

Role sestry při péči o klienta s psoriázou

Kateřina Soldánová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina SOLDÁNOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Role sestry při péči o klienta s psoriázou**

Zásady pro vypracování:

1. Teoretická část

Popsat anatomii a fyziologii kůže.

Seznámit s onemocněním – psoriáza.

Specifikovat zásady ošetrování nemocného s psoriázou.

Zaměřit se na nutnost edukace klienta s psoriázou.

2. Praktická část

Pomocí dotazníkového šetření zjistit pohled nemocného na onemocnění – jeho vliv na osobní, pracovní a společenský život.

Zhodnotit kvalitu informovanosti těchto klientů sestrou.

Analyzovat data získaná výzkumem a zaznamenat je do grafů a tabulek.

Interpretovat výsledky svého výzkumu.

Na základě výsledků zpracovat edukační materiál pro klienty s psoriázou.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BENÁKOVÁ, N., ŠTORK, J., VAŠKŮ, V. a kol. Psoriáza nejen pro praxi. Praha : Triton, 2007, 190 s., ISBN 978-80-7254-966-5

NOVOTNÝ, F. Psoriáza: aktuální pohledy. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 144 s., ISBN 80-247-0313-0.

BENÁKOVÁ, N. Lupénka v otázkách a odpovědích -- příručka pro pacienty. Praha: Triton, 2003, 128 s., ISBN 80-7254-392-X.

ARENBERGER, P. Dermatologie -- Eikosanoidy u psoriázy. 1. vyd. Praha: Czechopress agency, s.r.o., 1999, 79s., ISBN 80-902632-0-8

BOWER, H. Přírodní cestou -- Lupénka. 1. vyd. Frýdek -- Místek: ALPRESS, s.r.o., 1998, 144s., ISBN 80-7218-148-3

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Valentová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako autor.

Ve Zlíně 17.2.2018

..... Markéta Goldmannová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretické a praktické. Teoretická část prezentuje celkový náhled na onemocnění – psoriázu, se zaměřením na kvalitu života. Následující kapitola věnuje pozornost roli sestry při péči o klienta s psoriázou s důrazem kladeným na edukaci.

V praktické části je představen kombinovaný výzkum za použití dotazníku. Cílem výzkumu je zjistit, do jaké míry toto onemocnění ovlivňuje psychiku a celkovou kvalitu života nemocných s psoriázou. Dále je zaměřen na zjištění informovanosti nemocných zejména setrou.

Klíčová slova: psoriáza, kvalita života, ošetrovatelská péče, edukace

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

This bachelor thesis is divided into two parts. Theoretical and practical. The theoretical part presents a general overview of the disease – psoriasis, focusing on quality of life. The following chapter gives attention to the role of nurses in caring for clients with psoriasis with emphasis on education.

The practical part presents a combined research using a questionnaire. This research is to determine to what extent the disease affects the psyche and the overall quality of life in patients with psoriasis. It is focused on finding of the information for patients, in particular a nurse.

Keywords: psoriasis, quality of life, nursing care, education

Tímto způsobem bych ráda poděkovala Mgr. Markétě Valentové za odborné vedení, cenné rady a připomínky v průběhu zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala jednateři společnosti SPAE – Stašku Ulenfeldovi, za pomoc s administrací dotazníků a dále mé poděkování patří kolektivu zdravotnických pracovníků kožního oddělení KNTB ve Zlíně za poskytnutí cenných rad a materiálů.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KŮŽE	12
1.1 ANATOMIE KŮŽE	12
1.1.1 Pokožka (epidermis).....	12
1.1.2 Škára (dermis, corium).....	13
1.1.3 Podkožní vazivo (tela subcutanea).....	13
1.1.4 Adnexa kůže.....	14
1.2 FYZIOLOGIE KŮŽE.....	15
2 PSORIÁZA	16
2.1 PŘÍČINA VZNIKU PSORIÁZY	16
2.1.1 Provokační faktory	17
2.1.1.1 Vnitřní provokační faktory.....	17
2.1.1.2 Zevní provokační faktory.....	19
2.2 VÝSKYT PSORIÁZY	19
2.3 FORMY PSORIÁZY	20
2.4 LÉČBA PSORIÁZY	22
2.4.1 Zevní léčba	23
2.4.1.1 Podpůrná péče o psoriatickou kůži	25
2.4.1.2 Balneoterapie	25
2.4.2 Fototerapie.....	26
2.4.3 Celková léčba	27
2.4.4 Podpůrné a alternativní prostředky v léčbě psoriázy.....	28
2.5 ZDRAVOTNICKÁ A LÉČEBNÁ ZAŘÍZENÍ.....	32
3 KVALITA ŽIVOTA	34
3.1.1 Psychoterapie.....	35
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA S PSORIÁZOU	36
4.1 PÉČE O KŮŽI	36
4.1.1 Ošetření akutních projevů	38
4.1.2 Ošetření chronických projevů	38
4.1.3 Léčebné koupele.....	38
4.1.4 Fototerapie.....	39
4.2 PÉČE O POHODLÍ.....	39
4.3 PÉČE O VÝŽIVU	39
4.4 PÉČE O PSYCHIKU	40
4.5 DOMÁCÍ PÉČE.....	40
5 EDUKACE	41

5.1	EDUKACE V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH	42
II	PRAKTICKÁ ČÁST	47
6	POPIS VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	48
6.1	CÍLE VÝZKUMU	48
6.2	SOUBOR VYŠETŘOVANÝCH OSOB	48
6.3	METODIKA	48
6.3.1	Způsob zpracování dat	49
6.4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	50
7	DISKUZE	80
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	88
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	90
	SEZNAM OBRÁZKŮ	91
	SEZNAM TABULEK.....	92
	SEZNAM PŘÍLOH.....	93

ÚVOD

Psoriáza je chronická, zánětlivá, neinfekční kožní choroba s typickým chronicky stacionárním či akutně exantemickým průběhem. Nejedná se o život ohrožující či zkracující onemocnění, ale vzhledem k její chronicitě a zjevnosti může mít negativní vliv na kvalitu života jedince. Zejména, vyskytují-li se léze na snadno viditelných místech jako je obličej, ruce, nohy a především dlaně a plosky nohou. Ve společnosti, kde vzhled hraje důležitou úlohu, může toto onemocnění působit značné emocionální potíže, problémy v mezilidských a partnerských vztazích, zaměstnání a zálibách.

Základním principem úspěšné léčby je komplexnost a individualizace. To znamená správně zvolená léčba, kvalitní ošetrovatelská péče sestrou se zaměřením na zohlednění potřeb nemocného, edukaci, budování důvěry, psychické podpoře s celkovým cílem pozitivního ovlivnění kvality života jedince s psoriázou.

Cílem této práce je zjistit, zda má onemocnění psoriázou negativní dopad na psychiku člověka, do jaké míry ovlivňuje toto onemocnění celkový jeho život, zhodnotit kvalitu informovanosti nemocných ze stran všeobecných sester a určit, jestli nemocní mají dostatek informací potřebných k správnému ošetřování kůže.

V teoretické části je stručně popsána anatomie a fyziologie kůže, dále je rozepsáno samotné onemocnění a jeho vliv na kvalitu života. V následujících kapitolách je věnována pozornost zásadám ošetřování nemocných s psoriázou se zaměřením na nutnost edukace. Praktická část obsahuje vlastní výzkum a prezentaci výsledků.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KŮŽE

Kůže tvoří ochranný kryt těla. Zaujímá plochu 1,1-1,85 čtverečného metru a představuje až 12 % tělesné váhy. Základní jednotkou kůže je buňka. Tloušťka jednotlivých vrstev kůže se liší dle specifické části těla. Kůže působí klidně, avšak zaznamenává nepřetržitě různé vjemy a hostí na svém povrchu, čilou, i když neviditelnou populaci drobných mikroorganismů. Kůže se obdivuhodně přizpůsobuje nejrůznějším funkcím. Při větší námaze ztvrdne, ale také může změnit tvar. A protože reaguje i na nejjemnější dotyky, stává se také orgánem komunikace.

Kůže (cutis) se skládá z pokožky (epidermis), škáry (dermis) a podkožního tukového vaziva (tela subcutanea). Ke kůži také patří kožní adnexy, neboli přídatné kožní orgány, přesněji žlázy (glandulae), dále vlasy (capilli) a nehty (unguis).

Obecně se kůže dělí na tenkou ochlupenou, jež pokrývá většinu tělního povrchu, a silnou neochlupenou, vyskytující se především na dlaních, ploskách a flexorové straně prstů. Na samotném rozhraní povrchu kůže a vnějšího prostředí se rozprostírá tzv. kožní film mající funkci ochranou i estetickou. Je tvořen produkty mazových žláz, potních žláz a olupujícími se a rozpadajícími částmi rohové vrstvy. Základní součástí tohoto filmu jsou lipidy. Jeho pH je slabě kyselé (4,5-5).

1.1 Anatomie kůže

1.1.1 Pokožka (epidermis)

Pokožka je tvořena mnohovrstevným dlaždicovým rohovějícím epitelem a obsahuje buňky: Keratinocyty, Melanocyty, Langerhansovy buňky a Markelovy buňky. Rohovějící buňky (Keratinocyty), jsou buňky skládající se z bílkoviny, jež jsou součástí kůže, nehtů i vlasů. Keratinocyty se dostávají k povrchu kůže, a tím ztrácejí schopnost dělení. Přeměňují se z vysokých cylindrických buněk na buňky ploché a bezjaderné. Tento proces se nazývá rohovění neboli keratinizace. Celý cyklus trvá cca 3 – 4 týdny. Melanocyty jsou zodpovědné za produkci melaninu, kožního barviva, který chrání organismus před škodlivými slunečními paprsky UV záření. Langerhansovy buňky upozorňují imunitní systém na hrozící nebezpečí a Markelovy buňky umožňují mozku rozpoznávat vjemy dotyku a hmatu. (Elišková, Naňka, 2006)

Pokožka je dále tvořena pěti vrstvami buněk. Neobsahuje cévy, její výživa je zajištěna volným přestupem kyslíku a živin z velmi jemných kapilár horní škáry. Dělíme je na vrstvu základní (stratum basale), jež je tvořena jednou vrstvou zárodečných buněk válcovitého tvaru. Ostnitá vrstva (stratum spinosum) je tvořena 4 - 7 řadami buněk, které jsou spojeny výběžky. Zrnitá vrstva (stratum granulosum) navazuje na vrstvu ostnitou, výrazně se podílí na průchodnosti kůže a jejím vodním hospodaření. Světlá vrstva (stratum lucidum) je složená z buněk plochých, bezjaderných, které nepřijímají barvivo, jsou zvláště patrné na dlaních a ploskách nohou. Rohová vrstva (stratum corneum) je tvořená plochými, zrohovatěnými buňkami. Tvoří velký význam v ochraně kůže proti fyzikálním a chemickým škodlivinám.

1.1.2 Škára (dermis, corium)

Střední vrstvu kůže tvoří silná, odolná a pružná škára. Je bohatá na nervy, cévy, mazové, potní žlázy a také se zde nacházejí vlasové váčky nebo-li folikuly.

Škára je složena z vazivových vláken obsahujících elastin a kolagen. Tato vlákna se vzájemně splétají a vytvářejí prostorovou síť. Umožňují snadné napínání kůže. Nervy, kapiláry a lymfatické kapiláry jsou přiváděny dermálními papily, jež zasahují do epidermis. Dermální papily vytvářejí na povrchu epidermis jedinečný kožní reliéf, který je tvořený různě hlubokými rýhami a vyvýšeninami.

1.1.3 Podkožní vazivo (tela subcutanea)

Řídké podkožní vazivo obsahující kolagen je uloženo mezi dermis a vazivovým povrchem svalů a kostí. Pruhy kolagenního vaziva fixují kůži k fascii či periostu. Na některých místech těla je vytvořen tukový polštář. Tato vrstva kůže pomáhá chránit svalstvo, kosti, vnitřní orgány, funguje jako zdroj izolace a také energie v dobách nedostatku. Podkožní vazivo je bohatě zásobeno krevními a mízními cévami, je prostoupeno nervy a jsou v něm uloženy potní a mazové žlázy.

1.1.4 Adnexa kůže

- Chlup, vlas – pilus

Vlas se skládá ze dvou základních částí, stvolu (*scapus pili*), který vyčnívá z kůže a kořenu (*radix pili*), jež je zakotvený do kůže. Kořen se rozšiřuje ve vlasovou cibulku (*bulbus pili*). Proti cibulce se vyklenuje cévnatý výběžek škáry, vlasová bradavka.

Chlup obsahuje dřev, kůru a kutikulu. Kořen chlupu je uchycen ve vlasovém folikulu. Barva chlupu je dána množstvím melaninu v buňkách kůry. Během života se ve folikulu vystřídá několik generací chlupů. Později dolní část folikulu zaniká, až podlehne úplné destrukci, což vede k vypadávání chlupů. (Elišková, Naňka 2006)

Typy ochlupení

Primární ochlupení - lanugo, pokrývá tělo ve fetálním období.

Sekundární ochlupení - začíná se vyvíjet již v prenatální době a dokončuje se až po narození. Patří sem chloupky (*pili*), vlasy (*capilli*), řasy (*cilia*) a obočí (*supercilia*).

Terciální ochlupení - je celkové a lokální, vývoj začíná v pubertě a je dokončen v dospělosti.

- Nehet (*unguis, onyx*)

Nehet je rohová destička vyskytující se na dorzální straně distálního článku prstu.

- Žlázy mazové (*glandulae sebaceae*)

Mazové žlázy jsou většinou vázány na folikuly chlupu. Sekreční část je uložena v dermis, mazové žlázy produkují maz, který je vývody transportován do horní části folikulu. Nejvíce se vyskytují v kůži obličeje a vlasaté části hlavy, chybí na dlaních a ploskách.

- Žlázy potní (*glandulae sudoriferae*)

Rozeznáváme žlázy ekrinní a apokrinní.

Ekrinní potní žlázy jsou stočené a přítomné v kůži téměř celého těla. Produkují pot. Klobíčkovitá sekreční část je uložena ve škáře, zatočený vývod ústí na povrch epidermis.

Apokrinní potní žlázy jsou podobné ekrinním, avšak jsou větší a jejich vývod ústí do vlasové pochvy. Sekret má specifické aroma. Apokrinní potní žlázy jsou zejména v axile, v zevním zvukovodu a kolem anu. (Elišková, Naňka, 2006)

1.2 Fyziologie kůže

Kůže má funkci ochranou. Chrání organismus před vlivy mechanickými, chemickými, tepelnými a radiačními. Tvoří bariéru proti choroboplodným zárodkům, prachu, vodě, proti škodlivým paprskům UV záření, vylučuje odpadové látky a také má absorpční funkci, je zvláště propustná pro látky rozpuštěné v tucích. Účastní se termoregulace. Kůže má svou úlohu ve vodním hospodaření organismu, má velkou reparační schopnost a zásobní funkci, produkuje vitamin D3 a také předává vjemy mozku (dotyk, bolest, chlad, teplo a podobně).

2 PSORIÁZA

Odborný název psoriáza je odvozen z řečtiny (psora znamená svědění, šupina). V češtině se užívá výraz lupénka odvozený od olupování šupinek na povrchu ložisek. Psoriáza je jednou z nejčastějších kožních chorob. Řadí se mezi dermatózy neznámé etiologie a je definována z různých hledisek. Je to chronická, zánětlivá, neinfekční kožní choroba s typickým chronicky stacionárním či akutně exantemickým průběhem. Psoriáza je orgánově specifické, geneticky podmíněné, autoimunní onemocnění, vznikající na podkladě chronické aktivace Th1 lymfocytů v kožních projevech a synoviální membráně kloubů. Onemocnění je charakterizované hyperproliferativními změnami v oblasti kůže, kštice, nehtů a kloubů. Toto onemocnění výrazně ovlivňuje fyzické, psychické a sociální aspekty kvality života jedince. Jedná se o chorobu velmi rozmanitou v klinických projevech a formách v kterých se vyskytuje. (Novotný, 2002)

U těžkých případů psoriázy mohou být kromě kloubů postiženy také různé vnitřní orgány, jako svaly, mízní uzliny, játra, slezina, ledviny, střevní trakt aj. Psoriáza tedy není pouze onemocněním kůže, nýbrž celého organismu, přesto projevy na kůži jsou vždy markantní. Ke zdravotním a sociálním komplikacím vede především těžký průběh a formy psoriasis omezující soběstačnost, práce schopnost a jiné.

2.1 Příčina vzniku psoriázy

Příčiny psoriázy nejsou dosud zcela přesně známy. Přesto se psoriáza považuje za chorobu autoimunitní. Klíčovým dějem pro vznik psoriázy je aktivace T lymfocytů. Předpokládám, že dědičnost a faktory vnitřního i zevního prostředí v tomto procesu sehrávají určitou úlohu. Dochází k aktivaci dalších složek imunitního systému a ve výsledku vzniká kožní zánět.

„Kožní buňky se zmnoží, zrychlí se jejich růst, dojde k poruše rohovění. Normální kožní buňka vyraje a na povrch kůže se dostane za cca 28 dnů, zatímco u psoriázy je to již za 4 dny, tedy 7x rychleji. Tyto buňky nejsou vyztřelé, pevněji lpějí na kožním povrchu a odlučují se pomaleji než u zdravé kůže. Výsledkem jsou pak typická ostře ohraničená sytá červená ložiska se stříbřitými šupinami.“ (Benáková, 2003, s. 13.)

Na psoriázu lze pohlížet jako na integrovanou odpověď organismu v důsledku dysbalance v síti buněčných typů a humorálních mediátorů, jejichž rovnováha slouží v kůži k zachování homeostázy.

Zhruba u 30 % nemocných se prokázaly dědičné faktory, kdy psoriázou trpí někdo z jejich příbuzných. Nedědí se však choroba, ale pouze sklon k chorobě, tudíž se toto onemocnění u daného jedince nemusí vůbec zjevně projevit. Pokud však na jedince působí provokační faktory v příslušně intenzitě, onemocnění může propuknout a stát se viditelné. (Benáková, 2003)

2.1.1 Provokační faktory

Provokační faktory nejsou příčinou choroby, ale jsou to vlivy, které mohou tuto nemoc aktivovat, tedy vyvolávat či zhoršovat průběh, nebo ztěžují průběh hojení i při správně zvolené léčbě.

2.1.1.1 Vnitřní provokační faktory

- *Infekce, záněty*

Pro mladší osoby představují riziko streptokokové angíny, pro starší osoby jsou to virové nákazy z nachlazení postihující nejčastěji horní dýchací cesty.

„Studie v Manchesteru ve Velké Británii ukázaly, že dvě z pěti dětí, které onemocněli gutátní lupénkou, měly v nedávné době streptokokovou infekci.“ (Bower, 1998, s. 31)

Dále mezi rizikové faktory řadíme záněty močového ústrojí, gynekologické, gastrointestinální, zubní a kloubní záněty.

- *Psychické vlivy*

Psychické vlivy neboli duševní stres se řadí hned na druhé místo po infekčních faktorech. Stres může vést k prvnímu výsevu psoriázy, k jejímu zhoršení nebo k přetrvávání, a to i navzdory odpovídající léčbě. Psychickou zátěží rozumíme každodenní stres jako nezaměstnanost, pracovní vyčerpání, problémy v rodině, zkoušky, také je to samotné onemocnění, které podporuje psychickou rozladěnost, či těžké životní situace jako náhlé úmrtí v rodině, úrazy, operace, náhlé neštěstí. Uvedla jsem pro příklad jen stručný výčet stresujících situací, je jich ovšem mnohem více.

- *Hormonální změny*

Hormonální změny se taktéž určitou měrou podílejí na vzniku psoriatických projevů. K prvním projevům psoriázy často dochází v pubertě, u dívek se častěji vyskytuje o dva roky dříve než u chlapců, nejspíš je to způsobeno tím, že děvčata pohlavně dozrávají dříve než chlapci. Dále se psoriáza objevuje i v době klimakteria. Menstruace často projevy psoriázy zhoršuje, naopak u gravidních žen psoriáza většinou ustupuje. Psoriáza se také může vyskytnout v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce.

- *Klima a sezóna*

Ke zhoršení psoriázy často dochází na podzim a na jaře. Naopak v létě dochází ke zlepšení průběhu onemocnění, což může být vysvětleno působením slunečního záření, které je u určitých forem a v určitých stádiích choroby velice prospěšné.

- *Léky*

Léky také řadíme do popředí nejčastějších spouštěcích mechanismů psoriázy. Někdy je obtížné rozhodnout, zda příčinou vypuknutí psoriázy je lék, nebo choroba, pro kterou byl lék ordinován. Mezi rizikové medikamenty řadíme antimalarika, soli zlata, β -blokátory, blokátory vápníkových kanálů, soli lithia, antibiotika (penicilinová a tetracyklinová), ženské hormony (Agofollin, Progesteron), sulfonamidová a pyrimidinová chemoterapeutika, nesteroidní antiflogistika, vazodilatancia, hypnotika a další.

- *Životaspráva*

Špatný životní styl ovlivňuje nejen vznik onemocnění, ale také výrazně ovlivňuje průběh celého onemocnění po celý život. Negativním vlivem je nadměrný přísun alkoholu, nadměrný příjem červeného masa, uzenin, cukrů, přejídání související s obezitou, kouření, nedostatek spánku, odpočinku, relaxace a mnoho dalších.

- *Vnitřní choroby*

„Psoriáza má horší průběh a častěji svědčí při diabetes mellitus, dně, obezitě, hypertenzi, ateroskleróze a jaterních chorobách. Psoriázu podporuje hypokalcemie. Často se sdružuje s morbus Crohn, přičemž pojtíkem může být autoimunita.“ (Novotný, 2002, s. 47)

2.1.1.2 Zevní provokační faktory

Odhalit samotný spouštějící faktor psoriázy není jednoduché, jak vnitřních, tak zevních spouštějících mechanismů je mnoho a mohou se vzájemně potencovat.

Zevním provokujícím faktorem může být cokoli, co způsobí traumatizaci kůže. Jedná se například o škrábnutí, říznutí, kousnutí, očkování, injekce, tetování, otlaky, popálení, podráždění chemikáliemi atd.

Typickým příkladem je *Köbnerův fenomén*, neboli dráždivý účinek, který vzniká po traumatizaci kůže. U psoriatika se primární nespecifický zánět po 2 - 3 týdnech změní v typicky psoriatickou eflorescenci, jež přetrvává a popřípadě se šíří do okolí. Ovšem nejen traumatizace, ale také jiné kožní dermatózy, jako například pásový opar, lékový exantém, ekzém, akné a další se během několika málo týdnů mohou přetransformovat do psoriázy. (Novotný, 2002)

2.2 Výskyt psoriázy

Údaje o výskytu psoriázy v jednotlivých zemích jsou různé. Primárním rozhodujícím faktorem je lidská rasa a geografická poloha. U čistokrevných jihoamerických Indiánů a u Eskymáků se psoriáza vůbec nevyskytuje. Důvodem může být kromě genetické odlišnosti jiný životní způsob, čisté, nestresující prostředí a správná výživa. Ve vzestupném sledu je psoriázou postižena rasa rudá, černá, žlutá a bílá. (Benáková, 2003)

„Středoevropské a severoamerické bílé obyvatelstvo trpí zjevně psoriázou asi ve 2 – 3 %, možná i více, protože mnozí psoriatici s minimálními projevy nenavštíví po celý život lékaře, takže unikají statistice. Novější údaj z Francie říká, že psoriázou trpí až 4,7 % populace. Poslední údaje se SRN mluví dokonce o 6 % postižení v některých regionech. Incidence psoriázy se blíží incidenci DM. U obyvatel severovýchodních, zvláště skandinávských krajů nebo v polárních oblastech Asie se výskyt psoriázy zvyšuje, snad díky nedostatku slunečního záření nebo i chladnému podnebí. Možná zde hraje roli nedostatek vitamínu D. Výjimkou jsou zmínění Eskymáci. Extrémním příkladem jsou Faerské ostrovy u Norského moře, kde se udává prevalence mezi obyvatelstvem nad 13 %.“ (Novotný, 2003, s. 11)

V ČR trpí psoriázou přibližně 2 % populace. V USA je bílé obyvatelstvo postiženo psoriázou mnohem více než černé, v některých oblastech je výskyt onemocnění až 4,6 %.

Na jihozápadním kontinentu Afriky se psoriáza téměř nevyskytuje, zatímco na severovýchodě je incidence výskytu psoriázy stejná jako v Evropě. Australští domorodci takřka psoriázu neznají. (Benáková 2003)

Výskyt psoriázy u mužů a u žen je téměř stejný, přesto postupně jsou tímto onemocněním častěji postiženy ženy. Vznik onemocnění je možný v každém věku.

