

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

BAKALÁRSKA PRÁCA

2012

Barbora Hornická

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**PSYCHOSOCIÁLNE ASPEKTY OŠETROVANIA DIEŤAŤA
S ATOPICKÝM EXANTÉMOM**

Bakalárska práca

Študijný program: Ošetrovateľstvo

Školiace pracovisko: Katedra ošetrovateľstva

Školiteľ: PhDr. Erika Krištofová, PhD.

Nitra 2012

Barbora Hornická

Ďakujem mojej školiteľke práce

PhDr. Erike Krištofovej, PhD.

za podporu a pomoc, odborné usmernenie a cenné rady, ktoré mi poskytovala počas
vypracovania mojej bakalárskej práce.

Záverečnú prácu venujem mojej rodine a priateľom, ktorí pri mne počas celého štúdia stáli
a podporovali ma.

ABSTRAKT

HORNICKÁ, Barbora: *Psychosociálne aspekty ošetrovania dieťaťa s atopickým exantémom* . [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, katedra ošetrovateľstva. Školiteľ: PhDr. Erika Krištofová, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra FSVaZ, 2012. 62 strán.

Hovorí sa, že „koža je oknom do tela“, a preto sa s najrôznejšími prejavmi na koži stretávame v zdraví i pri mnohých ochoreniach. Atopický exantém je kožné ochorenie často spájané s pozitívnou rodinnou, ale aj s osobnou anamnézou na sennú nádchu a bronchiálnu astmu. Ochorenie najčastejšie začína už v 3. mesiaci života, a to tvorbou neostro ohraničených zápalovo povrchovo infiltrovaných červených šupinatých svrbivých ložísk na lícach, rukách a na trupe.

Cieľom bakalárskej práce je zistenie najčastejších deficitov v potrebách dieťaťa s atopickým exantémom. Bakalárska práca je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. V teoretickej časti sa v troch kapitolách autorka venuje anatomickým štruktúram kože, psychickému a sociálnemu vývinu, ochoreniu atopický exantém a potrebám detí. V empirickej časti je predstavený výskum a interpretácia jeho výsledkov. Na zber údajov použila autorka metódu Dermatologického indexu kvality života a metódu Pozorovacieho hárku, kde zisťovala deficity v potrebách dieťaťa, pocity rozpakov, problémy vo vzťahu k blízkym a iným deťom, zmeny správania iných detí voči nim a zmeny správania detí pri zhoršení príznakov exantému. Záver bakalárskej práce tvorí diskusia a odporúčania pre prax.

Kľúčové slová:

Koža. Atopický exantém. Psychomotorický vývin. Potreby.

ABSTRACT

HORNICKÁ, Barbora: *Psychosoziale Aspekte der Pflege um ein Kind mit Atopischen Ausschlag*. [Bachelorarbeit] - Konstantin Filozof Universität in Nitra, Fakultät für Sozialwissenschaften und Gesundheitswesen; Lehrstuhl für Pflege. Betreuerin.: PhDr.. Erika Krištofová, PhD. Stufe der Fachqualifikation: Bachelor (Bc.). – Nitra: FSWaGW, 2012. 62 S.

Es wird gesagt, dass "die Haut ein Fenster in den Körper ist" und daher treffen wir uns mit einer Vielzahl von Hauterscheinungen in der Gesundheit und auch bei vielen Erkrankungen. Der atopischer Ausschlag ist ein Hautausschlag oft verbündet mit einer positiven Familienanamnese, aber auch mit einer persönlichen Geschichte von Heuschnupfen und Asthma bronchiale. Die Krankheit beginnt meist im dritten Lebensmonat. Es beginnt mit der Schaffung von unscharfen begrenzten flachliegen infiltrierenden juckenden roten schuppigen Belägen auf den Wangen, Armen und den Rumpf.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist zu identifizieren die häufigsten Mängel in den Bedürfnissen von Kindern mit atopischen Ausschlag. Die Arbeit teilt sich in theoretisches und empirisches Teil. Im theoretischen Teil widmet Sich die Autorin den anatomischen Strukturen der Haut, psychischen und sozialen Entwicklung, der Krankheit- atopisches Ausschlag und den Bedürfnissen von Kindern. Im empirischen Teil präsentiert Sie die Forschung und Ihre Interpretation der Ergebnisse. Die Autorin hat für die Datensammlung die Methode Dermatologisches Index der Lebensqualität und Beobachtungsbogen benutzt. Es hat sich der Defiziten in den Bedürfnissen des Kindes, dem Gefühl der Peinlichkeit, dem Problemen im Verhältnis zu anderen Kindern und geliebten Menschen, dem Veränderungen im Verhalten anderer Kinder zu ihnen und Verhaltensänderungen der Kindern beim Verschlechterung der Symptomen von Hautausschlag gewidmet. Der Schluss der Arbeit besteht aus der Diskussion und für die Praxis.

Schlüsselwörter:

Haut. Atopische Ausschlag. Psychomotorische Entwicklung. Bedürfnisse.

OBSAH

ÚVOD	8
1 KOŽA	9
1.1 Štruktúra kože	10
1.2 Funkcia kože	12
1.3 Ochorenie kože	12
1.4 Epidemiológia ochorenia	13
1.5 Klinické prejavy ochorenia	14
1.6 Diagnostika ochorenia	16
1.7 Liečba ochorenia	17
1.7.1 Ošetrovateľská starostlivosť pri ochorení	18
2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ	20
2.1 Vývoj dieťaťa do prvého roku života	20
2.2 Vývoj dieťaťa od jedného roku do tretieho roku života	21
2.3 Vývoj dieťaťa od tretieho roku do šiesteho roku života	23
2.4 Vývoj dieťaťa od šiesteho roku do pätnásteho roku života	24
3 POTREBY	26
3.1 Klasifikácia potrieb	26
3.2 Biologické potreby	27
3.3 Psychosociálne potreby	28
4 PRIESKUM PSYCHOSOCIÁLNYCH ASPEKTOV OŠETROVANIA DIEŤAŤA S ATOPICKÝM EXANTÉMOM	31
4.1 Ciele a otázky prieskumu	31
4.2 Metodika prieskumu	32
5 VÝSLEDKY	34
5.1 Analýza výsledkov dotazníka	34
5.2 Analýza výsledkov pozorovacieho hárku	48

6 DISKUSIA	53
ZÁVER	59
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	61
PRÍHOHY	63

ÚVOD

V minulosti boli deti oveľa zdravšie ako sú dnes, netrpeli žiadnymi alergiami, obezitou a rôznymi inými ochoreniami. Zdravie detí podlieha vo veľkej miere rýchlosti moderného života.

Alergia je neprimeraná reakcia imunitného systému na bežné veci z nášho prostredia, môže sa prejavovať len ako obyčajná nádcha, ale môže mať aj život ohrozujúci priebeh a to ako anafylaktický šok. Alergické reakcie sa objavujú na rôznych miestach tela, náhle, v rôznej podobe a v rôznej intenzite, sú to reakcie na rôzne podnety. Náš organizmus sa po opakovanom kontakte s podnetom stáva stále viac citlivým. Počas prvého kontaktu s podnetom si náš imunitný systém zapamätá túto skúsenosť a pri opakovanom stretnutí už reaguje vo zvýšenej miere. Atopia je dedičné ochorenie, ktoré sa vyznačuje zvýšenou tvorbou protilátok už aj pri nízkej dávke alergénu. Typickými prejavmi atopie sú astma, zápal spojiviek, alergická nádcha či atopický exantém. Exantém sa objavuje už u detí vo veku tri mesiace. Je to prvý signál pre rodiča, že jeho dieťa je alergik. Prvé problémy sa najčastejšie vyskytujú po prechode z materského na kravské mlieko. Exantém sa najčastejšie vyskytuje v detskom veku, kedy sú jeho príznaky najintenzívnejšie. V staršom veku toto ochorenie nevymizne úplne, môže ustúpiť, ale časté sú remisie tohto ochorenia. V tejto práci sme sa zameriavali na zistenie deficitov v potrebách dieťaťa s atopickým exantémom, čo bol náš hlavný cieľ. Rozhodli sme sa pre túto problematiku, lebo čím ďalej tým viac detí trpí alergickým ochorením a najčastejšie je práve atopický exantém. Veľkú príčinu na vzniku tohto ochorenia majú okrem genetiky, čo je najväčší faktor vzniku, vonkajšie faktory ako sú rôzne mikroorganizmy, potraviny, aerosóly. Ďalšími faktormi, ktoré vyvolávajú atopický exantém sú faktory imunologické, farmakologické. Ako sme spomenuli hlavnou príčinou je genetika, čiže veľa detí, ktoré trpia týmto ochorením, majú pozitívnu rodinnú anamnézu, čo znamená, že ich rodičia alebo súrodenci trpia nejakým alergickým ochorením. Bolo by veľmi potrebné, aby sme najmä osvetou a informovanosťou mohli aspoň čiastočne eliminovať alebo zmierniť jeho príznaky, tým že rodičia budú poznať a vedieť rozlíšiť príznaky už pri prvých prejavoch ochorenia.

1 KOŽA

Koža (lat. cutis) je zmyslovým orgánom ľudského tela a zároveň aj najväčším orgánom pre pociťovanie vzruchov z prostredia. Jej veľký význam je tiež ochrana tela, kde veľkú úlohu má podkožné tukové väzivo, ktoré je energetickou rezervnou, tepelnou a mechanickou vrstvou. Ďalšími významnými funkciami kože sú – látková premena, dýchanie, resorbcia látok, je termoregulačným orgánom a svojimi žľazami tvorí exkretory orgán. Vplyvom slnečného svetla sa tvorí v koži vitamín D a uskladňujú sa tu ostatné vitamíny rozpustné v tukoch (Bínovský et al., 2007).

Pružinec (2002, s. 100) uvádza, že *„koža je najväčší ľudský orgán, ktorý chráni povrch tela a umožňuje mu kontakt s okolím. Tak, ako ostatné orgány, i ona býva terčom alergickej reakcie – ktorej výsledkom je alergický zápal“*.

Koža sa rozkladá v závislosti od veľkosti tela na 16000 až 18000 cm² a váži približne 4,5 kg. Na krk a hlavu pripadá približne 11%, na trup 30%, na horné končatiny 25% a na dolné 36% z celkovej veľkosti kože. Koža má rôznu hrúbku, v priemere je to od 0.5 do 4 mm. Koža s väčšou hrúbkou je na miestach vystavených tlaku – stupaje, dlane. Na mihalniciach, penise a u novorodencov je koža veľmi tenká. Každý človek má svoju osobitú farbu kože aj vzhľadom na vek (Bínovský et al., 2007).

Farba kože sa odvíja od množstva kožného pigmentu - melanínu, od prekrvenia, hrúbky kože a tiež aj od veku človeka, pretože množstvo pigmentu v koži sa vekom mení. Novorodenci majú málo kožného pigmentu a farba ich kože je červeno – ružová, kvôli tomu že je tenká a presvitajú ňou cievy (Hrubiško et al., 2003).

Dospelý človek má viac pigmentu vplyvom ultrafialových lúčov a kožu na chrbte má tmavšiu ako na bruchu. Dlane a stupaje sú takmer bez pigmentu.

Koža na svojom povrchu nie je úplne hladká, vyskytujú sa tu jemnejšie či hrubšie vyvýšeniny alebo priehlbiny, čo dodáva koži matný vzhľad a vytvára kožný reliéf. Jemný reliéf kože sa počas života nemení, preto sa základom daktyloskopie stala kresba hmatových vankúšikov.

Koža sa tvorí z povrchovej vrstvy – pokožka (epidermis), strednej vrstvy – zamša (corium) a hlboknej vrstvy – podkožné tkanivo (tela subcutanea). Pod pojem koža zahrňujeme pokožku a zamšu (Bínovský et al., 2007).

1.1 Štruktúra kože

Pokožka (epidermis) sa skladá z viacvrstvého plochého epitelu, ktorý má dve hlavné vrstvy. Spodná vrstva ktorú tvoria vysoké bunky, udržiavajúce si po celý život schopnosť rozmnožovať sa, tvorí základnú tzv. cylindrickú vrstvu. Niektoré z týchto buniek obsahujú kožný pigment. Bunky vrchnej vrstvy sa smerom k povrchu rohovatejú – splošťujú, je to rohová vrstva. Bunky zo spodnej vrstvy sa na povrch dostanú asi za mesiac. Vo vrchných vrstvách pokožky sa v medzibunkovom priestore nachádza tuhá tmelová hmota. V hlbších vrstvách pokožky sa medzi bunkami nachádza tekutina tkanivový mok (Čihák, 2004).

Zamša (corium) je zložená z kolagénového väziva, ktoré je zložené do prepletených zväzkov. Jej hrúbka je približne 0,5 až 2,5 mm, podľa toho na akom mieste ľudského tela sa nachádza. Zamša sa skladá z dvoch vrstiev. Prvá povrchová vrstva je redšia, nazýva sa tiež bradavková. Táto vrstva vybieha oproti pokožke do výbežkov tzv. bradavíc, je tvorená z množstva buniek, kolagénových a elastických vlákien. Druhú hlbšiu vrstvu nazývajú aj sieťkovitá, je hustejšia a tvoria ju prevažne kolagénové vlákna, ale počet elastických vlákien je menší. Pokožka a zamša má medzi sebou nerovnú hranicu, tieto dve vrstvy do seba navzájom prechádzajú. V rôznych úrovniach zamše sa nachádzajú vlasové folikuly, krvné a lymfatické cievy, nervy, nervové zakončenia, potné a aj mazové žľazy (Bínovský et al., 2007).

Podkožné väzivo (tela subcutanea) je vrstva kože ktorá je tvorená riedkym kolagénovým väzivom, to svojimi vláknami prestupuje až do zamše. Sponky kože sú tuhšie väzivové pruhy, nachádzajúce sa len na niektorých miestach. Tieto spony pripájajú podkožné väzivo k periostu alebo k fasciám. Podkožné väzivo môže byť okrem zafixovania aj prestúpené tukovými lalôčkami, tie zvyknú prestupovať do tukovej podušky. Tuková poduška mechanicky chráni orgány pred poškodením, má ochranný aj termoregulačný význam. Najhrubšia býva na bruchu a v sedacej oblasti. Podkožné väzivo je bez tuku iba na mihalniciach, chrbte nosa a na ušniciach (Čihák, 2004).

Derivátmi pokožky sú na jednej strane zrohovatené útvary, na druhej strane kožné žľazy. Zrohovatenými derivátmi pokožky sú vlasy a nechty. Kožnými žľazami sú mazové a potné žľazy (Čihák, 2004).

Prvé ochlpenie človeka pokrýva celé telo a vyvíja sa už počas embryonálneho vývoja, tento jemný páper sa nazýva lanugo. Druhotné ochlpenie sa vyvinie až po narodení a udrží sa celý život. K tomuto ochlpeniu patria chlípky (pilli), riasy (cilia), obočia (supercilia)

a vlasy (capilli). Tretie ochlpenie v živote človeka sa vytvára až v puberte v dospelosti pribúda, u mužov viac ako u žien. Sem patria pazuchové, ušnicové chlípky (hirci, tragi), chlpy ohanbia (pubis), chlípky v predsieni nosa (vibrissae) a brada (barba). Vlas sa skladá z vlasového koreňa (radix pili), vlasového vačku (folliculus pili) a vlasového kmeňa (scapus pili), vlasový kmeň sa nachádza nad kožou.

Každý vlas má inú hrúbku, ktorá sa pohybuje približne od 60 do 110 mikrometra, na temene sú najhrubšie, najtenšie sú na záhlaví. Vlasy vydržia na hlave približne dva až päť rokov, počas celého života sa vlasy vymieňajú. Každý deň vypadne asi 30 až 90 vlasov (Bínovský et al., 2007).

Necht (unguis) je rohová platnička a nachádza sa na koncových článkoch prstov ruky a nohy. Platnička sa rozdeľuje na proximálnu a distálnu časť. Proximálna časť je koreň nechta (radix), distálna časť je telo nechta (corpus). Nechtová platnička má pozdĺžne ryhy alebo je takmer hladká, kvôli cievam ktoré cez ňu presvitajú má ružovú farbu. Nechtový koreň je pokrytý kožným záhybom ohradou nechta. Cez okraj nechta presahuje pásik zrohovatej pokožky nazývajúci sa nadnehtie, zo spodnej časti

sa prikladá pokožka tzv. podnehtie. To tvorí spojenie medzi nechtom a lôžkom nechta.

Nechtové lôžko nachádzajúce sa pod podnehtím, ktoré je zložené z väziva (Čihák, 2004).

Kožné žľazy (glandulae cutis) sa rozdeľujú na potné a mazové.

Potné žľazy (glandulae sudoriferae) sú umiestnené po celej koži, sú rúrovito stočené a exkrinného typu. Ich najväčší počet je zastúpený na dlaňovej strane rúk, na čele

a na stupajách. V koži chrbta, na chrbtovej strane ramien a na tvári je najmenej potných žliaz. Žľazy sú klobôčka drobných kanálikov hlboko uložených, z ktorých pokračuje potný kanál na povrch pokožky. S lupou možno ústia žliaz vidieť ako drobné bodky.

Mazové žľazy (glandulae sebaceae), ich produktom je mazľavý kožný maz, mastí okolitú kožu, zvláčňuje ju a chráni pred premočením, stratou vody a pred baktériami. Mazové žľazy ústia do vlasových pošiev. Tam kde nie je ochlpenie sa nenachádzajú ani mazové žľazy, to je na dlaniach, stupajách. Najväčšie mazové žľazy sa nachádzajú na vonkajších zvukovodoch a v nosových krídlach (Bínovský et al., 2007).

1.2 Funkcia kože

Prostredníctvom kože dokážeme vnímať tlak, napätie, bolesť, teplo aj chlad. Zmeny z vonkajšieho prostredia zaznamenávajú exteroreceptory uložené v koži.

Medzi najjednoduchšie hmatové orgány patria Merkelove zakončenia tzv. merkelové hmatové bunky, receptory pre bolesť tvoria voľné nervové zakončenia nachádzajúce sa v pokožke. Na vnímanie dotyku nám slúžia Meissnerove zakončenia nachádzajúce sa v zamši. Na vnímanie chladu máme v hlbšej vrstve Krauseho zakončenia, nazývané aj Krauseho guľové telieska. Tepelnými receptormi sú Ruffiniho vretienka dlhé približne 0.25 až 1 mm. Tlak a ťah pociťujeme prostredníctvom hĺbkových receptorov nazývanými Vater – Paciniho telieska (Bínovský et al., 2007).

Koža má aj inú funkciu ako vnímania, a to ochrannú. Ochráňuje nás pred mechanickými, chemickými, fyzikálnymi, mikrobiálnymi vplyvmi. Pred všetkým čo vnímame cez kožu nás koža aj ochraňuje. Samozrejme iba ak to pôsobí vo veľkom množstve, čiže môžeme vnímať teplo zo slnka, ale ak je tohto žiarenia priveľa v pokožke sa začne tvoriť vo zvýšenom množstve melanín a zosilňuje sa rohová vrstva kože, či tiež pri horúčave je ochranným mechanizmom potenie, rozšírenie kožných ciev. Pri veľkom chlade je to zase naopak cievy v koži sa zužujú a nastáva tras svalov ako mechanizmus tvorby tepla (Ochranné funkcie pokožky..., 2007).

1.3 Ochorenie kože

Atopický exantém či ekzém, tiež aj atopická dermatitída, je chronické svrbivé zápalové ochorenie kože. V prípade atopickej dermatitídy atopia znamená vrodenú zvýšenú citlivosť kože a slizníc na látky z vonkajšieho prostredia. Atopická dermatitída je chorobou mnohých faktorov s dedičnosťou rôzneho pôvodu (Kolibášová et al., 1994).

Iná literatúra uvádza, že *atopická dermatitída je geneticky podmienená chronická, recidivujúca zápalová choroba kože, postihujúca najmä deti, ale aj dospelých, často v spojení s vysokou koncentráciou IgE a s pozitívnou osobnou alebo rodinnou anamnézou atopie. Je to genetická choroba s postihnutím niekoľkých génov (génový polimorfizmus) s rôznou expresivitou, čo podmieňuje mimoriadnu variabilnosť klinických prejavov. Postihuje zloženie a funkcie kože, podmieňuje osobitosti imunitného systému a neurohumorálnych procesov v koži. Na vznik fenotypovej formy choroby sú potrebné ďalšie vplyvy prostredia – multifaktorová choroba s typickými kožnými prejavmi podľa*

štádií choroby, suchosťou kože, s funkčnými poruchami kožných ciev a imunologickými osobitosťami (Šašinka et al., 2007, s. 1108).

