pozorováním a rozhovorem. Pro svůj výzkum jsem záměrně vybrala dvě pacientky rozdílné věkové kategorie a postupovala jsem dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové.

V první kazuistice jsem sledovala průběh léčby u čtyřicetileté pacientky, která byla hospitalizovaná z důvodu akutní progresse AD s diseminací po celém těle. Kromě suché kůže na obou rukách, výskytu drobných papul a zarudlé a podrážděné kůže, zejména na břichu hrudníku a zádech, u ní byla diagnostikována infikovaná ložiska zlatým stafylokokem na předloktí PHK a bérci PDK. Celková doba hospitalizace trvala dva týdny. 15. den byla propuštěna do domácí péče. Lékař pacientce indikoval ambulantní léčbu – třikrát týdně fototerapii, na kterou se však dostavila pouze dvakrát.

Ve druhé kazuistice jsem sledovala léčbu u starší pacientky (67 let), která byla přijata pro akutní exacerbaci AD. Pacientka měla AD na rukách od zápěstí až ke konečkům prstů včetně dlaní a dále na obou nártách a ploskách nohou. Pro hluboké krvácející rány na obou rukách nemohla nic uchopit a nebyla ani schopná rozevřít či sevřít dlaň. První tři dny hospitalizace potřebovala pomoc v oblastech hygieny, stravování, při úpravě zevnějšku a při očištění na toaletě. Od čtvrtého dne léčby se její stav zlepšil natolik, že se opět stala zcela soběstačnou. Osmý den po hospitalizaci byla propuštěna do domácí péče. Lékař jí indikoval tři krát týdně fototerapii, na kterou pravidelně docházela.

Očekávalo se, že průběh léčby bude komplikovanější u pacientky ve vyšší věkové kategorii, a to jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Průběh hospitalizace však probíhal u starší pacientky mnohem lépe nežli u pacientky mladší. Ačkoliv starší pacientka nebyla v prvních dnech léčby soběstačná, první pozitivní účinky léčby se u ní projevíly mnohem dříve nežli u pacientky mladší. Z rozhovorů s pacientkou bylo zřejmé, že udělá vše

proto, aby se vyléčila. Velkou psychickou oporou jí byl manžel. Bylo zjevné, že velkou zásluhu na jejím zotavení mělo její pozitivní myšlení a síla, kterou čerpala ze své rodiny a z víry v Boha.

U mladší pacientky jsem vypořadala evidentní psychický blok způsobený nejen jejím zdravotním stavem (komplikovaným průběhem nemoci), který ji omezuje v práci i v jejím osobním životě, ale zvláště z pocitu osamělosti.

Skutečnost, že mladší respondentka byla zjevně psychicky labilnější a ke svému uzdravení se nestavěla s takovou zodpovědností jako respondentka starší, pravděpodobně její zdravotní stav v průběhu hospitalizace ještě více zhoršovala. Toto se shoduje s názorem autora odborné literatury, Michalem Bělobrádkem, ze které jsem čerpala. Ten ve své knize uvádí, že pokud je člověk málo psychicky odolný, mívá to často za následek zhoršení celkového zdravotního stavu (Bělobrádek, 2011, s. 82).

V rámci hospitalizace bylo u první kazuistiky stanoveno 7 ošetrovatelských diagnóz – 5 aktuálních a 2 potenciálních. Mezi 2 nejzávažnější diagnózy jsem stanovila akutní bolest a porušenou kožní integritu doprovázenou silnou svědivostí. Od těchto 2 ošetrovatelských diagnóz se odvíjely tyto následující: 00095 nespavost, 00093 únava, 00148 strach, 00004 riziko infekce a 00217 riziko alergické reakce. Na začátku i v průběhu hospitalizace došlo k infikování ložisek zlatým stafylokokem. Infekci se pomocí antibiotik podařilo vyléčit.

U druhé kazuistiky bylo stanoveno 12 ošetrovatelských diagnóz - 9 aktuálních a 3 potenciálních. Jako nejzávažnější diagnózy jsem u pacientky stanovila akutní bolest, porušenou kožní integritu a nadměrnou výživu. Na tyto ošetrovatelské diagnózy nasedaly následující: 00095 nespavost, 00102 deficit sebepěče v oblasti stravování, 00108 deficit sebepěče v oblasti hygieny, 00109 deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00122 porucha smyslového vnímání doteku, 00093 únava, 00004 riziko infekce, 00217 riziko alergické reakce a 00015 riziko zácpy.