„První výskyt psoriázy v dětském věku a v období dospívání má dva vrcholy: menší kolem 9. roku a větší kolem 16. roku. V celkovém pohledu na věk psoriaticků má začátek psoriázy nejvyšší statický vrchol mezi 16. a 20. rokem věku (typ I) a druhý, mnohem menší vrchol mezi 45. a 55. rokem věku (typ II). Prognóza průběhu psoriázy u mladých osob je vždy závažnější než u starších jedinců s pozdním nástupem psoriázy.“ (Novotný, 2003, s. 13)

U dívek zaznamenáváme dřívější výskyt onemocnění než u chlapců, což je zřejmě dáno dřívějším pohlavním dozráváním. Výjimku může tvořit vznik psoriázy v kojeneckém věku.

2.3 Formy psoriázy

Existuje celá řada forem lupénky. Lokalizace projevů na těle jsou různé. Nejčastěji se vyskytuje forma ložisková, vulgární (latinsky psoriasis vulgaris = lupénka obecná), a to až u 80 % pacientů.

- *Psoriasis vulgaris*

Psoriasis vulgaris se projevuje ohraničenými vyvýšenými ložisky červené či růžové barvy, různé velikosti, od kapky až po geografické plochy, které jsou kryty suchými silnými stříbřitými šupinami, které po škrábání odskakují, podobně jako šupiny vosku. Odškrábávání šupin může narušit kapiláry a dojde k tečkovitému krvácení. Tento jev se nazývá *Auspitzův fenomén*. Někdy je kolem ložisek patrný světlý lem tzv. *Woronoffova zóna*. Po zhojení mohou určitou dobu přetrvávat světlejší skvrny (psoriatický leukoderm), nebo naopak tmavší pigmentované skvrny (hyperpigmentace).

Predilekční lokalizací chronické psoriasis vulgaris jsou místa vystavená střídavému tlaku, a to kolena, bérce, lokty, křížová krajina a kštiny. Na těchto místech se pokožka rychleji obnovuje.

Vulgární psoriázu lze členit podle dynamiky na akutní, chronickou lokalizovanou, či generalizovanou. Podle tvaru a velikosti ložisek se dále člení. Léze mohou být bodovité (psoriasis punctata), mohou být vázány na folikuly (psoriasis follicularis), kapkovité (psoriasis guttata). Papuly se mohou šířit do periferie či splývat v mincovitá, nebo také penízková ložiska (psoriasis nummularis), či rozsáhlé mapovité plochy (psoriasis geographica) až po postižení celého kožního povrchu (psoriasis erythrodermica). (Benáková, Ettler, Štork et al., 2007)

- *Psoriasis inverza*

Při psoriasis inverza jsou postiženy oblasti kožních záhybů. Jsou to místa v podpaží, tříselech, pod prsy, za ušními boltci, kolem pupečního důlku apod. Ložiska jsou zánětlivá, červená, ale vzhledem k tomu, že v těchto oblastech dochází k většímu tření, nebývají obvykle šupinatá. Pokaždé je nutné vyloučit účast kvasinek nebo plísní.

- *Psoriasis guttae*

Název pochází z latinského slova gutta, což v překladu znamená kapka. Jedná se o akutně exantemickou formu s výsevem kapkovitých projevů po celém těle. Často se jedná o první manifestaci lupénky v dětství a mladém věku, často po prodělané streptokokové nákaze. Nejčastěji je lokalizována na trupu.

- *Psoriasis erythrodermica*

Tato forma psoriázy tvoří méně než 3 % případů psoriázy. Je to velmi závažná forma lupénky. Kůže je červená a olupuje se. Postihuje celý či skoro celý kožní povrch. Nemocný je ohrožen poruchou termoregulace, ztrátou proteinů, minerálů a vody.

- *Fotosenzitivní psoriáza*

Fotosenzitivní psoriáza je provokována sluněním, může se však jednat pouze o akutní výsev vulgární psoriázy.

- *Psoriasis pustulóza localisata*

Častěji se tato forma vyskytuje u dospělých. Postihuje především dlaně a plosky nohou. Objevuje se ve formě puchýřků, vyplněných hnisem, nejprve je obsah bílý, později se barva mění na žlutohnědou. Puchýřky jsou bolestivé a odolávají léčbě. Tato forma hraničí s projevy ekzému.

- *Psoriasis unguium*

Touto formou lupénky trpí nejčastěji lidé ve 40. roku života. Nehty mohou být dolíčkované, rozvolněné, ztlustělé, mohou se také drobit a vykazovat změnu barvy.

- *Psoriasis mucosae*

Psoriasis mucosae je řídkým nálezem, dutina ústní je postižena vzácně, zejména v souvislosti s pustulózní psoriázou. Genitál vykazuje přítomnost kožních projevů psoriázy asi ve 2 % případů, může být i jedinou manifestací psoriázy. Vyskytuje se častěji u dětí než u dospělých.

- „*Napkin*“ *psoriasis*“

Napkin psoriasis neboli plenková lupenka se objevuje u malých dětí v místě kontaktu s plenou. Může se rozšířit na další oblasti dětského těla. Diskutuje se, zda tato forma vůbec patří k lupence.

- *Psoriatická artropatie*

„Asi u 6 procent postižených lupenkou se vyvine psoriatická artritida, onemocnění kloubů, které způsobuje jejich ztuhnutí, bolestivost a zánět. Od jiných forem artritid se liší lokalizací postižených kloubů. U psoriatické formy typicky oteče celý prst ruky nebo nohy spíše než jen jeden kloub, ale většinou je postižena jen jedna skupina kloubů. Obvykle bývají postižené ruce (zvláště klouby posledních článků prstů), nohy, záda a krk. Destrukce kostí se u kloubní lupénky objevuje dříve než u jiných druhů artritid.“ (Bower, 1998 s. 23, 24)

Nemocní s těžkou formou psoriázy a nemocní s psoriázou nehtů jsou více náchylní ke vzniku psoriatické artritidy. Artritida se diagnostuje pomocí anamnézy, klinického vyšetření, laboratorních testů a zobrazovacích metod. Léčíme samotnou psoriázu. Navíc se podávají nesteroidní antirevmatika. Při mírném postižení většinou stačí fyzioterapie, cvičení a protizánětlivé léky.

2.4 Léčba psoriázy

Psoriáza je choroba léčitelná, ne však vyléčitelná, ale správně zvolenou léčbou a dodržováním preventivních opatření můžeme docílit zhojení či značného zlepšení projevů. Základním principem léčby je individualizace a komplexnost (pravidelná, správná léčba, pečlivá péče o kůži, prevence). Důležitým předpokladem pro léčbu je vytvoření vzá-

jemné důvěry mezi nemocným a zdravotním personálem, edukace, zohlednění celkového zdravotního stavu, sociálních, psychologických a ekonomických vlivů. Cílem léčby je dostat chorobu pod kontrolu, snížit rozsah postižení, dosáhnout a udržet dlouhodobou remisi a zlepšit kvalitu života. Strategii volby vedení léčby stanovujeme na základě diagnostiky, a to anamnézy, fyzikálního vyšetření, popřípadě kožní biopsie, také se může provádět laboratorní vyšetření při celkové a kloubní symptomatologii. Dále zohledňujeme pacientovo přání a možnosti. Je nutné si uvědomit, že dobrý terapeutický výsledek není založen jen na účinku zvoleného léčebného postupu, ale i na dobré spolupráci nemocného. Léčba musí být flexibilní, individuální, jednoduše řečeno taková, která je pro nemocného účinná a bezpečná.

Podle typu použitých léčiv se léčba rozlišuje na zevní, zde jsou zařazeny masti, krémy, mléka, roztoky, šampony, koupele apod., dále na světloléčbu a léčbu celkovou, která zahrnuje léky podávané ústy a injekčně. U většiny nemocných postačuje zevní terapie, v těžších případech nastupuje světloléčba a popřípadě i léčba celková.

2.4.1 Zevní léčba

Lokální léčiva byla a jsou pilířem dermatologické léčby a nejinak je tomu u psoriázy. Jsou základem pro léčbu mírné a středně těžké psoriázy a doplněním léčby celkové u těžké psoriázy. Lze je používat samostatně, ale vhodná jsou především v kombinacích. K dispozici máme širokou řadu lokálních preparátů. Protože je léčba dlouhodobá a nástup zásadnějšího efektu trvá několik týdnů, zvažujeme při jejich volbě jak účinnost a bezpečnost, tak i kosmetickou přijatelnost. Opět zde zdůrazňuji nutnost spolupráce mezi nemocným a zdravotním personálem a vyzdvihuji tu edukační úlohu lékaře i sestry.

V lokální terapii psoriázy máme k dispozici řadu extern. Zevní léky se vyrábějí v různých formách, používají se masti, krémy, pasty, mléka, roztoky, gely, pěny, oleje, pudry, hydrokoloidní obvazy, léčebné šampony, koupele a další. Volba těchto léků závisí na formě a stádiu psoriázy, lokalizaci a rozsahu psoriázy a na individuální toleranci léčiva.

Pro léčbu chronické psoriázy se používají především léky nehormonální povahy odvozené od vitamínu A a vitamínu D, dále pak cignolin.

- *Deriváty vitamínu D3*

Deriváty vitamínu D3 jsou bezpečné, nepáchnou a nebarví. Potlačují proliferaci keratinocytů. Neměly by se používat na citlivé partie, bezprostředně před sluněním či fototerapií. Jsou vhodné u středně těžké, chronické ložiskové psoriázy. Současně by se neměly používat přípravky obsahující kyselinu salicylovou, která inaktivuje účinek derivátu D3 vitamínu.

- *Deriváty vitamínu A*

Deriváty vitamínu A tzv. retinoidy mají účinky proliferativní a protizánětlivé. Neměly by je používat gravidní a kojící matky, opět je nutné sledovat citlivé partie. Jsou vhodné u středně těžké ložiskové psoriázy.

- *Cignolin*

Cignolin je klasický účinný lék používaný již téměř 100 let. Jeho účinnou látkou je chryso-robin. Využívá se především v denních stacionářích a při hospitalizaci. Má antiproliferativní účinky. Je relativně bezpečný, avšak jeho nevýhodou je, že barví kůži, oblečení, páchne, je nevhodný na citlivé partie. Lze ho aplikovat formou minutové léčby. Při jeho aplikaci může dojít k přechodnému zarudnutí pokožky.

- *Dehty*

Dehty tlumí dělení kožních buněk a jejich olupování. Vyrábějí se ve formě mastí, měkkých past, šamponů a koupelí. Jsou bezpečné, zmírňují svědění, zánět, snižují tlusté nánosy šupin na psoriatických projevech. Jejich nevýhodou je, že špiní. Čištěné formy dehtu jsou vzhledově přijatelnější, avšak ne tak účinné.

Kamenouhelný dehet nachází své uplatnění za hospitalizace v kombinaci s fototerapií.

- *Ichtamol*

Ichtamol není dehet v pravém slova smyslu, jedná se o olej organického původu. Má účinky antiflogistické, antiproliferativní, antipruriginózní, antimikrobiální a derivační. Je vhodný k léčbě středně těžké až těžké psoriázy.

- *Zevní kortikosteroidy*

Zevní kortikosteroidy jsou léky odvozené od tělu vlastního hormonu kůry nadledvin. Ze stávajících léků mají nejsilnější protizánětlivé účinky, ale lze je používat pouze na přechodnou dobu. Jsou vhodné u všech forem psoriázy, zvláště pak v počátečních zánětlivých

fázích. Nutné je věnovat pozornost citlivým partiím. Při dlouhodobé léčbě se může vyskytnout řada nežádoucích účinků.

2.4.1.1 Podpůrná péče o psoriatickou kůži

Důležitá je i podpůrná péče o psoriatickou kůži. Šupiny můžeme odstranit pomocí přípravků obsahujících kyselinu salicylovou, ureu, a kyselinu mléčnou v kombinaci s použitím šamponu a vhodné koupele. Chronická ložiska lze ošetřovat radikálně a při odstranění šupin můžeme použít kartáček, naopak zánětlivé výsevy vyžadují opatrné ošetřování a je nezbytné vyhnout se tlaku a tření. Místně aplikujeme mléka, krémy, pěny a tekuté pudry.

Podpůrné léčebné prostředky, jako jsou koupele či promazávací masti, jsou prospěšné, přinášejí úlevu, ale málokdy jsou dostatečně silné, aby samostatně vedly ke zhojení psoriázy. Proto je zapotřebí je kombinovat s účinnými látkami.

Obecně se označují jako emoliencia. Kůži změkčují, zvláčňují, obnovují kožní bariéru, upravují pH kůže, hydratují, regenerují, obecně slouží k udržení integrity kůže. K mytí a koupelím jsou zvláště vhodná koupelová emoliencia. Jedná se o speciální olejové přípravky. Postiženou kůži nejen umyjí, ale také promastí a zklidní. (Peňázová, 2007)

2.4.1.2 Balneoterapie

Termín balneoterapie se používá pro dva odlišné pojmy, jednak pro koupelovou léčbu, ale i lázeňskou. K využití jsou možné koupele solné, minerální, olejové (parafinové, arašídové, slunečnicové, sojové, olivové, mandlové), dehtové a ichtamololové, bylinné, antiseptické, sirné a další. Pomáhá i čistá teplá voda, jež má význam před mazáním a ozařováním. Koupelové přísady mají podle svého složení lokálně léčebné účinky. Totéž platí o mytí vlasů různými léčivými šampony nebo o sprchování některými tekutými mýdly. Koupel také způsobuje relaxaci a pozitivně působí na psychiku. Při volbě druhu léčebné balneoterapie je nutné brát zřetel na formu a stadium psoriázy. Rozhoduje teplota a délka koupele a koncentrace přísad. (Benáková, 2009)

Izolovaná balneoterapie bez zevní terapie či fototerapie má u psoriázy jen malý efekt. Její uplatnění nacházíme především v kombinované léčbě, potencuje účinky fototerapie a zevní terapie.

2.4.2 Fototerapie

„Přirozené slunění je u psoriázy historicky známou léčebnou metodou. A je to právě neviditelná, ultrafialová část slunečního záření, která má na psoriázu léčebné účinky. Dodnes se využívá jak v rámci přímořské, lázeňské a vysokohorské léčby, tak individuálně.“ (Benáková, 2003, s. 62)

Světloléčba dosahuje příznivých výsledků u 80 – 90 % nemocných s psoriázou. Fototerapie má účinky proliferativní a zasahuje patologický proces vzniku psoriázy. Světloléčba se indikuje tehdy, je-li zevní léčba jen málo efektivní a přesahuje-li postižení nad 30 % tělesného povrchu. Nutným předpokladem před ozařováním je odborné určení typu kůže, neboť každá kůže reaguje jinak na sluneční záření. Pro každého konkrétního jedince lékař určí časovou expozici, intervaly a stanový léčebné kombinace. Samoobsluha ve slunění je pro nemocného velice nebezpečná. Nekontrolované slunění a ozařování zvyšuje výskyt rakovinových ložisek na kůži.

Celotělové zářiče mají podobu kabin, paravanů a jednoho či oboustranných lůžek. Mimo celotělových zářičů jsou však vyráběny i lokální zářiče, které umožňují cílenou fototerapii nejvíce postižených lokalit. V posledních desetiletích se stále více uplatňuje umělá fototerapie, která využívá UV paprsky spektra UVA a UVB. Spektrum UVC se nepoužívá jelikož je škodlivé. Kromě světloléčby UV světlem se mohou také využívat jiné fyzikální metody. Jsou méně často používané, patří sem například rentgenové ozáření, lasery, biolampy či interferenční proudy.

Pro léčbu lupénky je neúčinnější úzkospektré UVB světlo o vlnové délce 311nm. Ke zlepšení průniku ultrafialového světla se UVB světloléčba kombinuje s léčebnými koupelemi, zevní léčbou, nejčastěji cignolinem, dehtem, deriváty vit. D a retinoidy. Využívá se metoda SUB. Jedná se o léčbu spektrem mezi složkami UV- A a UV - B záření.

Samotné paprsky UVA nejsou pro psoriázu účinné, proto se využívá PUVA světloléčba. PUVA je metoda v léčbě psoriázy velice účinná, má však určitá rizika (stárnutí kůže, vznik neoplázií, katarakty, hepatopatie nebo přechodné GIT potíže), a proto se používá u rozsáhlých těžkých forem, nesmí se kombinovat s dehty a je nevhodná pro těhotné ženy a děti postižené psoriázou. Nemocný dostane 1 – 2 hodiny před ozářením UVA spektrem tabletu psoralenu, kterou polkne. Méně často se psoraleny používají ve formě roztoku,

krému či fóliové koupele. Psoraleny jsou látky zcitlivující kůži vůči UV záření a nemocný je nucen chránit se před slunečním zářením použitím slunečních brýlí.

Obecně světloléčba není vhodná při akutním stádiu psoriázy, kapkovité psoriáze, nesnášenlivosti UV světla, při používání látek zcitlivujících kůži vůči UV záření, při kožních nádorech, infekčních chorobách, těžkých srdečních, cévních a metabolických onemocněních, při epilepsii, duševních chorobách, drogové závislosti, klaustrofobii aj.

I když u většiny psoriatiků se po slunění či fototerapii stav zlepšuje, odhaduje se, že až u 10 % pacientů se stav nelepší, někdy se dokonce zhorší.

2.4.3 Celková léčba

„Rozumíme tím léky ve formě tablet, roztoku či injekcí, které se tedy užívají vnitřně, celkově, systémově. Vzhledem k jejich nežádoucím účinkům se předepisují jen u těžších případů, nereagujících na zevní léčbu a světloléčbu. Před jejich nasazením se vždy zvažuje poměr rizik ku prospěchu léčby. Kromě toho vždy lékař napřed zjišťuje laboratorním a eventuálně interním vyšetřením, zda konkrétní pacient tyto léky vůbec může užívat a zda je schopen spolupracovat. Tedy přesně dodržovat lékařské pokyny, chodit na pravidelné lékařské a laboratorní kontroly. Jinak lék nelze předepsat.“ (Benáková, 2003, s. 72)

Léky ordinuje zkušený dermatolog, v současnosti jsou na trhu schválené léky, mezi něž patří Cyklosporin A, Metotrexat, a Acitrein. Každý z nich je vhodný na jiný typ či fázi psoriázy.

- *Cyklosporin A*

Cyklosporin A je lék patřící mezi imunosupresiva. V době užívání nesmí nemocný docházet na fototerapii, slunit se, hrozilo by riziko vzniku kožních nádorů a užívat některé léky. Tento lék je dobře použitelný pro navození rychlé remise u psoriázy, není však vhodný pro dlouhodobou udržovací léčbu. Jeho hlavní funkcí je útlum T-lymfocytů.

- *Acitrein*

Acitrein je lék odvozený od vitamínu A, tzv. retinoid, který patří k celkovým lékům i pro dlouhodobou udržovací léčbu. Upravuje abnormální rohovění u psoriázy. Lék se užívá po jídle, nebo se zapíjí mlékem, aby došlo k správnému vstřebání léku. Samotný vitamin A v bezpečných dávkách nemá na léčbu lupénky žádný účinek. Často se Acitrein používá

v kombinaci se světloléčbou. Ženy během užívání léku a ještě 2 roky po vysazení musejí užívat bezpečnou antikoncepci, protože lék poškozuje plod během nitroděložního vývoje.

- *Metotrexat*

Metotrexat je antimetabolit, jež blokuje růst buněk a má protizánětlivé účinky. Je určen k dlouhodobé cytostatické léčbě, která tlumí projevy lupénky. Tak jako při užívání Cyklosporinu A by se nemocný měl během užívání vyvarovat slunění, fototerapii a užívání některých léků. Je to velmi účinný lék, značně toxický, podává-li se dlouho nebo příliš často.

Problémem všech stávajících léků je jejich kumulativní toxicita, lékové interakce, nežádoucí účinky a míra účinnosti při dlouhodobém podávání, což výrazně omezuje jejich použití pro dlouhodobé udržení psoriázy v remisi.

Pro nejtěžší pacienty, kde uvedená léčba není dostatečná nebo ji nemocný špatně snáší, jsou k dispozici biologika.

- *Biologika*

Biologika jsou léky, které i při dlouhodobém působení jsou bezpečné a dlouhodobě účinné. Dosavadní zkušenosti svědčí o tom, že biologika mají podstatně méně nežádoucích účinků než stávající celkové léky a na rozdíl od nich nevykazují známky lékových interakcí ani rizik kumulativního toxického působení při dlouhodobém podávání. Biologika pro léčbu psoriázy jsou biotechnologicky vyráběné celkové léky cíleně modifikující biologickou odpověď na molekulární úrovni. Tedy cíleně zasahují do patogenetického pochodu vzniku psoriázy. Tyto léky jsou také účinné při autoimunním onemocnění kloubů a při Crohnově chorobě. Podávají se pouze injekčně, a to dlouhodobě. Kontraindikací k podání biologik je gravidita a kojení, alergie na lék, aktivní septické infekce, maligní onemocnění, prekancerózy, dekompenzovaná a závažná onemocnění a jiné. (Tichý, Ditrichová, 2007)

2.4.4 Podpůrné a alternativní prostředky v léčbě psoriázy

Alternativní prostředky nemohou nahradit klasické léky, ale mohou je doplňovat. Účinnost alternativních prostředků nedosahuje účinnosti standardních ani podpůrných léků na psoriázu, avšak mají tyto metody určité opodstatnění. Většinou nenesou riziko nežádoucích reakcí a přinášejí dobré efekty, především psychoterapeutické. Každé jiné léčebné metody je důležité prodiskutovat s ošetřujícím lékařem. Přírodní terapie dosáhla

v posledních letech obrovské popularity. Patří sem metody, zvláště známe svojí historickou tradicí. Výsledek používání alternativních metod je individuální.

„Dvě třetiny lidí dotazovaných v jednom britském zdravotním středisku přírodní medicíny odpověděly, že již dosáhly určitého zlepšení pomocí přírodní terapie. A ti, kteří léčebné metodě důvěřovali, patřili k těm nejúspěšnějším.“ (Bower, 1998, s. 64)

- *Fyzikální metody*

Mezi fyzikální metody řadíme například rentgenové ozáření, kauterizaci, aplikaci interferenčních proudů a další, které mohou působit podpůrně při léčbě psoriázy.

- *Neuropatie*

Neuropatie používá pestrou směsici terapie, která je založená na dietách, homeopatii, léčbě rostlinami a bylinami, dále hydroterapii, tělesném a mentálním cvičení. Je zde kladen důraz na tělesný pohyb, zdravou výživu a pozitivní myšlení.

- *Klimatoterapie*

Užití slunečního světla, minerálních pramenů a na minerály bohatého bahna k léčení dosáhla jednoho z nejpřesvědčivějších a nejdéle trvajících úspěchů při léčbě lupénky. Mrtvé moře obsahuje desetinásobné množství solí ve srovnání s jinými moři. Je to nejnižší místo na Zemi. Leží 400 metrů pod úrovní moře. Voda z Mrtvého moře se velice rychle odpařuje. Vytváří to opar, který poskytuje přirozený filtr slunečním paprskům UVB spektra, která jsou pro léčbu lupénky nejužitečnější. Vzduch v oblasti Mrtvého moře je také bohatší na kyslík, ve vzduchu nejsou žádné alergeny a nečistoty. Velmi nízká vlhkost vzduchu zvyšuje metabolickou aktivitu organismu, což lidem dodává pocit svěžesti a síly. Léčba bahnem se zdá být zvláště přínosná pro nemocné s psoriatickou artritidou. Pobyt u moře má také zvláště psychologický přínos. Spočívá v tom, že se lidé setkávají s jinými stejně postiženými a chápajícími lidmi. Většina nemocných pozoruje viditelné zlepšení onemocnění již po tří až čtyřdenním pobytu.

- *Meditace*

Meditace prohlubuje relaxaci a umožní na chvíli zpomalit činnost mysli, aby se zotavila z vlivu každodenních zmatků.

- *Vizualizace*

Technika vizualizace vychází z předpokladu, že představivost má moc aktivovat samo ozdravné schopnosti organismu. Nemocní si například představují, jak se procházejí po pláži a teplý vánek odnáší šupiny pryč.

- *Hypnóza*

Hypnóza je mocným léčivým nástrojem, je-li prováděna zkušeným odborníkem.

„Studium hypnózy zjistilo, že stresem podmíněné choroby zvládá hypnóza rychleji, ale také jsou důkazy pro to, že to není ani tolik výsledkem vlivu sugescí, ale spíše účinkem hluboké relaxace, která snižuje hladinu úzkosti.“ (Bower, 1998, s. 100)

- *Arteterapie*

Arteterapie umožňuje vyjádřit skryté negativní pocity pomocí malby, tance, hudby, divadla a podobně.

- *Aromaterapie*

Aromaterapie využívá esenciální oleje z aromatických rostlin k uvolnění organismu a k navození samo ozdravného procesu. Pro léčbu lupénky je zvláště užitečný olej z obilných klíčků aplikovaný na kůži. Zmírňuje svědění a zánět. Levandulový olej v koupeli zklidňuje zánět a uvolňuje psychické napětí. Bergamot působí na stres, úzkost, využívá se k posílení sebedůvěry. Olej ze santalového dřeva má příznivé účinky na suchou a šupící se kůži, heřmánek je známý svými protizánětlivými účinky a cedrové dřevo, také prospívá kůži.