Arenbergerová v Zdravotníckych novinách (2010) uviedla, že atopický ekzém má obvykle chronický recidivujúci priebeh s periódami zlepšenia a zhoršenia. Závažnosť sa líši od obrazu nepravidelných ložísk suchého ekzému so šupinami až po stav postihujúci rozsiahle plochy s odreninami a krvácajúcimi alebo i infikovanými prejavmi. Pre všetky štádiá je typická suchosť kože v dôsledku pozmeneného obsahu lipidov v pokožke, ktorá vedie k zvýšeným stratám vody a k zníženiu účinnosti kožnej bariéry. V 70 percentách prípadov je atopický ekzém po prvý krát diagnostikovaný do 5. roku života. Genetická dispozícia je jednoznačne preukázaná s tým, že 60 percent pacientov má postihnutého jedného rodiča a 80 percent pacientov oboch.

Atopický ekzantém môžeme označiť ako chronické a recidivujúce ochorenie ktoré má rôznorodý a zápalový charakter s výrazným svrbením, ktoré je dedičné. V rodine pacienta, alebo priamo u neho, sa vyskytujú iné atopické ochorenia skoršieho typu, ako je alergická nádcha či astma. Charakter ochorenia sa mení s vekom (Braun–Falco et al., 2001).

1.4 Epidemioológia ochorenia

V posledných desaťročiach sa výskyt atopickej dermatitídy výrazne zvýšil. Dokonca až tri štvrtiny chorých jedincov má v anamnéze, či v osobnej alebo rodinnej, iné atopické ochorenie ako je napríklad astma. V minulosti sa vznik ochorenia sledoval až v štvrtom mesiaci od narodenia, v súčasnosti môžeme prvé príznaky sledovať už v prvých týždňoch. Na atopickú dermatitídu musíme myslieť pri každom dojčenskom ekzéme. V prvom roku života sa zjaví ekzém približne v 60% prípadov. Do piateho roku je to až 90% prípadov. Zlepšenie priebehu ochorenia sa objavuje ešte pred dovŕšením školského veku. Pred pubertou má ochorenie tendenciu sa stratiť, napriek tomu stále hrozí riziko relapsu alebo vzniku inej choroby atopického charakteru (Hrubiško et al., 2003). Šašinka uvádza, že je to častá choroba. Výskyt v celej populácii sa odhaduje na jedno až tri percentá, u detí je výskyt päť do sedemnást percent. Choroba sa považuje za civilizačnú. Za minulých desať rokov sa počet chorých strojnásobil, najmä v priemyselne rozvinutých krajinách. Choroba sa klinicky prejaví u 60% chorých do roka a až u 95% do päť rokov. U 30 – 35% chorých je združená s astmou, u 60 – 75% býva pozitívna rodinná anamnéza atopie (Šašinka et al., 2007, s. 1108).

Ochorenie atopickým ekzémom sa vyskytuje čoraz častejšie, podľa odhadu ochorením trpí 5 – 20% obyvateľstva. Ekzém sa prejavuje spravidla už v dojčenskom veku, väčšinou v druhom až v treťom mesiaci. Vyskytuje sa tiež aj v detstve, zriedkavé je prejavenie sa prvý krát po puberte. Ak sa ochorenie prejaví skôr, sklon k bronchiálnej astme je pri rodinnom zaťažení väčší (Braun–Falco et al., 2001).

1.5 Klinické prejavy ochorenia

Svrbenie kože je typickou črtou atopickej dermatitídy, pričom svrbenie je prvotné a erupcia ekzémových zmien je pridružená, druhotná. Atopická dermatitída nie je vyrážkou ktorá svrbí. Vzhľadom k veku, aktuálnemu stavu zdravia sa u jednotlivých pacientov líši rozmiestnenie, typ, rozsah postihnutia kože. U dojčiat postihuje tvárovú oblasť, extenzorové oblasti, typické sú vyrážky v zapálenej koži, často sa objavujú chrasty. Neskôr dermatitída postihuje aj oblasť krku a rúk. Pokožka je podstatne suchá, je zvýšená tvorba šupín, ragád. Miesto po zápale ktorý sa zhojí má zvýšenú pigmentácia.

Choroba sa môže vyskytovať v lokálnej forme až po generalizované ochorenie. Zásadným problémom je škrabanie sa, pri ktorom sa narúša celistvosť pokožky a vyvíja sa sekundárna infekcia, ktorá stav komplikuje (Hrubiško et al., 2003).

V inej literatúre je uvádzané, že *atopická dermatitída v závislosti od veku chorého prebieha v troch fázach, ktoré sa môžu prekryvať alebo môžu byť oddelené remisiami. Primárny a dominantný symptóm je svrbenie. Dostavuje sa záchvatovite s vysokou intenzitou, najčastejšie nadržanom, vo všetkých fázach choroby* (Šašinka et al., 2007, s. 1108). Atopický ekzém je charakterizovaný ako chronické alebo chronicko – recidivujúce ochorenie. Je typické najmä veľmi intenzívnym svrbením, škrabaním, rôznymi kožnými zmenami s tvorbou krúst. V každom veku sa prejavuje osobitými príznakmi (Braun – Falko et al., 2001).

Klinické prejavy atopického ekzantému v dojčenskom veku.

Eczema infantum najčastejšie začína v druhom až treťom mesiaci po narodení. Začiatok ochorenia býva veľmi často spojený s prechodom z materského mlieka na umelú výživu. Vyvolávajúcimi alergénmi sú zväčša bielkoviny kravského mlieka, môžu to byť aj vajčička. Častým vyvolávateľom je aj teplo, nesprávna detská kozmetika, ale i plač (Šašinka et al., 2007).

Približne v treťom mesiaci sa dostavuje záchvatovité svrbenie. Svrbenie je také silné a intenzívne že sa dieťa budí zo sna a často sa škriabe až do krvi (Pružinec, 2002). Kožné prejavy sú najčastejšie viditeľné na líčkach blízko uší, tiež aj na bočných stranách lýtok alebo sú často generalizované. Ako prvé sa prejavuje začervenanie s pľuzgierikmi. Pľuzgieriky sa spájajú do nepresne ohraničených, infiltrovaných, šupinatých ložísk. Pri kúpaní, či po plači alebo pri mechanickom dráždení sa na koži zjavujú erytémy (Šašinka et al., 2007).

Braun – Falko (2001, s. 407-408) uviedol, že *označenie eczema infantum nie je pre toto ochorenie vhodné, pretože sa môžu za ním skrývať aj kontaktné, seboroické a iné ekzémy dojčenského veku. Asi 80% všetkých dojčenských ekzémov sa manifestuje ako atopický ekzém vo včasnom detskom veku. Zvyčajne okolo 3. mesiaca života a o niečo častejšie u chlapcov sa tvoria na bočných stranách líc a vo vlasatej časti hlavy ohraničené erytémy s papulovezikulárnymi eflorescenciami, ktoré úporne svrbia, sú výrazne poškrabané a vyvolávajú zápalovo – mokbajúce alebo zápalovo – krustózne kožné prejavy. Deti v tomto období často prestávajú byť dojčené materským mliekom a prechádzajú na kravské mlieko.*

Svrbenie je neznesiteľné, deti sú často krát plačlivé, lebo nemôžu v noci spať. Vyskytuje sa vysoká tendencia k bakteriovým sekundárnym infekciám, nezriedka majú deti aj lymfadenopatiu. Asi u 50% malých pacientov sa prejavy vyhoja do konca 2 roka života
Klinické prejavy atopického ekzantému v detskom veku.

Táto forma trvá približne od tretieho roka do puberty (Šašinka et al., 2007).

Charakteristickými sú záchvatovité svrbenie, zhrubnutia v mieste veľkých zhybov, suchá koža, iné atopické choroby. Vyvolávateľmi sú alergény z baktérií, roztočov, plesní a prostredia.

Ochorenie je lokalizované najmä na končatinách, ak je postihnutá tvár, tak v centrálnej časti (Pružinec, 2002). Na dlaniach sa často vyskytuje ošupovanie, na bruškách prstov zhrubnutia a praskliny. Prejavy sú často aj na dvorcoch prsníkov a genitáliách. Koža má vzhľad husej. Nechty sú tenké a lesklé (Šašinka et al., 2007).

Braun – Falco (2001, s. 408) uvádza, že *táto manifestačná forma sa môže vyvíjať z exudatívno – ekzematoidnej fázy ochorenia v dojčenskom veku alebo aj primárne. Predilekčnými miestami zmien sú oblasti veľkých kĺbov (lakte, zápästia, zákolenné jamy), ďalej záhlavie, bočné strany tváre, oblasť mihalníc, dorzálnnej časti rúk, a nôh a preto sa prv používali označenia eczema flexurarum alebo ekzém v ohyboch, kde sa nachádza*

neostro ohraničený zápalový erytém a papuly, efekty po škrabaní s tvorbou krúst, ako aj iniciálna zápalová infiltrácia a lichenifikácia. U detí často sa hrajúcich v lete vo vode býva postihnutá len jedna ruka, u „cmúľačou palca“ príslušný palec, najmä v okrajových oblastiach. Tieto oblasti sa môžu ekzematoidne zmeniť (atopický ekzém palca) a prípadne sa vyskytuje i atopický ekzém po oblizovaní pier.

Klinické prejavy atopického ekzantému v adolescentnom veku.

V puberte sa klinické prejavy ekzému menia a rozširujú po celom tele. Aj vzhľad kože sa mení, je sivej farby, tmavšia na krku a na ramenách, zhrubnutá, drsná s jazvičkami. Na tvári je výrazne pigmentované okolie očí, suché pery, štetinovité vlasy, preriednuté obočie tvár má ospalý, melancholický výraz. Suchosť kože je výraznejšia v zime, po kúpeli, po mechanickom dráždení (Šašinka et al., 2007).

Šašinka (2007, s. 1108-1109) tiež uvádza osobité formy ako sú *dysidrotický ekzém, numulárny ekzém a juvenilná plantárna dermatitída. Choroba sa môže prejavovať iba tzv. atopickými minimami: atopickým zápalom dolného viečka, retroaurikulárnym zápalom s ragádami, atď. Chorý majú výraznejšie kolonizovanú kožu so Staphylococcus aureus a kožné prejavy sa často impetiginizujú. Osobitne nebezpečná je superinfekcia herpes simplex – eczema herpeticum. Chorí s dermatitis atopica majú častejšie bradavice a moluská.*

Kožné zmeny sú symetrické. Miestom najčastejšieho výskytu sú: tvár, krk, horná časť hrudníka, chrbty rúk, veľké ohyby kĺbov. V týchto miestach sa nachádzajú ohraničené zápalom postihnuté začervenané miesta (Pružinec, 2002). Po lete sa u týchto pacientov môžeme stretnúť s depigmentáciou. Koža na hlave môže byť v ťažkých prípadoch začervenaná, postihnutá zápalom, olupujúca sa a svrbíaca, svrbenie je najdominantnejší symptómom v tomto období ochorenia. Vlasy často vypadávajú. Koža má sivožltkastú farbu, čo spôsobuje že pacient má starší a melancholický výzor (Braun– Falco et al., 2001).

1.6 Diagnostika ochorenia

Jednoznačný marker pre atopickú dermatitídu nejestvuje, diagnostika je preto o niečo zložitejšia a diagnóza sa teda stanovuje na základe kombinácie klinických prejavov. Diagnostika sa opiera o lokalizáciu lézií vzhľadom na vek, ich svrbenie a zápalový ráz, suchosť, drsnú a šupinatú pokožku, stopy po škrabaní s chrastami. Koža môže byť tiež mokvavá, opuchnutá, s výskytom papulí či vezikul. Najčastejšie omyly v diagnostike

bývajú u veľmi malých detí v prvých mesiacoch života. Diagnózu by preto mali vykonávať dermatológ v spolupráci s alergológom. (Hrubiško et al., 2003).

Šašinka (2007, s. 1109) uvádza laboratórne nálezy *u dojčiat je hypochrómna anémia, zrýchlená FW, mierna eozinofília. Hodnoty IgG a IgM nebývajú zvýšené, IgE u časti pacientov sú zvýšené a vysoké bývajú pri pridružení atopických sliznicových ekvivalentov. Laboratórne vyšetrenia majú cenu len v rámci komplexného hodnotenia .*

Benáková (2009, s. 49) uvádza diferenciálnu diagnostiku na základe anamnézy, klinického obrazu. Ďalej tvrdí že *neexistujú špecifické laboratórne testy. A preto je diagnostika založená na prítomnosti určitých diagnostických kritérií. K hlavným patria tri nasledujúce:*

- a. pruritus, dermatitída v ohyboch či lichenifikácia u dospelých, postihnutie tváre či nad extortory u malých detí,*
- b. xeróza kože,*
- c. chronický či chronicky recidivujúci priebeh.*

1.7 Liečba ochorenia

Liečba ekzému je pomerne obtiažna, je zdĺhavá a nie vždy úspešná. Cieľom liečby nie je vyliečiť pacienta z alergie, ale udržať prejavy choroby pod kontrolou. Pacienta s ekzémom nemožno vyliečiť, pretože neexistuje špeciálny liek na toto ochorenie. Pokiaľ to ide treba v prvom rade zmierňovať príznaky ochorenia a to tak, že sa vylúčia dráždivé faktory (mydlo, pracie prostriedky, časté umývanie, potenie, nevhodné oblečenie). Zásadný krok je odstrániť vyvolávajúce alergény a kontakt s nimi. Ďalej treba zvlhčovať pokožku krátkymi kúpeľmi nie v horúcej, ale v teplej vode. Vhodné je premasťovanie pokožky po kúpeli hlavne emolenciami a lubrikačnými krémami. Tiež sa odporúčajú dechtové prípravky na lokálne zápal. Pri svrbení je vhodný pobyt v chladnejšom prostredí, možno podať aj antihistaminiká (Pružinec, 2002).

Zo všeobecného hľadiska je liečba rovnaká ako pri iných alergických ochoreniach. Pre úspešnú liečbu je veľmi dôležitá starostlivo zozbieraná anamnéza a sledovanie pacienta (Bystroň, 1997).

Ako sme už uviedli, liečba je veľmi zložitá a z tohto dôvodu má veľký význam určenie provokujúcich faktorov a ich odstránenie z prostredia, vhodný bavlnený odev, dietetický a antimikróbny režim.

Na liečenie sa využívajú najmä antihistaminiká, v ďalšom rade sú u detí úspešné gamaglobilíny a hyposenzibilizácia. Systémovo podané korikoidy účinkujú rovnako ako cyklosporín aj po vysadení. Dobré výsledky majú aj helioterapia ako aj perorálne podávané nenasýtené mastné kyseliny. Pri komplikáciách sa využíva podávanie antibiotík a virostatík. Ďalšou formou liečby je miestna alebo lokálna liečba, ktorá pôsobí na svrbenie, zápal a suchosť pokožky. V tomto prípade sú odporúčané kúpele, premasťovanie. Vhodné sú nesteroidné protizápalové prípravky, miestne pôsobiace imunomodulátory, kortikoidy v mastiach. (Šašinka et al., 2007)

1.7.1 Ošetrovateľská starostlivosť pri ochorení

Vzhľadom k závažnosti ochorenia a najmä kvôli nepríjemným sprievodným prejavom je dôležitým činiteľom, ktorý sa podieľa na úspešnom priebehu liečby pacienta, najmä v detskom veku, kedy sú detskí pacienti na tieto prejavy choroby osobitne citliví, práve zdravotná sestra.

Pri ošetrovaní pacienta sestra zaujíma rôzne roly. Rolu neznámej osoby, keď sa s pacientom stretáva po prvý krát. Rolu pomocníčky, kedy pomáha pacientovi pochopiť príčiny jeho hospitalizácie a podstatu liečby. Rolu vodcu, kedy sestra vedie pacienta k splneniu jeho povinností a k aktívnej účasti. Rolu učiteľky, keď spája všetky svoje zručnosti a schopnosti a snaží sa ich odovzdať pacientovi. Rolu poradcu, ktorá je prejavom umenia, vedomostí sestry, ktoré sa odrážajú v tom ako sestra reaguje na potrebu podpory pacienta.

Sestra zaujíma voči pacientovi terapeutický vzťah, je to vzájomná interakcia medzi pacientom a sestrou, kedy sa navzájom učia a rozvíjajú si osobnosť. Komunikácia spolu s interpersonálnymi vzťahmi znižujú až odstraňujú strach a obavy pacienta (Pavlíková, 2007).

Pri liečbe atopickej dermatitídy je dôležitá správna diéta alebo aspoň obmedzenie vyvolávateľov alergie. Nato aby sme vylúčili že alergiu spôsobujú potraviny, môžeme využiť Štandardnú diétu. Pri tejto diéte sa 14 dní podávajú tie isté jedlá i v tom istom čase, jedlá nesmú byť zložité a porcie veľké.

Skúšobná diéta je určená pre deti, ktoré majú potvrdenú nutričnú alergiu, ale nemajú určenú potravinu, ktorá tieto prejavy vyvoláva. Na začiatku sa zaháji hladovka. Postupne sa každé dva dni pridáva iná potravina a tým sa zistí vyvolávateľ alergie.

Pri podozrení na niektoré potraviny sa využíva Eliminačná diéta. Základom tejto diéty je odstránenie všetkých podozrivých potravín. Ak je táto diéta úspešná pokračujeme v nej ďalej a až po určitom čase opäť postupne pridávame eliminované potraviny, a tak po znovuoobjavení vieme presne určiť vyvoláвателя.

Ďalším diétnym postupom je Provokačná diéta kedy je len malé podozrenie na nutričnú alergiu. Princípom tohto postupu je podávanie takých potravín, ktoré sú častými alergénmi (Kolibášová et al.,1994)..

Ďalšou veľmi dôležitou súčasťou pri liečbe atopickej dermatitídy je balneoterapia. Využívajú sa najmä kúpele vo vode podobnej ako v Jadranskom mori. Táto voda sa na Slovensku nachádza v obci Podhájska, odkiaľ sa dováža do Detského Liečebného Ústavu v obci Trávnica. Toto zariadenie je určené práve na liečbu atopického exantému a je jediné svojho druhu na Slovensku. Práve tu podstupujú deti balneoterapiu, tiež sa tu využíva dietoterapia a to práve spomenutá Eliminačná diéta a poslednou súčasťou liečby je rehabilitácia, ktorá je zameraná na fyzickú kondíciu a dychové cvičenia detí (odlu.sk/procedury, 2012).

2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ

Verešová (2007, s. 43) uvádza, že „*vývinová psychológia je vedná disciplína, ktorá sa zameriava na skúmanie mechanizmov vývinu človeka od počatia cez jeho rast a zrenie až po regresiu a zánik. Skúma vznik a vývin psychických javov a ich zmeny v čase. Ako každá vedná disciplína aj ontogenetická psychológia skúma svoj predmet komplexne a ucelene a vývin človeka vníma v jeho biopsychosociálnej podstate*“.

Dedičnosť má veľmi významnú úlohu vo vývine. Jung pripisuje zodpovednosť za biologické inštinkty práve dedičnosti. Inštinkty sú impulzy správať sa určitým spôsobom. (Hall et al., 2002).

Biologický vývin je biologickým premieňaním organizmu počas celého života. Toto premieňanie sprevádzajú telesné zmeny, ovplyvňované dedičnosťou a vplyvmi okolitého prostredia.

Psychický vývin sú všetky psychické zmeny, ktoré sú sprievodné pre všetky obdobia vývinu.

Sociálny vývin alebo budovanie osobnej identity v spolupráci so sociálnym okolím. Vytvára sa v procese sociálneho učenia (Verešová et al., 2007).

Vývoj je celistvý proces, ktorý zahŕňa vývoj v oblasti motoriky, vnímania, reči a jazyku, v sociálnej a kognitívnej oblasti. Všetky tieto vývojové oblasti musia byť počas vývoja prepojené a spolu súviseli (Vojtková, 2010).