**Druhým dílčím cílem** bylo identifikovat shodné oblasti ošetrovatelské péče obou respondentek. Pacientky se shodují v šesti oblastech ošetrovatelské péče, mezi které patří – 00132 akutní bolest z důvodu NO, 00046 porušená kožní integrita z důvodu NO, 00095 nespavost z důvodu NO a silné svědivosti kůže, 00093 únava z důvodu nedostatku spánku, 00004 riziko infekce z důvodu poruchy kožní bariéry a 00217 riziko alergické reakce z důvodu pozitivní alergické anamnézy.

U obou pacientek bylo klíčové zamezit bolestem a svědivosti kůže vhodnými medikamenty dle ordinace lékaře a aseptickým přístupem při ošetřování kůže. Tím, že se bolest a svědivost kůže zmírňovaly a postupně ustupovaly, se zlepšila kvalita spánku a pacientky se cítily odpočaté. Jakmile kůže přestala svědět, pacientky se přestaly škrábat a došlo tak k postupnému obnovení integrity kůže. U obou pacientek hrozilo riziko infekce, a proto bylo nutné pravidelně kůži kontrolovat, otevřené rány asepticky převazovat a sledovat účinky léků a kortikosteroidních přípravků. Na začátku i v průběhu hospitalizace se pacientkám prováděly stěry z ran a výtěry z krku a nosu. U mladší respondentky byla na začátku a v průběhu hospitalizace prokázána infekce zlatým stafylokokem. Po dobu 10 dnů brala 2 krát denně antibiotika – Doxyhexal. Desátý den bylo nakonec cíle dosaženo a u pacientky již infekce nebyla prokázána. U starší respondentky se po celou dobu hospitalizace žádná infekce nevyskytla. Během hospitalizace nebyla prokázána žádná alergická reakce ani u jedné z respondentek.

**Třetím dílčím cílem** bylo identifikovat hlavní oblasti pro edukaci pacientek. U obou respondentek byla nejdůležitější edukace v oblasti životosprávy. Mladší respondentka z kazuistiky č. 1 byla silná kuřačka – denně vykouřila 15 cigaret. Tato oblast edukace se shoduje s autorem Milachem Bělobrádkem, který uvádí, že kouření na atopickou dermatitidu nepříznivě působí (Bělobrádek, 2011, s. 82). Proto byla nutná edukace v oblasti odvykání kouření a nahrazení vhodnou alternativou (nikotinová náplast). Starší respondentka z kazuistiky č. 2 trpěla obezitou II. stupně. Proto byla důležitá edukace v oblasti stravování a snížení tělesné hmotnosti. Bylo jim vysvětleno, jaký negativní dopad má kouření cigaret a obezita na pokožku a organismus. Obě respondentky se během hospitalizace snažily svou životosprávu zlepšit.



Dále byly informovány o tom, jakým způsobem mají pečovat o svou pokožku. Zdůrazněna byla nutnost provádění pravidelné hydratace kůže vhodnými přípravky dle ordinace lékaře a způsob provádění osobní hygieny s doporučením sprchování (upřednostňuje se krátké sprchování spíše vlažnou vodou) za použití vhodných mycích prostředků. Dále jim bylo doporučeno – nepobývat v příliš suchém, prašném a horkém prostředí, snažit se vyhýbat všem zevním faktorům, které onemocnění kůže ještě více zhorší a vyhýbat se co nejvíce stresovým situacím.

## VÝSTUP PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Jako výstup do ošetrovatelské praxe jsem si zvolila návrh standardního ošetrovatelského postupu u pacienta s atopickou dermatitidou. Účelem standardního ošetrovatelského postupu je nastavit normu správného aseptického ošetrování pacienta s danou kožní chorobou.

### Úvod

Atopická dermatitida je zánětlivé kožní onemocnění, které se vyskytuje ve všech věkových skupinách. Společně s tímto onemocněním se nejčastěji objevuje senná rýma, astma nebo alergie na potraviny. Jedná se o multifaktoriální onemocnění vyžadující komplexní léčbu.