- *Akupunktura*

Akupunktura od zkušeného lékaře může být také u některých jedinců prospěšná. Tato metoda je založena na víře v energii, jež proudí nejen tělem, ale i samotným vesmírem. Léčba spočívá v napichování akupunkturálních bodů tenkými jehlami, čímž dochází k obnovení průtoku energie tělem. Podobnou metodou je akupresura či reflexologie, která namísto jehel využívá prsty a ruce k vyvinutí tlaku na určité místo.

- *Homeopatie*

Dosud nebyl podán vědecký důkaz o účinnosti homeopatik.

„Homeopaté věří, že podáním minimálního množství substance, která by v normálních dávkách způsobila příznaky, jež chtějí léčit, navodí v organismu vlastní obranné mechanismy neboli „vitální sílu“. Homeopatické léky se vyrábějí z „matečné tinktury“, která vzniká macerací rostlin, nerostných látek a kovů v alkoholu.“ (Bower 1998, s. 108)

Potom se opakovaně ředí ve vodě a energeticky potřepává, nakonec se tekutina převede do formy pilulek přidáním cukru a škrobu.

- *Dietní potření*

Neexistují objektivní důkazy o prospěšnosti speciálních diet či škodlivosti určitých potravin vzhledem k psoriáze. Přece jen můžeme předpokládat, že na průběh psoriázy má negativní vliv alkohol a kouření. Většina doporučení se kryje se zásadami zdravé racionální výživy. Doporučuje se strava jako u jaterní či žlučnickové diety. Omezení konzumace masa, cukrů a případně suplementace nenasycených mastných kyselin. Důležitou součástí prevence je i dostatečný tělesný pohyb. Dodržování diety je vhodné zejména u chronické psoriázy spojené s obezitou, cukrovkou, dnou, chorobami jater, žlučnicku a trávicího ústrojí, při alkoholismu, kloubních potížích, akné. Při akutním výsevu je zvláště doporučena ne-dráždivá strava, omezující ostrá jídla. Obecně se vylučují vysokokalorická jídla (tučné uzeniny, sádlo, ořechy, tvrdé sýry, smetana, konzervy, kachna, husa apod.), moučná, cukernatá, včetně cukrářských výrobků, sladké kompoty, džusy. Omezuje se kuchyňská sůl, nedoporučuje se pití alkoholických nápojů, sladké limonády a minerální vody, která obsahuje velké množství lithia, dále se omezuje pití kávy, černého čaje, u svědivých výsevů se navíc vylučují kyselá, kořeněná a ostrá jídla. Naproti tomu dáváme přednost tmavému celozrnnému pečivu, rýži, krupici, nudlím. Vhodné jsou různé druhy zeleniny, bílé maso, sója, rostlinné tuky, houby, nízkotučné potraviny. Z nápojů jsou to bylinné čaje, známé svými zklidňujícími, protizánětlivými a hojícími účinky, a dále minerální vody s vyšším obsahem železa.

Z potravinových doplňků se užívá rybí tuk, resp. 3 a 6 omega mastné kyseliny, nebo rostlinné nenasycené mastné kyseliny, jako jsou extrakty z brutnáku, pupalky. U nich bylo prokázáno, že vnitřní užívání není účinnější než zevní, tj. ve formě olejů, masť, krémů. Dále pak fosfolipidy, např. lecitin získaný se sóji. Dále olej ze žraločích jater, austral-

ský Emu olej, z minerálů pro vnitřní užití je zvláště vhodný hořčík, vápník a zinek. Z vitamínů je prospěšný vitamín A- zpomaluje rychlost buněčného dělení, komplex vitamínu B- zvyšuje obranu orgánu proti poškození stresem, vitamin D, acidum folikum, vitamin C. Dodávání v tabletách má příznivé účinky. Je však nutný odborný dohled.

Existuje velké množství alternativních prostředků, na závěr zmíním ještě léčbu vlastní močí, zevní přípravky z kobyliho mléka, pití kobyliho mléka, Švédské kapky, koupele v pekařském droždí, henu na vlasy, žen-šen, propolis apod.

2.5 Zdravotnická a léčebná zařízení

V současné době je odborná zdravotní péče poskytována nemocným ambulantně v ordinacích kožních lékařů. Dále mají nemocní možnost navštěvovat stacionáře, také se jim říká denní centra. Jsou to centra státní či soukromá, vznikající při nemocnicích nebo izolovaně. Zde dochází nemocní na fototerapii, léčebné koupele a k ošetření kůže různými přípravky. Pokud se stav nemocného zhorší a ambulantní péče není dostatečná, přistupujeme k hospitalizaci nemocného do nemocničního zařízení, kde probíhá intenzivní léčba. V rámci těchto zařízení, ale také mimo ně, fungují někde speciální poradny, které poskytují nemocným lidem nejen adekvátní léčebnou, ale také psychosociální poradenskou pomoc. Léčbu psoriázy v pracovní neschopnosti zvažujeme v případech, jestliže nemocný nemůže provádět léčbu při práci dostatečně a pravidelně, je-li samotná pracovní aktivita provokačním faktorem, nebo je léčba časově náročná.

Vysokohorská klimatická či přímořská léčba je taktéž přínosná. Návrh na lázeňskou léčbu vypisuje dermatolog spolu s praktickým lékařem, formulář se odevzdá v pobočce zdravotní pojišťovny, kde je zhodnocen revizním lékařem a nemocný písemně informován. Na lázeňskou léčbu mají nemocní nárok podle formy psoriázy. Indikace může být 1x za rok, či 1x za dva roky, popřípadě je hrazena pouze část lázeňského pobytu.

„V české republice se jedná o lázně Ostrožská Nová Ves u Uherského Hradiště (se známými léčebnými sirnými prameny a příznivým klimatem), Kostelec u Zlína a lázně Dolní Lipová v Jeseníkách. Pro české pacienty zdravotní pojišťovny hradí lázeňskou léčbu i ve Slovenské republice- lázně Smrdáky, s osvědčenými sirnými prameny, příznivým klimatem i cenovými relacemi. U pacientů s psoriatickou arthropatií jsou to lázně na pohybové ústrojí - Darkov, Kynžvart, Velichovky, Teplice nad Bečvou, Bělohrad, Slatinice a další.

Návrh na tuto lázeňskou léčbu doporučuje revmatolog nebo ortoped.“ (Benáková, 2003, s. 93)

Kromě lázní jsou vhodné i maďarské termální prameny nebo slovenské středisko s termálními prameny Podhájská. Ze vzdálenějších přímořských oblastí jsou zvláště proslulé pobyty u Mrtvého moře, kde kromě vysoké koncentrace solí v moři, intenzivního slunečního záření a aplikace bahenních zábalů působí na kůži i vysoká koncentrace brómu v ovzduší, což vede k celkové relaxaci.

Také přímořské pobyty v méně exotických a proslulých oblastech jsou prospěšné, vždy je ale nutné preferovat jižní moře. Většina nemocných po 3 - 4 týdenním pobytu pozoruje značné zlepšení.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kůže odráží pohodu organismu jako celku, fyzickou i psychickou. Kožní choroby mají pro svou zjevnost výrazný charakter. Psychosomatické a psychosociální vlivy mohou působit jako provokační faktory a být příčinnou nestability průběhu a vzniku znovu vzplanutí choroby. Současná odborná literatura poukazuje na fakt, že lidé postižení psoriázou mají sníženou kvalitu života stejně tak jako nemocní s jinými chronickými a přitom závažnými chorobami (např. deprese), v některých případech je kvalita života ještě horší. Psoriatik není podle většiny studií ve své dědičné psoriatické dispozici primárně zatížen typem osobnosti a psychiky.

Psoriáza sebou přináší důsledky nejen fyzické, ale také psychické, sociální a ekonomické. Chorobné projevy na kůži působí odpudivě, což sebou přináší značné sociální komplikace. Mnoho postižených si myslí, že ztratili kontrolu nad svým životem. Nevyužívají koupaliště, protože se na ně ostatní dívají, nenávidí supermarkety, protože se prodavačky štítí od nich vzít peníze, tráví trapné minuty u kadeřníka vysvětlováním, že jejich nemoc není nakažlivá. Mohou být omezeni výběrem pracovního místa, také se někteří potýkají s ekonomickými obtížemi souvisejícími s náklady na léky, cestováním do léčebných zařízení, ztrátou výdělku, také přicházejí o volný čas. Mnohdy se zde vyskytují i problémy v partnerských vztazích, kdy negativní dopady tohoto onemocnění mohou vést k neuzavření sňatku, k problémům při sexuálním soužití, k manželským problémům a někdy k rozvodu. Individuálně tyto jedinci zažívají bolest, svědění, mnohdy trpí pocity frustrace, beznaděje, mají snížené sebevědomí, izolují se, reagují agresivně.

„Průzkumem bylo zjištěno, že více než polovina nemocných psoriázou trpí anxiózně –depressivním syndromem, někdy až s emočními prvky“ (Novotný, 2002, s. 100)

Pro velkou část nemocných není lehké přijmout doživotní symbiózu s lupenkou. Vnímání závažnosti onemocnění klienty se velmi liší od hodnocení lékařů, a proto je v současné době lupénka posuzována nejen podle rozsahu a intenzity postižení, ale i dle lokalizace, průběhu onemocnění, sociálního a ekonomického dopadu, tedy dle ovlivnění kvality života.

3.1.1 Psychoterapie

Z hlediska psychologie lze rozlišit tři druhy pacientů. První skupinu tvoří nemocní, jež mají postoj ke své nemoci lhostejný, neprojevují zájem o řádné léčení, druhou skupinu tvoří nemocní s rozumným a úměrným zájmem, kteří dobře spolupracují s lékařem, a třetí skupinu tvoří nemocní většinou nespokojení, pátrající po všech dostupných léčebných metodách. (Timuřák, 2006)

Duševní léčba probíhá ze strany lékaře vědomě a cíleně nebo zcela spontánně. Mohou se využívat metody autosugesce, akupunktura a mnohé jiné alternativní metody.

„Statisticky vyčíslit příznivé výsledky psychoterapie u psoriázy je nemožné pro mnohočetnost okolností, které ovlivňují chorobu. Individuálně závisí na charakteru vyšší nervové činnosti a na sugestibilitě pacienta.“ (Novotný, 2003, s. 103)

Důležitou úlohu sehrává zkušený psycholog. Práce psychologa je komplexní, učí také nemocného, jak provádět relaxační techniky, autogenní trénink, který lze kombinovat s jógou, meditací, muzikoterapií, aromaterapií atd.

Konkrétně klinická psychologie zaujímá v psychiatrii své nezastupitelné místo jak v oblasti diagnostiky, tak v oblasti psychoterapie. Pojem klinická znamená specifické zaměření na zdravotnickou tematiku. Kvalitní, znalý psycholog by měl poznat, kdy jde o intervenci u lidí s psychickými problémy, které může zvládnout, a kdy jde o problém, který přesahuje do psychopatologie, a je nutné, aby zasáhl lékař, tedy psychiatr. Psychiatr a psycholog tvoří tým. Konzultují diagnostiku a také návrh léčby.

Významnou pomoc představují i aktivní patientské organizace. Je to dobrovolné sdružení nemocných všech věkových skupin, které prosazují zájmy nemocných. Organizují společně léčebné a rekreační pobyty, pořádají schůzky, besedy s odborníky, koordinují dobrovolnou aktivitu členů, navazují spolupráci s odborníky, sdělují si své zkušenosti a strachy, o nichž se zdravými stydí hovořit. Skupinová sezení bývají někdy účelnější než individuální poradenství. V roce 2004 byl stanoven Světový den lupénky, a to na datum 29. 10. Tento den je příležitostí ke konání různých setkání.

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA S PSORIÁZOU

V této kapitole se zaměřuji na kompetence sestry při poskytování ošetrovatelské péče o nemocného s psoriázou. Sestra se podílí na diagnostice, kdy získává od nemocného anamnestické údaje, pečlivě sleduje vzhled kůže a pátrá spolu s nemocným po vyvolávajících faktorech zhoršujících stav onemocnění. Dále dle ordinace odebírá biologický materiál na vyšetření a asistuje lékaři při jiných diagnostických výkonech. Dle svých kompetencí informuje nemocného o průběhu vyšetření, zajišťuje fyzickou přípravu a pečuje o psychickou pohodu. Ošetřuje psoriatickou kůži dle pokynů lékaře, pečuje o pohodlí, psychiku nemocného a správnou edukací učí nemocné technice ošetření psoriatické kůže a podává nemocnému informace k zamezení zhoršování nemoci. Cílem ošetrovatelské péče je správně aplikovat léčiva na kůži, zmírnit u nemocného svědění, správným postupem dosáhnout léčebného efektu, správnou edukací nemocného snížit riziko komplikací a podpořit psychickou pohodu nemocného. Vlastní edukace bude podrobně rozepsána v následující kapitole.

4.1 Péče o kůži

Setra sleduje stav kůže, hodnotí subjektivní potíže nemocného a správně aplikuje léčivo na kůži. Setra si připraví dokumentaci, jednorázové rukavice, porcelánové misky, dřevěné lopatky, štětičky a naordinované léčivo.

Zásady aplikace léku na kůži

Zevní léky sestra aplikuje v místnosti k tomu určené, v případě nutnosti u lůžka nemocného s použitím vozíku pro aplikaci zevní terapie.

Léčiva uchováváme v příslušných prostorách, musí být řádně označena, v originální nádobě, kontrolujeme expiraci.

Používáme správnou koncentraci naordinovaných léků, dodržujeme způsob a dobu podání naordinovaného léčiva.

Při aplikaci používáme ochranné pomůcky (ochranný plášť, jednorázové rukavice), dbáme o hygienu rukou.

Šetrně ošetřujeme kůži, naordinované léčivo aplikujeme vždy jen na postižená místa.

Nedráždíme kůži nadměrným třením nebo násilným odstraňováním aplikovaných léků.

Štětíčkou či lopatkou se nikdy nevracíme zpět do nádoby, je-li lék určen i pro jiné klienty.

Potřebné množství léku vytlačíme přímo z tuby na lopatku či do misky, nebo ze zásobního kelímku vyjmeme jen tolik léčiva, kolik nemocný spotřebuje.

Postup odstranění předchozího léčiva se řídí dle stádia choroby, v akutní fázi se hygiena kůže řídí ordinací lékaře.

Tekutý pudr se před použitím protřepe a nanáší štětíčkou.

Zásyp roztíráme na suchou kůži vatou.

Léčebnou tinkturu nanášíme na postižená místa štětíčkou a necháme zaschnout

Při aplikaci léčiva na hlavu tvoříme pěšinky a léčivo vtíráme do pokožky hlavy.

Vyvarujeme se netaktních poznámek o vzhledu kůže nemocného, snažíme se jej psychicky podpořit.

Aplikujeme naordinované pasty v tenké vrstvě na postižené místo.

Ošetření kůže zaznamenáme do dokumentace.

Po ošetření odstraňujeme použitý materiál, porcelánové misky mechanicky očistíme a dezinfikujeme.

Všímáme si nežádoucích reakcí, komplikací (podráždění kůže po aplikaci léčiva, alergické projevy, folikulitida, celková toxická reakce a jiné) a informujeme lékaře.

Sestra nesmí opomíjet kontrolu expirace léků, dodržuje správné uložení léčiv. Sestra nikdy neaplikuje lék, pokud neví, zda je na něj nemocný alergický a není si jistá zda může nemocnému uškodit, nemůže-li přečíst ordinaci lékaře a nikdy neaplikuje lék není-li zřetelná nálepka na originálním balení. Sestra dodržuje hygienické a aseptické zásady, dokumentuje stav kůže.

Každý nový lék se nejprve aplikuje na malé místo a sleduje se snášenlivost. Během hospitalizace se využívají především externa agresivnější, barvící, v domácím prostředí se preferují málo špinící a zbarvující, s co nejmenším rizikem vzniku nežádoucích účinků.

4.1.1 Ošetření akutních projevů

Akutní projevy psoriázy se ošetřují vícekrát denně. V této fázi není vhodné pokožku třít, tedy nemocný nepoužívá pro odstranění šupin kartáčky. Také se nedoporučuje fototerapie. V akutní fázi se nejčastěji aplikují na kůži tekuté pudry, pěny, mléka a krémy.

4.1.2 Ošetření chronických projevů

Chronické projevy lze ošetřovat 1x denně a dle potřeby. Před každým novým ošetřením odstraňujeme předchozí lék omytím (sprcha, koupel) nebo setřením, někdy lze použít rostlinný olej. Existuje řada hygienických přípravků jež vhodně regulují pH kůže a obnovují lipoidní bariéru. Žínka nebo jemný kartáček jsou vhodné pouze u chronických, šupících se ložisek. Využíváme přípravky obsahující kyselinu salicylovou a ureu. Výjimku tvoří pix pasta, která se nesmývá a na kůži zůstává až několik dnů. Masti a krémy se vtírají obvykle 2x denně, v silnější vrstvě. Pasty, pěny, mléka se roztírají lehce dvakrát denně. Pasta se nejlépe smývá rostlinným olejem. Šampon by měl ve vlasech zůstat 15-20 minut, poté se oplachuje. Do vlasů se aplikují léky smyvatelné v masťovém nebo krémovém základu, v emulzi, či oleji. Trvalé, odbarvování, barvení, a jiných úprav vlasů není potřeba se zříkat. Pouze v akutní fázi je to nevhodné.

Účinek léku zvyšuje okluzivní krytí (přes léčivo přiložíme tenkou elasticou fólii z plastické hmoty, která se převážně obinadlem). Jsou k dispozici speciální hydrokoloidní obvazy, např. Varihesive E. Na ruce - plastové rukavice, průniku léku mohou také napomoci přidané liposomy, fosfolipidy a sfingolipidy. Zavazují se chronické stavy, hlavně na končetinách a ve vlasech. Vlasy kryjeme na noc bavlněnou čepicí. O tom, zda ložiska zavazovat, či ne, rozhoduje lékař dle stádia, formy lupenky a dalších aspektů.

4.1.3 Léčebné koupele

Léčebné koupele mají léčebný význam. Zmírňují svědění, kůži hydratují, zvláční, čistí, snižují dráždivost kůže, napomáhají odšupení, působí hojivě.

Sestra nachystá naordinovaný léčebný přípravek, lékařský teploměr, minutový budík, ochranné rukavice, čisté prádlo, ručník, pro částečně imobilní pomůcky do vany. Nemocnému změří TT, TK, zhodnotí jeho celkový stav, připraví léčebný roztok, dodržuje přesnou koncentraci a postup ředění léku, nachystá všechny pomůcky k vaně. Připraví

lázeň (teplota vody 37 °C - 45 °C u dospělého, 40,5 °C u dětí), dle potřeby zajistí pomoc klientovi a dbá o jeho bezpečnost. Sestra dodržuje bariérový režim, při práci používá ochranné rukavice. Postižená místa se omývají, netřou. Sestra sleduje celkový stav nemocného a případné komplikace (nevolnost, vertigo, pálení kůže, exantém a podobně). Po ukončení koupele se vana dezinfikuje, pomůcky jsou uloženy do kontejneru se zdravotnickým odpadem. Sestra provede záznam do dokumentace.

4.1.4 Fototerapie

Pokud má nemocný ordinovanou koupel, fototerapii a léčebnou látku na kůži, nejprve se vykoupe, potom jde na fototerapii a nakonec k ošetření kůže. Typ přístroje, vlnovou délku a frekvenci ozařování určí lékař.

V akutní fázi fototerapie není vhodná. Sestra nemocného na fototerapii doprovodí, vysvětlí mu princip slunění, jak dlouho to bude trvat, zrak je nutný během záření chránit ochrannými brýlemi, místa citlivější se kryjí látkou či částí oděvu, sestra sleduje možné nežádoucí účinky fototerapie (spálení kůže, přechodné podráždění a jiné). Při provádění fototerapie není vhodné, aby se nemocný současně přirozeně opaloval. Dávky slunění by se mohly počítat. (Poučení pacienta před zahájením fototerapie na kožním oddělení – viz. příloha)

4.2 Péče o pohodlí

Sestra nemocnému zajistí klid na lůžku s vyloučením fyzické námahy. Zajistí prodyšné prádlo a lůžkoviny a jejich výměnu dle potřeby. S lůžkovinami netřepeme, jelikož psoriatické šupiny jsou nositeli řady mikrobů a plísní. Zajistí prostředí ke spánku. Sestra podává nemocnému léky dle ordinace lékaře (ATB, antihistaminika, sedativa). Antihistaminika a sedativa zmírňují svědění kůže. Dle potřeby sestra zajistí pomoc nemocnému při vykonávání běžných denních aktivit.

4.3 Péče o výživu

Během hospitalizace se dietní režim řídí stavem nemocného. Může se podávat dieta šetřící nebo dieta racionální, případně taková, kterou nemocný preferuje a je pro něj ideální. Sestra nemocného edukuje o způsobu výživy v domácím prostředí. V zásadě se kryje se zásadami zdravé výživy. Vhodné je snažit se udržet svoji ideální tělesnou hmotnost.

4.4 Péče o psychiku

Sestra si všímá projevů nemocného. Jejím cílem je nemocného uklidnit, povzbudit, motivovat k dodržování všech podpůrných opatřeních při léčbě psoriázy, aby se nemocný smířil se svou nemocí a naučil se s ní žít. Spolu s nemocným sestra vytvoří ošetrovatelský plán, při aplikaci léčby zohledňuje pohodlí nemocného. Léčebný účinek se dostaví zhruba za 3 až 4 týdny. V případě potřeby sestra navrhne možnost psychoterapeutické léčby.

4.5 Domácí péče

Sestra nemocnému podává takové informace, aby nemocný byl schopen samostatně, efektivně a kvalitně pečovat o postiženou kůži, měl dostatek informací o současné a možné léčbě, věděl, jak pečovat o své duševní zdraví a kde najde pomoc a dále znal zásady prevence a byl schopný se plnohodnotně začlenit do společnosti.

5 EDUKACE

Edukaci chápeme jako záměrné a organizované osvojování poznatků, dovedností, postojů aj. Edukace je činností, při níž sestra poskytuje klientovi informace. Sestra kvalitně využívá vědomostí týkající se daného onemocnění a vědomostí z oblasti psychologie, komunikace, pedagogiky aj. Sestra kvalitně informuje klienta s ohledem na různé poruchy a změny klientova stavu a vytváří vhodné podmínky pro edukaci. Edukační proces probíhá v logické návaznosti pěti fází jako cílevědomý, řazený a plánovaný proces v rámci jedné edukační formy. Sestra zjistí a analyzuje údaje o klientovi. Pečlivě a pozorně zhodnotí fyzický a psychický stav, z rozhovoru zjišťuje klientovy potřeby, hodnotí informovanost klienta. Z nabídnutých údajů sestra stanovuje edukační diagnózu. Tedy vymezuje problémy, potřeby a zohledňuje přání klienta. Spolu s klientem sestra vytvoří edukační plán. To znamená, které informace klientovi chybí, co se chce klient dozvědět. Sestra reaguje na potřeby klienta. Důležité je vytvoření vzájemné důvěry mezi sestrou a klientem, vzájemná spolupráce, motivace klienta. Sestra aktivně, správně a účelně podává klientovi kvalitní informace a klient aktivně přijímá nabídnuté informace a učí se je využívat. Sestra spolu s klientem stanoví cíl edukace, dohodnou si čas a dobu trvání, sestra zabezpečí místo pro edukaci a edukační metodu, podle potřeby. Může se jednat o rozhovor, názornou ukázkou, video ukázkou aj. Dále probíhá samotné učení, předávání informací. Sestra přizpůsobuje tempo učení možnostem klienta. Opakuje důležité informace, zjišťuje klientův postoj a vyhodnocuje, zda bylo dosaženo cíle. Sestra dle potřeby poskytne návrh o dalším sebevzdělání a podobně.

Edukace se uplatňuje v odborných ambulancích dermatologa, revmatologa, praktického lékaře, v jednodenní ústavní péči, stacionářích, v lůžkové péči za hospitalizace, ve speciálních poradnách, v lázních. Tady přichází do kontaktu sestra s klientem.

Ústředním tématem je smysl a účelovost edukace, jakou úlohu má edukace. Edukace je důležitá a nedílná součást ošetrovatelské péče o klienta s psoriázou. Nemocný získává potřebné informace o svém onemocnění, získává informace o tom, jak má pečovat o svoji kůži, které faktory mohou zhoršovat průběh onemocnění, kde má hledat odbornou pomoc, které zaměstnání je pro něj vhodné a spoustu dalších.

Naším cílem je správnou edukací snížit u nemocného riziko komplikací a podpořit jeho psychickou pohodu, která hraje důležitou roli v průběhu samotného onemocnění.

5.1 Edukace v jednotlivých oblastech

Sestra se s nemocným setkává v různých zdravotnických zařízeních. Poskytuje klientovi informace k provádění péči a následně takové informace, které stanoví, jako prioritní pro daného klienta.