2.1 Vývoj dieťaťa do prvého roku života

Verešová (2007, s. 48) uvádza že „*správanie novorodenca je inštinktívne. Do výbavy jeho reakcií patrí aj mnoho reflexov, bez ktorých by dieťa nebolo životaschopné (napr. hladací a cicací), ale i reflexov, ktoré nie sú pre prežitie novorodenca v našich podmienkach až také nevyhnutné (napr. uchopovací reflex, Morov reflex)*“. Ďalej Verešová (2007, s. 49) tvrdí, že „*mýty o tom, že novorodenec nevidí a že jeho zmysli sú menej diferencované, sú už dávno prekonané. Dieťa vidí približne do vzdialenosti dvadsať až tridsať centimetrov a na väčšiu vzdialenosť matku rozpoznáva najmä čuchom a sluchom*“.

Najdôležitejším objektom v tomto období pre dieťa je matka, tá mu zaisťuje všetky jeho deficitné potreby. Pre dieťa je veľmi dôležitá spätná väzba s matkou a to aby mu matka

porozumela. Spätná väzba musí byť pre dieťa dobre zrozumiteľná. Chovanie matky má vplyv na psychický vývin v emocionálnej oblasti a v mnohých iných oblastiach (Vojtková, 2010).

V psychickej a sociálnej oblasti sa intenzívne rozvíja zrakové a sluchové vnímanie. Medzi tretím a štvrtým mesiacom začína rozlišovať známe a neznáme tváre, hlasy. Okolo pol roka uprednostňuje dotykové pocity (všetko si strká do úst). Asi od deviateho mesiaca spoznáva tretí rozmer (hĺbka). V pamäti sa uplatňuje znovu poznanie vecí, ktoré si dieťa už predtým zapamätalo. Myslenie dieťaťa súvisí s činnosťami a ich pomenúvaním, dieťa tak rozumie významu slov (Kozierová et al., 2004).

Pre podporu včasnej reči a rozvoj citov je dôležitá interakcia na dotykovej a zvukovej úrovni (Verešová et al., 2007).

V sociálnom vývine je dôležitá interakcia s dospelými, dieťa prejavuje z kontaktu s dospelým radosť, úsmev je prvý sociálny prejav. Postupne sa dožaduje pozornosti (naťahuje ruky aby sme ho pestovali, vydáva zvuky, plačom, krikom, dokonca môže prejavovať známky žiarlivosti). V tomto období je nevyhnutná nepretržitá komunikácia, typické sú dojčenské hry (Kozierová et al., 2004).

V tomto období vývinu sa veľmi prudko vyvíja motorika. Najväčšie zmeny pozorujeme vo vývine hrubej motoriky, keď dieťa začína dvíhať hlavičku, prevažovať sa, sedieť, chodiť, ale aj vo vývine jemnej motoriky, ako načahovanie sa za predmetmi, uchopovanie dlaňovým úchopom (4 mesiac), či pinzetovým úchopom (9 mesiac) (Verešová et al., 2007).

V prvom roku života si dieťa vie uspokojiť samo len najzákladnejšie biologické potreby (dýchanie, vylučovanie, spánok). Ostatné potreby umožňujú dieťaťu uspokojovať jeho najbližší, hlavne mama a otec.

2.2 Vývoj dieťaťa od jedného roku do tretieho roku života

Batolivé obdobie je charakterizované rozvojom reči a pohybu. Dieťa sa samo pohybuje a komunikuje s dospelými, ktorý by sa mali snažiť dieťaťu porozumieť. Koordinácia pohybu a udržiavanie rovnováhy sa zlepšuje. Prirodzenú potrebu aktivity dieťa uspokojuje motorickým vývinom. Dieťa začína chodiť po schodoch koncom druhého roku, skákať a behať sa učí v treťom roku (Vojtková, 2010).

Jemná motorika sa značne vyvíja už v prvom roku keď dieťa na seba dokáže postaviť dve kocky. Neskôr dokáže postaviť menšiu vežu a v dvoch rokoch aj zložitejšie stavby, v troch rokoch dieťa dokáže navliekať koráliky. Osobitným rozvojom jemnej motoriky je kreslenie, najskôr je to len čmáranie bez obsahu, neskôr dieťa na obrázku spoznáva slnko či dom, aj keď je to stále čmáranica. V dvoch rokoch sa už dieťa snaží napodobniť kruh či rovnú čiaru. V treťom roku je dieťa schopné kresliť postavy či veci zo svojho okolia (Verešová et al., 2007).

Vojtková (2010, s. 10) vo svojej práci uvádza že *„rozvoj reči je v tomto období veľmi dramatický. Okolo dvoch rokov skladá prvé jednoduché vety a slovník dieťaťa obsahuje zhruba 200 slov. V treťom roku sa stretávame s tvorením otázok kedy, kde, tvorí gramaticky správne vety a začína sa orientovať v čase“*.

V prvom roku dieťa pozná svoje meno (Kozierová et al., 2004).

Hra má pre batol'atá výchovný a poznávací charakter. Deti sa najčastejšie hrajú formou napodobňovania hlavne rodičov. Pre toto obdobie je charakteristická súbežná hra, deti sa hrajú vedľa seba, ale nie spolu, ktorá sa postupne stáva spoločnou, kedy sa deti hrajú už spolu (Vojtková, 2010).

Dieťa v batolivom období zostáva závislé najmä na matke. Preto, ak je nútene odlúčené od matky, môžeme v jeho správaní pozorovať tri fázy, a to fázu protestu, kedy dieťa pri kričaní na ňu očakáva jej návrat ako obvykle, potom fázu zúfalstva, kedy dieťa prestáva kričať a ut'ahuje sa do seba, a fázu odpútania sa od matky, kedy dieťa začne lipnúť na inom dospelom, ktorý mu nahrádza matkinu starostlivosť. Aj keď závislosť dieťaťa od matky je veľká jeho sociálne vzťahy sa stále rozširujú, najskôr v kruhu rodiny a okolo druhého roku už aj vo vzťahu k iným deťom v jeho veku. Okolo druhého a tretieho roku sa objavuje obdobie vzdoru, kedy dieťa chce všetko robiť samo (Verešová et al., 2007).

V tomto období dieťa potrebuje okrem biologických potrieb uspokojiť aj psychické a sociálne (bezpečia, lásky, šťastia, hry, zábavy, komunikácie), tieto potreby si však nevie uspokojovať samo, ale stále nato potrebuje rodičov a blízkych.

2.3 Vývoj dieťaťa od tretieho roku do šiesteho roku života

Vývin v predškolskom období ne nenapreduje takou rýchlosťou ako u batoliat (Verešová et al., 2007).

Deti priemerne v tomto období priberajú 3 až 5 kíľ, ich celková hmotnosť je 18 až 20 kíľ. Priemerne narastú o 5 až 6,25 centimetrov, celkovo merajú asi 100 centimetrov (Kozierová et al., 2004).

Jemná a hrubá motorika sa zdokonaľuje v oblasti pohybov. Netýka sa to len behania, skákania, lezenia či skákania na jednej nohe, ale týka sa to aj hádzania, chytania lopty. Bicyklovať, korčuľovať či plávať je dieťa schopné sa naučiť v období štvrtého piateho roku. Dieťa je v tomto období schopné sa samo obliecť, vyzliecť, vykonať základné hygienické úkony. Dieťaťu sa zdokonaľuje z motoriky najmä jemná čo môžeme vidieť v obratnosti horných končatín pri zaväzovaní šnúrok, stavaní zložitejších konštrukcií zo skladačiek, či kreslenie (Verešová et al., 2007).

V psychickom vývine sa uskutočňuje ďalší vývoj zrakového a sluchového vnímania (rozoznávanie farby, veľkosti, melódie), rozvoj pozornosti (prevláda neúmyselná pozornosť, je tu počiatok úmyselnej pozornosti). Myslenie sa v predškolskom veku stále vracia k tomu istému, je útržkovité, nekoordinované, chýba mu komplexný prístup. Deti si často upravujú realitu na prijateľnú a zrozumiteľnú. Pri takýchto detských úpravách dochádza k nepresnostiam pri uvažovaní alebo ku skresleniu skutočnosti pod vplyvom fantázie, emócií a potrieb dieťaťa. Fantázia pomáha dieťaťu vyrovnáť sa s nedostatkom skúseností, so skutočnosťou a s nedostatkami v myslení. (Přinosilová, D. in Opatřilová, D. 2006).

V myslení sa dieťa zameriava na to, čo videlo a podľa toho usudzuje. V myslení sú dominantné prvky egocentrickosti, magickosti, dáva vlastnosti živých aj neživým predmetom a zvieratám. Reč sa v predškolskom veku citeľne zdokonaľuje. Dieťa pozná význam približne tritisíc slov. Konštrukcia viet sa zdokonaľuje. Dieťa má aktívny záujem o rozprávky, básničky, ktoré potom samo reprodukuje. V troch rokoch je dieťa pripravené na postupné odpútavanie sa od najbližšej rodiny a na rozširovanie si „sociálnych obzorov“. Pri formovaní osobnosti dieťaťa má veľký vplyv rodina. V predškolskom veku sa deti identifikujú podľa rolí (chlapci napodobňujú otcov a dievčatá matky). Materská škola im zase umožňuje stretávať sa i s vrstovníkmi a pripravuje ich na nástup do školy. Dieťa pred nástupom do školského zariadenia musí spĺňať všetky podmienky školskej zrelosti.

Rodičia často náhlija nástup dieťaťa do školy lebo už vie rok čítať, ale kognitívne schopnosti a city dieťaťa nedozrievajú vždy súčasne (Verešová et al., 2007).

Z pohľadu sociálneho vývinu sa utvárajú počiatky osobnosti. Dieťa potrebuje spoločnosť rovesníkov, priateľstvá sú prechodné. Dôležitý je vzor rovnakého pohlavia v rámci sexuálnej identifikácie. (Kozierová et al., 2004).

Dieťa čerpá a uspokojuje svoje citové a sociálne potreby z ľudských vzťahov, tieto vzťahy sú zdrojom aj sociálneho učenia. Pre dieťa je najdôležitejšie, v tomto veku, prostredie jeho rodiny. Rodina pre dieťa zabezpečuje socializáciu, uvádza dieťa do spoločnosti. V rodine dieťa získava aj skúsenosti so svetom, vzťahmi, zabezpečuje životné istoty a vytvára základný pocit bezpečia (Vojtková, 2010).

V tomto veku si dieťa vie z biologických potrieb uspokojiť nasledovné: dýchanie, potravu, tekutiny, vylučovanie, konštantnú teplotu, spánok/odpočinok, aktivitu. Zo psychických potrieb si uspokojuje tieto: zvedavosť, hru, zábavu, ostatné psychické potreby si začína uspokojovať až neskôr. Sociálne potreby si uspokojuje už viac: združuje sa s inými deťmi, potrebuje sociálny kontakt, komunikáciu, informovanosť, priateľstvo, spoločenskú prestíž, sebarealizáciu.

2.4 Vývoj dieťaťa od šiesteho roku do pätnásteho roku života

Verešová (2007, s. 54 - 55) uvádza že „s nástupom do školy sa výrazne mení spôsob doterajšieho života dieťaťa a jeho sociálny status. Stáva sa školákom. Toto obdobie je z hľadiska adaptability pre dieťa vysoko náročné, preto sa kladie taký dôraz na atribúty školskej zrelosti, ktoré sme už spomenuli“.

Chlapci a dievčatá v šiestom roku dosahujú približne rovnakú výšku, merajú približne 150 centimetrov (Kozierová et al., 2004).

Toto obdobie môžeme rozdeliť aj na mladší (6 až 11 rokov) a starší (12 až 15 rokov) školský vek. U detí sa veľmi rozvíjajú psychické schopnosti, mohutnie svalstvo, rozvíjajú sa rozumové a umelecké schopnosti, vytvára sa pochopenie pre kolektívnu prácu. Základom školského obdobia je výchova detí v škole a príprava na život a zamestnanie (Maďarová, 2009).

Reč sa obohacuje a prehľbuje sa slovná zásoba, zdokonaľuje sa stavba viet a dieťa si začína osvojovať gramatické pravidlá. Deti mladšieho školského veku sú schopné sebaovládania,

usmerňovania a to kvôli svojej biologickej výbave a tiež sociálnej skúsenosti. Dieťa úplne akceptuje authority. Po dovŕšení ôsmeho roku dieťa sa dieťa stáva kritickejším k dospelým. (Verešová et al., 2007).

Starší školský vek je charakteristický nástupom prvých zmien v puberte. Všetky zmeny sú podmienené pohlavným dozrievaním. Je to jedno z najbúrlivejších období vo vývoji. Dievčatá vstupujú do puberty približne o dva roky skôr ako chlapci. Aj v rámci jedného pohlavia existujú rozdiely v pohlavnom dozrievaní. Dievčatá pohlavne dozrievajú približne v 11 až 14 roku, chlapci v 12 až 15 roku. Napriek pohlavnej zrelosti pubescent nie je psychicky a sociálne zrelý pre pohlavný život. Z pohľadu psychického a sociálneho vývinu sa jednotlivé poznávacie procesy postupne približujú k vrcholu výkonnosti. Vnímanie je čoraz bohatšie a presnejšie. Deti sa často v tomto období menia z extrovertov na introvertov. V plnej miere sa rozvíja logická pamäť. Podobne je to s myslením, rozvíja sa logicko – abstraktné myslenie. Z mimovoľnej pozornosti prechádza na úmyselnú. Tvorivosť sa výrazne rozvíja v umeleckej činnosti (Kozierová et al., 2004)

V tomto období si dieťa už vie uspokojiť takmer všetky biologické potreby, nevie si uspokojiť len potrebu rodičovskej opatery, potrebu byť bez bolesti, potrebu bezpečia. V psychických potrebách si nevedia sami uspokojiť potrebu porozumenia, uznania, úcty, obdivu, rešpektu. Na uspokojenie týchto potrieb potrebujú aj iných a už nielen rodičov a blízkych ale aj priateľov a známych. Sociálnych potrebách si vedia uspokojiť už ozaj všetky potreby, výnimku tvoria len spoločenská prestíž a rešpektovanie.

3 POTREBY

Potreba je stav nedostatku alebo nadbytku, bez čoho alebo s čím nie je možný život. Potreba je vlastnosť, ktorá vedie človeka k jej dosiahnutiu za každú cenu, ale môže byť aj taká, ktorej sa človek musí za každú cenu vyhnúť. Je nevyhnutná pre život, v rôznej miere naliehavosti. Ak má človek nedostatok nejakej potreby ovplyvňuje to nepriaznivo aj jeho psychický stav, činnosť, pozornosť, emócie. Každá potreba sa vzťahuje na niečo z okolitého prostredia. V potrebe sa spája vnútorný s okolitým svetom. Potreby možno uspokojiť rôznym spôsobom ako: naučenými formami správania, podľa kultúrneho vzorca, hierarchie hodnôt, zážitkov. Potrebu tiež môžeme uspokojiť buď zdraviu prospešným, ale škodlivým spôsobom (Maďarová, 2009).

„Každý jednotlivec vyjadruje a uspokojuje svoje potreby svojim spôsobom, určitý druh motivačného správania sa prejavuje u každého človeka inak. V priebehu života sa potreby jednotlivca menia z hľadiska kvantity a kvality. Je dôležité vedieť, že všetci ľudia majú spoločné potreby, je rovnako dôležité si uvedomiť, že tieto potreby sú uspokojované najrôznejšími spôsobmi života, z ktorých ani dva nie sú podobné.

(Trachtová et al., 2006, s. 10).

3.1 Klasifikácia potrieb

Klasifikácia potrieb zodpovedá celistvému poňatiu človeka.

Biologické potreby – ich synonymom sú aj vrodene či primárne alebo fyziologické potreby. Uspokojovanie týchto potrieb je nevyhnutné pre život. Vyjadrujú nerovnováhu v biologickej existencii človeka. Sú základom pre motiváciu človeka, súvisia s biologickými rytmiami. Medzi biologické potreby zaraďujeme: potrebu vzduchu, tekutiny, potravy, vylučovania, teploty, spánku, odpočinku, aktivity, bezpečia.

Psychické, sociálne a duchovné potreby – ich synonymom sú aj získané či sekundárne alebo druhotné potreby. Nie sú priamo súvisiace s existenciou človeka. Mechanizmy ich fungovania sú zložitejšie, pritom fungujú analogicky ako biologické potreby. Ich uspokojovanie vedie k pohode a rozvoju osobnosti, pričom ich nedostatok hlavne z obdobia ranného detstva, býva príčinou porúch správania. Medzi psychické potreby zaraďujeme: potrebu opatery, istoty, bezpečia, emocionálneho kontaktu, lásky, uznania,

obdivu, dominancie, šťastia, vlastnej identity, zdokonaľovania sa, sebauplatnenia, autonómie, zvedavosti, moci, vyhýbania sa neúspechu, zlyhaniu.

Medzi sociálne potreby zaradujeme: potrebu sociálneho kontaktu, komunikácie, združovania sa, informovanosti, afiliácie, spoločenskej prestíže, priateľstva, rešpektovania, sebarealizácie a taktiež kultúrne potreby. Medzi duchovné potreby zaradujeme: potrebu zmysluplnosti existencie, smrti, utrpenia, hodnotového systému, cieľu života, rešpektovania viery, náboženskej slobody, odpustenia, náboženských tradícií (Tomagová et al., 2008).

3.2 Biologické potreby

Správny vývin dieťaťa môžeme zabezpečiť uspokojením biologických potrieb. Hlavnou z týchto potrieb je potreba výživy a tekutín, čo sa týka zloženia i množstva jedla a tekutín. Dôležitými potrebami pre dostatočný vývin dieťaťa sú potreba dostatočnej hygieny, čistoty, vyprázdňovania, dostatok tepla či ochrana pred nepriaznivými vplyvmi prostredia. Pre dieťa je snáď najdôležitejšia potreba spánku a odpočinku. Biologické potreby zasahujú výrazne aj do psychických a sociálnych potrieb (Dunovský et al., 1999).

Základnou biologickou potrebou je potreba výživy a tekutín. Samotnú existenciu a kvalitu života je adekvátna výživa a príjem tekutín. Potrava, ktorú človek prijíma priamo, ovplyvňuje jeho výkonnosť, zdravie, dĺžku života. Význam vody dokazuje fakt, že človek dokáže bez vody vydržať len dva až tri dni, pričom bez jedla aj týždne. Voda je neoddeliteľnou súčasťou ľudského bytia, tvorí dve tretiny nášho organizmu. Dospelý jedinec by mal za dvadsaťštyri hodín prijať dva až dva a pol litra tekutín

Potreba dýchania je potrebná pre fungovanie respiračného a kardiovaskulárneho systému. Dýchanie sa rozdeľuje na vonkajšie a vnútorné. Pri raste a vývine človeka sa zväčšuje kapacita pľúc, znižuje sa frekvencia nádychov a výdychov. Pohlavie je tiež ovplyvňujúci faktor dýchania. Mužská kapacita pľúc je väčšia ako ženská a preto frekvencia dychov mužov je nižšia.

Vyprázdňovanie je základnou biologickou potrebou. Vylučovanie moču a stolice sú spôsoby odstraňovania dopadových látok z tela. Močenie je reflexný proces a možno ho ovládať vôľou. Za dvadsaťštyri hodín človek vylúči približne jeden a pol litra tekutín v závislosti od príjmu. Vo vyprázdňovaní stolice sú u všetkých ľudí veľké rozdiely. Fyziologické by malo byť vyprázdňovanie stolice raz za dvadsaťštyri hodín, no

u niektorých je normálne ísť na potrebu aj dva krát za dvadsaťštyri hodín, či jeden krát za štyridsaťosem hodín. I potreba vyprázdňovania stolice je reflexná a ovplyvniteľná vôľou uvoľňovaním vonkajšieho a vnútorného zvierača.

Telesná teplota sa udržiava v konštantnej hodnote pomocou termoregulácie. Telesná teplota počas dňa môže kolísať v rozmedzí +/- 0,5°C. Fyziologická hodnota je 36,0 – 37,0°C.

Únava je znížená schopnosť vykonávať činnosti, ktorá vyplýva z predošlej aktivity, chráni pred vyčerpaním a aktivuje potrebu spánku a odpočinku. Odpočinok umožňuje obnovu energie a uvoľnenie napätia. Spánok je stav zastretého vedomia, ktoré je fyziologické, je to opak bdlosti.