### Indikace a kontraindikace

- Indikace – výskyt papul a krust, suchá a podrážděná kůže, zánět
- Kontraindikace – stav ohrožující pacienta na životě, alergie na daný lék, přípravek či roztok.

### Definice

Jedná se o chronicky zánětlivé, recidivující, neinfekční kožní onemocnění doprovázené silnou svědivostí, začervenáním a suchostí kůže.

### Cíl

- zabránit vstupu infekce do porušené integrity kůže
- zbavení bolesti a svědivosti kůže
- asepticky ošetřovat postižená ložiska kůže
- dostatečně hydratovat a ošetřovat kůži vhodnými přípravky a sledovat jejich účinek
- zajistit kvalitní celkovou ošetrovatelskou péči

## **Kompetentní osoby k výkonu**

- všeobecné sestry
- porodní asistentky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu
- ostatní zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením

## **Pomůcky**

- dokumentace pacienta
- ordinované masti a léčebné roztoky
- rukavice, zástěra, ústenka
- emitní miska
- špátle
- obvazový materiál + pruban

## **Ošetřovatelský postup**

### **Před výkonem**

- ✓ prostudování dokumentace
- ✓ ověřit si možné alergické reakce pacienta v dokumentaci a ústně
- ✓ poučení pacienta o průběhu
- ✓ připravení pomůcek k ošetření
- ✓ zajistit intimitu u pacienta
- ✓ zajistit vhodnou místnost k ošetřování
- ✓ ještě jednou si ověřit správného pacienta, správný přípravek a místo ošetření
- ✓ poučit pacienta o nutnosti aplikace látky na určené místo kůže
- ✓ poučit pacienta o nežádoucích účincích

### **Během výkonu**

- ✓ umožnit pacientovi vhodnou a co nejpříjemnější polohu
- ✓ dodržení intimity pacienta
- ✓ aseptický přístup k pacientovi

- ✓ provedení důkladné hygieny rukou a nasazení ochranných pomůcek
- ✓ komunikace s pacientem
- ✓ nanesení léčebných přípravků na postižené místo
- ✓ sledujeme reakci pacienta na daný přípravek, popř. obvážeme

### **Po výkonu**

- ✓ dezinfekce a úklid všech použitých pomůcek
- ✓ likvidace odpadů
- ✓ zaznamenání vše do ošetrovatelské dokumentace

### **Dokumentace**

Sestra vše zaznamená do ošetrovatelské dokumentace a podepíše.

### **Komplikace**

- sekundární infekce
- febrilie, hypertenze, tachykardie
- celkové zhoršení zdravotního stavu

### **Zvláštní upozornění**

Porušená integrita kůže bývá kolonizována patogeny z vnějšího prostředí, čímž dochází ke komplikacím v procesu hojení. Podstata léčby spočívá v obnovení integrity kůže pomocí vhodných emoliencií a hydratací pokožky. Využívá se lokální a celková terapie pomocí kortikoidů, které mohou celkový stav pacienta výrazně zlepšit. Mají ale mnoho vedlejších účinků, a proto se neužívají dlouhodobě. Dále je důležitá edukace pacienta o správné životosprávě a dodržování dietních opatření. Pacient by se měl vyhýbat negativním zevním vlivům a stresovým situacím.

## ZÁVĚR

Pomocí ošetrovatelského procesu dochází k systematickému komplexnímu vyhledávání biopsychosociálních potřeb pacienta a jejich uspokojování. Ve všech pěti krocích ošetrovatelského procesu přistupujeme k pacientovi jako k holistické bytosti. Použitím modelu podle Marjory Gordonové, doplněného o hodnotící škály, získáme dostatek informací k sestavení ošetrovatelských diagnóz.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u pacientek s atopickou dermatitidou. Dále byly stanoveny tři dílčí cíle. Vypracovat kazuistiky dvou respondentek s atopickou dermatitidou a porovnat jejich průběh. Identifikovat shodné oblasti ošetrovatelské péče a hlavní oblasti pro edukaci. K dosažení těchto cílů jsem si položila tři výzkumné otázky. Jaké jsou shodné oblasti ošetrovatelské péče? Jaké jsou specifika ošetrovatelské péče? Jaké jsou hlavní oblasti edukace?