- *Péče o kůži*

Sestra podává nemocnému informace o správné technice ošetření kůže. Úkolem sestry je nejenom řádně provést výkon, ale také naučit klienta jak se doma ošetřovat. Sestra klientovi sdělí frekvenci aplikace, sílu nanášené vrstvy léčiva, dobu aplikace, způsob odstranění předešlého léčiva, informuje ho o případných nežádoucích účincích, vede jej k zodpovědnému přístupu v pravidelné péči o postiženou kůži. Také je informuje o režimu po aplikaci léčiva na kůži.

- *Léčebné koupele*

Sestra seznámí nemocného s prostředím koupelny, ukáže mu signalizační zařízení, informuje ho o důvodech léčebné koupele, o způsobu provedení, o délce koupele (15 minut), teplotě vody (37 °C - 45 °C u dospělého, 40,5 °C u dětí) a jeho spolupráci. Klient, který je schopen připravit si koupel sám, bude poučen o přípravě roztoků a případných komplikacích, které neprodleně hlásí sestře (nevolnost, vertigo, pálení kůže, exantém a další).

- *Fototerapie*

Sestra nemocného seznámí s aplikací fototerapie. Vysvětlí mu princip slunění, délku trvání, informuje ho o použití ochranných brýlí během záření, citlivá místa je nutno chránit částí látky či oděvu. Klient bude znát možné komplikace účinků fototerapie (spálení kůže, přechodné podráždění a jiné). Během fototerapie by se nemocný neměl přirozeně opalovat. Dávky slunění by se mohly sčítat. Sestra klientovi podává informace o nesnášenlivosti dehtových léčiv se slunečním zářením. Doporučí mu omezit pobyt na slunci ještě tři dny po ukončení léčby dehtovými přípravky.

- *Výživa*

Sestra poučí klienta o nevhodné stravě. Obecně by nemocný neměl konzumovat : živočišné tuky, červené maso, umělé margariny, tučné mléčné výrobky, ořechy, citrusové plody, bílé pečivo, knedlíky, konzervované potraviny, cukrářské výrobky, mnoho kuchyňské soli, nedoporučí pít alkohol, aromatizované čaje, silnou kávu, minerálky s vysokým obsahem lithia, kořeněná, ostrá jídla. Informuje o nevhodnosti kouření.

Sestra klientovi doporučí konzumovat: větší množství čerstvého ovoce a zeleniny, užívat rybí tuk, rostlinné tuky, nízkotučné mléčné výrobky, tmavé celozrnné pečivo, rýži, brambory, čočku, hrách, fazole, krupici, nudle, sóju, bílé maso, houby, kompoty, doporučí mu pít různé bylinné čaje, med, minerálky s vyšším obsahem železa.

Dieta u pacientů s lupénkou podle prof. Dr. Novotného

Doporučené potraviny: Dáváme přednost tmavému celozrnnému chlebu „Knäckebrot“, malým dávkám rýže, krupici, nudlím, bramborám, čočce, hrachu, fazolím, velkému množství čerstvého ovoce a zeleniny, včetně přísad cibule, česneku a červené řepy. Jídlům připravovaných na rostlinných tucích a másle, polotučnému mléku, jogurtům, tvarohu, netučným sýrům, jídlům připravovaných ze soji. Masu hovězímu a telecímu, divočině, králíku, kuřeti a krůtě, z ryb je vhodný candát, štika a pstruh. Málo sladkým kompotům a zeleninovým salátům, zejména z mrkve, rajských jablíček a petržele, dále doporučujeme jíst hodně hub (čerstvých i sušených). Z nápojů lze střídát různé čaje, jako je čaj čínský, indický, šípkový, lipový, mátový. Čaje sladíme medem. Volíme minerální vody s větším obsahem železa, např. Mattoni kyselku, která neobsahuje lithium. Vhodné je konzumovat několik lžiček rybího tuku denně.

Zakázané potraviny: (buď zcela vyřadit z jídelníčku, nebo alespoň omezit). Vylučujeme všechna vysokokalorická jídla. Omezujeme na minimum tučná, moučná, cukernatá jídla. Samozřejmě cukrářské výrobky, bonbony, čokoládu. Z masových potravin vylučujeme vepřové a skopové maso, husu, kachnu, tučné ryby, jako je losos, kapr, uhoř apod. Tučné konzervy všeho druhu, tučné uzeniny, slaninu, lůj, sádlo. Tučné sýry, smetanu, majonézu a vaječný žloutek. Nedoporučujeme ořechy. Omezujeme kuchyňskou sůl. Přísný zákaz jakýchkoliv alkoholických nápojů, nedoporučujeme minerální vody s vyšším obsahem lithia a sladké limonády. Omezujeme pití kávy. Vylučujeme kyselá, kořeněná nebo jinak ostrá jídla. Chceme-li začít s dietou radikálnější, nasazujeme zprvu čajový den, mléčný

a zeleninový den. Potom zavedeme šetřící dietu podle výše popsaného návodu, ale dny ovocné, zeleninové vkládáme dále jednou až dvakrát týdně.

- *Péče o psychiku*

Sestra nemocnému poskytne veškeré informace o chorobě. Poučení se týká všech režimových opatření, péči o kůži. Nemocného edukuje opakovaně. Edukace může být ústní, písemná, formou názorné ukázky, pomocí dostupných letáčků, brožur a podobně. Edukace se využívá nejen během hospitalizace, ale také v ambulancích, v denních centrech a kdekoliv, kde sestra přijde do styku s nemocným. Sestra vysvětlí nemocnému, že projevy lupénky lze odstranit v poměrně krátké době, a že lze předcházet recidivám preventivní péčí. Informuje nemocného o psoriatických organizacích.

Informace poskytnuté sestrou, pro domácí léčbu

Vhodné je pokračovat v udržovací terapii zevní, vnitřní, fyzikální. Pravidelně a pečlivě aplikujte předepsaná léčiva. Pokud něčemu nerozumíte nebo nejste schopni dodržovat navrženou léčbu, vždy to sdělte lékaři. Vhodné je využít možnost přímořské, lázeňské léčby.

- *Sestra nemocnému poradí, jak pečovat o kůži*

Psoriatik musí brát ošetření zjevných projevů jako běžnou denní hygienu. Důvěra a optimismus je základem k úspěchu v léčení. Důležité je používat vhodné zevní prostředky, doporučené lékařem. Používat léčebná mýdla, šampony, pravidelně pečovat o kůži. V akutní fázi se vyhnout dráždivým přípravkům, tření kůže, škrábání. K mytí kůže v období klidu je vhodné používat jemná tekutá mýdla s pH neutral, v období postižení kůže, mycí a koupelová emoliencia (tělová mléka, krémy, masti), keratinolytika, některá emoliencia lze psát na předpis. Kůže v zimním období vyžaduje zvýšenou péči, protože vlhkost vzduchu klesá a kůže je vysušována. Suchá kůže svědí, nemocný se škrábe, což vede k aktivaci psoriázy. Je nutné pečovat o hydrataci kůže a pečovat o správnou vlhkost vzduchu v domácím prostředí. Není vhodné pobývat v klimatizovaných místnostech a tam, kde je horko a sucho. Sauna v akutní fázi je nevhodná, v chronické fázi by individuálně neměla vadit. Nutné je vyloučit prášky na praní, aviváže, mýdla, deodoranty, šampony, hydratační krémy a koupelové oleje, které mohou způsobovat potíže.

- *Péče o kůži kštice*

Na kůži kštice aplikujeme roztoky a šampony. Ve formě šamponů na vlasy se používají dehty, salicylová kyselina, urea, alantoin, přírodní látky (z mořských řas, bylin, s obsahem mořských solí a jiné). Nemocný by měl nechat šampon působit na pokožce 15 – 20 minut.

- *Léčebné koupele*

Z technického hlediska je nejvhodnější tuto léčbu provádět v lázních, nemocnici či denním centru. Balneoterapie není vhodná pro každou formu a stádium lupénky. Po doporučení lékařem si nemocný může léčebnou koupel připravit doma. Na trhu existuje velká škála bylinných přípravků, soli z Mrtvého moře a pod. Je nutné dodržovat určitá pravidla, vhodnou teplotu vody, délku koupele, během koupele je nemocný v klidu a relaxuje. Podmínkou dobrého úspěchu je pravidelná a dlouhodobá aplikace léčebných koupelí.

- *Péče o nehty postižené psoriázou*

Pro péči o nehty postižené psoriázou se doporučují solné teplé koupele a šetrná manikúra. Léčba trvá obvykle 3 měsíce, aplikuje se kortikosteroidní roztok, masti. Užívání stopových prvků - zinek, vápník, hořčík. Při práci je vhodné použít gumové rukavice, pod nimi by měly být nasazené bavlněné rukavice, aby se zabránilo zapaření a podráždění kůže. Není vhodné ruce ponořovat do horké vody.

- *Fototerapie*

Světloléčba se nedoporučuje u akutních projevů psoriázy, dále je-li nemocný postižený kapkovitou formou psoriázy, při nesnášenlivosti UV záření, používá-li nemocný látky zcitlivující kůži vůči UV záření, u kožních nádorů, infekčních a interních onemocněních. Nemocný by měl dbát na pokyny zdravotnického personálu. Během přirozeného slunění a při fototerapii se chrání zrak ochrannými pomůckami, dále se nedoporučuje přirozené slunění mezi 11:00 -15:00 hodinou odpolední. Sestra nemocného upozorní na komplikace, které se mohou vyskytnout v souvislosti se světloléčbou. Každý psoriatik by měl bedlivě sledovat stav své pokožky a v případě komplikací navštívit lékaře

Nemocný se snaží vyloučit *vnitřní spouštějící mechanismy*

Vhodné je, aby nemocný uvažoval o tonzilektomii při angínách a hypertrofii tonzil. Dle indikace lékaře, by se měli odstranit chronická zánětlivá ložiska, dále je nutné léčit GIT potíže a jakékoliv jiné interní patologické poruchy. Pokud je to možné, klient by neměl

užívat léky zhoršující stav psoriázy. Nemocný dbá na prevenci prochlazení, pobývat by měl v prostředí se střední vlhkostí a na sluneční straně. Důležité je vyloučit duševní zátěž a pečovat o své psychické zdraví. (Novotný, 2002)

- Nemocný se snaží *vyloučit zevní spouštějící mechanismy*

Sestra nemocného informuje o faktorech, které mohou zapříčinit vznik či zhoršení již samotné psoriázy. Jedná se o střídavý tlak, (zvolit vhodnou obuv – volnou, pohodlnou), ostré hřebeny, škrábání, používání drsných kartáčků v akutní formě, nosení drsné oděvy, ale upřednostňovat bavlněné a hladké prádlo. Dále by měl nemocný používat ochranné pracovní pomůcky a vyhýbat se poranění, popálení, poleptání i prochlazení. Důležité je včas léčit jiné dermatózy, které by mohly transformovat v psoriázu (například iritativní dermatitida, herpes zoster, akné a jiné). (Novotný, 2002)

- Sestra nemocnému doporučí *vhodné zaměstnání, sport, koníčky*

Nevhodné jsou profese s velkým žárem a pocením, profese s častým zraňováním, dřením, třením a další profese při nichž je nemocný vystaven chladu a působení vody, práce s chemikáliemi, dále zaměstnání, kde je nemocný vystaven psychickému stresu, přepracování a podobně. Neznamená to, že se nemocný musí vzdát svého povolání. Záleží na typu práce, reálnosti, kvalitě a pečlivosti v používání preventivních ochranných pomůcek a také na umístění projevů a průběhu samotné choroby. Na pracovišti musí najít nemocný pochopení. Je nutné vyhnout se sportům a aktivitám, při nichž může dojít k častému zraňování, tlakům a dalším mechanickým provokačním vlivům. K vhodným sportům patří plavání, vodní sporty, lyžování, zimní sporty, turistika, cyklistika, posilování, kulturistika, lehká atletika, ale i tanec a jóga. Záliby a koníčky volíme takové, aby nedocházelo ke zraňování kůže. (Benáková, 2003)

- *Péče o psychiku*

Sestra nemocného informuje o členství ve společnosti psoriatiků, dále informuje nemocného o možnosti psychoterapie, doporučí mu dodržovat zdravý životní styl, mít dostatek pohybu a spánku, vyhýbat se stresu, naučit se relaxovat (technika vizualizace, čtení knihy, relaxace ve vaně, práce na zahradě, poslech hudby, jóga a jiné) a pozitivně myslet.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 POPIS VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Každé chronické onemocnění určitým způsobem ovlivňuje kvalitu života lidí. O to více, je-li onemocnění viditelné. Zaleží na schopnostech člověka, jak se s tímto onemocněním vyrovná a naučí žít. K pozitivním vlivům léčby jistě přispívá psychická pohoda a dostatečná informovanost ze strany zdravotnického personálu. Proto se zaměřuji na zjištění těchto faktů.

6.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit, zda má onemocnění psoriázou negativní dopad na psychiku člověka.
2. Určit, do jaké míry psoriáza ovlivňuje osobní, pracovní a společenský život nemocných.
3. Zhodnotit kvalitu informovanosti nemocných sestrou a zjistit, zda nemocní znají zásady ošetřování psoriatické kůže.
4. Vytvořit na základě výsledků šetření edukační materiál pro klienty s psoriázou.

6.2 Soubor vyšetřovaných osob

Výzkum byl prováděn v měsících listopad 2009 až leden 2010. Pro šetření jsem použila dotazníkovou metodu. 100 dotazníků bylo rozdáno členům společnosti SPAE (Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků), kterých je v současné době cca 500, prostřednictvím vedoucího pracovníka společnosti SPAE. Dalších 40 dotazníků jsem ponechala v lékárnách města Prostějov. Dotazníky byly rozdány nemocným s psoriázou, mužům i ženám bez ohledu na věk. Výběr nemocných s psoriázou byl náhodný. Z celkového počtu 140 rozdaných dotazníků se mi vrátilo 100 kvalitně vyplněných, které jsem zpracovala a vyhodnotila.

6.3 Metodika

Ke své práci jsem si zvolila metodu kombinovaného výzkumu. Z technik pro zjišťování dat jsem využila nestandardizovaný dotazník s celkovým počtem 25 otázek s výběrem jedné či více odpovědí. Dotazník obsahuje 14 otázek uzavřených, 8 otázek polootevřených a 3 otázky otevřené.

Otázky č. 4, 5, 6, 14 a 25 zjišťují, zda má onemocnění psoriázou negativní dopad na psychiku člověka.

Otázky č. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16 a 22 určují, do jaké míry psoriáza ovlivňuje osobní, pracovní a společenský život nemocných.

Otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 a 25 hodnotí kvalitu informovanosti nemocných sestrou a zjišťují, zda nemocní znají zásady ošetřování psoriatické kůže.

6.3.1 Způsob zpracování dat

Pro zpracování a analýzu dat jsem využila metodu statistického hodnocení. K základnímu utřídění dat jsem použila čárkovací metodu. Výsledky byly zaznamenány do grafů a tabulek za použití Microsoft Excel s vyjádřením absolutní četnosti jevů a převedením na relativní četnosti jevů, procenta. Absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí, které respondenti volili. Relativní četnost vyjadřuje počet respondentů, kteří odpovídali na stejnou otázku.

6.4 Výsledky výzkumu

Otázka: Pohlaví

Tabulka č. 1 *Rozčlenění respondentů dle pohlaví*

	absolutní četnost	relativní četnost %
muži	40	40 %
ženy	60	60 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 1 *Rozčlenění respondentů dle pohlaví*



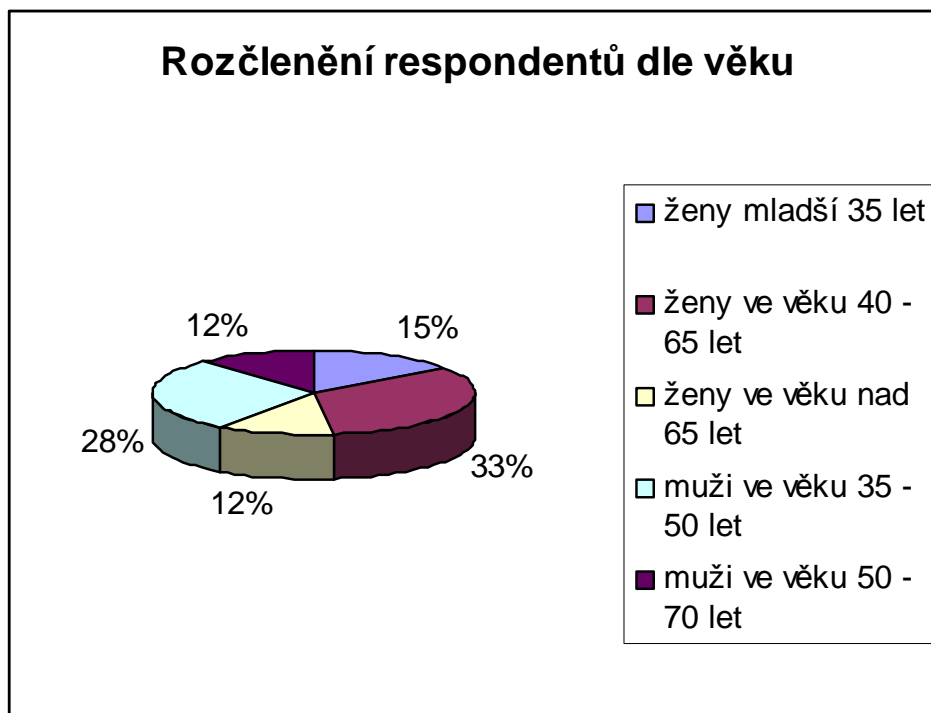
V mém výzkumu tvoří větší počet respondentů ženy. Odborné publikace uvádějí, že výskyt psoriázy u mužů a u žen je téměř stejný, přesto postupně jsou tímto onemocněním častěji postiženy ženy, což tento výzkum potvrzuje.

Otázka : Věk

Tabulka č. 2 *Rozčlenění respondentů dle věku*

	absolutní četnost	relativní četnost %
ženy mladší 35 let	15	15 %
ženy ve věku 40 - 65 let	33	33 %
ženy ve věku nad 65 let	12	12 %
muži ve věku 35 - 50 let	28	28 %
muži ve věku 50 - 70 let	12	12 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 2 *Rozčlenění respondentů dle věku*



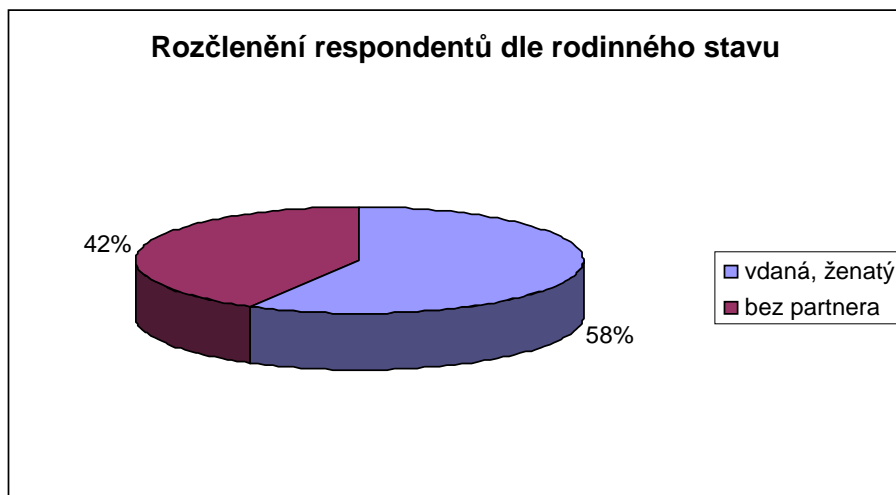
Výběr respondentů byl náhodný. Největší zastoupení zde mají respondenti středního věku a raného stáří. Dotazník byl také vyplněn 15 ženami mladšími 35 let.

Otázka: Rodinný stav

Tabulka č. 3 *Rozčlenění respondentů dle rodinného stavu*

	absolutní četnost	relativní četnost %
vdaná, ženatý	58	58 %
bez partnera	42	42 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 3 *Rozčlenění respondentů dle rodinného stavu*



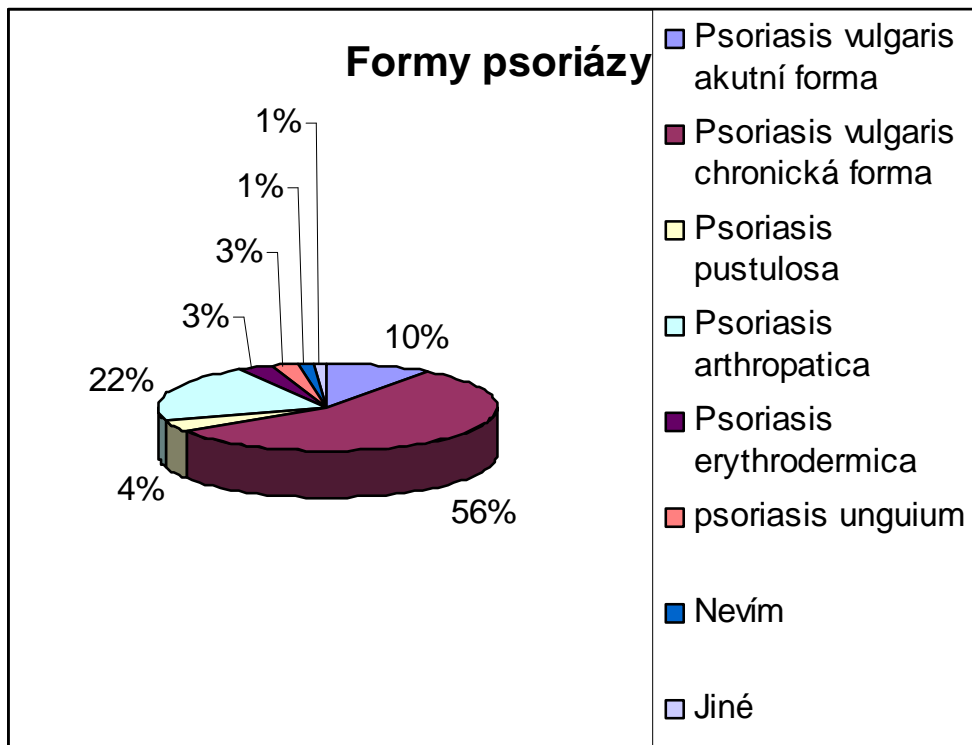
58 % respondentů žije v manželském svazku, zbývajících 42 % respondentů žije bez partnera. To znamená, že jsou buď svobodní, rozvedení, či ovdovělí.

Otázka: Uved'te prosím, jakou formou lupénky trpíte. (respondenti volili více možností)

Tabulka č. 4 *Formy psoriázy*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Psoriasis vulgaris akutní forma	15	10,0 %
Psoriasis vulgaris chronická forma	82	55,4 %
Psoriasis pustulosa	6	4,1 %
Psoriasis arthropatica	32	21,6 %
Psoriasis erythrodermica	5	3,4 %
Psoriasis unguium	4	2,7 %
Nevím	2	1,4 %
Jiné	2	1,4 %
Celkem	148	100 %

Graf. č. 4 *Formy psoriázy*



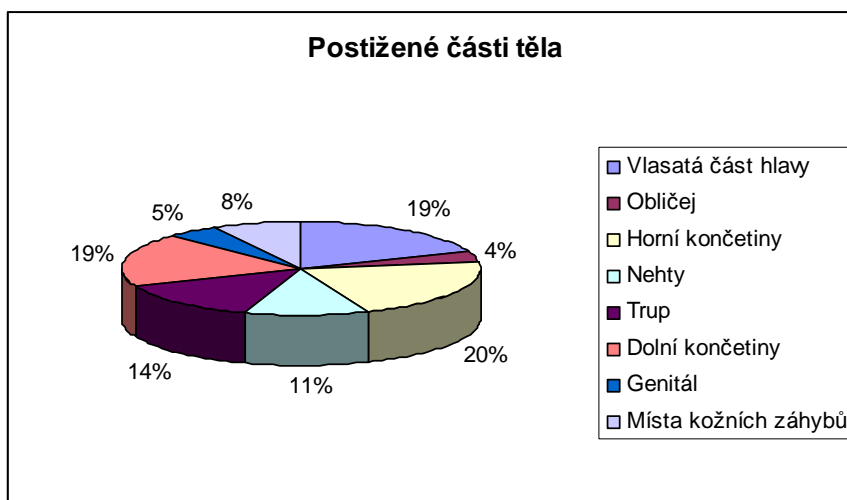
Existuje celá řada forem lupénky. Lokalizace projevů na těle jsou různé. 56 % respondentů uvedlo, že trpí chronickou formou psoriázy, 22 % respondentů trpí psoriasis arthropatica, 10 % respondentů je postiženo akutní formou psoriasis, ostatní formy byly zastoupeny jen malým procentem výskytu.