Pohyb je podstatou všetkého živého a hlavným vonkajším prejavom životných funkcií. Schopnosť pohybu nám umožňuje vnímanie nášho tela. Pohybovú aktivitu môžeme charakterizovať ako akýkoľvek pohyb tela.

Potreba byť bez bolesti je najsilnejší motív živého organizmu. Bolesť je nepríjemná senzorická a emocionálna skúsenosť, súvisí so skutočným či potenciálnym poškodením tkanív. Vek ovplyvňuje reakcie a odpovede na bolesť (Tomagová et al., 2008).

3.3 Psychosociálne potreby

Maďarová (2009, s. 13) uvádza, že *uspokojovanie psychických potrieb umožňuje dieťaťu nielen sa primerane rozvíjať v oblasti intelektu, citov a vôle, ale aj v správaní, interakcií s okolím, chápania seba a ľudí, spoločenských hodnôt a celého prostredia, ktorého sú súčasťou. Potreba lásky, istoty, bezpečia, uznania, voľného prejavu, zdokonaľovania, podnecovania, učenia sa prelína s psychomotorickým a sociálno-emocionálnym rozvojom dieťaťa.*

Každé dieťa po narodení je dlho nesamostatné a závislé od iných ľudí. Všetky deti majú základnú požiadavku mať vo svojej blízkosti dospelú osobu, čo sa nazýva aj potreba istoty a bezpečia. Musí cítiť, že mu nič nehrozí a takáto osoba v blízkosti dieťaťa musí byť ochotný porozumieť mu a tešiť sa z jeho prítomnosti (Krištofová, Mesárošova, 2004).

Každé dieťa je zvedavé a neposedné, chce všetko vedieť, počuť a vidieť. Hovoríme o potrebe dostatočného množstva podnetov (zrakových, sluchových, čuchových, chuťových, hmatových) alebo o potrebe učenia. Dostatočná stimulácia je nevyhnutná pre správny psychický vývin dieťaťa (Maďarová, 2009).

Tomagová (2008, s. 136) uvádza že *prirodzenú túžbu jednotlivca spoznať, vysvetliť, objasniť prostredie a porozumieť sebe samému z dôvodu existencie v tomto prostredí, je vyjadrená v potrebe poznávania, ktorá priamo súvisí s nutnosťou orientácie v situácií, s tendenciou človeka objavovať kauzálne vzťahy, usporiadať poznatky do štruktúr a pod. Kognitívne (poznávacie) funkcie (procesy) umožňujú výber a spracovanie informácií tak, aby sa jednotlivec prispôbil svojmu prostrediu a dokázal v ňom existovať.*

Významnou potrebou pre uspokojovanie je aj potreba lásky, ktorá je základom pre psychický vývin. Potreba lásky a dostatočného množstva podnetov sú tie najzákladnejšie potreby od ktorých sa odvíjajú všetky ostatné, ako sú potreba pocitu vlastnej identity, ochrany, perspektívy, prirodzenej autority. Ak má dieťa uspokojené tieto dve potreby je schopné i v dospelosti dôverovať v hlbšie city. Myslieť logicky, dôverovať iným, získavať sebadôveru, lepšie zvládať stres, žiarlivosť, prekonať strach, obavy, triediť a chápať udalosti, dosiahnuť plný intelekt umožňuje uspokojovanie potreby citovej väzby. Túto potrebu dokonale poskytuje matka, tá učí dieťa láske k ostatným i k sebe samému. Dieťaťu sa potreba lásky uspokojuje najmä hladením, čo v dieťati umocňuje pocit istoty, tepla a samozrejme lásky.

Potreba životnej perspektívy čiže stanovenie si životného cieľa. Ak je táto potreba uspokojená, udržuje človeka v životnej aktivite, ale ak je potreba životnej perspektívy neuspokojená, človek má nedostatok zmyslu života (Maďarová, 2009).

Potreba vedomia vlastnej identity sa objavuje v druhom až treťom roku, dieťa si vytvára predstavu o sebe na základe toho ako ho prijímajú jeho najbližší, čo v jeho správaní odmietajú a čo nie. Identita sa vytvára po celý život. Pri neuspokojení potreby vlastnej identity sa človek neskôr obtiažne začleňuje do spoločnosti (Tomagová et al., 2008).

Dôležitou potrebou, ktorú môžeme zaradiť medzi sociálne, je potreba prijatia dieťaťa. Túto potrebu uspokojujeme tým, že dieťaťu venujeme dostatok pozornosti a času.

Ďalšími dôležitými potrebami sú potreba sebarealizácie a sebaaktualizácie, dieťa je egocentrické a všetko chce robiť samo, napriek tomu, že potrebuje pomoc.

Potreba identifikácie, čiže stotožňovania, tvorí základ výchovy a autority rodičov. Ak sa dieťaťu niekto páči a má ho rado napodobňuje ho, identifikuje sa s ním, preberá jeho návyky či spôsob života. Úzko spätá s potrebou identifikácie je potreba vzoru.

Potreba sociálneho a citového kontaktu, dieťa je závislé na dospelých, inak by nevedelo existovať. Dieťa je v neustálej blízkosti dospelých, ktorý sa s ním hrajú, pôsobia naňho, zoznamujú ho so svetom. Dieťa si uvedomuje, že k niekomu patrí a je aktívne v činnostiach s dospelými. (Maďarová, 2009).

4 PRIESKUM PSYCHOSOCIÁLNYCH ASPEKTOV OŠETROVANIA DIEŤAŤA S ATOPICKÝM EXANTÉMOM

V bakalárskej práci sme sa zaoberali psychosociálnymi aspektmi dieťaťa s atopickým exantémom. Táto téma nás zaujala hlavne preto, že výskyt atopického exantému narastá, a keďže ide o nevyliciteľné ochorenie, je dôležité dodržiavať liečebný režim a preventívne opatrenia. Deti týmto ochorením trpia nielen fyzicky, ale jednoznačne aj po psychickej stránke, preto je dôležité poznať vnímanie choroby očami detí, ich pocity a celkové psychické rozpoloženie. Taktiež toto bolo dôvodom, prečo sme sa rozhodli danú problematiku v práci rozoberať.

4.1 Ciele a otázky prieskumu

Predmetom bakalárskej práce bolo zistiť ako atopický exantém ovplyvňuje potreby dieťaťa. Hovorí sa, že koža je „oknom do tela“. Na koži môžeme pozorovať množstvo zmien a to nielen u chorých detí, ale taktiež u zdravých, čo sa odráža aj na psychickej stránke dieťaťa. Je veľmi potrebné v rámci danej problematiky poukázať na to, že rodičia detí nemajú veľa možností pre liečbu tohto ochorenia. Preto sa stretávame s množstvom úskalí v jeho liečbe, čím netrpia len rodičia, ale hlavne deti.

Keď sme si prieskum plánovali, kládli sme si množstvo otázok v danej problematike. Ako deti vnímajú seba samého počas liečby ochorenia? Trápi deti viac zmena na pokožke alebo čiastočné odlúčenie zo spoločnosti, či kolektívu?

Po kladení týchto otázok a preštudovaní danej problematiky v odbornej literatúre sme si stanovili hlavný cieľ: Zistiť najčastejšie deficity v potrebách dieťaťa s atopickým exantémom.

Na základe hlavného cieľa sme si stanovili čiastkové ciele:

C1: Posúdiť najčastejšie deficity v psychických potrebách.

C2: Posúdiť najčastejšie deficity v sociálnych potrebách.

C3: Zistiť či ochorenie spôsobuje deťom rozpaky a prináša mu obmedzenia v živote.

C4: Zistiť či exantém spôsobuje problémy vo vzťahu k blízkym a iným deťom.

C5: Zistiť či deti pozorujú zmeny správania iných detí voči nim.

C6: Zistiť ako sa mení správanie detí pri zhoršení príznakov.

4.2 Metodika prieskumu

Výberový súbor

Vzorku pre prieskum tvorilo 30 detí vo veku od 1-7 rokov ($n_1=30$) z Odborného detského liečebného ústavu v Trávnici a 30 detí vo veku 8-15 rokov ($n_2=30$) z Odborného detského liečebného ústavu v Trávnici. Prvú prieskumnú vzorku sme rovnomerne rozdelili na 15 chlapcov a 15 dievčat, druhú prieskumnú vzorku sme sa tiež snažili rozdeliť na presnú polovicu, ale kvôli nedostatku hospitalizovaných dievčat sme túto vzorku rozdelili na 16 chlapcov a 14 dievčat. Keďže mladšie deti zastupovalo až 20% detí v jednom roku života, 13% v dvoch, troch, štyroch a piatich rokoch života bolo potrebné aby za ne vyplňali dotazníky rodičia, či už hospitalizované matky, vo väčšine, alebo otcovia.

Metódy prieskumu

Hlavnou metódou pre prieskumu v našej práci bol Dermatologický index kvality života, ktorým sme sledovali u detí pocity rozpakov, problémy vo vzťahu k blízkym a iným deťom, zmeny správania iných detí voči nim a zmeny správania detí pri zhoršení príznakov exantému v Odborného detského liečebného ústavu v Trávnici. Ďalšou metódou získania údajov bolo pozorovanie ktoré sme realizovali pomocou nami zostaveného Pozorovacieho hároku, ktorým sme sledovali deficity potrieb dieťaťa liečeného na atopický exantém v Odbornom detskom liečebnom ústave v Trávnici. Dotazník a pozorovací hárok boli anonymné. Prvý dotazník pre deti od 1 – 7 rokov tvorilo desať uzatvorených a jedna polouzatvorená otázka. Druhý dotazník pre deti od 8 – 15 rokov tvorilo desať uzatvorených a jedna polouzatvorená otázka. Základ Pozorovacieho hároku tvorilo uspokojovanie alebo neuspokojovanie biologických, psychických a sociálnych potrieb ktoré môžu byť v deficite. Sestry počas hospitalizácie sledovali vybrané deti a zaznamenávali ich deficitné potreby.

Plánovanie prieskumu

Pred plánovanou organizáciou prieskumu sme sa najskôr dôkladne oboznámili s teoretickými východiskami skúmaného problému a vytvorili sme si metodologický aparát (zadefinovanie výskumného problému, určenie hlavného a čiastkových cieľov, vymedzenie výskumnej vzorky a určenie metód získavania údajov, vyhodnocovania

a spracovania empirických dát). Rozhodnutie o časovom harmonograme prieskumu vyplývalo z možností jeho realizovania v danom zariadení vzhľadom k počtu pacientov.

Časový harmonogram

Prvou etapou, ktorou sme začínali vytvárať túto prácu bola prípravná etapa. Tá zahŕňala teoretickú prípravu a metodologickú prípravu. Trvala od mája 2011 do augusta 2011. Ďalším naším krokom bola realizačná etapa. Realizačná etapa je zameraná na získavanie dát, čo v našom prípade prebiehalo v mesiacoch september až október 2011. Na vyhodnocovanie výsledkov v tretej etape sme si vymedzili čas v mesiacoch november až december 2011. Poslednou etapou bola etapa spracovania záverečnej práce ktorá nam trvala od januára 2012 do marca 2012.

5 VÝSLEDKY PRIESKUMU

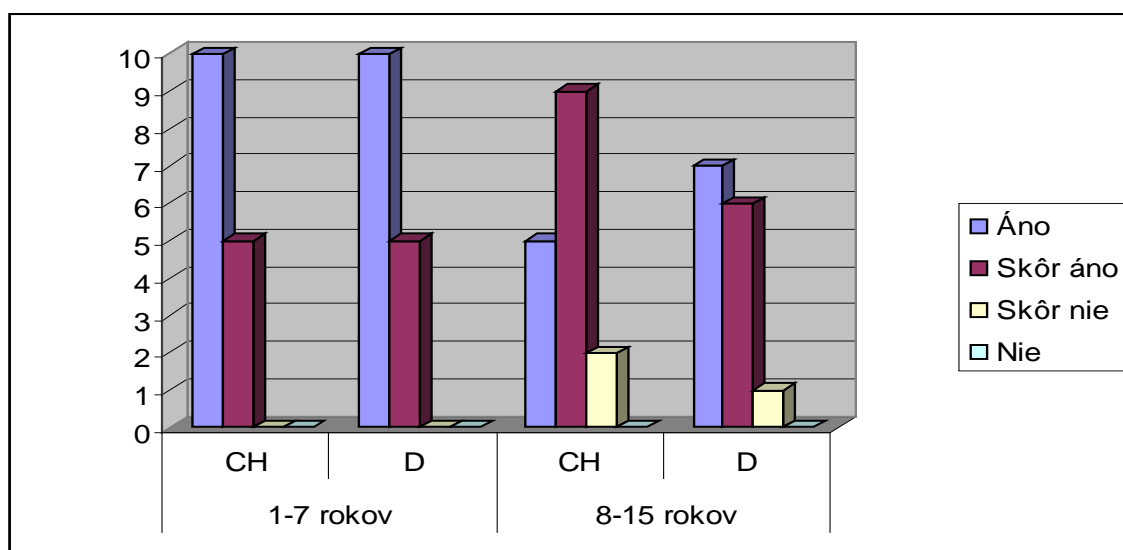
Prieskum sme realizovali u detí hospitalizovaných v Odbornom detskom liečebnom ústave v Trávnici. Na začiatku sme si kládli otázky ako vplýva ochorenie atopický exantém na psychiku a sociálnu interakciu, aké vedomosti majú o ochorení samotné deti, či u mladších respondentov rodičia, ako hodnotia vplyv choroby na svoj život deti a tiež u mladších detí ako hodnotia toto hodnotia rodičia. Od toho sa odvíjali aj naše stanovené ciele. S ohľadom na vek sme rozdelili deti do skupiny chlapci a dievčatá. Ako sme už vyššie spomínali, v prvej vekovej skupine sme dotazník rozdelili presne na polovicu, 15 respondentov z každého pohlavia, v druhej vekovej kategórii sa nám to úplne nepodarilo 16 respondentov bolo chlapcov a 14 dievčat. Priemerný vek v prvej vekovej kategórii 1 – 7 rokov u chlapcov bol 3,8 desatín roku priemerný vek dievčat v tej istej vekovej kategórii bol o niečo vyšší 4,13 stotín roku. Vo vekovej kategórii od 8 do 15 rokov mali chlapci vekový priemer 10,5 desatín roku a dievčatá v tej istej vekovej kategórii mali priemerný vek nižší ako chlapci 10,14 stotín roku.

5.1 Analýza výsledkov dotazníka

Dotazník sme realizovali so vzorkou 60 detí, a to 30 vo veku od jedného do siedmych rokov a 30 vo veku od osem do pätnásť rokov. Pri stanovovaní výskumnej vzorky sme nebrali do úvahy len hľadisko veku ale brali ohľad aj na rovnomerné zastúpenie respondentov príslušného pohlavia (cca 50 percent respondentov tvorili chlapci a 50 percent dievčatá v oboch vekových kategóriách). Výskum sa uskutočnil v Odbornom detskom liečebnom ústave v Trávnici, kde sa liečia deti s ochorením atopický exantém. Cieľom bolo zistiť najčastejšie deficity v potrebách dieťaťa s atopickým exantémom. Keďže respondentmi v prvej skúmanej skupine boli deti vo veku 1 – 7 rokov, odpovede na otázky v dotazníku Dermatologický index kvality života sme získavali najmä prostredníctvom rodičov, ktorí boli s nimi hospitalizovaní. Veková kategória detí 6 – 7 ročných však bola už čiastočne spôsobilá odpovedať na otázky samostatne alebo s pomocou rodičov.

Tabuľka 1 Vedomosti o ochorení

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Áno	10	66,66	10	66,66	5	31,25	7	50,00
Skôr áno	5	33,33	5	33,33	9	56,25	6	42,86
Skôr nie	0	0	0	0	2	12,50	1	7,14
Nie	0	0	0	0	0	0	0	0
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

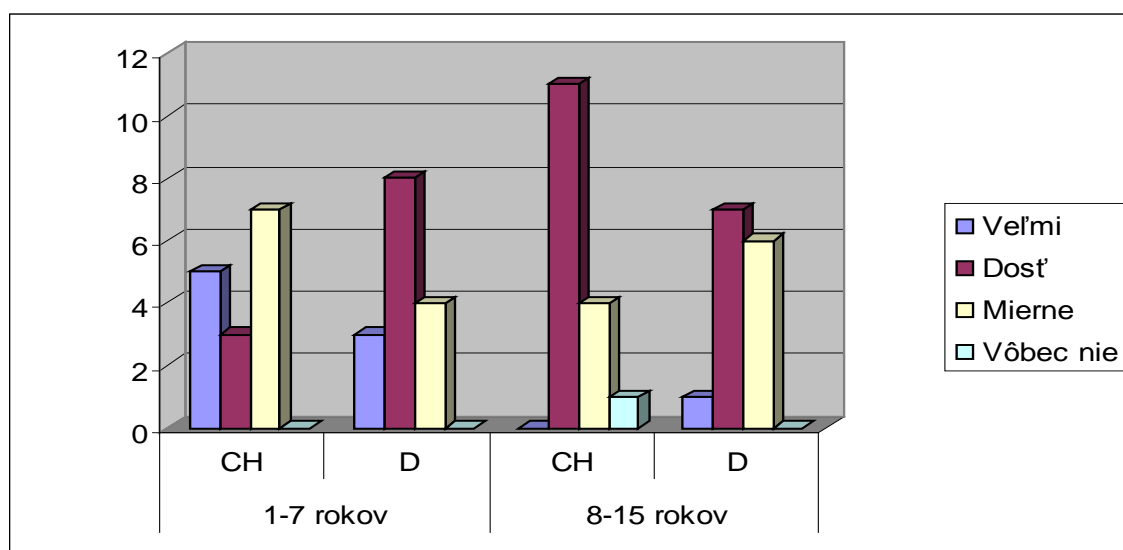


Graf 1 Vedomosti o ochorení

Na otázku či deti a rodičia vedia akým ochorením trpia, odpovede týkajúce sa chlapcov vo veku 1-7 rokov boli: 10 respondentov odpovedalo áno (66,66%), 5 skôr áno (33,33%), 0 skôr nie (0%) a tiež 0 nie (0%). Odpovede dievčat vo veku 1-7 rokov boli nasledovné: 10 áno (66,66%), 5 skôr áno (33,33%), 0 skôr nie (0%) a tiež 0 nie (0%). Chlapci vo veku 8-15 rokov odpovedali: 5 áno (31,25%), 9 skôr áno (56,25%), 2 skôr nie (12,50%), 0 nie (0%). Dievčatá vo veku 8-15 odpovedali: 7 áno (50%), 6 skôr áno (42,86%), 1 skôr nie (7,14%) a 0 odpovedala nie (0%).