U obou respondentek jsem vytvořila ošetrovatelský a edukační plán, který odpovídal jejich individuálním potřebám. Z práce vyplynula potřeba edukace v oblasti odvykání kouření a snížení hmotnosti. Obě tyto skutečnosti zhoršují a negativně ovlivňují průběh základního onemocnění a jeho častější exacerbaci. Obě pacientky udávají nedostatek spánku z důvodu svědění až bolesti pokožky, což bylo v souladu s předpokladem. Překvapivým důsledkem atopické dermatitidy bylo snížení hodnocení soběstačnosti. U starší pacientky došlo ke snížení Barthelova testu základních činností na 60b, závislost středního stupně, zejména pro výrazné postižení dlaní rukou.

Zjistila jsem, jak velmi důležitý je nejen komplexní léčebný přístup k pacientovi s tímto onemocněním, ale také přístup psychologický. U pacientů s atopickou dermatitidou vnímáme jako základní intervenci péči o pokožku. Avšak pacienti s chronickým kožním onemocněním si připadají méněcenní, jsou depresivní, nevrlí, jsou často izolováni.

Jako výstup pro ošetrovatelskou praxi byl vytvořen návrh standardního ošetrovatelského postupu, k zajištění úrovně poskytované péče.

## SEZNAM LITERATURY

1. KUKLOVÁ, Ivana, Petr HERLE a kolektiv. *DERMATOVENEROLOGIE pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2011. ISBN 978-80-87553-28-2.
2. ARENBERGER, Petr a Laura JANÁČKOVÁ. *S kůží na trh*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4842-2.
3. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.
4. HOFHANZLOVÁ, Judita. *Atopický ekzém, Alergie, Astma: Možnosti léčby pro děti i dospělé: Ošetřování, Výživa, Recepty*. Jihlava: Calendula, 2009. ISBN 978-80-903971-1-8.
5. RESL, Vladimír. *DERMATOVENEROLOGIE: Učebnice pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2014. ISBN 978-80-261-0387-5.
6. BĚLOBRÁDEK, Michal. *KOŽNÍ NEMOCI: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-221-6.
7. BENÁKOVÁ, Nina. *FARMAKOTERAPIE PRO PRAXI: EKZÉMY A DERMATITIDY: průvodce ošetřujícího lékaře: klinický obraz, diagnóza, farmakoterapie, chyby a omyly*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-331-2.
8. RÖCKEN, Martin, Martin SCHALLER, Elke SATTLER a Walter BURG-DORF. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0106-1.
9. ČAPKOVÁ, Štěpánka. *Atopický ekzém*. Páté, přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-300-5.
10. BENÁKOVÁ, Nina. *FARMAKOTERAPIE PRO PRAXI: EKZÉMY A DERMATITIDY: diferenciální diagnóza, farmakoterapie, chyby a omyly*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-177-6.
11. BURGE, Susan, Rubeta MATIN a Dinny WALLIS. *Oxford handbook of medical dermatology*. Second Edition. New York: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-874792-5.

12. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5333-1.
13. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
14. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetrovatelství - role sestry a nemocného - ošetrovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
15. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
16. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky.* Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
18. NOVOTNÝ, František. *Atopický ekzém.* Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-202-1.
19. Vývoj a komplikace: Komplikace, které se mohou u atopického ekzému objevit. *Eczema Foundation* [online]. France: Nadace pro Atopickou dermatitidu - Výzkum a vzdělávání, ©2004-2020 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.fondation-dermatite-atopique.org/cs/atopicky-ekzem/vyvoj-komplikace>
20. Vše co potřebujete vědět o atopickém ekzému: Komplikace spojené s atopickým ekzémem. *Bioderma Laboratoire Dermatologique* [online]. 2015 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.bioderma-cz.com/atopicky-ekzem-dermatitida>
21. GUTOVÁ, Václava. Diagnóza alergie. *Dermatologie pro praxi: Současný přístup k diagnostice a léčbě atopického ekzému* [online]. Plzeň: Ústav imunologie a alergologie FN Plzeň, 2010, 12 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2010/01/03.pdf>