Otázka: Kterou část Vašeho těla postihuje toto onemocnění ? (respondenti volili více možností)

Tabulka č. 5 *Lokalizace psoriázy*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Vlasatá část hlavy	82	19,0 %
Obličej	17	4,0 %
Horní končetiny	89	20,8 %
Nehty	48	11,2 %
Trup	58	13,5 %
Dolní končetiny	80	18,7 %
Genitál	21	4,9 %
Místa kožních záhybů	34	7,9 %
Celkem	429	100 %

Graf č. 5 *Lokalizace psoriázy*



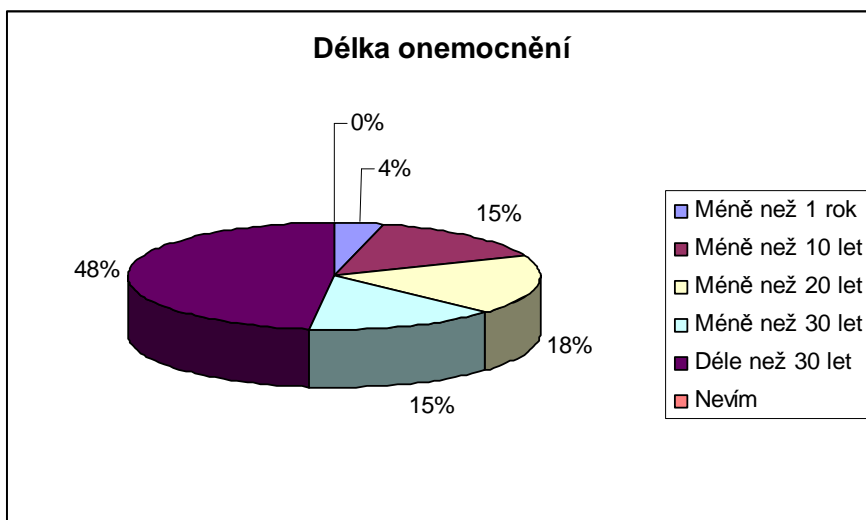
Postižení horních končetin tvoří celkem 21 %, vlasatá část hlavy a dolní končetiny se zde vyskytují v 19 %, trup v 13 %, nehty jsou postiženy u 11 % respondentů, 8 % respondentů značí postižení kožních záhybů a v malém procentu je zastoupeno postižení obličeje 4 % a genitálu 5 %. Z celého výčtu je zřejmé, že psoriázou jsou nejvíce postiženy horní a dolní končetiny, vlasatá část hlavy a trup.

Otázka: Jak dlouho máte diagnostikovanou lupénku ?

Tabulka č. 6 *Délka onemocnění*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Méně než 1 rok	4	4 %
Méně než 10let	15	15 %
Méně než 20	18	18 %
Méně než 30	15	15 %
Déle než 30 let	48	48 %
Nevím	0	0 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 6 *Délka onemocnění*



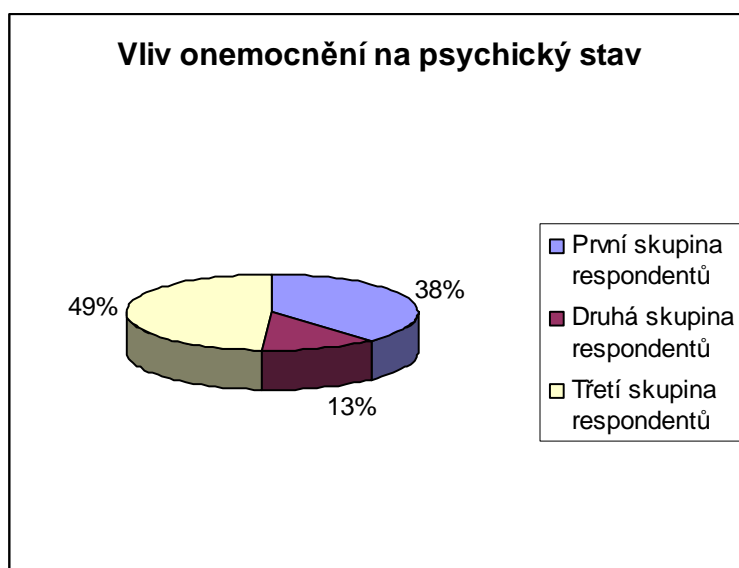
Tato otázka byla orientační, sloužící pro utřídění respondentů. Největší zastoupení a to v 48 % uvedli respondenti, že mají diagnostikované onemocnění déle než 30 let. Vznik onemocnění je možný v každém věku. V celkovém pohledu na věk psoriaticků má začátek psoriázy nejvyšší statický vrchol mezi 16. a 20. rokem věku a druhý, mnohem menší vrchol mezi 45. a 55. rokem věku.

Otázka: Jak toto onemocnění ovlivňuje Váš psychický stav ? (volná odpověď)

Tabulka č. 7 *Vliv onemocnění na psychický stav*

	absolutní četnost	relativní četnost %
První skupina respondentů	38	48 %
Druhá skupina respondentů	13	13 %
Třetí skupina respondentů	49	49 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 7 *Vliv onemocnění na psychický stav*



Pro velkou část nemocných není lehké přijmout doživotní symbiózu s lupenkou. Respondenty jsem rozdělila do třech skupin, podle toho, jak odpovídali na danou otázku.

První skupina respondentů (38 %) – uvedla, že psoriáza neovlivňuje negativně jejich psychický stav, naučili se s ní žít, přijali toto onemocnění.

Druhá skupina respondentů (13 %) – uvedla, že v počátku onemocnění měli velké psychické potíže (deprese, pocit méněcennosti, stres, pocit vydědění ze společnosti), ale nyní se cítí dobře, jsou vyrovnaní a smíření s nemocí, naučili se s tímto onemocněním žít.

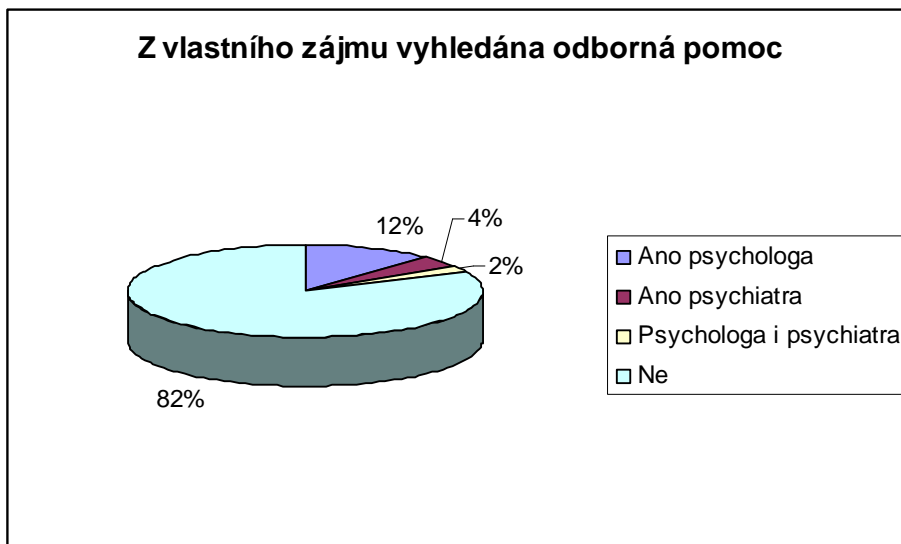
Třetí skupina respondentů (49 %) – uvedla, že lupénka velmi negativně ovlivňuje jejich psychický stav, trpí pocity méněcennosti, pocity studu, straní se společnosti, trpí obavy s negativních reakcí okolí, mají snížené sebevědomí, obavu svléknout se na koupališti, nosit lehký oděv v létě.

Otázka: Vyhledal/a jste někdy z vlastního zájmu pomoc psychologa či psychiatra ?

Tabulka č. 8 *Vyhledaná odborná pomoc*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano psychologa	12	12 %
Ano psychiatra	4	4 %
Psychologa i psychiatra	2	2 %
Ne	82	82 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 8 *Vyhledaná odborná pomoc*



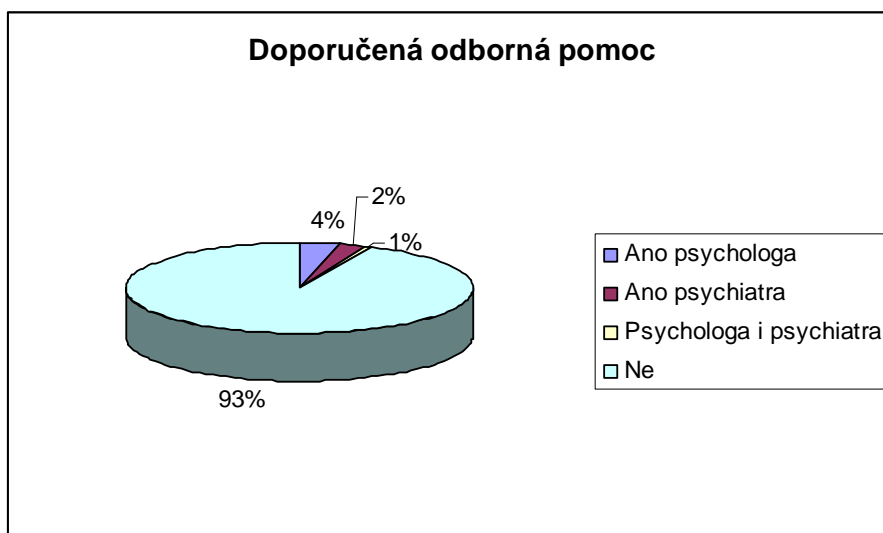
12 % respondentů uvedlo, že vyhledali pomoc psychologa, 4 % respondentů pomoc psychiatra, 2 % respondentů pomoc psychiatra i psychologa a 82 % respondentů nevyhledalo pomoc psychologa ani psychiatra.

Otázka: Byla Vám někdy kožním lékařem doporučena pomoc psychologa či psychiatra ?

Tabulka č. 9 *Doporučená odborná pomoc*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano psychologa	4	4 %
Ano psychiatra	2	2 %
Psychologa i psychiatra	1	1 %
Ne	93	93 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 9 *Doporučená odborná pomoc*



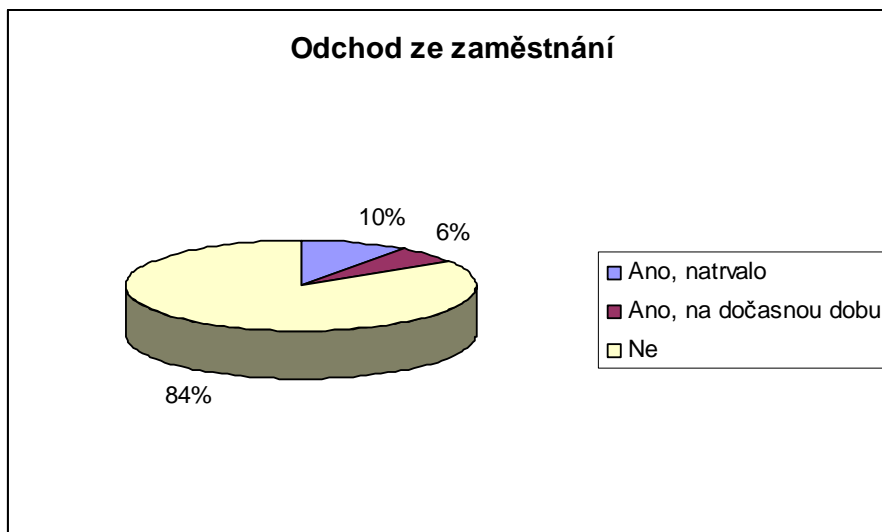
93 % respondentů uvedlo, že jim nebyla lékařem doporučena pomoc psychologa ani psychiatra. 7 % respondentů uvedlo, že jim byla lékařem doporučena péče psychologa či psychiatra.

Otázka: Byl/a jste nucen/a se kvůli onemocnění vzdát svého zaměstnání ?

Tabulka č. 10 *Zaměstnání*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano, natrvalo	10	10 %
Ano, na dočasnou dobu	6	6 %
Ne	84	84 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 10 *Zaměstnání*



10 % respondentů uvedlo, že byli nuceni vzdát se svého zaměstnání natrvalo. 6 % respondentů uvedlo, že se svého zaměstnání byli nuceni vzdát na dočasnou dobu a 84 % respondentů nebylo nuceno vzdát se svého zaměstnání.

Otázka: Měl/a jste někdy potíže při ucházení se o pracovní místo ?

Tabulka č. 11 *Potíže při ucházení se o pracovní místo*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano, měli nevhodné poznámky	4	4 %
Ne	66	66 %
Nevzpomínám si	22	22 %
Jiné	8	8 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 11 *Potíže při ucházení se o pracovní místo*



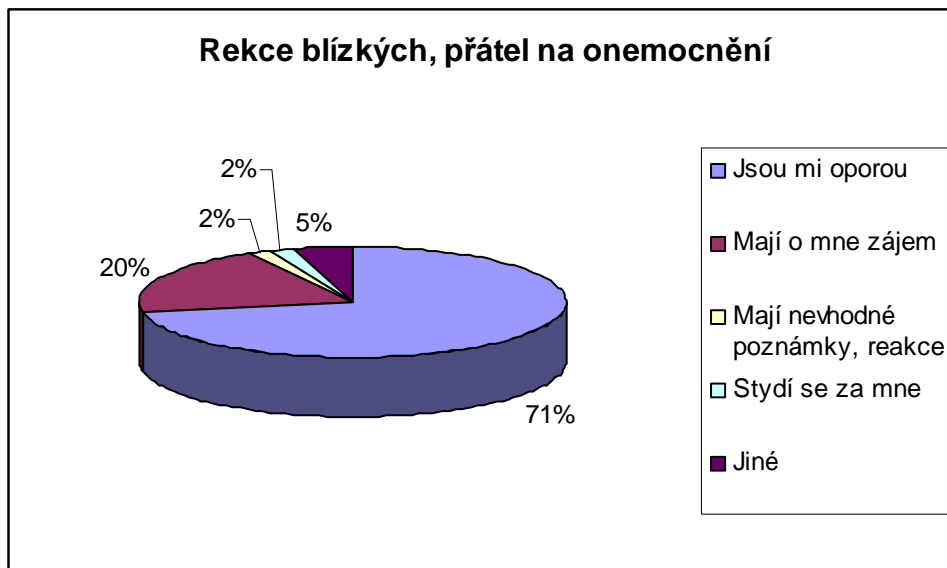
66 % respondentů uvedlo, že neměli potíže při ucházení se o pracovní místo, 4 % nemocných se již setkali s negativní rekcí. 22 % respondentů si nevzpomíná zda by někdy měli potíže při ucházení se o pracovní místo a jinou odpověď volili například studenti, kteří o pracovní místo zatím nežádali.

Otázka: Jak na Vaše onemocnění reagují Vaši blízcí, přátelé ? (respondenti volili více odpovědí)

Tabulka č. 12 *Postoj blízkých, přátel k onemocnění*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Jsou mi oporou	79	71,8 %
Mají o mne zájem	22	20,0 %
Mají nevhodné poznámky, reakce	2	1,8 %
Stydí se za mne	2	1,8 %
Jiné	5	4,6 %
Celkem	110	100 %

Graf č. 12 *Postoj blízkých, přátel k onemocnění*



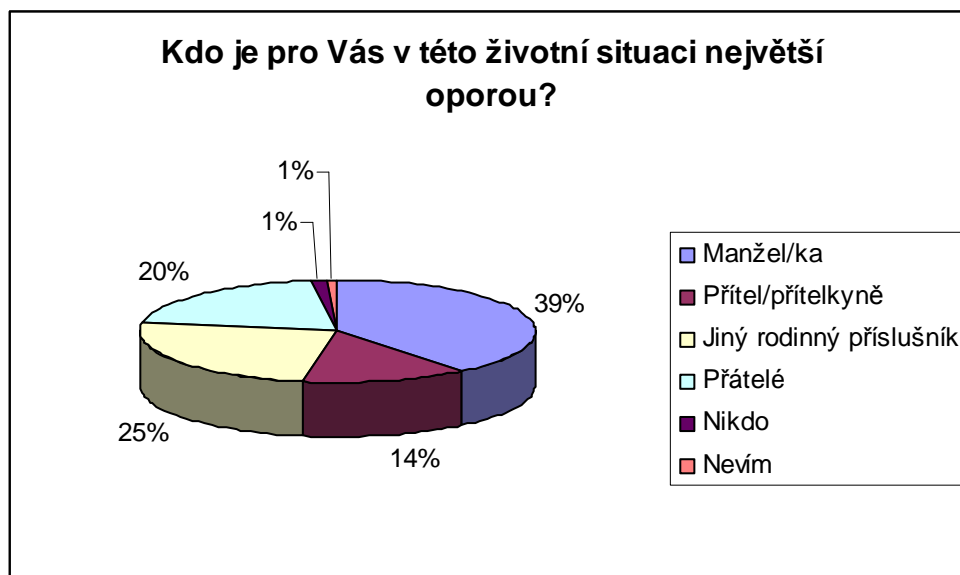
Celkem 92 % respondentů uvedlo kladné reakce. 2 % respondentů uvedlo, že se za ně blízcí a přátelé stydí a další 2 % respondentů označilo, že mají negativní reakce, poznámky. Možnosti jiné využili 4 % respondentů, kde v poznámce uvedli například : „nikdo nic neřeší“.

Otázka: Kdo je pro Vás v této životní situaci největší oporou ? (respondenti volili více odpovědí)

Tabulka č. 13 *Životní opora*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Manžel/ka	54	39, 1 %
Přítel/přítelkyně	19	13, 8 %
Jiný rodinný příslušník	34	24, 6 %
Přátelé	28	20, 3 %
Nikdo	2	1, 5 %
Nevím	1	0, 7 %
Celkem	138	100 %

Graf č. 13 *Životní opora*



V 39 % je pro nemocné postižené psoriázou oporou manžel/ka ve 14 % je to přítel/přítelkyně. Pro 22 % respondentů představuje oporu jiný rodinný příslušník a ve 20 % jsou to přátelé. 1 % respondentů volilo odpověď nikdo a další jedno 1 % respondentů odpověď nevím.

Otázka: Ovlivňuje toto onemocnění Váš partnerský život ? (volná odpověď)

Tabulka č. 14 *Vliv onemocnění na partnerský život*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano ovlivňuje	22	22 %
Ne, neovlivňuje	78	78 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 15 *Vliv onemocnění na partnerský život*



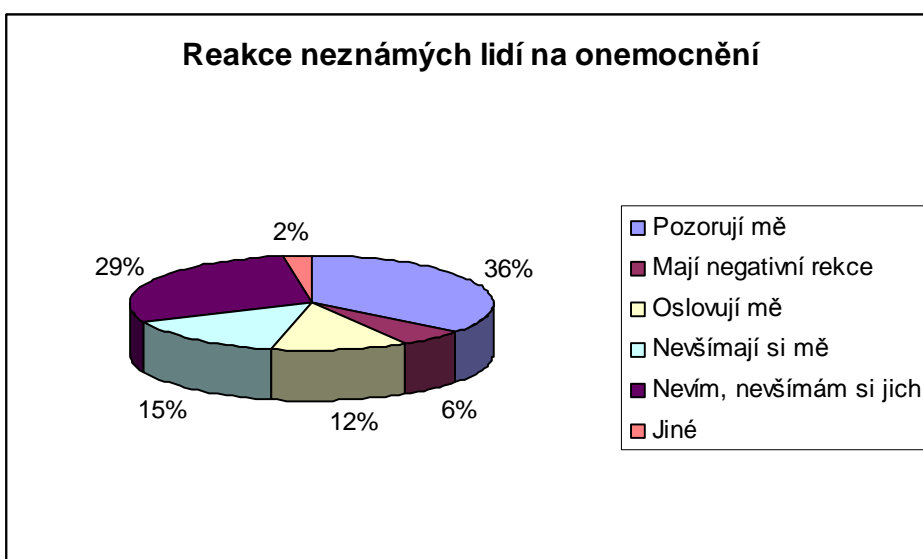
Respondenti zde odpovídali volně, podle nejčastějších odpovědí jsem je rozdělila do dvou skupin. V první skupině, kterou tvoří 22 % respondentů se vyskytli nejčastější odpovědi „Ano ovlivňuje“, „Ano vyžaduje to velkou toleranci partnera“, „Partner neměl pochopení“, „Těžko se seznamuji s muži“. To byl přehled nejčastějších odpovědí. Druhou, větší skupinu tvoří 78 % respondentů, kteří uvedli, že jejich onemocnění neovlivňuje jejich partnerský život.

Otázka: Jak na Vaše onemocnění reagují neznámí lidé ? (Respondenti volili více odpovědí)

Tabulka č. 15 *Reakce neznámých lidí na onemocnění*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Pozorují mě	43	35,5 %
Mají negativní reakce	7	5,8 %
Oslovují mě	15	12,4 %
Nevšímají si mě	18	14,9 %
Nevím, nevšímám si jich	35	28,9 %
Jiné	3	2,5 %
Celkem	121	100 %

Graf č. 15 *Reakce neznámých lidí na onemocnění*



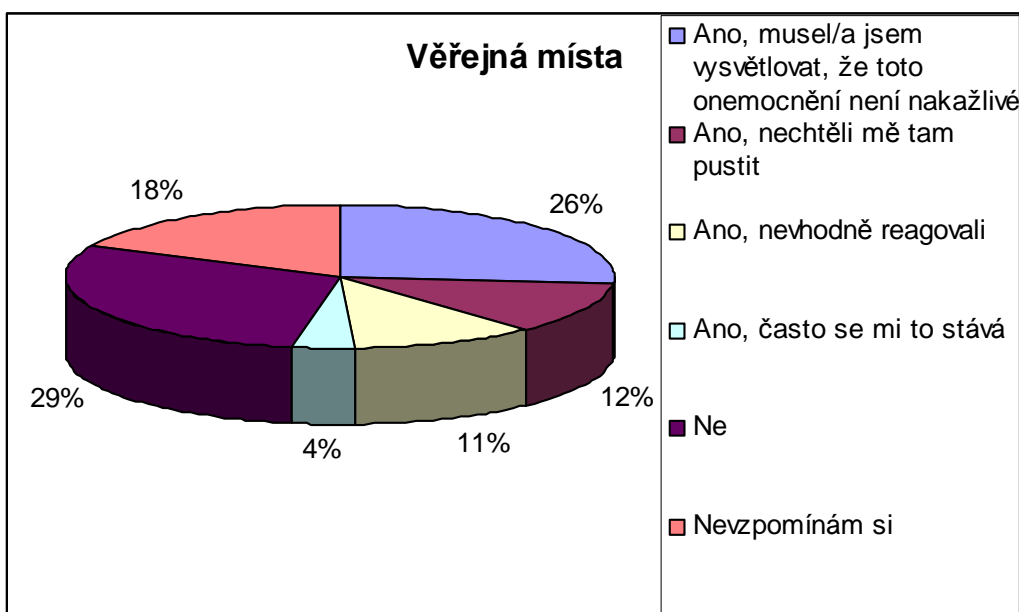
Reakce okolí na onemocnění, jak můžeme sledovat jsou různé. Odpověď - pozorují mě se zde vyskytla v 36 %, oslovují mě - v 12 %, mají negativní reakce - v 6 %. 29 % odpovědí zahrnuje nevím, nevšímám si jich, a 15 % tvořili odpovědi nevšímají si mě. Odpověď- jiné zahrnovala 3 %, kdy v poznámce bylo například uvedeno: „Prodavačka se bála vzít ode mě peníze“.

Otázka: Měl/a jste někdy potíže s lidmi při navštěvování veřejných míst ? (koupaliště, solária, sauna a jiné) (respondenti volili více odpovědí)

Tabulka č. 16 *Potíže na veřejných místech*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano, musel/a jsem vysvětlovat, že toto onemocnění není nakažlivé	29	26,4 %
Ano, nechtěli mě tam pustit	13	11,8 %
Ano, nevhodně reagovali	12	10,9 %
Ano, často se mi to stává	4	3,6 %
Ne	32	29,1 %
Nevzpomínám si	20	18,2 %
Celkem	110	100 %

Graf č. 16 *Potíže na veřejných místech*



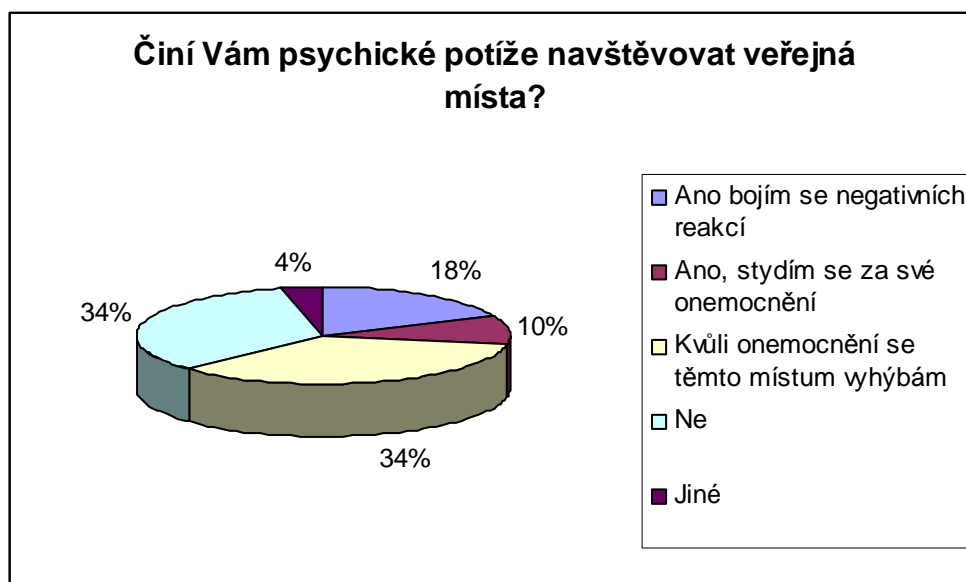
Zde je patrné, že více než polovina respondentů musela trávit trapné chvílky vysvětlováním, že jejich nemoc není nakažlivá a snášet negativní reakce okolí. 32 respondentů (29 %) uvedlo, že nemají potíže a 20 respondentů (18 %) si nevzpomíná zda by měli někdy potíže s lidmi při navštěvování veřejných míst.