Tabuľka 2 Pociť svrbenia

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	5	33,33	3	20,00	0	0	1	7,14
Dost'	3	20,00	8	53,33	11	68,75	7	50,00
Mierne	7	46,66	4	26,66	4	25,00	6	43,86
Vôbec nie	0	0	0	0	1	6,25	0	0
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



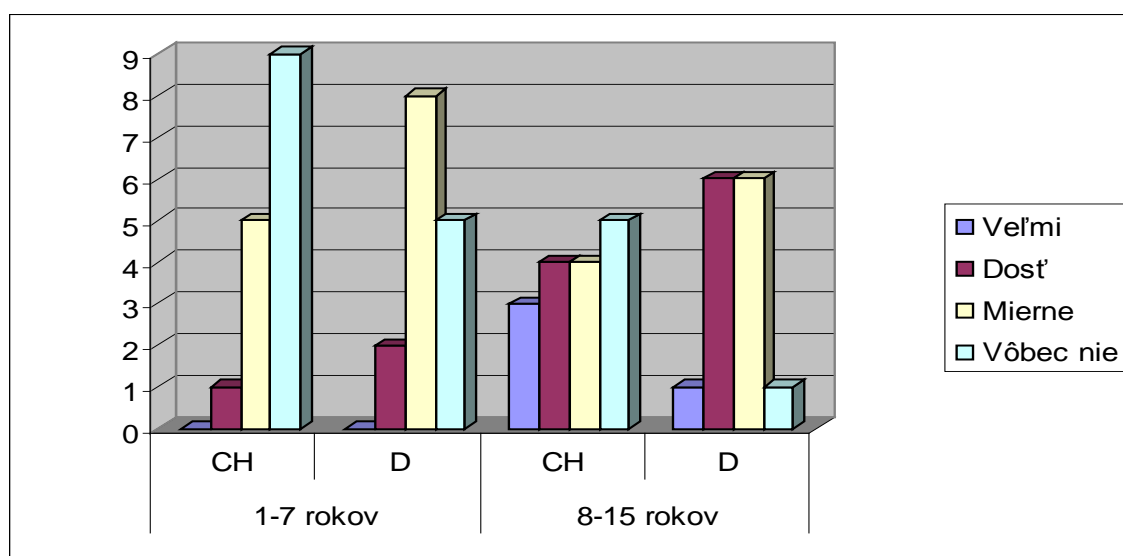
Graf 2 Pociť svrbenia

Na otázku či deti pociťujú svrbenie a suchú kožu, odpovede chlapcov vo veku 1-7 rokov boli: na stupnici: veľmi – dost' – mierne – vôbec nie sa 5 chlapcov sa vyjadrilo v kategórii veľmi (33,33%), 3 chlapci pociťovali svrbenie dost' (20%), 7 respondentov malo mierne svrbenie (46,66%) a žiaden neodpovedal v kategórii vôbec nie (0%). Odpovede dievčat na rovnakú otázku zahŕňali nasledovné zistenia: 3 dievčatá mali pociť svrbenia a suchej kože na najvyššom stupni veľmi (20%), 8 dievčat odpovedalo na otázku v kategórii dost' (53,33%), 4 mali mierne svrbenie (26,66%) a žiadne z dievčat neodpovedalo, že vôbec nepociťujú svrbenie či suchú kožu (0%). Chlapci vo veku 8-15 rokov odpovedali: žiaden respondent neodpovedal v kategórii veľmi (0%), 11 chlapcov pociťovalo príznaky svrbenia dost' (68,75%), 4 respondenti odpovedali na otázku odpoveďou mierne (25%), 1

respondent odpovedal vôbec nie (6,25%). Dievčatá vo veku 8-15 rokov odpovedali: 1 veľmi (7,14%), 7 dosť (50%), 6 odpovedalo mierne (42,86%) a žiadne neodpovedalo že svrbenie a suchú pokožku nepocitujú (0%).

Tabuľka 3 Pocity rozpakov a nesmelosti

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	3	18,75	1	7,14
Dosť	1	6,66	2	14,33	4	25,00	6	42,86
Mierne	5	33,33	8	53,33	4	25,00	6	42,86
Vôbec nie	9	60,00	5	33,33	5	31,25	1	7,14
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



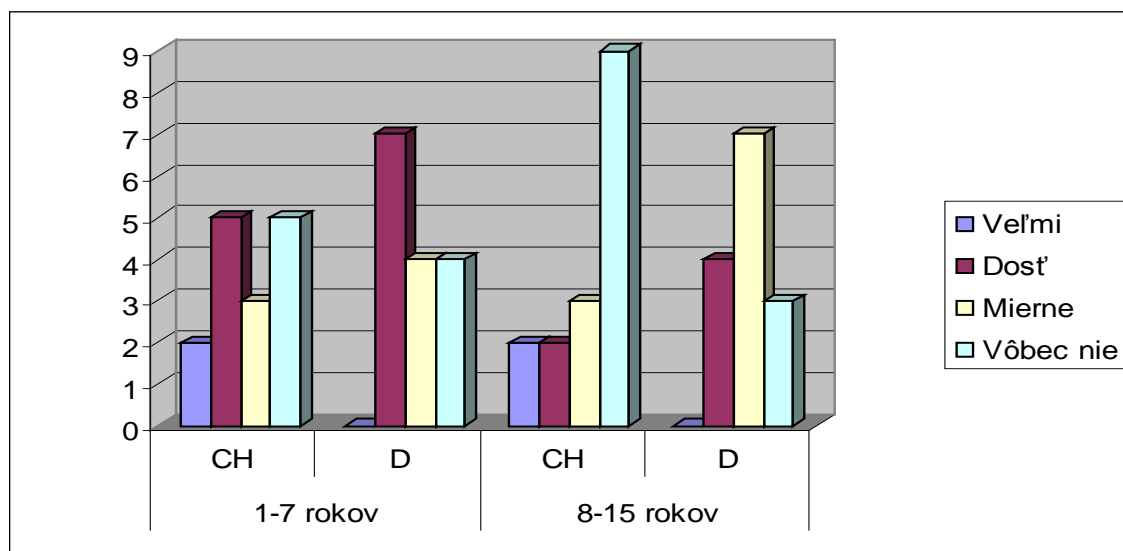
Graf 3 Pocity rozpakov a nesmelosti

Na otázku či deti cítia rozpaký alebo nesmelosť kvôli exantému, odpovede ohľadom chlapcov vo veku 1-7 rokov boli: 0 respondentov uviedlo veľmi (0%), dosť rozpakov pocíťoval 1 chlapec (6,66%), 5 chlapcov uviedlo že pocíťuje mierne rozpaký a nesmelosť (33,33%), 9 chlapcov odpovedalo že vôbec nepocíťuje rozpaký (60%). Odpovede dievčat v prvej vekovej kategórii boli nasledovné: žiadne nepocíťovalo rozpaký a nesmelosť veľmi (0%), 2 z dievčat vo veku 1 – 7 rokov uviedlo že má rozpaký dosť (13,33%), 8 odpovedí

dievčat na tretiu otázku bolo, že pociťujú rozpaky mierne (53,33%), 5 dievčat nepociťovalo žiadne rozpaky (33,33%). Chlapci vo veku 8-15 rokov odpovedali nasledovne: 3 uviedli odpoveď v kategórii veľmi (18,75%), 4 z 15 opýtaných označili odpoveď v kategórii dost' (25%), v kategórii mierne boli vyznačené 4 odpovede (25%) a 5 chlapcov odpovedalo že vôbec nepociťujú nesmelosť a rozpaky (31,25%). Dievčatá v tejto istej vekovej kategórii odpovedali takto: 1 malo veľmi veľké rozpaky (7,14%), 6 pociťovalo rozpaky a nesmelosť dost' (42,86%), 6 dievčat malo len mierne rozpaky (42,86%) a len 1 vôbec nepociťovalo nesmelosť (7,14%).

Tabuľka 4 Výber oblečenia

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	2	13,33	0	0	2	12,50	0	0
Dost'	5	33,33	7	46,66	2	12,50	4	28,57
Mierne	3	20,00	4	26,66	3	18,75	7	50,00
Vôbec nie	5	33,33	4	26,66	9	56,25	3	21,43
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

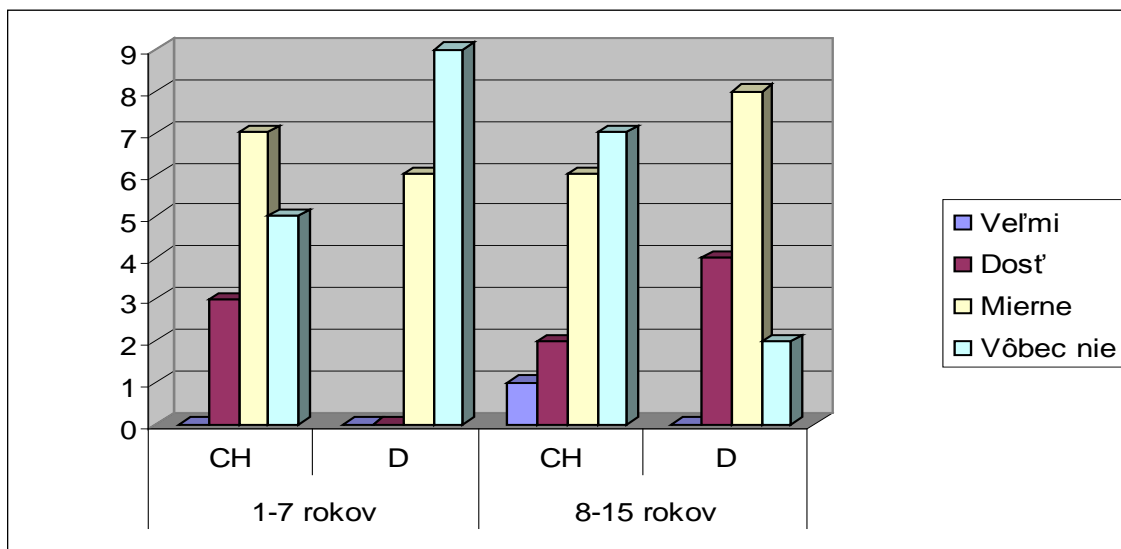


Graf 4 Výber oblečenia

Štvrtou otázkou dotazníku bolo či ochorenie ovplyvňuje výber oblečenia, 2 chlapci a ich rodičia v prvej vekovej kategórii veľmi dbajú na výber vhodného oblečenia (13,33%), 5 opýtaný na to dbajú dosť (33,33%), už mierne dbajú na výber oblečenia 3 z respondentov (20%) a vôbec nezáleží na oblečení 5 respondentom(33,33%). Z dievčat a rodičov vo vekovej skupine 1-7 rokov ani jedna neodpovedala že exantém veľmi ovplyvňuje výber ich oblečenia (0%), 7 dosť záleží na výbere ich oblečenia (46,66%), zhodne po 4 odpovede uviedli dievčatá v kategóriách mierne a vôbec nie (26,66%). Chlapci vo veku 8-15 rokov odpovedali nasledovne: 2 veľmi záleží na výbere oblečenia (12,50%), taktiež 2 si dávajú dosť záležať na výbere ich oblečenia (12,50%), 3 chlapcom mierne ovplyvňuje ochorenie výber oblečenia (18,75%) a 9 respondentom vôbec nezáleží na výbere oblečenia (56,25%). Dievčatá v tom istom veku označili nasledovné odpovede: žiadnej veľmi nezáleží na výbere oblečenia (0%), už 4 dievčatá dosť dbajú na výber vhodného oblečenia (28,57%), 7 záleží na oblečení mierne (50%) a 3 vôbec nekladú dôraz na výber oblečenia pri atopickom exantéme (21,43%).

Tabuľka 5 Spoločenské a oddychové aktivity

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	1	6,25	0	0
Dosť	3	20,00	0	0	2	12,50	4	28,57
Mierne	7	46,66	6	40,00	6	37,50	8	57,14
Vôbec nie	5	33,33	9	60,00	7	43,75	2	14,29
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

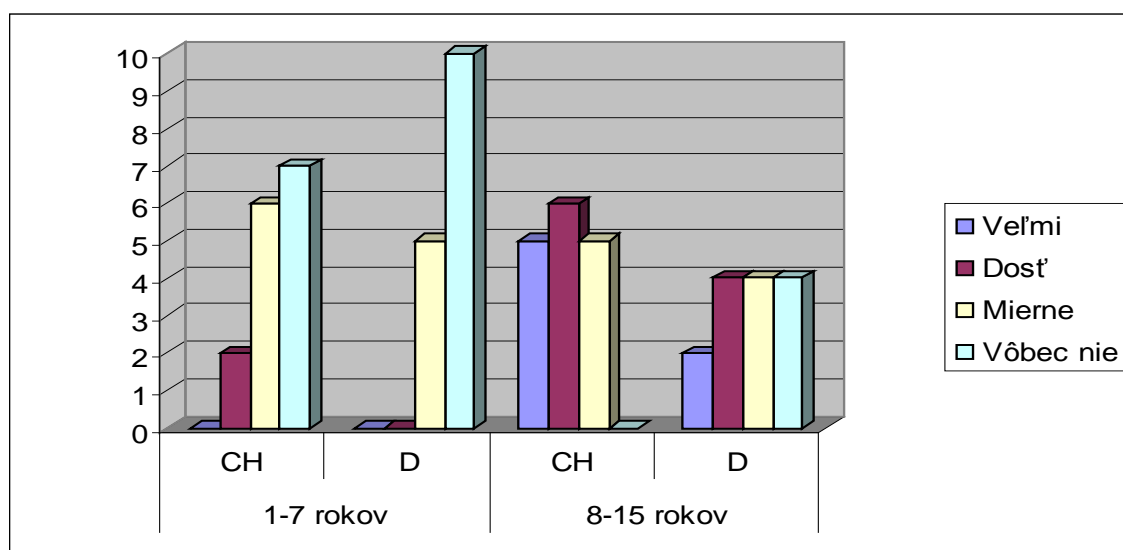


Graf 5 Spoločenské a oddychové aktivity

Na otázku či vplýva exantém na spoločenské a oddychové aktivity chlapci vo veku 1-7 rokov odpovedali nasledovne: 0 chlapcov uviedlo že im exantém veľmi nevplýva na spoločenské a oddychové aktivity (0%), ale už 3 ochorenie spôsobuje problém v spoločenských a oddychových aktivitách dost' (20%), najviac chlapcov 7 označilo odpoveď v kategórii mierne (46,66%) a 5 vôbec nepociťuje problémy v spoločenských a oddychových aktivitách (33,33%). Dievčatá v prvej vekovej kategórii uviedli nasledovné odpovede: ani jedna neuviedla odpoveď veľmi (0%) a tiež 0 odpovedalo že dost' ovplyvňuje exantém ich oddychové aktivity (0%), 6 ochorenie robí mierne problémy v spoločenských a oddychových aktivitách (40%) a dokonca až 9 dievčat uviedli v tejto otázke odpoveď vôbec nie (60%). Chlapci vo veku 8-15 rokov odpovedali: 1 mal veľmi veľké problémy v oblasti spoločenských a oddychových aktivít (6,25%), 2 uviedli odpoveď v kategórii dost' (12,50%), 6 majú mierne problémy (37,50%) a až siedmym chlapcom ochorenie nespôsobuje vôbec problém (43,75%). Dievčatá v tom istom veku uviedli že žiadna nepociťuje veľmi veľké problémy v spoločenských aktivitách(0%), 4 dievčatá majú dost' veľké problémy v tejto oblasti (28,57%), dokonca až 8 dievčenských respondentov v tomto veku má len mierne problémy pri oddychu (57,14%) a 2 atopický exantém nespôsobuje vôbec žiadne z uvádzaných problémov v tejto otázke (14,29%).

Tabuľka 6 Ťažkosti pri športovaní

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	5	31,25	2	14,29
Dosť	2	13,33	0	0	6	37,50	4	28,57
Mierne	6	40,00	5	33,33	5	31,25	4	28,57
Vôbec nie	7	46,66	10	66,66	0	0	4	28,57
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



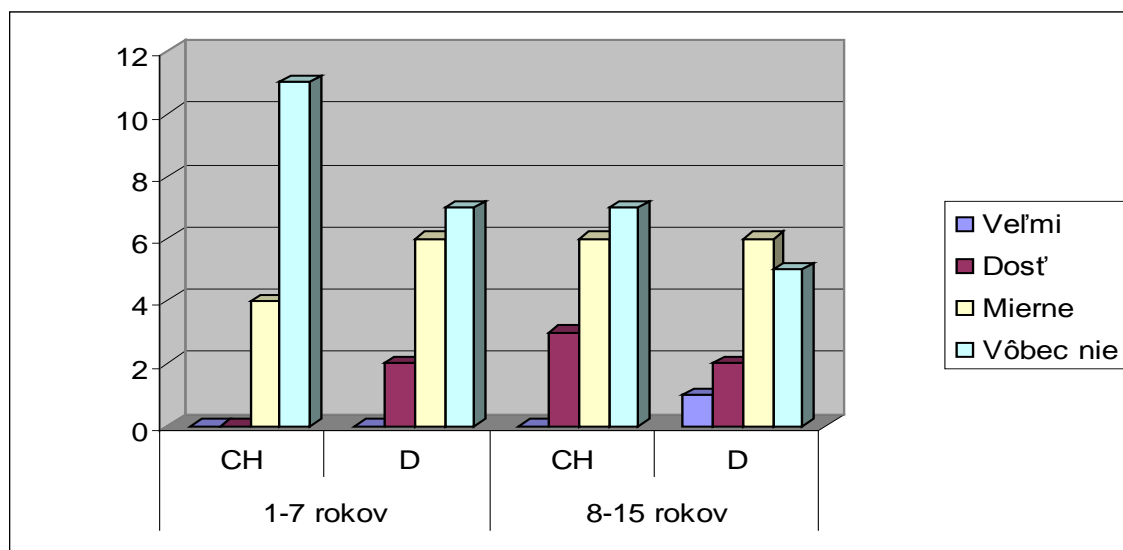
Graf 6 Ťažkosti pri športovaní

Na otázku či exantém spôsobuje deťom problémy pri športovaní, chlapci vo veku 1-7 rokov uviedli: ani jeden nemal veľmi ťažkosti pri športovaní (0%), 2 uviedli že problémy so športovaním majú dosť (13,33%), 6 chlapci uviedli odpoveď mierne (40%) a siedmym ochorenie vôbec nespôsobuje prekážky v športe (46,66%). Dievčatám vo veku 1-7 rokov exantém nespôsobuje ani veľmi ani dosť problémy v športe (0%), až na stupni mierne bolo označených 5 odpovedí (33,33%) a zvyšok 10 dievčat uviedlo že nemá žiadne problémy v športe (66,66%). Chlapci v druhej vekovej skupine uviedli nasledovné odpovede: 5 mali veľmi veľké problémy v športe (31,25%), 6 chlapci označili ťažkosti na druhom najvyššom stupni dosť (37,50%), mierne ťažkosti uviedli 5 respondenti (31,25%) a žiaden

neoznačil možnosť že exantém mu nespôsobuje žiadne problémy pri športovaní (0%). Dievčatá v tomto isto veku označili odpovede nasledovne: 2 uviedli najvyššiu možnú odpoveď veľmi (14,29%), 4 odpovedali že im spôsobuje šport problémy dosť, mierne a aj že im šport nespôsobuje problémy vôbec (28,57%).

Tabuľka 7 Štúdium a rozvoj

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	0	0	1	7,14
Dosť	0	0	2	13,33	3	18,75	2	14,29
Mierne	4	26,66	6	40,00	6	37,50	6	42,86
Vôbec nie	11	73,33	7	46,66	7	43,75	5	35,75
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



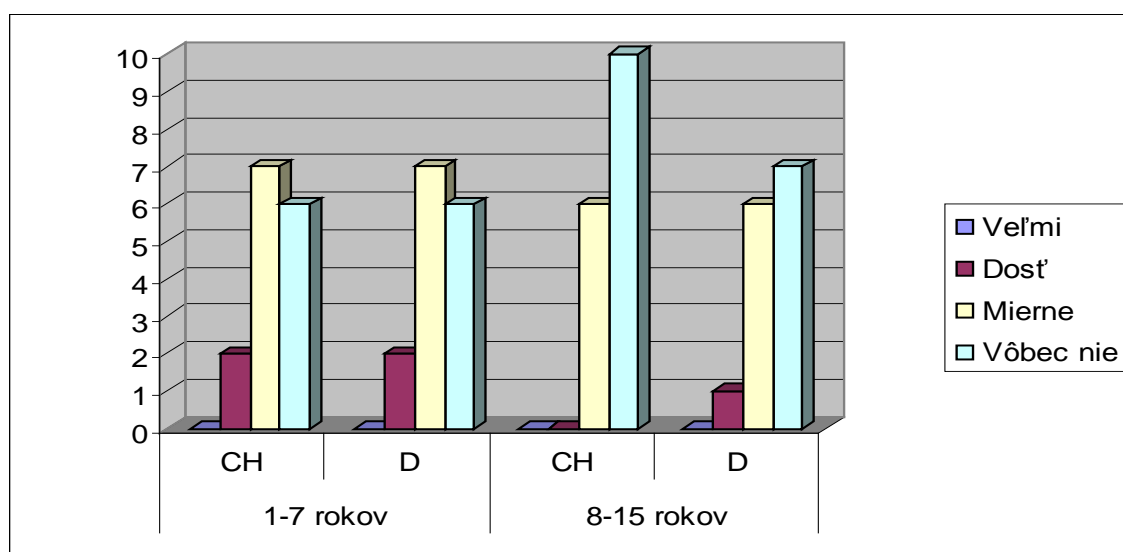
Graf 7 Štúdium a rozvoj

V otázke číslo sedem sme sa zaoberali tým či zabraňuje exantém deťom v štúdiu a rozvoji vedomostí a chlapci vo veku 1-7 rokov odpovedali, že ani jeden nemá problémy veľmi a dosť (0%) v štúdiu s ohľadom na ochorenie, 4 majú mierne ťažkosti v rozvoji vedomostí (26,66%), až 11 chlapcom vôbec exantém nebráni v štúdiu (73,33%). Dievčatá v prvej vekovej kategórii odpovedali nasledovne: žiadne neoznačilo odpoveď veľmi (0%), 2 už

exantém spôsoboval dosť veľké problémy v rozvoji (13,33%), 6 dievčat malo mierne problémy s učením (40%) a až 7 respondentov označilo odpoveď vôbec nie (46,66%). Chlapci v druhej vekovej kategórii neoznačili ani raz odpoveď veľmi (0%), už 3 exantém spôsoboval problémy dosť (18,75%), 6 respondenti označili odpoveď na stupni mierne (37,50%) a 7 vôbec nemali nepopisovali problémy s učením v súvislosti s exantémom (43,75%). Dievčatá toho istého veku označili aj odpoveď veľmi a to 1 (7,14%), 2 exantém spôsobuje problémy dosť (14,29%), 6 popisujú mierne ťažkosti (42,86%) a 5 dievčat odpovedalo že im exantém vôbec nezabraňuje v štúdiu (35,71%).

