



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním kůže s poruchou rohovatění

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

**Autor:** Marie Machulková

**Vedoucí práce:** Mgr. Ilona Lískovcová, Ph.D., MBA

České Budějovice 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním kůže s poruchou rohovatění“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12. 7. 2022

Marie Machulková

## **Poděkování**

Touto cestou chci moc poděkovat sestrám a pacientům, kteří souhlasili s rozhovory do mé bakalářské práce a poskytli mi dostatek informací. Děkuji vrchní sestře, paní magistře Jitce Hurtové, za umožnění rozhovorů na dermatovenerologické klinice v Plzni a sestře magistře za umožnění rozhovorů v kožní ambulanci. Dále nesmírně děkuji vedoucí předkládané práce, paní doktorce Mgr. Iloně Lískovcové Ph.D., MBA za velikou pomoc při psaní mé bakalářské práce, za cenné rady a trpělivost.

# Ošetrovatelská péče o pacienty s onemocněním kůže s poruchou rohovatění

## Abstrakt

Ekzém i lupénka jsou pro pacienta velmi obtěžujícím onemocněním. Lupénka je typická především šupinatěním pokožky. Ekzém se projevuje zarudlými ložisky s vysokou svědivostí.

Teoretická část bakalářské práce byla zaměřena především na popis ekzémového onemocnění a lupénky. Ve výzkumné části byly stanoveny dva výzkumné cíle. První cíl měl za úkol zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění. Druhý cíl se zaměřil na nejčastější problémy pacienta s psoriázou.

V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů. Osloveny byly sestry z kožních ambulancí. Dále byli osloveni pacienti s lupénkou. Po zpracování výsledků vyšlo najevo, že metody léčby a ošetrovatelské péče u pacientů s ekzémem a u pacientů s lupénkou jsou totožné. Rozdílnost je především v aplikaci odlišných druhů léků. Výsledky práce poukazují na to, že lupénka je onemocnění, které má velký dopad na psychiku člověka. Omezuje jeho soukromý život a ovlivňuje jeho sociální vnímání.

Dle mého názoru je podstatné, aby pacienti s lupénkou nebo s ekzémovým onemocněním nezanedbávali péči o svou pokožku. Při pravidelnosti správného ošetřování je vyšší šance na zlepšení jejich onemocnění. Považuji za velmi důležité, aby byly sestry k pacientům empatické. Zjistila jsem, že pro většinu pacientů s lupénkou je obtížné začlenit se do běžného života. Pacienti se pokouší skrývat své onemocnění před ostatními lidmi a dostávají se tak do situací, jež jsou pro ně psychicky náročné.

Tato práce bude volně přístupná pro studenty nelékařských oborů v odborných předmětech. Dále bude poskytnuta laické veřejnosti.

## Klíčová slova

Lupénka; ekzém; pacient; sestra; specifika ošetrovatelská péče; stres; společenský život

# **Nursing care for the patients with skin diseases with ichthyosis**

## **Abstract**

Eczema and psoriasis are very annoying diseases for the patient. Psoriasis is characterized mainly by scaly skin. Eczema is manifested by skin redness with high itching.

The theoretical part of the bachelor thesis has been focused mainly on the description of eczema and psoriasis. In the research part, two research goals have been set. The first goal has been to determine the specifics of nursing care for patients with selected skin diseases with ichthyosis. The second goal has focused on the most common problems of a patient with psoriasis.

In the bachelor thesis, qualitative research has been used using the method of semi-structured interviews. Nurses from skin clinics have been contacted. Patients with psoriasis have also been contacted. After processing the results, it turned out that the methods of treatment and nursing care in patients with eczema and in patients with psoriasis are identical. The difference is mainly in the application of different types of drugs. The results of the thesis point out that psoriasis is a disease that has a great impact on the human mental condition. It limits his/her private life and affects his/her social perception.

In my opinion, it is essential that patients with psoriasis or eczema do not neglect their skin care. With regular treatment, there is a higher chance of improving their illness. I consider it very important that nurses be empathetic to patients. I have found that it is difficult for most patients with psoriasis to integrate into everyday life. Patients try to hide their illness from other people and thus find themselves in situations that are psychologically demanding for them.

This thesis will be freely accessible for students of non-medical disciplines in specialized subjects. It will also be provided to the general public.

## **Keywords**

Psoriasis; eczema; patient; nurse; specifics of nursing care; stress; social life

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	10
1.1 Obor dermatologie – onemocnění s poruchou rohovatění .....	10
1.2 Charakteristika onemocnění s poruchou rohovatění .....	11
1.3 Historie psoriázy .....	17
1.4 Charakteristika onemocnění.....	18
1.5 Rizikové a spouštěcí faktory .....	21
1.6 Vyšetření lupénky.....	22
1.7 Léčba lupénky .....	23
1.8 Hospitalizace v nemocnici .....	25
1.9 Domácí péče.....	26
1.10 Vliv nemoci na změny v životě pacienta .....	27
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	29
2.1 Cíl práce .....	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
2.3 Operacionalizace pojmů .....	29
3 Metodika práce a výzkumný soubor.....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky .....	32
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami .....	32
4.1.1 Kategorie 1 - Základní informace o sestrách .....	33