Otázka: Činí Vám psychické potíže navštěvovat veřejná místa ?

Tabulka č. 17 *Návštěva veřejných míst*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano bojím se negativních reakcí	20	18, 2 %
Ano, stydím se za své onemocnění	11	10, 0 %
Kvůli onemocnění se těmto místům vyhýbám	38	34, 6 %
Ne	37	33, 6 %
Jiné	4	3, 6 %
Celkem	110	100 %

Graf č. 17 *Návštěva veřejných míst*



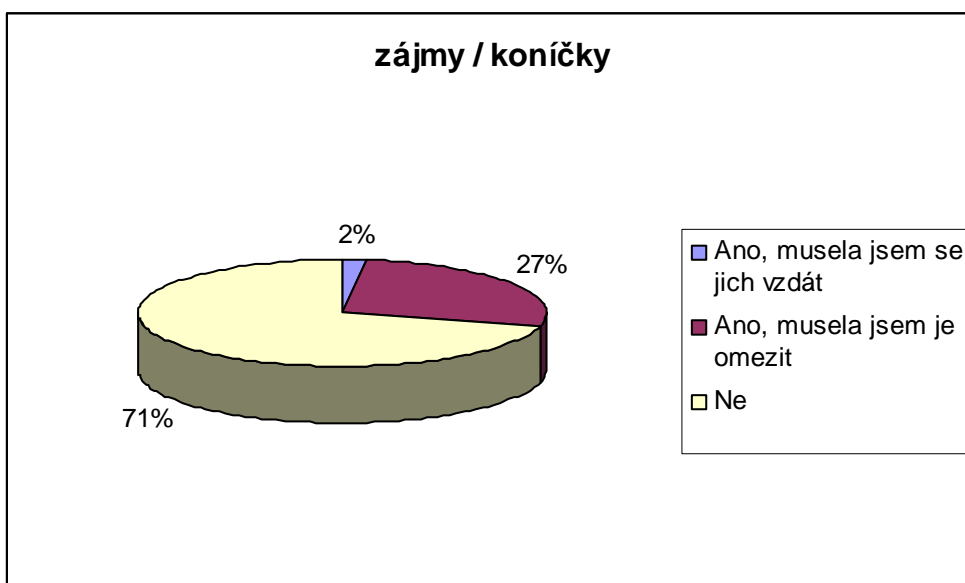
Velké procento respondentů, jak je zřejmé z tabulky a grafu, se veřejným místům vyhýbá či trpí pocity studu a strachu z negativních reakcí. 34 % respondentů nevedlo psychické potíže související s návštěvou veřejných míst.

Otázka: Omezuje Vás toto onemocnění v provádění Vašich zájmů / koníčků ?

Tabulka č. 18 *Zájmy / koníčky*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano, musela jsem se jich vzdát	2	2 %
Ano, musela jsem je omezit	27	27 %
Ne	71	71 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 18 *Zájmy / koníčky*



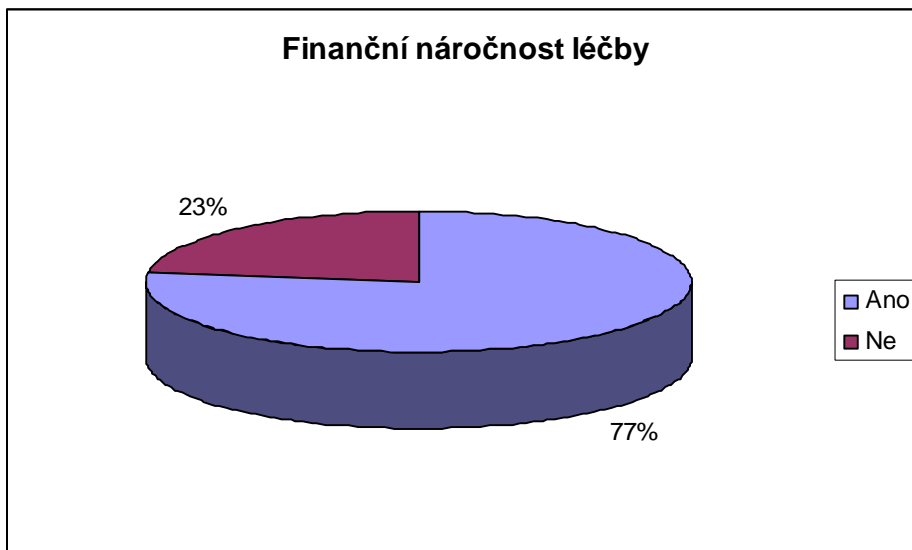
27 % respondentů bylo nuceno omezit své zájmy, koníčky a 2 % respondentů se jich byli dokonce nuceni vzdát. 71 % respondentů nepocítuje omezení v provádění svých zájmů, koníčků.

Otázka: Je pro Vás léčba lupénky ekonomicky náročná ?

Tabulka č. 19 *Finanční náročnost léčby*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	77	77 %
Ne	23	23 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 19 *Finanční náročnost léčby*



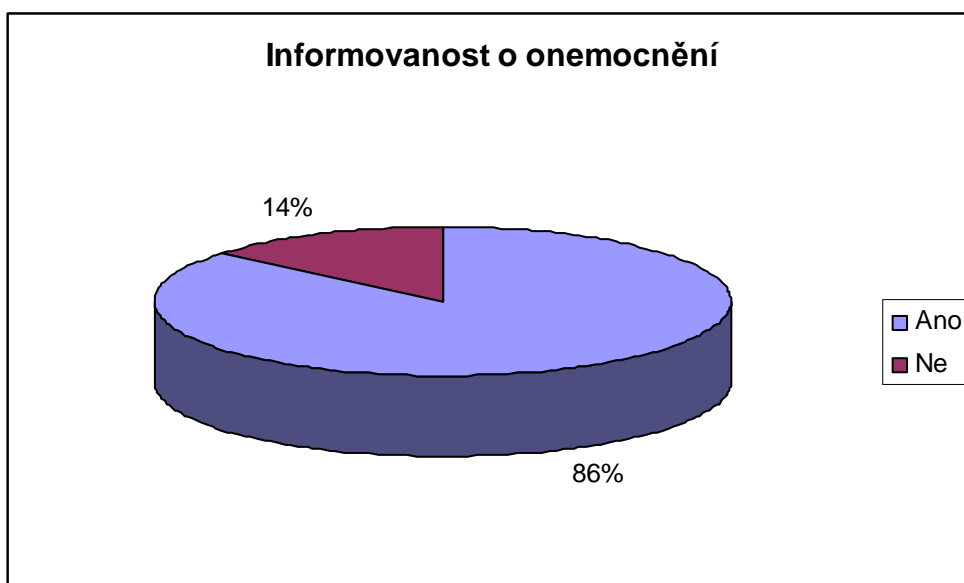
V současné době je pro mnohé respondenty léčba lupénky ekonomicky náročná.

Otázka: Máte dostatek informací o tomto onemocnění ? (Pokud respondenti odpovědi – NE, odpovídali na následující otázku)

Tabulka č. 20 *Informovanost o onemocnění*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	86	86 %
Ne	14	14 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 20 *Informovanost o onemocnění*



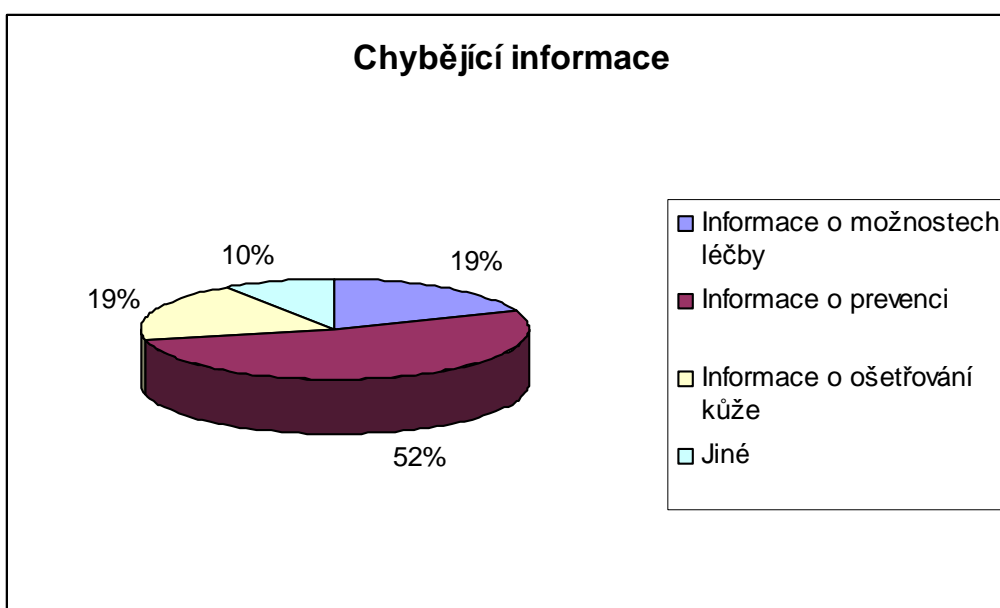
86 % respondentů uvedlo, že mají dostatek informací o onemocnění, ale 14 % respondentů postrádá určité informace.

Otázka: Které informace Vám chybí ? (Respondenti volili více odpovědí)

Tabulka č. 21 *Chybějící informace*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Informace o možnostech léčby	4	19, 1 %
Informace o prevenci	11	52, 3 %
Informace o ošetřování kůže	4	19, 1 %
Jiné	2	9, 5 %
Celkem	21	100 %

Graf č. 21 *Chybějící informace*



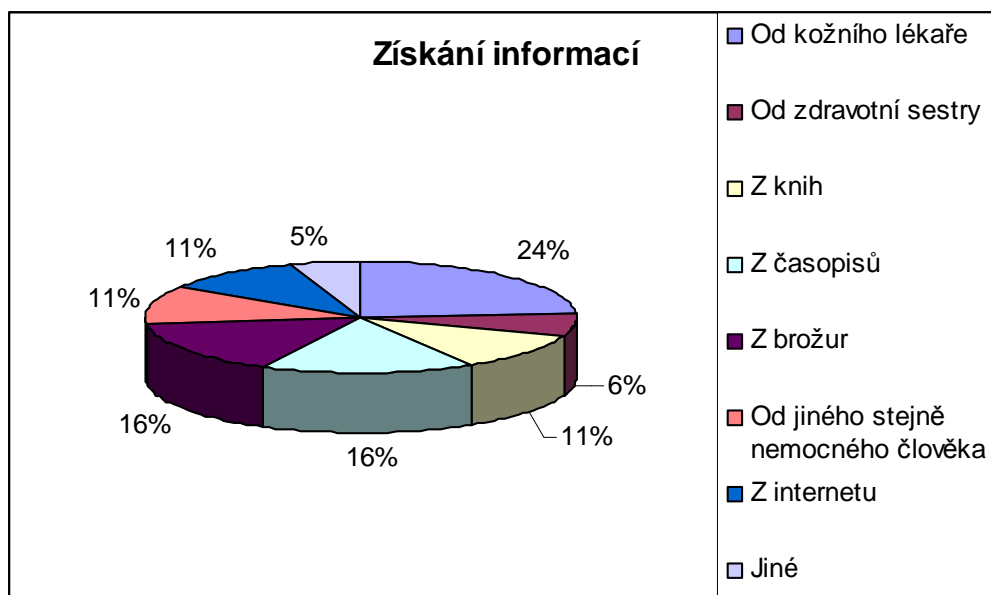
Na tuto otázku odpovídalo 14 respondentů, kteří v předešlé otázce označili, že nemají dostatek informací o daném onemocnění. Nejčastěji respondenti uváděli, že postrádají informace k prevenci.

Otázka: Od koho, nebo odkud čerpáte informace ? (Respondenti volili více odpovědí)

Tabulka č. 22 *Získávání informací*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Od kožního lékaře	84	24, 2 %
Od zdravotní sestry	21	6, 1 %
Z knih	38	11, 0 %
Z časopisů	56	16, 2 %
Z brožur	54	15, 6 %
Od jiného stejně nemocného člověka	38	11, 0 %
Z internetu	37	10, 7 %
Jiné	18	5, 2 %
Celkem	346	100 %

Graf č. 22 *Získávání informací*



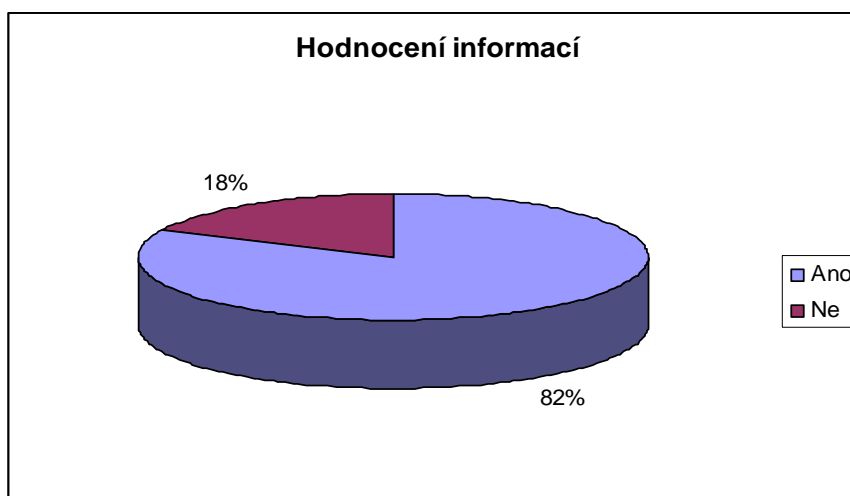
Respondenti využívají více zdrojů získávání informací. 84 respondentů (24 %) získávají informace od kožního lékaře. Na dalším místě mají největší zastoupení v získávání informací časopisy a brožury. V kolonce jiné uváděli respondenti (léčitele, homeopata, zpravodaj SPAE a jiné).

Otázka: Považujete tyto informace za dostačující a kvalitní ?

Tabulka č. 23 *Hodnocení kvality dostupných a poskytnutých informací*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	82	82 %
Ne	18	18 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 23 *Hodnocení kvality dostupných a poskytnutých informací*



82 % respondentů hodnotí dostupné a poskytnuté informace za kvalitní a dostačující. 18 % respondentů se potýká s nedostatečností a sníženou kvalitou informací.

Otázka: Víte jakým způsobem máte ošetřovat psoriatickou kůži ?

Tabulka č. 24 *Znalost ošetření psoriatické kůže*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano, vím to přesně	56	56 %
Ano, ale mám určité pochybnosti	44	44 %
Nevím	0	0 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 24 *Znalost ošetření psoriatické kůže*



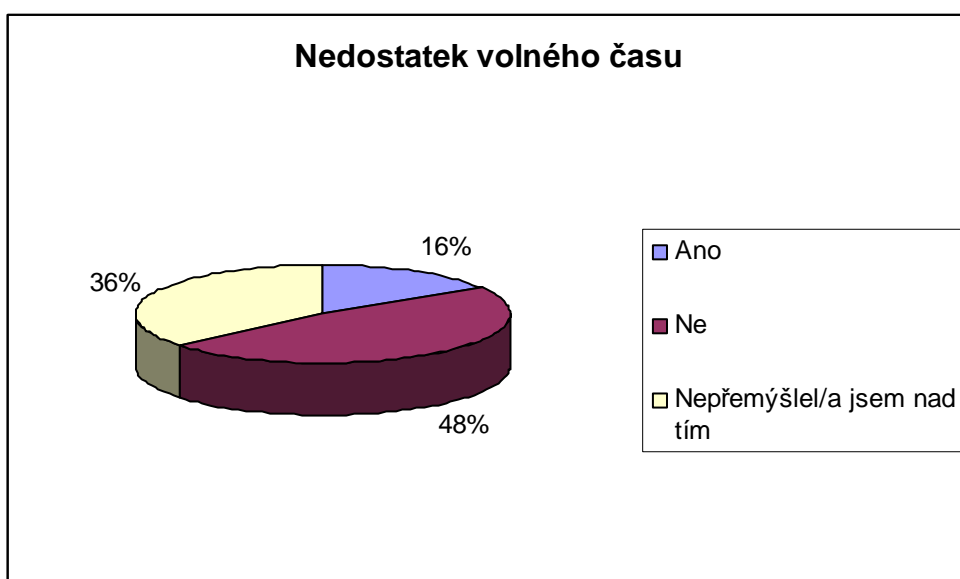
56 % respondentů má dostatek znalostí o způsobu ošetření psoriatické kůže. 44 % respondentů má určité pochybnosti při ošetření kůže.

Otázka: Máte kvůli pravidelnému ošetřování kůže nedostatek volného času ?

Tabulka č. 25 *Nedostatek volného času*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	16	16 %
Ne	48	48 %
Nepřemýšlel/a jsem nad tím	36	36 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 25 *Nedostatek volného času*



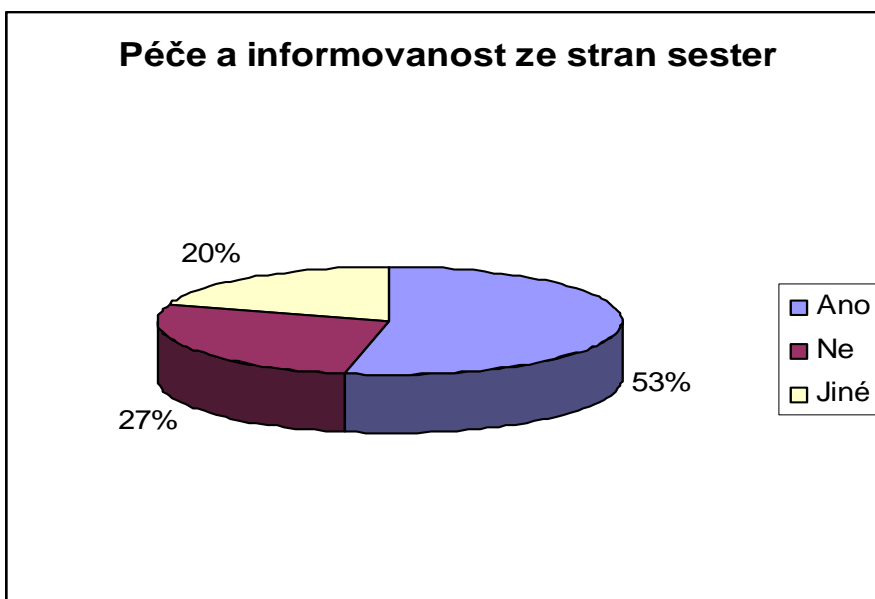
84 % respondentů netrpí ztrátou volného času kvůli pravidelnému ošetřování kůže, z toho 36 % respondentů ani nad tímto možným faktem neuvažovalo. Přesto 16 % respondentů pociťuje ztrátu volného času

Otázka: Věnuje Vám zdravotní sestra dostatek péče a poskytuje Vám potřebné informace ?

Tabulka č. 26 *Péče a informovanost ze stran sester*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	53	53 %
Ne	27	27 %
Jiné	20	20 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 26 *Péče a informovanost ze stran sester*



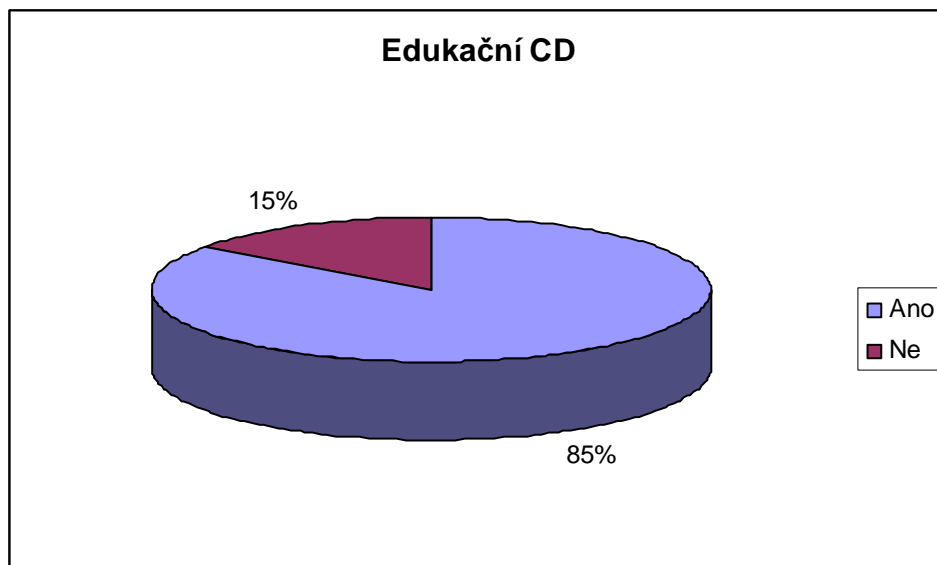
53 % respondentů je spokojeno s péčí a poskytnutými informacemi sestrou. 27 % respondentů uvedlo, že jim zdravotní sestra nevěnuje dostatek péče a neposkytuje potřebné informace. Možnosti volné odpovědi využilo 20 % respondentů, kteří jednají přímo s lékařem, časově jim nevyhází návštěva zdravotnického zařízení, nemají zkušenosti s péčí sestry, léčí se sami, nebo jim sestra věnuje péči a poskytuje informace pouze na vyžádání.

Otázka: Uvítal/a by jste CD s názorným postupem ošetření psoriatické kůže ?

Tabulka č. 27 *Edukační CD*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Ano	85	85 %
Ne	15	15 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 27 *Edukační CD*



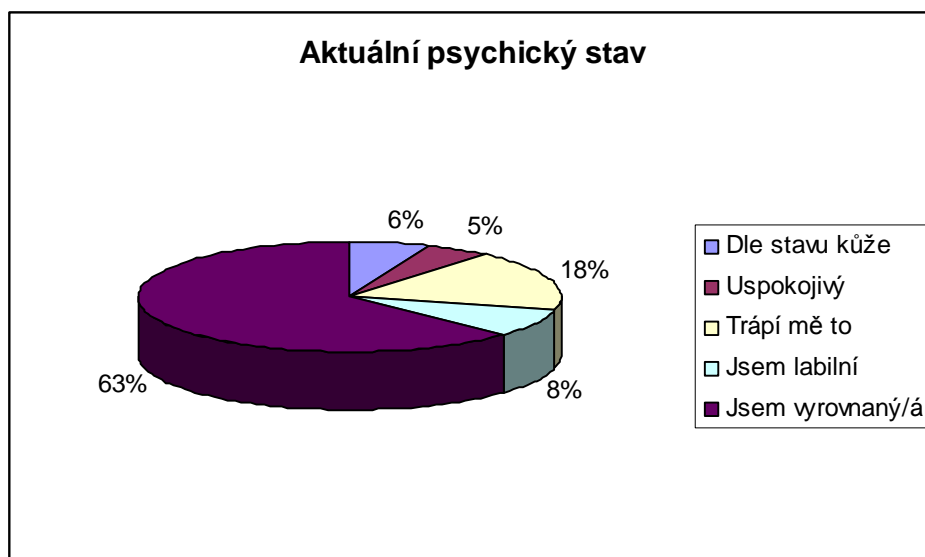
85 % respondentů by uvítalo edukační CD. 15 % respondentů nemá zájem o edukační CD.

Otázka: Zde prosím popište Váš nynější psychická stav a zhodnoťte přístup zdravotních sester k Vám. Byli jste-li edukováni (informováni, poučeni....) zdravotní sestrou, popište prosím, které oblasti se edukace týkala a zda byla edukace kvalitní.