Tabuľka 8 Problémy vo vzťahu k iným deťom

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	0	0	0	0
Dosť	2	13,33	2	13,33	0	0	1	7,14
Mierne	7	46,66	7	46,66	6	37,50	6	42,86
Vôbec nie	6	40,00	6	40,00	10	62,50	7	50,00
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

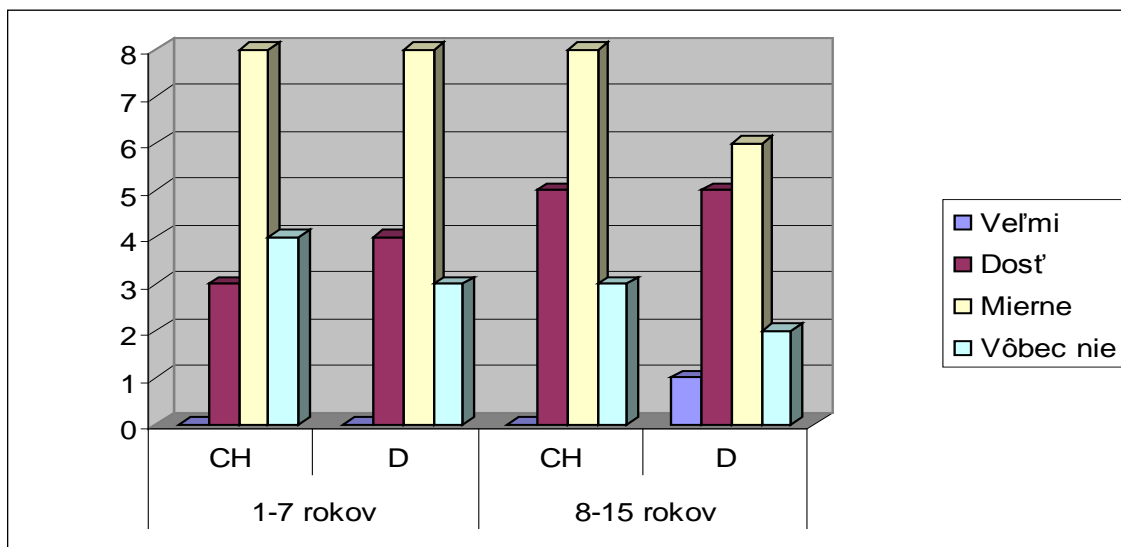


Graf 8 Problémy vo vzťahu k iným deťom

Na otázku či spôsobuje exantém problémy vo vzťahu k blízkym a deťom chlepci vo veku 1-7 rokov uviedli nasledovné: žiaden nemal veľmi veľké problémy vo vzťahoch (0%), 2 uviedli odpoveď dost (13,33%), odpoveď mierne bola označená 7 krát (46,66%) a 6 respondentom odpovedalo že nepocitujú žiadne problémy (40%). Pri komparácií pohlaví rovnakej vekovej kategórie sme nezaznamenali žiadne rozdiely. Odpovede chlapcov vo veku 8 – 15 rokov boli nasledovné: žiaden nepocitoval problémy vo vzťahu k blízkym veľmi a tiež dost (0%), 6 respondenti uviedli odpoveď mierne (37,50%) a 10 nemali žiadne problémy vo vzťahu k blízkym a iným deťom (62,50%). Dievčatá v tomto istom veku uvádzali odpovede takto: 0 dievčat pocitovalo problémy veľmi (0%), 1 dievča si uvedomovalo tieto problémy dost (7,14%), 6 respondentov v tejto skupine uviedlo odpoveď mierne (42,86%) a 7 vôbec nemalo problémy s blízkymi a inými deťmi (50%).

Tabuľka 9 Problémy so správaním ostatných detí

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	0	0	1	7,14
Dost'	3	20,00	4	26,66	5	31,25	5	35,71
Mierne	8	53,33	8	53,33	8	50,00	6	42,86
Vôbec nie	4	26,66	3	20,00	3	18,75	2	14,29
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

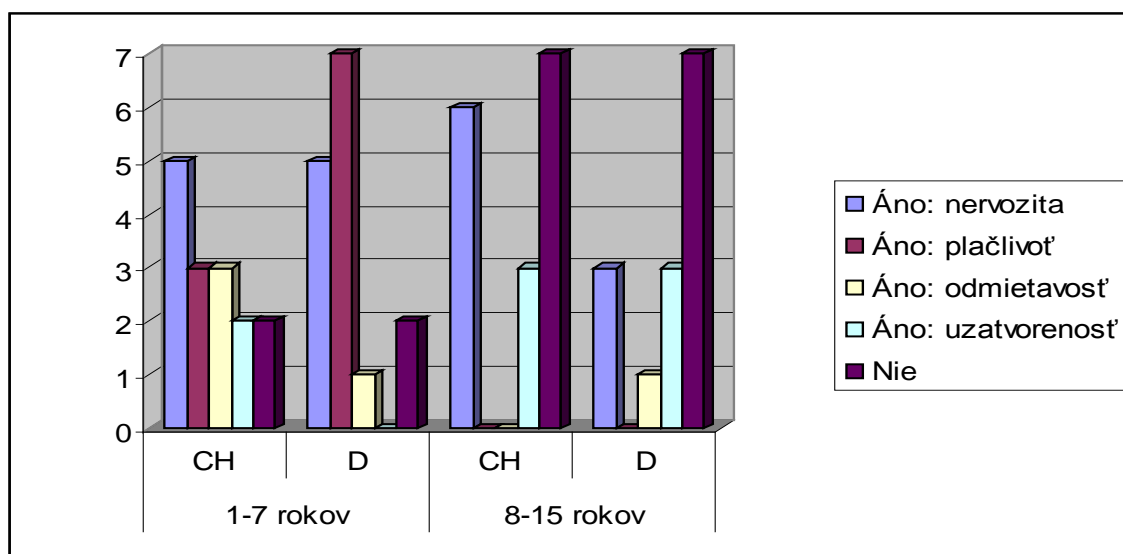


Graf 9 Problémy so správaním ostatných detí

V otázke problému so správaním ostatných detí, chlapci s vekom 1 – 7 rokov mali problémy až na druhom stupni dost' 3 (20%), 8 chlapcov má mierne ťažkosti (53,33%) a 4 odpovedali že vôbec nepozorujú zmeny v správaní iných detí k sebe (26,66%). Dievčatá s tým istým vekom odpovedali podobne najvyšší stupeň veľmi neuviedlo ani jedno dievča (0%), 4 uviedli druhý stupeň dost' (26,66%), 8 mierny stupeň (53,33%) a 3 odpoveď vôbec nie (20%). Chlapci v druhej vekovej skupine uviedli odpovede nasledovne: 0 respondentov označilo odpoveď veľmi (0%), 5 chlapci uviedli že pociťujú zmeny správania iných detí dost' (31,25%), mierne problémy pozoruje 8 chlapcov vo veku 8 – 15 rokov(50%) a vôbec nie označili 3 (18,75%). Dievčatá vo veku 8-15 rokov na rovnakú otázku odpovedali: 1 pozoruje veľké problémy v správaní ostatných detí voči sebe (7,14%), 5 označilo že pociťuje dost' veľké problémy (35,71%), mierne zmenené správanie opisuje 6 dievčat (42,86%) a 2 nepozorujú žiadne zmeny v správaní ostatných detí (14,29%).

Tabuľka 10 Zmena správania pri zhoršení príznakov

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Áno: nervozita	5	33,33	5	33,33	6	37,50	3	21,43
Áno: plačlivosť	3	20,00	7	46,66	0	0	0	0
Áno: odmietavosť	3	20,00	1	6,66	0	0	1	7,14
Áno: uzatvorenosť	2	13,33	0	0	3	18,75	3	21,43
Nie	2	13,33	2	13,33	7	43,75	7	50,00
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



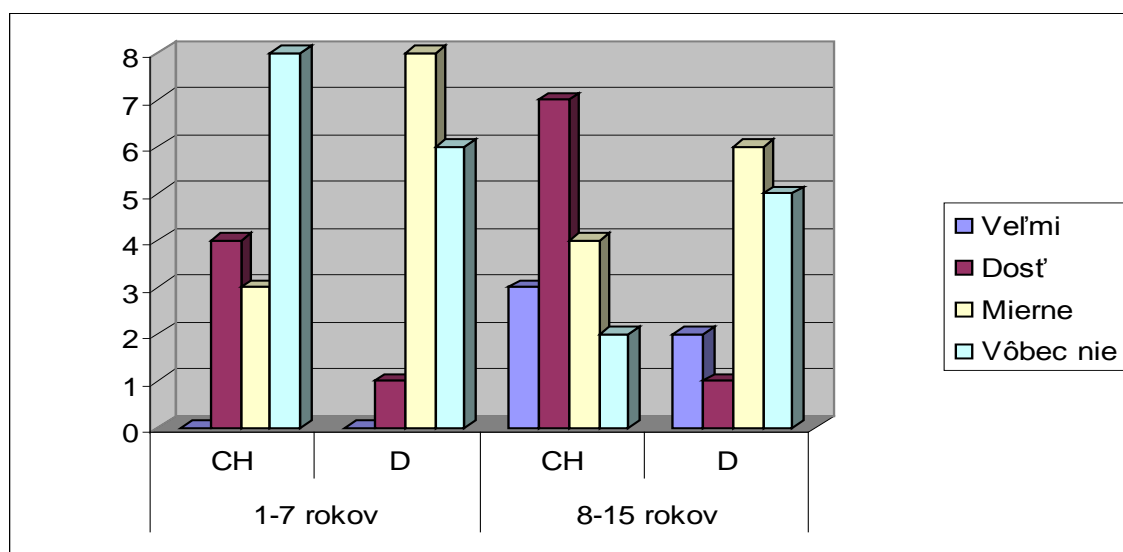
Graf 10 Zmena správania pri zhoršení príznakov

Deti vo veku 1 – 7 rokov odpovedali na otázku týkajúcu sa zmeny správania pri zhoršení príznakov nasledovne: chlapci - 5 pociťujú nezvoznitu (33,33%), 3 respondenti bývajú plačliví a odmietaví (20%), 2 chlapci sa uzatvoria do seba (13,33%) a tiež 2 sa správanie podľa odpovedí nemenia (13,33%). Dievčatá mali uvedené odpovede v nasledujúcom počte: 5 z dievčat znervóznelo (33,33%), najviac dievčat 7 uviedlo plačlivosť (46,66%), 1

z opýtaných býva odmietavé (6,66%), žiadne neuviedlo odpoveď že sa uzatvorí a 2 dievčatám sa správanie vôbec nemení (13,33%). Chlapci v druhej vekovej skupine odpovedali takto: 6 respondentov znervóznie (37,50%), ani jeden z chlapcov neuviedol že pri zhoršení príznakov sú plačlivý či odmietavý (0%), 3 sa pri zhoršení príznakov uzatvorí (18,75%) a až 7 chlapcom sa správanie nezmení (43,75%). Dievčatá vo veku 8-15 rokov odpovedali, že 3 sú nervózne (21,43%), ani jedno dievča nie je plačlivé (0%), 1 dievča býva odmietavá (7,14%), 3 z opýtaných sa uzatvorí (21,43%) a tiež 7 dievčat, rovnako ako chlapcov, sa nezmení (50%).

Tabuľka 11 Odmietanie liečby

Odpoveď	1-7 rokov				8-15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Veľmi	0	0	0	0	3	18,75	2	14,29
Dost'	4	26,66	1	6,66	7	43,75	1	7,14
Mierne	3	20,00	8	53,33	4	25,00	6	42,86
Vôbec nie	8	53,33	6	40,00	2	12,50	5	35,71
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



Graf 11 Odmietanie liečby

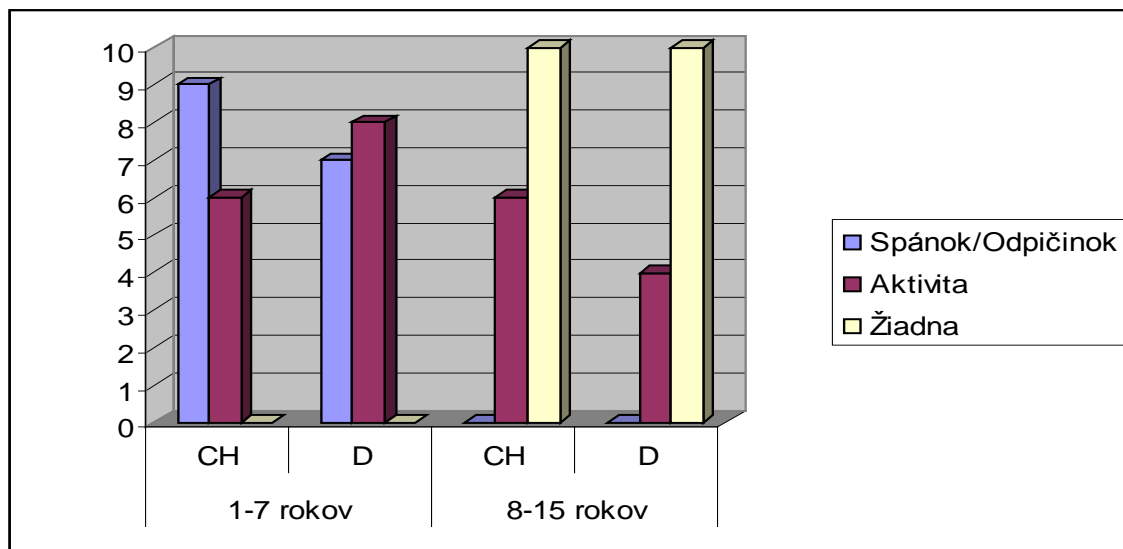
Na otázku či majú deti problém s dodržiavaním liečby odpovedali chlapci vo veku 1-7 rokov nasledovne: žiaden stým nemá veľmi veľký problém (0%), 4 to rob problém dosť (26,66%), 3 uviedli odpoveď mierne (20%) a až 8 nemali žiadny problém s dodržiavaním liečby (53,33%). Dievčatá vo veku 1-7 rokov neodpovedali v prvej skupine veľmi ani jedna (0%), 1 už mala s liečbou dosť problémy (6,66%), až 8 malo len mierne obtiaže (53,33%) a 6 to vôbec neprekáča (40%). Chlapci v druhej vekovej skupine označili odpovede nasledovne: 3 respondentom robí dodržiavanie liečby veľmi veľké ťažkosti (18,75%), 7 chlapci majú dosť problémy s liečbou (43,75%), 4 majú len mierne obtiaže (25%) a 2 vôbec nemali problém s dodržiavaním liečby (12,50%). Dievčatá v tomto istom veku mali veľmi veľké problémy s dodržiavaním liečebných opatrení v počte 2 (14,29%), 1 z dievčat malo problémy dosť (7,14%), 6 dievčat odpovedalo že majú mierne problémy s dodržiavaním liečba (42,86%) a 5 nemá žiadny problém s liečbou (35,71%).

5.2 Analýza výsledkov Pozorovacieho hárku

Pozorovací hárk sme realizovali na rovnakej vzorke detí ako dotazník. Výskum sa uskutočnil v Odbornom detskom liečebnom ústave v Trávnici, kde sa liečia deti s ochorením atopický exantém. Cieľom bolo zistiť najčastejšie deficity v potrebách dieťaťa s týmto ochorením. Pozorovací hárk nám vyplňali sestry pracujúce v tomto zariadení. Bolo potrebné každý deň zhodnotiť potreby detí, ktoré boli v deficite v daný deň. Touto metódou sme dospeli k najčastejším deficitom v biologických, psychických a sociálnych potrebách.

Tabuľka 12 Biologické potreby

Potreba	1 - 7 rokov				8 - 15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Spánok/ Odpočinok	9	60,00	8	53,33	0	0	0	0
Aktivita	6	40,00	7	46,66	6	37,50	4	28,57
Žiadna	0	0	0	0	10	62,50	10	71,43
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

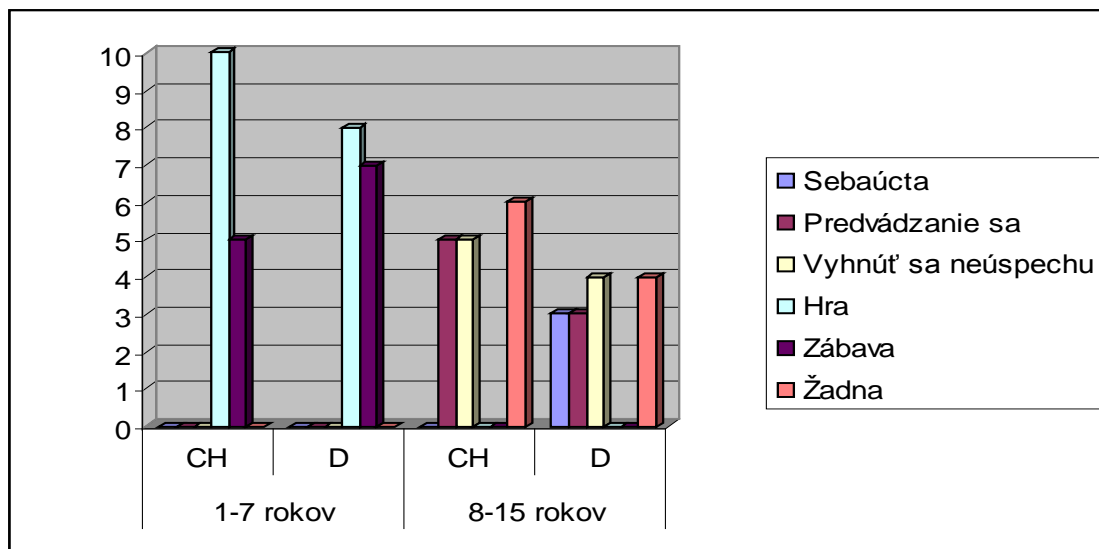


Graf 12 Biologické potreby

V biologických potrebách bola u chlapcov vo veku 1 – 7 rokov v deficite potreba spánku/odpočinku u 9 pozorovaných (60%), potreba aktivity bola v deficite u 6 (40%). Dievčatá vo rovnakom veku mali v deficite rovnaké potreby a to v nasledovnom počte: potreba spánku a odpočinku 8 dievčat zle spalo (53,33%) a zvyšok 7 dievčat malo neuspokojenú potrebu aktivity (46,66%). V druhej vekovej kategórii, chlapci mali deficit v potrebe aktivity 6 chlapci (37,50%) no žiadnu neuspokojenú potrebu malo až 10 pozorovaných chlapcov (62,50%). Dievčatá toho istého veku boli na tom podobne 4 mali neuspokojenú potrebu aktivity (28,57%), ostatné dievčatá 10 mali všetky biologické potreby uspokojené (71,43%).