22. Vyšetřovací metody: Alergologické vyšetření: kožní testy. *Alergoskop* [online]. Brno: Alena Novotná, ©2010[cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <http://www.alergoskop.cz/kozni-testy.html>
23. BENÁKOVÁ, Nina. 3. Lokální léčba. *Medicina pro praxi: Léčba atopické dermatitidy/ekzému u dospělých* [online]. Praha: Dermatoalergologická ordinace, 2010, 226 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/05/04.pdf>
24. DUCHKOVÁ, Hana. Lokální kortikoidy. *Pediatric pro praxi: Správná léčba atopické dermatitidy v dětském věku* [online]. Ústí nad Labem: Kožní sanatorium, 2013, 312[cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/10.pdf>



# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Anatomie kůže

Příloha 2 – Atopická dermatitida na PHK a PDK – kazuistika 1

Příloha 3 – Atopická dermatitida na LHK a PDK – kazuistika 2

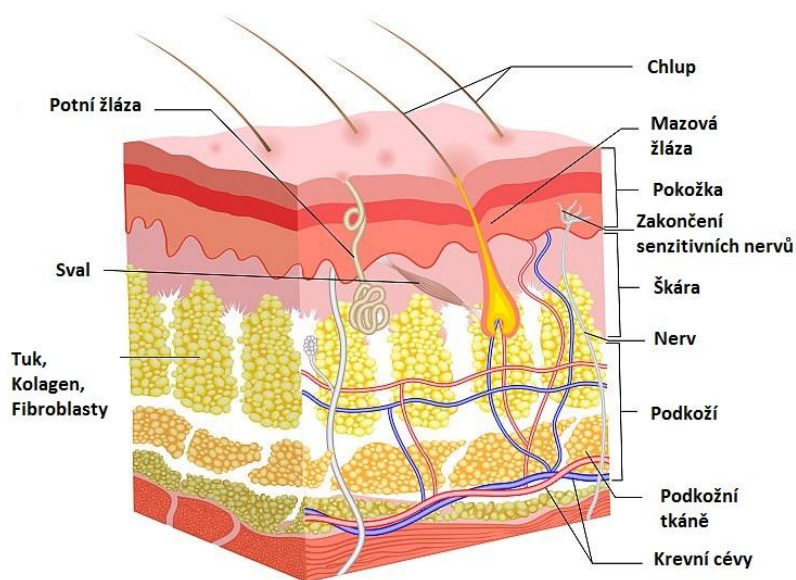
Příloha 4 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha 5 – Informovaný souhlas

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Anatomie kůže

Obrázek 1: Anatomie kůže



via Medlicker.com

Zdroj obrázku:

Anatomie kůže. In: Medlicker [online]. 2016 [cit. 2020-04-21]. Dostupné z: <http://medlicker.com/files/2014/10/21//anatomie-kuze.jpg>

## **Příloha 2 – Atopická dermatitida na PHK a PDK – Kazuistika 1**

*Obrázek 2: PHK*



*Zdroj vlastní*

*Obrázek 3: PDK*



*Zdroj vlastní*

### **Příloha 3 – Atopická dermatitida na LHK a PDK – Kazuistika 2**

*Obrázek 4: LHK*



*Zdroj vlastní*

*Obrázek 5: PDK*



*Zdroj vlastní*

## Příloha 4 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**  
Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Eduarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory  
stej Svobody 60, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní  
Tereza Abelová  
Studentka oboru Všeobecná sestra  
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Západočeská univerzita v Plzni

### Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Dermatovenerologické klinice (KOŽNÍ) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelský proces u pacienta s atopickou dermatitidou*“.

Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s pacienty *Dermatovenerologické kliniky*, a dále získáváním informací o ošetrovatelských a léčebných postupech, tamtéž.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenasuší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Hurová Jitka, Mgr., vrchní sestra KOŽNÍ FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s rozhovorem nevylovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

V Plzni 8. 10. 2019

*Zdroj vlastní*

## Příloha 5 – Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S ATOPICKOU DERMATITIDOU

##### STUDENT

Tereza Abelová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: Tereza.Abelova@seznam.cz

##### VEDOUCÍ BP:

Mgr. Jitka Hurtová  
Dermatovenerologická klinika  
Fakultní nemocnice, Plzeň - Bory  
e-mail: hurtovaj@fnplzen.cz

##### CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat ošetrovatelskou u pacientek s atopickou dermatitidou.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude zaznamenán na diktafon a pořízena fotodokumentace. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

##### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....  
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

*Zdroj vlastní*