Tabulka č. 28 *Aktuální psychický stav*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Dle stavu kůže	6	6 %
Uspokojivý	5	5 %
Trápí mě to	18	18 %
Jsem labilní	8	8 %
Jsem vyrovnaný/á	63	63 %
Celkem	100	100 %

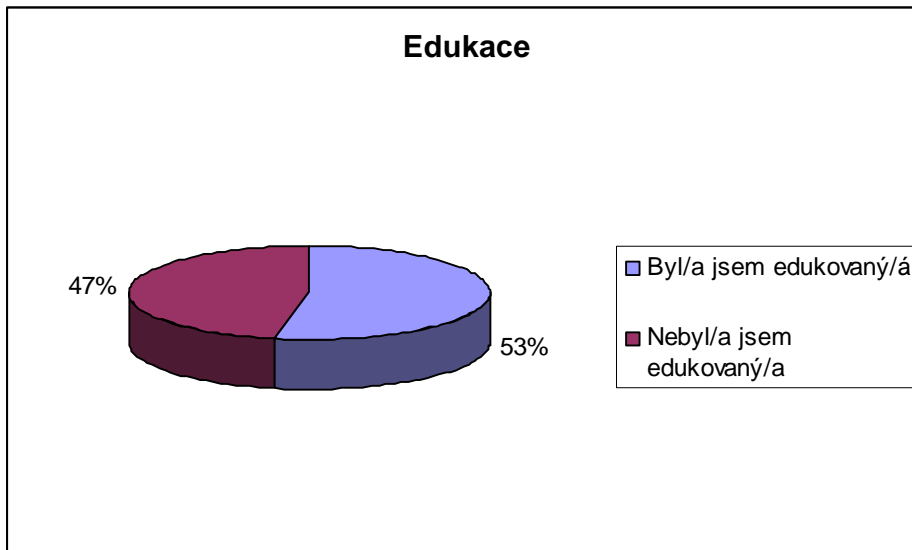
Graf č. 28 *Aktuální psychický stav*



63 % respondentů se v současné době cítí vyrovnaně, 5 % respondentů uvedlo, že je jejich psychický stav uspokojivý. 18 % respondentů se trápí pro svůj stav, 8 % respondentů je dokonce labilních. 6 % respondentů uvedlo, že se jejich současný psychický stav odráží od stavu kůže.

Tabulka č. 29 *Edukace*

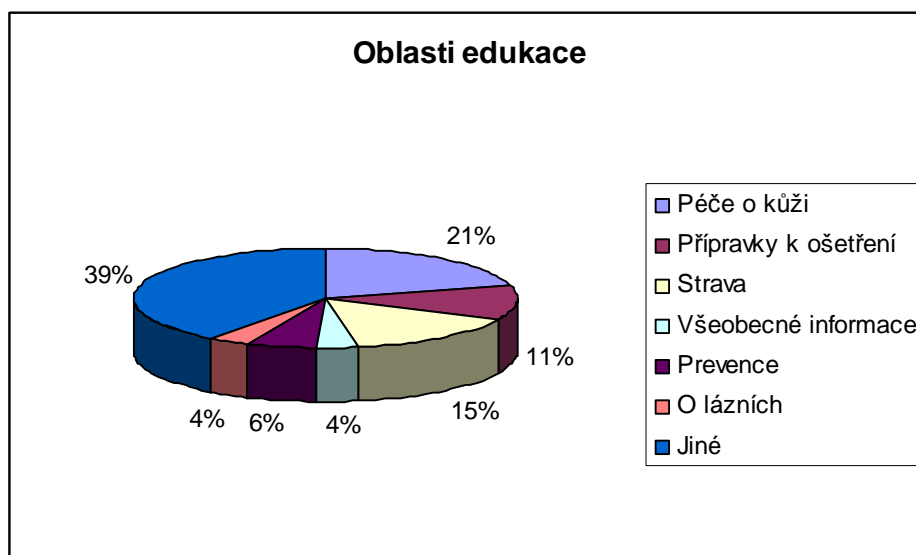
	absolutní četnost	relativní četnost %
Byl/a jsem edukovaný/á	53	53 %
Nebyl/a jsem edukovaný/a	47	47 %
Celkem	100	100 %

Graf č. 29 *Edukace*

53 % respondentů uvedlo, že byli edukováni sestrou. 47 % respondentů nebylo edukováno. K této skupině, která nebyla edukována, poučena sestrou, jsem také zařadila ty respondenty kteří uvedli, že se nedomáhají péče a informací od sester.

Tabulka č. 30 *Oblasti edukace*

	absolutní četnost	relativní četnost %
Péče o kůži	11	20,8 %
Přípravky k ošetření	6	11,3 %
Strava	8	15,1 %
Všeobecné informace	2	3,8 %
Prevence	3	5,7 %
O lázních	2	3,8 %
Jiné	21	39,5 %
Celkem	53	100 %

Graf č. 30 *Oblasti edukace*

Odpovědi respondentů se zde dosti lišily. Tabulka znázorňuje nejčastější odpovědi. Největší zastoupení zde měli informace poskytnuté k péči o kůži. Soubor jiné, zahrnují odpovědi, které se dosti různily, respondenti uváděli, že byli edukováni o péči o pohybový aparát a jiné. Také jsem zde zařadila odpovědi, které nebyli dostatečně specifikované, respondenti uvedli například jen, že jim byly poskytnuty kvalitní informace bez uvedení přesné oblasti edukace.

7 DISKUZE

Teoretická část práce prezentuje celkový náhled na onemocnění - psoriázu, zejména se zaměřením na kvalitu života lidí, kteří touto chorobou trpí. V práci jsem se zaměřila především na postavení sester v péči o nemocné s psoriázou. Cílem sester je totiž nejen provádět řádnou ošetrovatelskou péči o takto nemocné lidi, ale také jim poskytovat plnohodnotné informace a být jim psychickou oporou.

V praktické části prezentuji výsledky svého výzkumu. Pomocí dotazníku jsem získala cenné informace. Větší zastoupení v počtu respondentů tvoří ženy, což může být dáno náhodným výběrem, nebo také faktem, jak uvádí mnoho odborných publikací, že žen s touto diagnózou postupně přibývá oproti mužům. Z celkového počtu 100 respondentů tvoří 60 % respondentů ženy. Dotazník byl rozdán nemocným lidem s psoriázou různého věku, přesto nejširší skupinu zde tvoří respondenti středního věku a raného stáří. Dotazník také obsahoval dotaz na rodinný stav a délku trvání nemoci. Celkem 58 % respondentů uvedlo, že žijí v manželském svazku. Časová délka onemocnění se u jednotlivých respondentů liší, odpovědi byly různé, přesto uvedu jednu z nejčastějších odpovědí. 48 % respondentů uvedlo, že touto nemocí jsou postiženi déle než 30 let. Tyto otázky byly pouze orientační, sloužící pro utřídění respondentů a nepovažuji je za významný faktor, tudíž se nimi dále nebudu zabývat.

Mým prvním cílem bylo zjistit, zda má onemocnění psoriázou negativní dopad na psychiku člověka. Psychika úzce souvisí se somatickými projevy organismu. Stres může psoriázu aktivovat, ale také působí zhoršení projevů již trvajících choroby. Samotné onemocnění způsobuje negativní pocity a ty zase zhoršují projevy na kůži. Je to tedy začarovaný kruh. Předpokládala jsem, že psoriáza bude značně ovlivňovat psychický stav takto nemocných lidí, což se mi potvrdilo. Téměř polovina respondentů, přesněji 49 % má psychické potíže. Respondenti v dotazníku mohli volně vyjádřit své pocity, obavy apod. Odpovědi se velmi často shodovaly, nebo byly podobné. Všeobecně zde bylo uvedeno, že psoriáza velmi negativně ovlivňuje jejich psychický stav, nemocní trpí pocity méněcennosti, studu, straní se společnosti, obávají se negativních reakcí okolí. Toto onemocnění jim přináší omezení společenského života, mají obavy svléknout se na koupališti, nosit lehký oděv v létě. Na základě těchto zjištěných informací by bylo vhodné, aby se zdravotničtí pracovníci více soustředili na tuto oblast a pomohli nemocným s psoriázou vyrovnat se s touto nemocí. V dnešní době existuje široká škála alternativních metod. Tyto metody při-

nášejí dobré efekty, především psychoterapeutické. Výsledek používání alternativních metod je individuální. Mezi ně můžeme zařadit techniku vizualizace, která vychází z představivosti, dále hypnózu, arteterapii, aromaterapii, akupunkturu, relaxační techniky, jógu, meditaci, muzikoterapii, autogenní trénink a mnoho dalších. Lékaři i sestry by měli nemocné informovat o těchto možnostech a spolu s nimi zvážit přínosy. Nemocným také můžeme doporučit změnu prostředí, účast v psoriatických organizacích kde mají možnost podělit se o své pocity se stejně nemocnými lidmi. Dle mého názoru by těmto nemocným mohla být prospěšná také odborná péče psychologa, případně psychiatra. Podotýkám, že psycholog také pracuje s nejrůznějšími metodami ať už je to meditace, nácvik relaxačních cviků a jiné. Vzhledem k zjištěnému počtu respondentů trpících psychickými potížemi, pouhých 18 % respondentů uvedlo, že z vlastního zájmu vyhledali pomoc psychologa, psychiatra a v ještě menším počtu a to v 7 % jim byla doporučena lékařem. Jak již jsem zmiňovala bylo by vhodné více se soustředit na psychický stav nemocných. V řadě zařízení funguje psycholog a speciální poradny pro nemocné. Také by nebylo od věci v rámci oddělení určit dle osobních předpokladů sestru, která by hlouběji studovala psychologii a pracovala s lidmi. Na druhé straně 38 % respondentů uvedlo, že psoriáza jejich psychický stav negativně neovlivňuje. Umí s tímto onemocněním žít a přijali jej. 13 % respondentů uvedlo, že v počátku onemocnění trpěli velkými psychickými obtížemi. Nyní se cítí vyrovnaně a jsou smířeni s nemocí, s kterou se naučili žít. Do dotazníku jsem zahrнула i otázku na současný psychický stav. Potěšující zprávou bylo zjištění, že 2/3 respondentů se nyní po psychické stránce cítí dobře. Příjemným zjištěním pro mě také je, že nemocní mají velkou oporu ve svých blízkých. Celkem 92 % respondentů uvedlo, že blízcí jsou pro ně v této životní situaci oporou. Pro 39 % respondentů představuje oporu manžel/ka, pro 14 % respondentů je to přítel/přítelkyně, pro 25 % respondentů je to jiný rodinný příslušník a pro 20 % respondentů jsou oporou přátelé. Pouhá 4 % respondentů uvedla negativní reakce a postoje blízkých (stydí se za mne, mají nevhodné poznámky, reakce).

Mým druhým cílem bylo zjistit, do jaké míry psoriáza ovlivňuje osobní, pracovní a společenský život nemocných. Tedy zjednodušeně do jaké míry ovlivňuje kvalitu života. Respondenti nejvíce uváděli, že trpí chronickou formou psoriasis a to v 56 %. Jak uvádí odborné publikace, forma ložisková neboli vulgární je jedna z nejčastěji se vyskytujících forem lupénky. Překvapil mě i výsledek výskytu postižení kloubů, který tvoří celkem 22 %. Dále 10 % respondentů uvedlo, že v současné době trpí akutní formou psoriasis.

Ostatní formy byly zastoupeny jen malým procentem výskytu. Mezi místa na nichž se psoriáza nejvíce vyskytuje jsou v tomto případě horní i dolní končetiny, trup a vlasatá část hlavy. Horní končetiny jsou postiženy u 21 % respondentů, dolní končetiny u 19 % respondentů, trup u 13 % respondentů a vlasatá část hlavy u 19 % respondentů. Již jen z tohoto úvodu vyplývá, že jedinci budou mít narušenou kvalitu života, která se právě odráží na jejich psychice. Ložiska psoriázy se mohou vyskytovat i na jiných místech těla. 4 % respondentů uvedlo lokalizaci psoriázy na obličeji, 11 % respondentů uvedlo lokalizaci na nehtech, 8 % uvedlo lokalizaci v místech kožních záhybů a 5 % respondentů uvedlo lokalizaci na genitálu. Někdy ani však nezáleží na tom, jak moc jsou ložiska rozsáhlá a viditelná pro okolí. S rozhovoru s nemocnými s psoriázou jsem zjistila, že už jen pocit, že někde na těle psoriázu mají je pro ně velkým traumatem a mnohdy si vsugerují a mají pocit, že je společnost nadměrně sleduje. Nemocní uvedli, že mezi stejně postiženými lidmi se cítí dobře. Jejich emocionální problémy pramení z obav negativního postoje společnosti. Děti mohou trpět posměšky svých spolužáků, kteří nejsou informováni o onemocnění, mladí lidé mohou mít potíže při výběru zaměstnání, při hledání stálého partnera apod. Důležité je, aby nemocný měl dostatek informací o svém onemocnění a přijal toto onemocnění jako součást svého života. Nemocní jsou omezeni výběrem pracovního místa, volbou zájmů, koníčků, mohou mít potíže v partnerských vztazích, ve společnosti. 22 % respondentů uvedlo, že tato nemoc narušuje jejich partnerský život. V některém případě partner/ka neměl/a pochopení, jindy problém pramení ze strachu seznámit se s opačným pohlavím. Zde by také mohl účinně pomoci psycholog. Samozřejmě to vyžaduje určitou dávku tolerance a pochopení toho druhého partnera, což by mělo být základem každého vztahu ať je člověk zdravý či nemocný. Minimum respondentů muselo na trvalo (10 %) či na čas (6 %) opustit své pracovní místo, také minimálně se zde objevují negativní zkušenosti při ucházení se o místo. 4 % respondentů uvedlo, že se setkali s negativní reakcí. Ostatní nemají žádné negativní zkušenosti či si na ně nevzpomínají. Trvale musí jedinci opustit pracovní místo v případech kdy pracovní prostředí či charakter samotné práce zhoršuje projevy psoriázy na kůži, je-li onemocnění hodně rozsáhlé či komplikované, například postihuje-li toto onemocnění dlaně a plosky nohou apod. Krátkodobé přerušení, může být z důvodu lázeňské léčby, či nemocniční léčby. Dále jsem se zajímala o to, zda jsou nemocní nějak omezeni v provádění svých zájmů a koníčků. 29 % respondentů bylo nuceno omezit své zájmy, koníčky, někteří z nich (2 %) se jich byly dokonce nuceni trvale vzdát. Všeobecně by se takto nemocní lidé měli vyhnout sportům a aktivitám při nichž může dojít

k častému zraňování, tlakům a dalším mechanickým provokačním vlivům. Léčba lupénky může být pro nemocné také finančně velmi náročná. Nemusí se jednat pouze o doplatky na léčivé přípravky, léky, kosmetiku apod., ale také o financování různých lázeňských a přímořských pobytů. Na lázeňskou léčbu mají nemocní nárok podle formy psoriázy. Indikace může být 1x za rok, či 1x za dva roky, popřípadě je hrazena pouze část lázeňského pobytu. Během léčby ať již v lázních či v nemocnici, jsou-li jedinci pracovně aktivní přichází o jistý výdělek a mají-li rodinu může být ekonomická situace pro ně velmi problematická. Z dotazníku jsem zjistila, že pro 77 % respondentů je léčba lupénky finančně náročná. Co se týče volného času, každý z nás jej tráví různým způsobem. Někteří aktivně sportují, chodí na procházky, věnují se domácím pracím, jiní zase rádi čtou, dívají se na televizi a podobně. Zajímala jsem se také o to, zda nemocní psoriázou pociťují ztrátu svého volného času. Zjistila jsem, že pro 16 % respondentů představuje péče o postiženou kůži ztrátu či omezení volného času v značné míře. Pro každého z nás je jistě důležité nejen to, jak hodnotí sám sebe, ale také jak je hodnocen a přijat společností, ve které žije. To je dáno již od narození, kdy u každého z nás nastává proces socializace, kterým se přirozeně snažíme začlenit do společnosti. Zajímala jsem se o to, jak se nemocní ve společnosti cítí. Reakce neznámých lidí na stav postižené kůže nemocných jsou různé. Vycházejí z přirozené zvědavosti lidí či neznalosti, v malém procentu (7 %) se zde vyskytovali i negativní reakce okolí. Nejvíce respondenti odpovídali – „pozorují mě“ (uvedlo 36 % respondentů), dále „nevím, nevšímám si jich“ (uvedlo 29 % respondentů) a odpověď „nevšímají si mě“ uvedlo 15 % respondentů. 12 % respondentů bylo ze stran společnosti osloveno. Zarážející pro mne byly odpovědi na otázku : Měl/a jste někdy potíže s lidmi při navštěvování veřejných míst ? (Koupaliště, solária, sauna a jiné.) 53 % respondentů zažilo či zažívá negativní reakce okolí. Nechtěli je do zařízení pustit (uvedlo 12 % respondentů), měli negativní reakce (uvedlo 11 % respondentů), museli vysvětlovat, že toto onemocnění není nakažlivé (uvedlo 26 % respondentů) apod. Tyto negativní postoje okolí dovádí nemocné k izolování se od společnosti a již zmiňovaným psychickým potížím. Což je zřetelně patrné z odpovědí na otázku: Činí Vám psychické potíže navštěvovat veřejná místa ? Více než polovina respondentů, přesněji 52 % respondentů uvedlo strach z negativních reakcí, stud, dokonce kvůli tomuto onemocnění někteří nenavštěvují tato místa vůbec. Jedna nejmenovaná paní postižená psoriázou mi vyprávěla svoji negativní zkušenost, kterou zažila na koupališti se svým přítelem. Tato událost se stala před 30 lety, ale přesto to paní vyprávěla, jakoby se to stalo včera a zanechalo to v ní negativní pocity. Je tedy více než

patrné, že ve společnosti panuje neznalost, netolerance a nepochopení takto nemocných lidí. V roce 2004 byl stanoven Světový den lupénky a to na datum 29. 10. Tento den je příležitostí ke konání setkání, výměny informací, vzájemné podpory mezi jedinci postiženými tímto onemocněním. Podpora, pochopení a předávání informací mezi psoriatiky v České republice je na dobré úrovni. O širokém okruhu společnosti se to ovšem říci nedá. Nemůžeme samozřejmě komplexně zahrnovat všechny lidi v širokém okolí, je to velice individuální, přesto si myslím, že by bylo dobrým námětem ke zpracování další práce zjistit informovanost veřejnosti o onemocnění psoriázou, zhodnotit jak pohlíží na nemocné postižené psoriázou, jaký k nim mají postoj apod. Potěšující zprávou pro mě je, že v březnu letošního roku proběhla v Praze kampaň soustředící se na nemocné psoriázou, ale také na širokou veřejnost s cílem seznámit je s tímto onemocněním.

Mým třetím cílem bylo zhodnotit kvalitu informovanosti nemocných sestrou a zjistit zda nemocní znají zásady ošetřování psoriatické kůže. Studentka z dřívějšího ročníku prezentovala svoji bakalářskou práci na téma: Zhodnocení kvality života nemocného s lupénkou. Z jejího výzkumu vyplynulo, že většina nemocných má dostatek informací o své kožní nemoci a možnostech léčby, které nejčastěji získávají od kožního lékaře. Studentka podotýká, že tu jsou rezervy v edukaci sester, kdy sestra nebyla zaznamenána ani jednou v roli edukátora. Studentka navrhla, že ke zkvalitnění péče o klienty postižené psoriázou by bylo dobré více zapojit sestru do léčebného procesu. Z tohoto důvodu se ve své práci zaměřuji přímo na sestru, konkrétně na informovanost ze stran sester a na spokojenost nemocných s péčí o ně. Na dotaz „Od koho nebo odkud čerpáte informace?“ celkem 84 respondentů označilo kožního lékaře. Respondenti měli možnost volit více odpovědí, a proto tato odpověď vyšla v přepočtu na 24 %, čímž jsem chtěla upozornit na to, že výsledky mé práce potvrzují, že respondenti čerpají nejvíce informací od kožního lékaře. Podle mých výsledků dále respondenti nejvíce čerpají informace z časopisů a brožur (uvedlo 16 % respondentů), dále z knih, internetu, od jiného stejně nemocného člověka (uvedlo 11 % respondentů), informace od sester využívá 6 % respondentů a položku „jiné“ zadrželo 5 % respondentů kde uvedli jako zdroj informací například léčitele, homeopata, zpravodaj SPAE a jiné. Většina nemocných, přesněji 86 % respondentů má dostatek informací o svém kožním onemocnění a současně 82 % respondentů považuje dostupné informace za kvalitní a dostačující. 14 % respondentů uvedlo, že nemají dostatek informací o svém onemocnění. Zajímala jsem se o to, které informace nemocní s psoriázou postrádají. Respondenti mohli uvést více odpovědí. V 52 % respondenti označili chybějící informace

k prevenci, neboli informace k předcházení zhoršení průběhu psoriázy, v 19 % označili respondenti chybějící informace o možnostech léčby a informace o ošetřování kůže a odpověď „jiné“ zahrnovala 10 %. Také jsem se zajímala o to, zda nemocní vědí, jakým způsobem mají přesně ošetřovat psoriatickou kůži. Z mého výzkumu vyšlo, že celkem 56 % respondentů má přesné informace k postupu ošetření své psoriatické kůže, ostatní si nejsou zcela jisti správností ošetřování kůže, tedy mají určité pochybnosti. Jak jsem již zmínila dříve, hlouběji jsem pátrala zda sestra plní funkci edukátora a věnuje nemocným dostatek péče. 53 % respondentů se shoduje v odpovědi, že jim sestra poskytuje dostatek informací a věnuje dostatek péče. Poskytnuté informace se nejčastěji týkají ošetření kůže (uvedlo 21 % respondentů), doporučení vhodných přípravků k ošetření (uvedlo 11 % respondentů), edukace k dodržování zdravého životního stylu (strava, prevence, všeobecné informace - zahrnují 25 %), informace o lázních zahrnují 4 % a položka „jiné“ zahrnuje celkem 39 %. Tato položka má vysoké procento z toho důvodu, že respondenti uvedli v dotazníku, jen že byli edukováni sestrou a s informacemi byli spokojeni, tudíž jsem nemohla vypátrat přesnou oblast edukace. Potěšující zprávou pro mě je, že sestra plní funkci edukátora a tím přispívá ke zkvalitnění péče o jedince postižené psoriázou, přesto se mezi nemocnými najdou tací, kteří potřebují doplnit určité informace. Při průzkumu jsem zjistila že 47 % nemocných nebylo edukováno zdravotní sestrou. Nemůžeme však hledat chybu pouze u sester, jelikož mnoho nemocných navštěvuje kožního lékaře, který nemá sestru, nebo nevyhledávají informace ze strany sester apod. Zde poukazují na důležitost vzájemného vztahu sestra – klient. Sestra nemocnému nabízí informace, spolu s klientem hledají ohnisko deficitu informací, sestra je aktivní a citlivá k potřebám klienta a klient ochotně spolupracuje na naplnění cíle a učí se používat poskytnuté informace v každodenním životě.

ZÁVĚR

V teoretické části stručně popisuji samotné onemocnění lupénkou. Především je zde podrobněji rozepsána kapitola o postavení sester v péči o nemocné s psoriázou se zaměřením na edukaci. Dále jsou zde zhodnoceny všechny aspekty ovlivňující kvalitu života jedinců s tímto onemocněním a působení samotné nemoci na psychický stav postižených jedinců.

Praktická část prezentuje výsledky mého výzkumu. Vytvořila jsem dotazník, který obsahoval 25 otázek s cílem zjistit zda onemocnění ovlivňuje psychický stav, zda mají jedinci narušenou kvalitu života a hodnotím zde také kvalitu informovanosti nemocných, zejména sestrou. Dotazníky byly rozdány členům společnosti SPAE a dále byly dotazníky ponechány v lékárnách města Prostějova. Z celkového počtu 140 rozdaných dotazníků se mi vrátilo 100 kvalitně vyplněných. Tyto data jsem následně zpracovala. Kromě vyhodnocení dat z dotazníku jsem využila také vlastní postřehy, které jsem zaznamenala na stáži na kožním oddělení. Zde jsem měla možnost osobně poznat a pohovořit si s nemocnými lidmi trpícími psoriázou, což bylo pro mě velmi obohacující.

Jak již vyplynulo z mé bakalářské práce a ze zkušeností s takto nemocnými lidmi, je kladen malý důraz na psychický stav lidí postižených lupénkou. Troufám si tvrdit, že je mnohdy ze stran lékařů a sester velmi podceňován. Proto si myslím, že je zcela nezbytné zaměřit se i na tuto část lidské osobnosti, protože je její nedílnou součástí. Dnešní doba skýtá mnoho možností a alternativ, jak se s tímto onemocněním vypořádat. V tomto ohledu je důležité, aby se přístup lékařů a sester zaměřil i na tuto stránku člověka, aby mohl nabídnout komplexnost v léčbě daného onemocnění, která se v dnešní době preferuje.