Tabuľka 13 Psychické potreby

Neuspoko- -jená potreba	1 - 7 rokov				8 - 15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sebaúcta	0	0	0	0	0	0	3	21,43
Predvádza- nie sa	0	0	0	0	5	31,25	3	21,43
Vyhnúť sa neúspechu	0	0	0	0	5	31,25	4	28,57
Hra	10	66,66	8	53,33	0	0	0	0
Zábava	5	33,33	7	46,66	0	0	0	0
Žiadna	0	0	0	0	6	37,50	4	28,57
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100

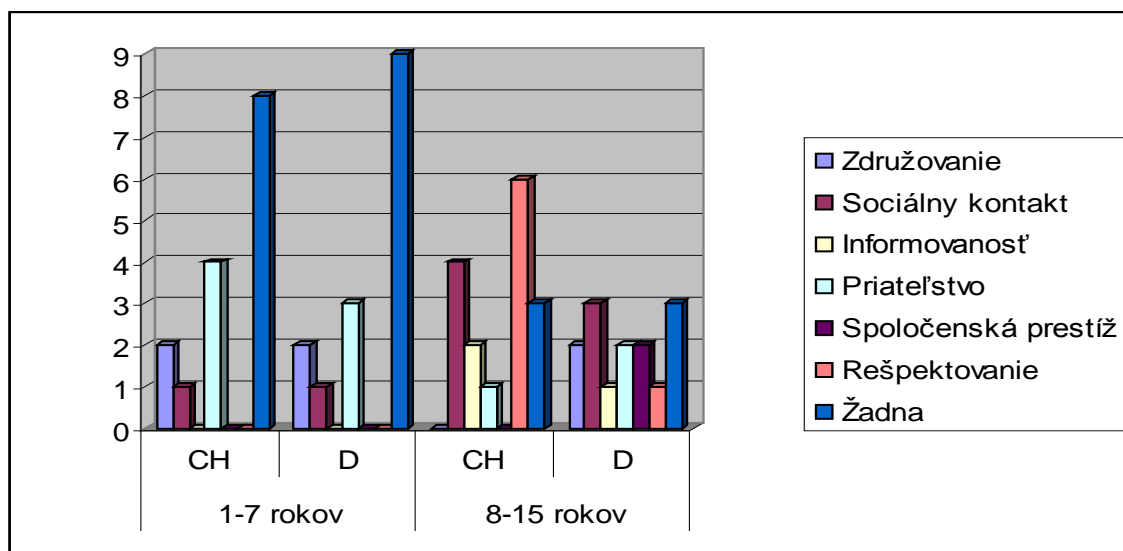


Graf 13 Psychické potreby

Psychické potreby boli uspokojené alebo skôr neuspokojené u chlapcov vo veku 1 – 7 rokov nasledovne: najviac neuspokojená bola potreba hry a to až u 10 chlapcov (66,66%), druhou neuspokojenou potrebou bola zábava 5 chlapcov ju malo neuspokojenú (33,33%). U dievčat toho istého veku to bolo podobné 8 malo neuspokojenú potrebu hry (53,33%) a 7 malo neuspokojenú potrebu zábavy (46,66%). Druhá veková kategória chlapcov mala neuspokojené nasledovné potreby: potrebu predvádzania sa 5 chlapcov (31,25%) v takom istom počte bola neuspokojená aj potreba vyhnúť sa neúspechu, 6 chlapci mali uspokojené všetky potreby (37,50%). Dievčatá vo veku 8 – 15 rokov mali neuspokojené tieto potreby: 3 dievčatá mali deficit v potrebe sebaúcta (21,43%), 3 dievčatá mali neuspokojenú potrebu predvádzania sa (21,43%), 4 mali neuspokojenú potrebu vyhnúť sa neúspechu a rovnako 4 mali uspokojené všetky potreby (29,57%).

Tabuľka 14 Sociálne potreby

Neuspoko- -jená potreba	1 - 7 rokov				8 - 15 rokov			
	CH		D		CH		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Združovanie	2	13,33	2	13,33	0	0	2	14,29
Sociálny kontakt	1	6,66	1	6,66	4	25,00	3	21,43
Informovanosť	0	0	0	0	2	12,50	1	7,14
Priateľstvo	4	26,66	3	20,00	1	6,25	2	14,29
Spoločenská prestíž	0	0	0	0	0	0	2	14,29
Rešpektovanie	0	0	0	0	6	37,50	1	7,14
Žiadna	8	53,33	9	60,00	3	18,75	3	21,43
Spolu	15	100	15	100	16	100	14	100



Graf 14 Sociálne potreby

V sociálnych potrebách boli neuspokojené potreby nasledovne: chlapci vo veku 1 – 7 mali neuspokojenú potrebu združovania sa 2 (13,33%), 1 nemal uspokojený sociálny kontakt (6,66%), potrebu priateľstva nemali uspokojenú 4 pozorovaný (26,66%) a až 8 chlapcov malo uspokojené všetky potreby (53,33%). Dievčatá v tejto istej vekovej kategórii mali neuspokojené potreby nasledovne: potrebu združovania sa 2 (13,33%), sociálny kontakt nemalo uspokojený 1 dievča (6,66%), 3 z dievčat nemali uspokojenú potrebu priateľstva (20%) a 9 dievčat malo uspokojené všetky sociálne potreby (60%). Chlapci vo veku od 8 – 15 rokov si nedokázali uspokojiť sociálne potreby nasledovne: potrebu sociálneho kontaktu nemalo uspokojený 4 chlapci (25%), 2 chlapci nemali uspokojenú potrebu

informovanosti (12,50%), potrebu priateľstva nemal uspokojenú 1 z pozorovaných chlapcov (6,25%), u 6 bola pozorovaná ako neuspokojená potreba rešpektovania (37,50%) a 3 chlapci mali uspokojené všetky potreby. Dievčatá v tomto veku mali neuspokojenú potrebu združovania sa v počte 2 (14,29%), 3 nemali uspokojený sociálny kontakt (21,43%), dostatočne informované nebolo 1 dievča (7,14%), potrebu priateľstva a spoločenskej prestíže nemali uspokojené 2 dievčatá (14,29%), 1 z pozorovaných dievčat malo neuspokojenú potrebu rešpektovania (7,14%) a 3 z pozorovaných dievčat v tejto vekovej kategórii mali uspokojené všetky potreby (21,43%).

6 DISKUSIA

Výskum sme realizovali v Detskom liečebnom ústave v Trávnici. Prieskumnú vzorku tvorilo 60 detí, a to chlapci a dievčatá vo veku 1 – 7 rokov a chlapci a dievčatá vo veku 8 – 15 rokov. Chlapcov vo veku 1 – 7 rokov bolo 15, dievčat v tomto veku bolo tiež 15. Chlapcov vo veku 8 – 15 rokov bolo 16 a dievčat v tom istom veku bolo 14.

Pomocou výskumnej metódy - Pozorovací hárok sme sledovali, uspokojenie alebo neuspokojenie biologických, psychických na sociálnych potrieb, u detí ktoré vyplnili dotazník.

Výskumnou metódou – Dermatologický index kvality života sme hodnotili, vnímanie seba samého, vnímanie správania iných, pociťovanie príznakov ochorenia, zmeny správania a na problémy pri športe či oddychu.

Hlavným cieľom bolo zistiť najčastejšie deficity v potrebách dieťaťa s atopickým exantémom, a tiež prostredníctvom čiastkových cieľov sme sa pokúsili zistiť a posúdiť ako sa dieťa dokáže zaradiť do spoločnosti, ako vníma druhé deti, ako ho vnímajú iné deti, ako toto ochorenie vplýva na jeho správanie a psychiku, porovnávali sme odpovede medzi chlapcami a dievčatami.

Východiskom pre analýzu výsledkov dotazníka bola informovanosť rodičov a detí o chorobe. K problematike informovanosti o samotnom ochorení sa viazala prvá otázka dotazníka. Výsledky z nej potvrdzovali skutočnosť, že väčšia informovanosť o chorobe bude medzi rodičmi detí ako samotnými deťmi, čo sa ukázalo pri odpovediach dvoch vekovo rozdielnych skupín. Keďže odpovede na prvú otázku vo vekovej skupine 1 – 7 ročných detí poskytovali rodičia, percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku v kategórii viem aké je atopický ekzém ochorenie a skôr viem ako neviem bolo 100%. V druhej skupine 8 – 15 ročných detí sa pri dotazovaní samotných detí objavilo aj 12,50% chlapcov a 7,14% dievča, ktoré odpovedali: skôr neviem, akou chorobou atopický ekzém je. Z odpovedí respondentov v druhej skupine je pozoruhodný aj keď očakávaný výsledok, že viac informované o chorobe boli vo veku 8 – 15 rokov dievčatá ktoré sa v 50% stotožnili s odpoveďou áno a 42,86% s odpoveďou skôr áno v porovnaní s chlapcami ktorí v 31,25% odpovedali áno a v 56,25% skôr áno. Z uvedeného vyplýva aj nevyhnutná potreba poskytovať informácie deťom príslušnej vekovej kategórie, nakoľko vedomosti môžu

prispiet' k tomu, že sa pacienti budú vedieť vyvarovať rizikovým faktorom. A v otázke informovanosti môže veľkú úlohu zohrať práve kvalifikovaná pomoc sestier.

V ďalšej časti sme hodnotili ako subjektívne vnímajú respondenti vplyv ochorenia na svoj zovňajšok. Predpokladali sme, že u dievčat bude relatívna početnosť väčšia ako u chlapcov je to dané väčším záujmom dievčat o svoj zovňajšok (choroba má prejavy viditeľné najmä na tvári a horných končatinách) v tomto veku ako záujem chlapcov. Analýza dotazníka zahŕňala ďalej odpovede na potvrdenie či nepotvrdenie zistenia, či ochorenie spôsobuje alebo nespôsobuje rozpaky skúmaným respondentom čo bol čiastkový cieľ tri. Vyhodnotenie tohto cieľa sa týkalo štyroch otázok dotazníka (otázky č. 3, 5, 6 a 7). Odpovede na otázku o rozpakoch, ktoré môžu deti kvôli chorobe pociťovať a aj nesmelosti, ktorá môže pôsobiť na zhoršenú socializáciu obsahujú nasledovné zistenia: je logické, že u mladšej vekovej kategórie nie sú rozpaky alebo nesmelosť natoľko prítomné v správaní, keďže deti im neprpisujú vzhľadom k svojmu veku dôležitosť. Oveľa markantnejšie rozdiely vo vnímaní rozpakov či zahanbenia spôsobené chorobou nachádzame u vekovej kategórie detí 8 – 15 ročných. Je to spôsobené nastupujúcou pubertou a charakteristikami správania sa detí v tomto období ako bližšie popisujeme v teoretickej časti bakalárskej práce. Deti sa často v tomto období prirodzene menia z extrovertov na introvertov a táto zmena môže byť ešte výraznejšia, keď dospievajúci trpí atopickým exanémom. Najmä prejavy tejto choroby môžu spôsobovať zahanbenie, pocity neatraktívnosti (pre druhé pohlavie). Aj v odpovediach na túto otázku badáme rozdiely vo vnímaní zahanbenia medzi chlapcami a dievčatami. Je očakávané, že väčšie rozpaky budú pociťovať dievčatá, ktorým záleží na vzhľade v tomto období možno viac ako chlapcom, dokazuje to aj percentuálne zastúpenie odpovedí v kategórii pociťujem rozpaky dosť a mierne - 50% chlapci a 85,72% dievčatá. Zaujímavou výnimkou však bola prvá kategória, kedy 18,75% chlapcov označilo, že pociťuje veľké rozpaky, naopak dievčat bolo v tejto kategórii iba 7,14%.

Vplyv ochorenia na spoločenské a oddychové aktivity sme skúmali prostredníctvom piatej otázky. U skúmaných detí prvej vekovej kategórie atopický exantém vplýva na aktivity a spoločenský život len mierne u 46,66% chlapcov a 40% dievčat alebo dokonca vôbec u 33,33% chlapcov a 60% dievčat. Táto skutočnosť je daná tým, že deti v tomto veku nevedú zatiaľ spoločensky významný sociálny život, žijú prevažne v prostredí rodiny a navštevujú materskú školu. Ani druh oddychových aktivít (pohyb na čerstvom vzduchu, hry a spánok) nie je takého charakteru, ktorému by vo vykonávaní bránila uvedená choroba. U druhej vekovej kategórie sú výsledky podobné, s väčšími odchýlkami medzi pohlaviami,

napr. žiadne ťažkosti, ktoré by vplývali na sociálny život a oddychové aktivity nepociťuje 43,75% chlapcov ale len 14,29% dievčat vo veku 8 – 15 rokov. V otázke k športovaniu a možným prekážkam kvôli chorobe, vidíme rozdiely a špecifiká veku i pohlavia, podobne ako v predchádzajúcej otázke, dokonca sú tieto rozdiely ešte výraznejšie. Je to dané znovu rozdielnym vekom oboch skúmaných skupín. Kým v prvej vekovej kategórii nemá so športovaním veľký problém žiaden chlapec a dievča tak v druhej vekovej kategórii je to už značné percento chlapcov 31,25% a isté percento dievčat 14,29%. Uvedené výsledky sú závislé aj od skutočnej angažovanosti sa chlapcov a dievčat v športových aktivitách. K obmedzeniam, ktoré by ochorenie mohlo spôsobovať patria i obmedzenia v štúdiu alebo v rozvoji vedomostí. Je potešujúce, že väčšina detí v prvej vekovej kategórii 73,33% chlapcov a 46,66% dievčat nepociťuje v tomto smere žiadne prekážky. V druhej vekovej kategórii mierne prekážky uvádza viac dievčat 42,86% ako chlapcov 37,50%, no celkovo vyššie percento je dané aj tým, že deti tejto vekovej kategórie sú v procese absolvovania povinnej školskej dochádzky a z toho vyplývajú náročnejšie požiadavky na ich štúdium.

Ďalším cieľom, ktorý sme si vytýčili bolo zistiť, či ochorenie spôsobuje deťom problémy v sociálnej oblasti a to konkrétne vo vzťahu v blízkym osobám a iným deťom. Ak by sa ukázalo, že kvôli chorobe sa deti vyčleňujú z kolektívu, nenadväzujú sociálne kontakty malo by to negatívne následky pre ich socializáciu a včleňovanie sa do sociálnych skupín. Výsledky z dotazníka však tieto obavy nepotvrdili, keďže žiadne obmedzenia vo vzťahu k iným deťom nepociťovalo až 40% respondentov z prvej vekovej kategórie a len mierne problémy uvádza 46,66% detí. U druhej vekovej kategórie sú rozdiely ešte väčšie, veľké problémy neuvádza žiaden chlapec ani dievča a žiadne problémy nemá až 62,50% chlapcov a 50% dievčat. Vysvetľujeme si to tým, že staršie deti sa už naučili s chorobou žiť, prekonal prvú prekážku v sociálnych kontaktoch a pokročili v miere sebaaprijatia a nepociťujú svoju chorobu ako hendikep, ktorý by im bránil v kontakte s inými ľuďmi.

Naším nasledujúcim zámerom bolo zistiť, či iné deti nezmenili svoje správanie k dieťaťu s atopickým exantémom najmä v inštitucionálnom prostredí (materská škola, škola). Odpovede na otázku deväť nám priniesli tieto závery: veľmi veľké zmeny správania nepociťuje u iných detí vo vzťahu k sebe žiadne percento detí vo veku 1 – 7 rokov. Na rozdiel od nich v kategórii 8 – 15 ročných už 7,14% dievčat sa domnieva, že sa k nim ostatní správajú kvôli chorobe inak. Sú to podľa nich veľké zmeny v správaní. Aj v ďalších kategóriách stupnice sa vyskytujú odpovede poukazujúce na to, že deti od 8 – 15 rokov si

uvedomujú zmeny v správaní iných k nim a pripisujú to ochoreniu. Nakoľko je však toto tvrdenie objektívne je ťažko ho posúdiť.

Posledným cieľom bolo zistiť, či nastávajú pri zhoršení príznakov choroby zmeny správania a akú majú podobu. V tomto prípade je jasné, že podoba zmien správania nebude rozdielna len kvôli tomu, že ide o respondentov chlapcov či dievčat ale odlišnosti budú dané aj vekom (najmä vekom). Vo vekovej kategórii 1 – 7 ročných pociťuje najviac chlapcov nervozitu 33,33%, na druhom mieste je odmietanie a plačlivosť 20% a uzatvorenie sa do seba uvádza 13,33% dotazovaných. U dievčat tej istej vekovej kategórie je na prvom mieste plačlivosť až 46,66%. V druhej vekovej kategórii plačlivosť a odmietanie neuvádza žiadne percento chlapcov a len malé percento dievčat uviedlo odmietanie 7,14%. Nervozitou pri zhoršení stavu trpí 37,50% chlapcov a 21,43% dievčat. Zvládnutie choroby a eliminácia nežiaducich sprievodných javov je u tejto kategórie na takej úrovni, že zhoršenie príznakov nespôsobuje zmeny v správaní u takmer polovice chlapcov 43,75% a u polovice dievčat 50%.

V poslednej časti našej diskusie chceme poukázať na deficity v potrebách detí ktoré sme zistili pomocou pozorovacieho hárku. Naším hlavným cieľom bolo zistiť najčastejšie deficity v potrebách detí trpiacich atopickým exantémom.

Maďarová (2009) vo svojej práci uvádza, že najmenej deficitné potreby sú základné – biologické potreby, čo sa potvrdilo aj nám kedy najviac uspokojených biologických potrieb mali deti vo vekovej skupine 8 – 15 rokov 62,50% pozorovaných chlapcov a až 71, 43% pozorovaných dievčat. V druhej vekovej kategórii detí 1 – 7 rokov boli v tejto skupine potrieb všetky deti označené, že majú deficitnú potrebu a to v najväčšom počte 60% chlapci a 53,33% dievčatá, touto najviac deficitnou potrebou bola potreba spánku a odpočinku. Stanislava Polášková (2011) vo svojej práci uvádza, že práve spánok môže byť v deficite kvôli neustávajúcemu škrabaniu detí v tejto vekovej skupine. V ďalšej skupine potrieb - psychických 37, 50% skúmaných chlapcov vo veku 8 – 15 rokov malo uspokojené všetky tieto potreby a 28,57% skúmaných dievčat vo veku 8 – 15 rokov nemalo ani jednu deficitnú psychickú potrebu. Z detí vo veku 1 – 7 rokov bola najviac neuspokojená psychická potreba a to potreba hry, 66,66% chlapcov nemalo uspokojenú túto potrebu a 53,33% skúmaných dievčat tejto vekovej kategórie. V sociálnych potrebách sa to už vymenilo najmenej deficitov mali deti vo veku 1 – 7 rokov, kedy 53,33% chlapcov malo uspokojené všetky sociálne potreby a rovnako väčšina 60% dievčat malo uspokojené všetky potreby v tejto oblasti. U starších detí s porovnaním s biologickými a psychickými

potrebami už len 18,75% chlapcov a 21,43% dievčat malo uspokojené všetky sociálne potreby.

Maďarová (2009) vo svojej práci uvádza, že uspokojovanie psychických potrieb umožňuje dieťaťu nielen sa primerane rozvíjať v oblasti intelektu, citov a vôle, ale aj v správaní, interakcií s okolím, chápania seba a ľudí, spoločenských hodnôt a celého prostredia, ktorého sú súčasťou. Preto sme sa rozhodli zhodnotiť aj tieto potreby človeka, čo nám vytvorilo prvý čiastkový cieľ. V týchto potrebách sme našli pozoruhodné odlišnosti medzi skúmanými deťmi. Tieto odlišnosti neboli medzi pohlaviami až také veľké, ale dosť značné rozdiely boli medzi vekovými skupinami. Kým deti v prvej skúmanej vekovej kategórii 1 – 7 rokov mali najviac deficitov v potrebe hry 66,66% pozorovaných chlapcov a 53,33% pozorovaných dievčat, v druhej vekovej kategórii 8 – 15 rokov to bola nula aj u chlapcov aj u dievčat. Druhou najviac označovanou psychickou potrebou v pozorovacom hárku u detí vo veku 1 – 7 rokov bola potreba zábavy, ktorú si kvôli exantému nemohlo upokojiť 33,33% chlapcov a 46,66% dievčat. U detí vyššej vekovej kategórie bola táto potreba u všetkých uspokojená. Zaujímavosťou bolo, že deti vo veku 8 – 15 rokov mali neuspokojené úplne iné potreby ako ich mladší kamaráti. V tejto prieskumnej vzorke bola najviac neuspokojená potreba vyhnutia sa neúspechu, kedy malo neuspokojenú túto potrebu 31,25% chlapcov a 28,57% dievčat. Rovnaký počet chlapcov 31,25% malo neuspokojenú potrebu predvádzania sa a tú istú potrebu malo neuspokojenú 21,43% dievčat. Toľko isto dievčat 21,43% malo neuspokojenú potrebu sebaúcty – čo sa vzhľadom k veku dievčat dalo predpokladať, keďže deti v tomto veku prekonávajú zložité obdobie puberty, čo nám aj potvrdzuje vyššie uvedené tvrdenie Maďarovej (2009), že uspokojenie psychických potrieb dieťaťu umožňuje aj chápať samo seba.