Jak toto onemocnění ovlivňuje kvalitu života nemocných lupénkou? Zde se mi nabízí také otázka, jak hodnotí kvalitu života každý z nás a co je pro nás v tomto ohledu důležité s přihlédnutím na typ a lokalizaci lupénky? K posílení či udržení kvality života má nemocný možnost spolu s lékařem konzultovat a vytvářet harmonogram své léčby se zohledněním všech aspektů při výběru léčby, tak aby zvolená léčba byla pro nemocného co nejpohodlnější, nejpříjemnější a nejvíce efektivní, čímž je přihlíženo k finančním možnostem, sociální a rodinné situaci. Z výsledků mého výzkumu je zřejmé, že část respondentů pociťuje určité omezení, jež se týká osobního, pracovního a především společenského života. Jako problém zde vidím vztahy mezi společností a jedinci nemocnými psoriázou,

z čehož pramení psychické potíže. I přesto, že většina nemocných má oporu ve svých blízkých, v široké společnosti tomu tak není. Bylo by dobré více prozkoumat a zaměřit se na tyto vztahy a zjistit povědomí společnosti o tomto onemocnění. Zdravotničtí pracovníci mohou přispět ke zkvalitnění života nemocného tím, že nemocnému poskytnou úplné informace o onemocnění, poradí, jaké zaměstnání a koníčky je vhodné preferovat a naopak, kterým se vyhnout atd.

Jak jsem zjistila, informovanost nemocných s psoriázou o tomto onemocnění je na velice dobré úrovni, přesto někteří nemocní postrádají informace o prevenci k předcházení zhoršení průběhu tohoto onemocnění, přesto si myslím, že sestra plní funkci edukátora alespoň částečně což je také velmi potěšující.

Tato práce se mi psala dobře. Doufám, že výsledky mé práce přispějí ke zlepšení kvality péče o nemocné jedince s psoriázou. Na základě výsledků jsem se rozhodla vytvořit edukační CD pro nemocné s psoriázou a dále CD s ukázkou krátkých kasuistik. Dále prezentuji výsledky své práce ve Zpravodaji SPAE. Článek bude zařazen do podzimního čísla Zpravodaje SPAE roku 2010.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARENBERGER, P. *Dermatologie – Eikosanoidy u psoriázy*. 1. vyd. Praha: Czechopress agency, s. r. o., 1999. 79 s. ISBN 80-902632-0-8.

ARENBERGER, P., JÍROVÁ, M. *Mediátory v kůži*. 1. vyd. Praha: Czechopress agency, s. r. o., 2001. 87 s. ISBN 80-902632-3-2.

ARENBERGER, P. *Psoriasis vulgaris*. Postgraduální medicína. Praha: Sanoma Magazines Praha s. r. o., 2007. roč. 9, č. 5, s. 501-506. ISSN 1212-4184.

BENÁKOVÁ, N. *Lupénka v otázkách a odpovědích – příručka pro pacienty*. Praha: Triton, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-X.

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

BENÁKOVÁ, N., ETTLER, K., ŠTORK J. et al. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha : Triton, 2007. 190 s. ISBN 978- 80-7254-966-5.

BOWER, H. *Přírodní cestou – Lupénka*. 1. vyd. Frýdek – Místek: ALPRESS, s. r. o., 1998. 144 s. ISBN 80-7218-148-3.

DROZENOVÁ, H. *Lupénka*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2008. roč. 2, č. 3, s. 121-125. ISSN 1802-2960.

ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X .

HŮLKOVÁ, M. *Depresivita a úzkost u vybraných kožních onemocnění – vliv na kvalitu života a léčbu*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2008. roč. 2, č. 3, s. 150-152. ISSN 1802-2960.

JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. *Ošetřovatelství – učební text pro IV. Ročník středních zdravotnických škol. 2. část – ortopedie, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2001. 174 s.

MOSKALYKOVÁ, M. *Diety při onemocnění lupénkou*. Praha: Sdružení MAC, 1998. 32 s. ISBN 80-86015-35-1.

NOVOTNÝ, F. *Psoriáza: aktuální pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 144 s. ISBN 80-247-0313-0.

PEŇÁZOVÁ, V. *Lupénka*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 1, č. 4, s. 184-187. ISSN 1802-2960.

PETYOVSKÁ, M. *Biologika v léčbě psoriázy*. Sestra. Praha: Mladá Fronta, a.s. 2008. roč. 18, č. 4, s. 53-54. ISSN 1210-0404.

SEMRÁDOVÁ, V. *Přehled terapeutických postupů u psoriázy*. Postgraduální medicína. Praha: Sanoma Magazines Praha s. r. o., 2004. roč. 6, č. 3, s. 326-330. ISSN 1212-4184.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠEDO VÁ, L., ŠTOLFA, J. *Biologická léčba psoriatické artritidy*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 1, č. 1, s. 31-35. ISSN 1802-2960.

TICHÝ, M., DITRICHOVÁ, D. *Biologika v léčbě těžkých forem psoriázy*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 1, č. 1, s. 19-21. ISSN 1802-2960.

TIMULÁK, L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-106-9.

VAŠKŮ, V. *Některé etiopatogenetické aspekty psoriázy*. Postgraduální medicína. Praha: Sanoma Magazines Praha s. r. o., 2004. roč. 6, č. 3, s. 323-325. ISSN 1212-4184.

ZÁHEJSKÝ, J. *Bariérová funkce kůže z pohledu klinické praxe*. Dermatologie pro praxi. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2007. roč. 1, č. 1, s. 22-24. ISSN 1802-2960.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

UV	Ultrafialové záření
SRN	Spolková republika Německo
DM	Diabetes mellitus
USA	Spojené státy Americké
UVA	Ultrafialové záření (Dlouhovlnné)
UVB	Ultrafialové záření (Středovlnné)
UVC	Ultrafialové záření (Krátkovlnné)
SUB	Léčba spektrem mezi složkami UV-A a UV-B záření
PUVA	Psoraleny a UVA záření
GIT	Gastrointestinální trakt
CO ₂	Oxid uhličitý
TT	Tělesná teplota
TK	Krevní tlak
ATB	Antibiotika
SPAЕ	Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1	Rozčlenění respondentů dle pohlaví.....	50
Graf č. 2	Rozčlenění respondentů dle věku.....	51
Graf č. 3	Rozčlenění respondentů dle rodinného stavu.....	52
Graf č. 4	Formy psoriázy	53
Graf č. 5	Lokalizace psoriázy.....	54
Graf č. 6	Délka onemocnění.....	55
Graf č. 7	Vliv onemocnění na psychický stav	56
Graf č. 8	Vyhledaná odborná pomoc.....	57
Graf č. 9	Doporučená odborná pomoc.....	58
Graf č. 10	Zaměstnání	59
Graf č. 11	Potíže při ucházení se o pracovní místo.....	60
Graf č. 12	Postoj blízkých, přátel k onemocnění	61
Graf č. 13	Životní opora.....	62
Graf č. 14	Vliv onemocnění na partnerský život.....	63
Graf č. 15	Reakce neznámých lidí na onemocnění.....	64
Graf č. 16	Potíže na veřejných místech.....	65
Graf č. 17	Návštěva veřejných míst.....	66
Graf č. 18	Zájmy / koníčky.....	67
Graf č. 19	Finanční náročnost léčby.....	68
Graf č. 20	Informovanost o onemocnění.....	69
Graf č. 21	Chybějící informace.....	70
Graf č. 22	Získávání informací.....	71
Graf č. 23	Hodnocení informací.....	72
Graf č. 24	Znalost ošetření psoriatické kůže.....	73
Graf č. 25	Nedostatek volného času.....	74
Graf č. 26	Péče a informovanost ze stran sester.....	75
Graf č. 27	Edukační CD.....	76
Graf č. 28	Aktuální psychický stav.....	77
Graf č. 29	Edukace.....	78
Graf č. 30	Oblasti edukace.....	79
Obr. č. 31	Členský průkaz (Příloha PI)	

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Rozčlenění respondentů dle pohlaví.....	50
Tabulka č. 2	Rozčlenění respondentů dle věku.....	51
Tabulka č. 3	Rozčlenění respondentů dle rodinného stavu.....	52
Tabulka č. 4	Formy psoriázy.....	53
Tabulka č. 5	Lokalizace psoriázy.....	54
Tabulka č. 6	Délka onemocnění.....	55
Tabulka č. 7	Vliv onemocnění na psychický stav.....	56
Tabulka č. 8	Vyhledaná odborná pomoc.....	57
Tabulka č. 9	Doporučená odborná pomoc.....	58
Tabulka č. 10	Zaměstnání.....	59
Tabulka č. 11	Potíže při ucházení se o pracovní místo.....	60
Tabulka č. 12	Postoj blízkých, přátel k onemocnění.....	61
Tabulka č. 13	Životní opora.....	62
Tabulka č. 14	Vliv onemocnění na partnerský život.....	63
Tabulka č. 15	Reakce neznámých lidí na onemocnění.....	64
Tabulka č. 16	Potíže na veřejných místech.....	65
Tabulka č. 17	Návštěva veřejných míst.....	66
Tabulka č. 18	Zájmy / koníčky.....	67
Tabulka č. 19	Finanční náročnost léčby.....	68
Tabulka č. 20	Informovanost o onemocnění.....	69
Tabulka č. 21	Chybějící informace.....	70
Tabulka č. 22	Získávání informací.....	71
Tabulka č. 23	Hodnocení informací.....	72
Tabulka č. 24	Znalost ošetření psoriatické kůže.....	73
Tabulka č. 25	Nedostatek volného času.....	74
Tabulka č. 26	Péče a informovanost ze stran sester.....	75
Tabulka č. 27	Edukační CD.....	76
Tabulka č. 28	Aktuální psychický stav.....	77
Tabulka č. 29	Edukace.....	78
Tabulka č. 30	Oblasti edukace.....	79

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I: Psoriatické organizace
- Příloha P II: Denní harmonogram práce zdravotní sestry na kožním oddělení
- Příloha P III: Vzor dotazníku
- Příloha P IV: Informovaný souhlas pro klienty před zahájením fototerapie
- Příloha P V: Potvrzení o zveřejnění článku
- Příloha P VI: Kasuistiky u klientů s psoriázou
- Příloha P VII: Edukační materiál pro nemocné s psoriázou
- Příloha č. VIII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P I: PSORIATICKÉ ORGANIZACE

SPAE

Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků je dobrovolným neziskovým občanským sdružením. SPAE je otevřena všem občanům postiženým lupénkou, atopickým ekzémem, akné, prurigem, vitiligem a jinými kožními nemocemi. Dále pak všem, kteří mají o činnost SPAE zájem z profese nebo humánně.

Pomoci nikdy není dost, a proto jsem se rozhodla a stala členkou (aktivistou, příznivcem) společnosti SPAE

Obrázek č. 31 *Členský průkaz*



Cílem SPAE je prosazovat zlepšování forem léčení psoriázy a atopického ekzému, prosazovat zlepšení sociálních a ekonomických životních podmínek takto postižených občanů. Informovat postižené o metodách léčby, lécích, kosmetice i alternativních způsobech léčby. Osvětová činnost v médiích, výměna zkušeností členů SPAE. V rámci možností SPAE pomáhat řešit obtížné životní situace členů, navazovat kontakty s evropskými partnery, organizovat přímořské pobyty.

SPAE spolupracuje s Českou akademií dermatovenerologie, s Dermatologickou společností, s lékaři, s psoriatickými organizacemi z Evropy i zámoří, s farmaceutickými firmami, s výrobcí a prodejci kosmetiky.

Setkávání probíhá v rámci činností regionálních klubů SPAE, při každoročním sjezdu zástupců regionů, při různých akcích organizovaných SPAE, na pobytech u moře organizovaných SPAE.

Kontaktní adresa: SPAE

P.O.Box 15
41 00 Praha 41

KLUB PRAHA

Zázvorkova 2007, 155 00 Praha 5

KLUB PARDUBICE

Okružní 916, 517 21 Týniště nad Orlicí

KLUB LIBEREC

Panenská 50, 466 01 Jablonec nad Nisou

Olbrachtova 619/39, 460 15 Liberec

KLUB BRNO

Botanická 30, 602 00 Brno

KLUB PROSTĚJOV

Ruská 236, 798 16 Čelechovice na Hané

KLUB VYSOČINA

Chelčického 2, 591 01 Žďár nad Sázavou

KLUB OSTRAVA

Nálepково nám. č. 936, 708 00 Ostrava - Poruba

PŘÍLOHA P II: DENNÍ HARMONOGRAM PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY NA KOŽNÍM ODDĚLENÍ

Ranní směna

- 6:00 - 7:00 vstávání nemocných, úprava lůžek, ranní toalety, příprava biologického materiálu k expedici
- 7:00 - 8:30 snídaně, podávání léků, inzulínu, injekcí, měření TK, příprava pacientů k vizitě
- 7:30 - 9:00 vizita
- 9:00 - 12:00 koupání a převazy bércových vředů, lokální ošetřování pacientů, plastiky, elize, příjem a uložení nově přijatých pacientů, příprava pacientů k vyšetření, edukace
- 11:30 - 12:00 oběd, podávání léků
- 12:30 - 14:00 ošetřování nově přijatých pacientů, léčebné koupele, poučení o ošetrovatelských postupech dle časových možností přijímací pohovor (pokračuje odpolední směna), zpracování ošetrovatelské dokumentace, příjem léků, magistralit z lékárny, kontrola, doplnění expirací dle časových možností, jinak provádí další směna
- 13:40 - 14:00 předávání služby

Odpolední směna

- 14:00 - 15:00 přijímací pohovory, ošetřování nově přijatých pacientů, poučení pacientů, léčebné koupele, převazy bércových vředů, příprava nástrojů ke sterilizaci, kontrola sterilizátoru, autoklávu při chodu, vedení dokumentace
- 15:00 - 19:00 měření TT, odpolední ošetřování pacientů – lokální, převazy, okluze, koupele atd.
- 17:30 - 18:00 večeře
- 18:00 - 19:00 podávání léků, injekcí, měření TK, příprava pacientů k vyšetření
- 19:00 - 20:00 večerní toalety, ukládání nemocných
- 20:00 - 21:30 příprava žádanek a zkumavek k odběrům biologického materiálu, zpracování ošetrovatelské dokumentace
- 21:40 - 22:00 předávání služby

PŘÍLOHA P III: VZOR DOTAZNÍKU

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Soldánová a jsem studentkou třetího ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník mi pomůže zjistit, jak se nemocní s lupenkou cítí ve společnosti a zda mají potřebné informace a znalosti o zásadách ošetřování psoriatické kůže. Tento dotazník je zcela anonymní, dobrovolný a údaje z něj nebudou nijak zneužity, použiji je pouze ve své bakalářské práci. Otázky si prosím přečtěte, vyberte jednu či více odpovědí a označte je křížkem. Předem mockrát děkuji za úplné a pravdivé vyplnění dotazníku.

Věk: _____

Pohlaví: muž / žena

Rodinný stav: _____

1) Uved'te prosím, jakou formou lupénky trpíte.

- a) Psoriasis vulgaris akutní forma
- b) Psoriasis vulgaris chronická forma
- c) Psoriasis pustulosa
- d) Psoriasis arthropatica
- e) Psoriasis erythrodermica
- f) Psoriasis unguium
- g) Nevím
- h) Jiné (vypište prosím) _____

2) Kterou část Vašeho těla postihuje toto onemocnění ?

- a) Vlasatá část hlavy
- b) Obličej
- c) Horní končetiny
- d) Nehty
- e) Trup
- f) Dolní končetiny
- g) Genitál
- h) Místa kožních záhybů

3) Jak dlouho máte diagnostikovanou lupénku ?

- a) Méně než 1 rok
- b) Méně než 10 let
- c) Méně než 20 let
- d) Méně než 30 let
- e) Déle než 30 let
- f) Nevím

4) Jak toto onemocnění ovlivňuje Váš psychický stav ? (vypište prosím)

5) Vyhledal/a jste někdy z vlastního zájmu pomoc psychologa či psychiatra ?

- a) Ano, psychologa
- b) Ano, psychiatra
- c) Ne

6) Byl/a Vám někdy kožním lékařem doporučena pomoc psychologa či psychiatra?

- a) Ano psychologa
- b) Ano psychiatra
- c) Ne

7) Byl/a jste nucen/a se kvůli onemocnění vzdát svého zaměstnání ?

- a) Ano, na trvalo
- b) Ano, na dočasnou dobu
- c) Ne

8) Měl/a jste někdy potíže při ucházení se o pracovní místo ?

- a) Ano, měli nevhodné poznámky
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si
- d) Jiné (vypište prosím)_____

9) Jak na Vaše onemocnění reagují Vaší blízcí, přátelé ?

- a) Jsou mi oporou
- b) Mají o mne zájem
- c) Mají nevhodné poznámky, reakce
- d) Stydí se za mne
- e) Jiné (vypište prosím)_____

10) Kdo je pro Vás v této životní situaci největší oporou ?

- a) Manžel/ka
- b) Přítel/přítelkyně
- c) Jiný rodinný příslušník
- d) Přátelé
- e) Nikdo
- f) Nevím

11) Ovlivňuje toto onemocnění Váš partnerský život ? (vypište prosím)

12) Jak na Vaše onemocnění reagují neznámí lidé ?

- a) Pozorují mě
- b) Mají negativní reakce
- c) Oslovují mě
- d) Nevšímají si mě
- e) Nevím, nevšímám si jich
- f) Jiné (vypište prosím)_____

13) Měl/a jste někdy potíže s lidmi při navštěvování veřejných míst? (koupaliště, solária, sauna a jiné) ?

- a) Ano, musel/a jsem vysvětlovat, že toto onemocnění není nakažlivé
- b) Ano, nechtěli mě tam pustit
- c) Ano, nevhodně reagovali
- d) Ano, často se mi to stává
- e) Ne
- f) Nevzpomínám si

14) Činí Vám psychické potíže navštěvovat veřejná místa ?

- a) Ano, bojím se negativních reakcí
- b) Ano stydím se za své onemocnění
- c) Kvůli onemocnění se těmto místům vyhýbám
- d) Ne
- e) Jiné, (vypište prosím)_____

15) Omezuje Vás toto onemocnění v provádění Vašich zájmů/koníčků ?

- a) Ano musela jsem se jich vzdát
- b) Ano, musela jsem je omezit
- c) Ne

16) Je pro Vás léčba lupénky ekonomicky náročná ?

- a) Ano
- b) Ne

17) Máte dostatek informací o tomto onemocnění ?

- a) Ano (pokračujte prosím otázkou č. 19)
- b) Ne (pokračujete prosím otázkou č. 18)

18) Které informace Vám chybí ?

- a) Informace o možnostech léčby
- b) Informace o prevenci (předcházení zhoršení průběhu onemocnění)
- c) Informace o ošetřování kůže
- d) Jiné, (vypište prosím)_____

19) Od koho, nebo odkud čerpáte informace ?

- a) Od kožního lékaře
- b) Od zdravotní sestry
- c) Z knih
- d) Z časopisů
- e) Z brožur
- f) Od jiného stejně nemocného člověka
- g) Z internetu
- h) Jiné, (vypište prosím)_____

20) Považujete tyto informace za dostačující a kvalitní ?

- a) Ano
- b) Ne

21) Víte jakým způsobem máte ošetřovat psoriatickou kůži ?

- a) Ano, vím to přesně
- b) Ano, ale mám určité pochybnosti
- c) Nevím

22) Máte kvůli pravidelnému ošetřování kůže nedostatek volného času ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlel/a jsem nad tím

23) Věnuje Vám zdravotní sestra dostatek péče a poskytuje Vám potřebné informace ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné (vypište prosím)_____

24) Uvítal/a by jste CD s názorným postupem ošetření psoriatické kůže ?

- a) Ano
- b) Ne

25) Zde prosím popište Váš nynější psychický stav a zhodnoťte přístup zdravotních sester k Vám. Byli jste-li edukováni (informováni, poučeni....) zdravotní sestrou, popište prosím, které oblasti se edukace týkala a zda byla edukace kvalitní.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který jste věnoval/a tomuto dotazníku.

PŘÍLOHA P IV: INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO KLIENTY PŘED ZAHÁJENÍM FOTOTERAPIE

Dermatovenerologické oddělení KNTB a.s. Zlín

Poučení pacienta před zahájením fototerapie na kožním oddělení

K léčbě Vašeho kožního onemocnění byla jako nedílná součást komplexní terapie doporučeno ozařování umělými zdroji slunečního záření, které vytvářejí ultrafialové záření určitých vlnových délek.

Typ přístroje (lišící se rozdílnými vlnovými délkami), ozařovací časy i frekvence ozařování byla určena lékařem dle druhu Vaší choroby a dle fototypu Vaší kůže.

Před léčbou musí pacient informovat lékaře o všech lécích, které užívá (pro možnost alergii v kombinaci s osluněním) event. změnu medikace v průběhu ozařování nutno rovněž hlásit lékaři. Musí dále informovat lékaře o tom, zda trpí záchvatovými onemocněními epileptického typu, dále o předchozích léčbách UV zářením i v jiných zdravotnických zařízeních (nutno sledovat celoživotní dávku).

Během léčby je nutno dodržovat rozepsané časy, či dávky ozařování, dodržovat pokyny ošetřujícího personálu.

Při ozařování je nutno chránit zrak ochrannými brýlemi.

Místa citlivější (málo pigmentovaná kůže) při ozařování krýt látkou či částmi oděvu.

Při provádění fototerapie již současně nekombinovat přirozené opalování slunečními parsky pro možnost sčítání dávky s rizikem zánětu kůže.

Komplikace a nežádoucí účinky

Solární dermatitida (sluneční spálenina) při předávkování času či výkonu se zarudnutím, otokem až puchýři.

Přechodné podráždění základního kožního onemocnění.

Po dlouhodobé léčbě stejně jako u slunění je známo rychlejší stárnutí kůže s tvorbou vrásek, nerovnoměrná pigmentace, aktivace pigmentových névů, vznik kožních nádorů.

Prohlašuji, že jsem byl náležitě a podrobně seznámen s důvody zahájení léčby UV zářením i jeho významem a očekávaným přínosem pro mé onemocnění, včetně možných komplikací i o léčebném režimu, který bude nutno během léčby i po jejím ukončení dodržovat.

Ve Zlíně, dne.....hodina.....

Podpis pacienta

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který vysvětlení a poučení provedl

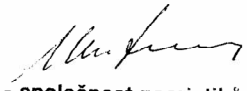
PŘÍLOHA P V: POTVRZENÍ O ZVEŘEJNĚNÍ ČLÁNKU

Potvrzení

Studentka Kateřina Soldánová, nám poskytla článek ke zveřejnění do Zpravodaje SPAE (Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků). Tento článek obsahuje výsledky její bakalářské práce, týkající se výzkumu o psoriáze. Tento článek bude zařazen do podzimního čísla Zpravodaje SPAE roku 2010.

Stanislav Ulenfeld

jednatel SPAE


**SPAE - společnost psoriatiků
a atopických ekzematiků**
občanské sdružení IČO: 00200221
P.O.BOX č. 15 141 00 PRAHA 41

19.11.2010

PŘÍLOHA P VI: KASUISTIKY U KLIENTŮ S PSORIÁZOU

Tyto Power Pointové prezentace jsou vypálené na CD.

Kasuistika u klienta s dg. psoriasis vulgaris

Kateřina Soldánová

Kasuistika u klienta s dg. psoriasis vulgaris (geographica), psoriasis arthropatica

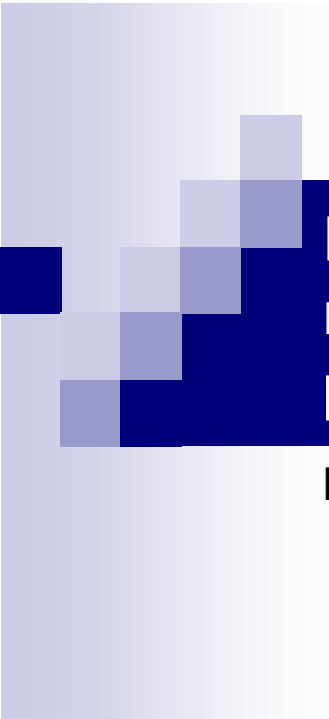
Kateřina Soldánová

Kasuistika u klientky s dg. psoriasis vulgaris (guttata)

Kateřina Soldánová

PŘÍLOHA P VII: EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO NEMOCNÉ S PSORIÁZOU


Tato Power Pointová prezentace je vypálená na CD.



**Doporučení pro
nemocné postižené
psoriázou**

Katerina Soldánová

PŘÍLOHA P VIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

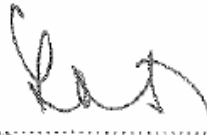
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

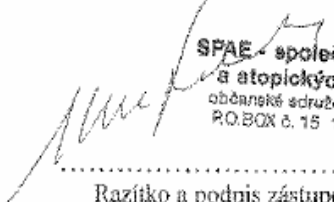
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Soldánová
Téma bakalářské práce	Role sestry při péči o klienta s psoriázou
Skupina respondentů	Nemocní s psoriázou
Pracoviště	Psoriatické organizace

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 23. 11. 2019


Mgr. Jitka Laholová
ředitel Ústavu ošetřovatelství


SPAE - společnost psoriatických
a atopických ekzematiků
občanské sdružení IČO: 00200221
P.O. BOX č. 15 141 00 PRAHA 41

Razítko a podpis zástupce zařízení