Druhým čiastkovým cieľom bolo posúdenie deficitov v psychických potrebách u detí trpiacich atopickým exantémom. Maďarová (2009) uvádza, že dôležitou potrebou, ktorú môžeme zaradiť medzi sociálne, je potreba prijatia dieťaťa. Túto potrebu uspokojujeme tým, že dieťaťu venujeme dostatok pozornosti a času. My sme túto potrebu prijatia zhodnocovali v potrebe združovania sa, kedy musia byť deti prijaté do kolektívu. Túto potrebu nemalo uspokojených 13,33% dievčat a chlapcov vo veku 1 – 7 rokov v druhej skúmanej kategórii bol deficit v tejto potrebe len u dievčat a to 14,29%. Najväčší problém v tejto kategórii mali deti 1 – 7 ročné s nadväzovaním priateľstiev 26,66% chlapcov a 20% dievčat. Deti, najmä vo fáze liečby choroby do odznenia príznakov nemusia mať nevyhnutne potrebu kontaktovať sa alebo nadväzovať priateľstvá – samozrejme, je to dané

aj vekom – nakoľko hovoriť o vytváraní priateľstiev u detí v útlom veku nie je možné v porovnateľnej kvalite so staršími vekovými kategóriami. Zaujalo nás, že až 53,33% chlapcov a 60% dievčat vo veku 1 – 7 rokov mali uspokojené všetky sociálne potreby, domnievame sa že je to hlavne kvôli ich veku a tomu že práve teraz vyhľadávajú kontakt skôr s rodinnými príslušníkmi. V druhej vekovej kategórii 8 – 15 rokov u 37,50% chlapcov bola neuspokojená potreba rešpektovania, čo si môžeme vysvetliť ich pubertálnymi zmenami. Dievčatá toho istého veku mali najdominantnejšiu potrebu sociálneho kontaktu 21,43%, čo tiež môžeme pripísať tomu, že dievčatá sú citlivejšie na svoj zovňajšok a preto sa často uzatvárajú do seba. Tiež také isté množstvo dievčat malo uspokojené všetky potreby. U chlapcov to bolo o čosi menej 18,57%. Zaujímavosťou bolo aj to, že 12,50% chlapcov vo veku od 8 do 15 rokov malo deficitnú potrebu informovanosti s čím sa vlastne stretávame aj v analýze dotazníku. Potrebu informovanosti mali v deficite aj dievčatá tohto veku 7,14%, v druhej skúmanej vekovej kategórii mali všetky deti túto potrebu uspokojenú.

Na základe zhrnutia si dovoľujeme navrhnúť nasledujúce odporúčania pre prax:

- U zdravotníkov pri zabezpečovaní potrieb apelovať na zvýšený záujem o dieťa ako o bio – psycho - sociálnu bytosť.
- U rodičov a detí, ktoré trpia týmto ochorením, zvyšovať vedomosti o ochorení, o jeho prejavoch, o možnostiach liečby.
- Zdravotníkov a rodičov napomínať aby sústredili svoju pozornosť na sebavedomie detí, ich záľuby a koníčky a dbali na správny oddych detí.

ZÁVER

Na základe dostupnej literatúry, ktorú sme podrobne preštudovali a následne použili v teoretickej časti práce, sme si zadefinovali ciele práce, ktoré sme následne aj splnili.

Na splnenie cieľov sme použili dotazník – Dermatologický index kvality života, s ktorého pomocou sme dosiahli ciele tri, štyri, päť a šesť. Na zistenie hlavného cieľa a cieľov jedna a dva sme použili Pozorovací hárok potrieb.

Následne sme zistili, že najčastejšie deficitné potreby, u detí trpiacich ochorením atopický exantém, boli v každej vekovej skupine rozdielne a tiež boli odlišnosti aj medzi pohlaviami. U detí vo veku 1 – 7 rokov bolo najmenej deficitov v sociálnych potrebách, tam malo až 53,33% chlapcov a 60% dievčat uspokojené všetky potreby skúmané v tejto kategórii. V druhej vekovej kategórii, malo uspokojené všetky sociálne potreby len 18,57% chlapcov a 21,43% dievčat. Najviac uspokojených biologických potrieb bolo vo vekovej skupine 8 – 15 rokov z chlapcov 62,50% a z dievčat 71,43% mal uspokojené všetky biologické potreby, ktoré boli skúmané. Deti vo veku 1 – 7 rokov boli všetky uvedené v niektorej zo skúmaných potrieb. Psychické potreby boli najviac uspokojené zase vo vekovej kategórii 8 – 15 rokov, kde 37,50% chlapcov a 28,57% dievčat malo uspokojené všetky potreby tejto kategórie.

Tiež sme zistili, že najväčšie deficity v psychických potrebách detí oboch pohlaví vo veku 1 – 7 rokov sú v potrebe hry (u chlapcov 66,66% a u dievčat 53,33%) a zábavy (u chlapcov 33,33% a u dievčat 46,66%). U starších detí, boli v najväčšom deficite potreba predvádzania sa a vyhnutia sa neúspechu aj u chlapcov aj u dievčat s minimálnymi odlišnosťami. Ďalšie zistenie sa týkalo sociálnych potrieb, kde chlapci mladšej vekovej kategórie mali najviac neuspokojenú potrebu priateľstva 26,66% a potrebu združovania sa 13,33%, sociálny kontakt nemalo uspokojených 6,66% detí. Podobne na tom boli aj dievčatá tohto veku 20% nemalo uspokojenú potrebu priateľstva, ostatné potreby boli v hodnotách ako u chlapcov.

Zistenie ktoré sme dosiahli pomocou tretieho čiastkového cieľa bolo, že najmenej rozpakov, ťažkostí s oddychom a športom mali deti v prvej vekovej kategórii. U starších chlapcov to bolo podobné ako u mladších tam vôbec nepociťovalo rozpakov 31,25% a s oddychom nemalo problém až 43,75% chlapcov, ale pri športovaní mali všetci chlapci ťažkosti či už veľmi veľké, dosť alebo mierne. U dievčat vo veku 8 – 15 rokov boli

najmenšie problémy v kategórií športu 28,57%, mierne problémy s oddychom malo 57,14% dievčat a rozpaky pociťovalo 42,86% dievčat mierne a dosť.

Štvrtým čiastkovým cieľom bolo zistiť problémy vo vzťahu k blízkym a iným deťom, čo sme samozrejme zistili. Naše zistenia boli nasledovné: najviac z detí vo veku 1 – 7 rokov malo mierny problém vo vzťahu k blízkym a iným a to rovnako u chlapcov aj dievčat 46,66%. Naopak deti druhej vekovej kategórie nemali žiadne problémy tohto charakteru chlapci 62,50% a dievčatá 50%.

Ďalej sme zistili, že najväčší problém so správaním ostatných detí voči sebe majú dievčatá v druhej vekovej kategórií, síce možnosť veľmi označilo len 7,14% bolo to však najviac v tejto možnosti. Ďalej najviac odpovedí bolo označených v možnosti mierne a to zhodne vo vekovej skupine 1 – 7 rokov aj u chlapcov a u dievčat. Chlapci v druhej vekovej skupine označovali najviac odpoveď mierne, tiež aj dievčatá tejto skupiny odpovedali najčastejšie mierne.

V poslednom šiestom čiastkovom ciele sme zistili, že u chlapcov vo veku 1 – 7 rokov je najčastejšie zmenené správanie, v súvislosti s exantémom, z normálneho na nervózne. U dievčat v tej istej vekovej kategórie to bol plačlivosť na ktorú sa primerane normálne správanie menilo. Až 43,75% chlapcov vo veku od 8 – 15 rokov uviedlo, že sa ich správanie nemení, ale 37,50% uviedlo, že pri zhoršení príznakov znervóznejú. Dievčatá tejto vekovej skupiny uviedli najčastejšiu odpoveď že sa ich správanie nemení 50%. Veľmi nám sťažovalo podmienky prieskumu to, že zariadenie ktoré sme si vybrali pre náš prieskum končilo svoju prevádzku. Veľmi nás toto zistenie zarmútilo pretože na liečbu atopického exantému je toto zariadenie jediné na Slovensku a jeho výsledky sú pre deti a rodičov nenahraditeľné.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ARENBERGOVÁ, M. 2010. Atopický ekzém jde zmírnit. In *Zdravotnické noviny* [online]. 2010, vol., no. 14 [cit. 2010-08-23]. Dostupné na internete: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/atopicky-ekzem-jde-zmirnit-453764>. ISSN 1214-7664>.

BENÁKOVÁ, N. 2009. *Ekzémy a dermatitidy, 2. rozšířené vydání*. Praha : Mixdorf, 2009. 184 s. ISBN 978-80-7345-177-6.

BÍNOVSKÝ, A. et al. 2007. *Anatómia 2*. Bratislava : Vydavateľstvo UK, 2007. 191 s. ISBN 978-80-223-2269-0.

BRAUN-FALCO, O. - PLEWIG, G. - WOLF, H. 2001. *Dermatologie und Venerologie 4*. Martin : Osveta 2001. 1474 s. ISBN 80-8063-080-1. ISBN 3-540-53542-X (nem. orig.).

BYSTROŇ, J. 1997. *Alergie - Průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. Ostrava : Mirago 1997. 228 s. ISBN 80-85922-46-0.

ČIHÁK, R. 2004. *Anatómia 3*. Praha : Grada, 2004. 672 s. ISBN 80-2471-132-X.

DUNOVSKÝ, J. et al. 1999. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

HRUBIŠKO, M. 2003. *Alergológia*. Martin : Osveta, 2003. ISBN 80-8063-110-7.

KOLIBÁŠOVÁ, K. - HEGEY, V. - HEGEY, E. 1994. *Ošetrovanie a liečenie kožných a pohlavných chorôb*. Bratislava : Hegprof, 1994. 363 s. ISBN 80-967035-1-X.

KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIERIOVÁ, R. 2004. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin : Osveta, 2004. 1447 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRIŠTOFOVÁ, E., MESÁROŠOVÁ, J. Potreby detí. In *Sestra* ISSN 1335-9444, 2004, roč. III, č. 10, s. 29-30.

Liečebné procedúry. [online]. 2012, [cit. 2012-04-07]. Dostupné na internete: <<http://www.odlu.sk/procedury.html>>.

MAĎAROVÁ, D. 2009. *Potreby hospitalizovaného dieťaťa* : bakalárska práca. Nitra : UKF, 2009.

- Ochranné funkcie pokožky*. [online]. 2007, [cit. 2012-03-06]. Dostupné na internete: <<http://www.eucerin.sk/skin/protectivefunctions.asp>>.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kočke*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- POLÁŠKOVÁ, S. 2011. Díl šestý - Atopická dermatitida. In *Péče o dítě* [online]. 2011 [cit. 2012-03-14]. Dostupné na internete: <http://www.peceodite.cz/files/6_dil.pdf>.
- PRUŽINEC, P. 2002. *Moja alergia*. Bratislava : Bonus, 2002. 148 s. ISBN 80-968491-3-1.
- PŘINOSILOVÁ, D. 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.
- ŠAŠINKA, M. et al. 2007. *Pediatrica, druhý díl*. Bratislava : Herba, 2007. 740 s. ISBN 978-80-89171-49-1.
- TOMAGOVÁ, M. et al. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- TRACHTOVÁ, E. et al., 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatel'ském procese, 2 vydanie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pro pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
- VEREŠOVÁ, M. 2007. *Psychológia*, Martin : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-239-1
- VOJTKOVÁ, K. 2010. *Alergické a astmatické děti v mateřských školách : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, 2010.

PRÍLOHY

A

Milé deti/mamičky,

volám sa Barbora Hornická, som študentkou tretieho ročníka odboru Ošetrovateľstvo na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre. Týmto spôsobom by som vás chcela poprosiť o vyplnenie Dermatologický index kvality života. Tento dotazník je súčasťou mojej bakalárskej práce a je určený na zistenie deficitov u detí s atopickým exantémom vo veku od 1 – 7 rokov. V dotazníku stačí len zakrúškovať vhodnú odpoveď k danej otázke. Žiadna odpoveď nie je správna ani nesprávna. Vyplňte prosím dotazník pravdivo, podľa seba/svojho dieťaťa.

Vopred vám veľmi pekne ďakujem za spoluprácu.

S pozdravom Barbora Hornická

Dermatologický index kvality života (Dermatology Life Quality Index)

Pohlavie:

Vek:

- | | | |
|----|---|---------------------------------------|
| 1. | Viete vy a vaše dieťa akým ochorením trpí? | Áno
Skôr áno
Skôr nie
Nie |
| 2. | Pocíťuje dieťa svrbenia a suchú kožu? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 3. | Cíti vaše dieťa rozpaký alebo je nesmelé kvôli exantému? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 4. | Ako vplýva exantém na výber oblečenia pre vaše dieťa? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 5. | Vplýva exantém na spoločenské alebo oddychové aktivity vášho dieťaťa? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 6. | Spôsobuje vášmu dieťaťu exantém ťažkosti pri športovaní? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 7. | Zabraňuje exantém v štúdiu alebo rozvoji vedomostí vášho dieťaťa? | Veľmi
Dost'
Mierne |

8. Spôsobuje exantém problémy pre vaše dieťa vo vzťahu k iným deťom?
- Vôbec nie
- Veľmi
- Dost'
- Mierne
- Vôbec nie
9. Pozorujete zmeny správania u ostatných detí voči vášmu dieťaťu na základe jeho ochorenia? (v škôlke, v škole, na ihrisku)
- Veľmi
- Dost'
- Mierne
- Vôbec nie
10. Mení sa správanie vášho dieťaťa pri zhoršení príznakov ochorenia?
- Áno: je nervózne
- je plačlivé
- je odmietavé
- je uzatvorené
- Nie, nemení sa
11. Má vaše dieťa problémy v súvislosti s liečbou exantému, napr. odmietanie masť?
- Veľmi
- Dost'
- Mierne
- Vôbec nie

B

Milé deti/mamičky,

volám sa Barbora Hornická, som študentkou tretieho ročníka odboru Ošetrovatel'stvo na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre. Týmto spôsobom by som vás chcela poprosiť o vyplnenie Dermatologický index kvality života. Tento dotazník je súčasťou mojej bakalárskej práce a je určený na zistenie deficitov u detí s atopickým exantémom vo veku 8 – 15 rokov. V dotazníku stačí len zakrúškovať vhodnú odpoveď k danej otázke. Žiadna odpoveď nie je správna ani nesprávna. Vyplňte prosím dotazník pravdivo, podľa seba/svojho dieťaťa.

Vopred vám veľmi pekne ďakujem za spoluprácu.

S pozdravom Barbora Hornická

Dermatologický index kvality života (Dermatology Life Quality Index)

Pohlavie:

Vek:

- | | | |
|----|--|---------------------------------------|
| 1. | Viete akým ochorením trpíte? | Áno
Skôr áno
Skôr nie
Nie |
| 2. | Pocitujete svrbenia a suchú kožu? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 3. | Cítite rozpaký alebo nesmelosť kvôli exantému? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 4. | Ako vplýva exantém na výber vášho oblečenia? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 5. | Vplýva exantém na vaše spoločenské alebo oddychové aktivity? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 6. | Spôsobuje vám exantém ťažkosť pri športovaní? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |
| 7. | Zabraňuje vám exantém v štúdiu alebo rozvoji vedomostí? | Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie |

8. Spôsobuje vám exantém problém vo vzťahu k blízkym a iným deťom?

Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie

9. Pozorujete zmeny správania u ostatných detí voči vám na základe vášho ochorenia? (v škole, na ihrisku)

Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie

10. Mení sa vaše správanie pri zhoršení príznakov ochorenia?

Áno: nervozita
plačlivosť
odmietavosť
uzatvorenosť
Nie, nemením sa

11. Máte problémy v súvislosti s liečbou exantému, napr. odmietanie masť?

Veľmi
Dost'
Mierne
Vôbec nie

C

Milé sestry,

volám sa Barbora Hornická, som študentkou tretieho ročníka odboru Ošetrovateľstvo na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre. Týmto spôsobom by som vás chcela poprosiť o vyplnenie Pozorovacieho hárka potrieb. Tento hárok je súčasťou mojej bakalárskej práce a je určený na zistenie deficitných potrieb u detí s atopickým exantémom. Do tohto hárku stačí len zaškrtnúť či je v daný deň potreba uspokojená alebo neuspokojená. Farebne sú potreby rozdelené: zelené – biologické, modré – psychické a tmavo červené – sociálne. Vopred vám veľmi pekne ďakujem za spoluprácu.

S pozdravom Barbora Hornická

Pozorovací hárok potrieb														
<i>Dátum</i>														
Potreby	<i>u.</i>	<i>n.</i>	<i>u.</i>	<i>n.</i>	<i>u.</i>	<i>n.</i>	<i>u.</i>	<i>n.</i>	<i>u.</i>	<i>n.</i>	<i>u.</i>	<i>n.</i>	<i>u.</i>	<i>n.</i>
<i>Dýchanie</i>														
<i>Potrava</i>														
<i>Tekutiny</i>														
<i>Vylučovanie</i>														
<i>Konštantná teplota</i>														
<i>Spánok/ odpočinok</i>														
<i>Aktivita</i>														
<i>Rodičovská opatera</i>														
<i>Bezpečie</i>														
<i>Byť bez bolesti</i>														
<i>Pomoc</i>														
<i>Bezpečie/ Istota</i>														
<i>Emocionálny kontakt</i>														
<i>Láska</i>														
<i>Nežnosť</i>														
<i>Šťastie</i>														
<i>Dominancia</i>														
<i>Porozumenie</i>														
<i>Úcta</i>														
<i>Uznanie</i>														
<i>Obdiv</i>														
<i>Rešpekt</i>														

<i>Sebaúcta</i>																			
<i>Vlastná identita</i>																			
<i>Úspešný výkon</i>																			
<i>Zdokonaľovanie sa</i>																			
<i>Sebauplatnenie</i>																			
<i>Autonómia</i>																			
<i>Opozícia</i>																			
<i>Poddanie sa</i>																			
<i>Obrana</i>																			
<i>Agresia</i>																			
<i>Moc</i>																			
<i>Zvedavosť</i>																			
<i>Predvádzanie sa</i>																			
<i>Vlastníctvo</i>																			
<i>Vyhnuť sa neúspechu</i>																			
<i>Hanbe</i>																			
<i>Poníženiu</i>																			
<i>Zlyhaniu</i>																			
<i>Poriadok</i>																			
<i>Poznávanie</i>																			
<i>Hra</i>																			
<i>Zábava</i>																			
<i>Združovanie</i>																			
<i>Sociálny kontakt</i>																			
<i>Komunikácia</i>																			
<i>Informovanosť</i>																			
<i>Afiliancia</i>																			
<i>Priateľstvo</i>																			
<i>Spoločenská prestíž</i>																			
<i>Rešpektovanie</i>																			
<i>Sebarealizácia</i>																			

D

Rozbor vody geotermálneho prameňa v Podhájskej

Katióny	Chemická značka	mg/l
Spolu katiónov		6690,1
Lítium	Li	4,0
Sodík	Na	5540,0
Draslík	K	525,0
Amonium	NH	1,62
Horčík	Mg	113,9
Vápnik	Ca	499,3
Železo	Fe	6,3
Mangán	Mn	0,14
Hliník	Al	0,03

Anióny	Chemická značka	mg/l
Spolu aniónov		11024,05
Fluór	F	4,0
Chloridy	Cl	8914,4
Bromidy	Br	50,2
Jodidy	J	3,61
Dusičnany	NO	stopy
Sírany	SO	840,2
Bikarbonáty	HCO	1211,3
Fosforečnany	PO	0,34

Iné	Chemická značka	mg/l
Kyselina kremičitá		84,5
Kyselina borovitá		92,5
Sírovodík		neg.