4.1.2 Kategorie 2 - Rozdílné projevy u lupénky a ekzému .....	34
4.1.3 Kategorie 3 Léčba lupénky a ekzému .....	36
4.1.4 Kategorie 4 - Ošetrovatelská péče u lupénky a u ekzému.....	37
4.1.5 Kategorie 5 - Psychická pomoc pacientům .....	39
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty s lupénkou .....	41
4.2.1 Kategorie 1 - Základní informace o pacientech .....	42
4.2.2 Kategorie 2 - Počátek projevů lupénky .....	43
4.2.3 Kategorie 3 - Léčba lupénky .....	45
4.2.4 Kategorie 4 - Ošetrovatelská péče o pokožku .....	47
4.2.5 Kategorie 5 - Osobní život pacienta s psoriázou.....	51
4.2.6 Kategorie 6 - Dopad lupénky na psychiku pacienta.....	53
5 Diskuse.....	56
6 Závěr .....	65
7 Seznam použitých zdrojů.....	67
8 Přílohy.....	70
9 Seznam zkratk .....	78

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty, kteří trpí onemocněním kůže s poruchou rohovatění. V předkládané práci jsem se zaměřila na ekzémové onemocnění kůže a na onemocnění lupénkou. Tato dvě onemocnění řadím mezi nejznámější z kožních onemocnění s poruchou rohovatění.

Pro toto téma jsem se rozhodla především kvůli pacientce, která trpěla lupénkou v mém již bývalém zaměstnání. Chtěla jsem se o tomto onemocnění dozvědět více, a proto jsem se rozhodla svou práci zaměřit na toto onemocnění. Následně jsem se přihlásila do internetové skupiny lidí s lupénkou. Tato stránka mě velmi obohatila. Díky ní jsem se dokázala lépe vcítit do pocitů pacientů s tímto onemocněním.

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění. Mým záměrem bylo poukázat na složitost a četnost ekzémového onemocnění a lupénky a na jejich náročnou léčbu. Druhým cílem bylo zjistit nejčastější problémy pacienta s psoriázou. Zde jsem věnovala pozornost životu pacientů s lupénkou, kterých je nejen ve světě, ale především i v České republice, mnoho.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na charakteristiku ekzémového onemocnění, přičemž obsáhlejší část tvoří onemocnění lupénka, které jsem popsala o něco podrobněji.

Kožní onemocnění s poruchou rohovatění je pro každého pacienta nepříjemné. Erytém kůže představuje projev intenzivního kožního zánětu. Ten vede až k porušení epidermální bariéry, olupování pokožky a následné maceraci. Důležité pro správně zvolenou léčbu a ošetrovatelský postup je správné určení daného onemocnění. Mezi kožní onemocnění řadíme například atopický ekzém, dermatitidu a erytemato-papulo-squamózní choroby, které se vyznačují šupinatěním kůže a její vysokou svědivostí. Mezi tyto choroby spadá i známé onemocnění lupénka.

Lupénka je nejčastějším chronickým onemocněním kůže. Projevuje se olupujícími se stříbřitými šupinami z ložisek hnědočervené barvy na povrchu pokožky. Nejčastěji se lupénka vyskytuje na loktech a kolenech. Lupénka je ovlivněna geneticky, ale hlavní příčinou prvotních projevů lupénky bývá stres, úraz nebo infekční onemocnění. Lupénka je onemocnění spojené s celou řadou dalších komorbidit. Zhruba u 10-20 % pacientů se kromě kožního postižení projevuje i postižení kloubní. To nazýváme psoriatická artritida. U lupénky využíváme lokální léčbu, fototerapii a systémovou léčbu.



V praktické části práce jsem zhodnotila výsledky dat získané formou polostrukturovaného rozhovoru s probandy. Rozhovory se sestrami se zaměřovaly na rozdíly mezi ekzémovým onemocněním kůže a lupénkou. Rozhovory s pacienty s lupénkou se zaměřovaly na účinnost léčby tohoto onemocnění a na psychickou stránku pacientů. Dále jsem ve své práci zjišťovala, jakým způsobem lupénka omezuje život pacienta.

# 1 Současný stav

## 1.1 Obor dermatologie – onemocnění s poruchou rohovatění

Pagano (2012) poukazuje na to, že kůže je v neustálém pohybu. Mění se, obnovuje se, má plno zázračných funkcí, které našim okem není možné zahlédnout. Kůže nás chrání před nepříznivými vnějšími vlivy, před poraněním důležitých orgánů, upozorňuje nás na změny vnější teploty, hraje důležitou roli v naší imunitní soustavě a vykonává mnoho dalších funkcí. Kůže má dvě základní vrstvy: pokožku a škáru. Škára představuje spodní vrstvu, jež zahrnuje všechny krevní cévy, nervy, žlázy atd. Zde se tvoří nové kožní buňky. Pokožka je horní vrstvou kůže, která chrání strukturu škáry. Je oproti ní odolnější a méně citlivá. Pro sestru je velmi důležitý fakt, že se kůže neustále obnovuje, a to pravidelně jednou do měsíce, většinou každých 28 dní. Škárrou putují nově vytvořené kožní buňky nahoru kožními vrstvami do pokožky. Tento proces trvá přibližně dva týdny. Během dalších dvou týdnů buňky pokožky odumírají a postupně dochází k jejich odstranění. Nahrazují je nové kožní buňky ze škáry. Tento proces probíhá od narození až do smrti jedince.

Vlašín (2004) upozorňuje na nelehké počátky v rozpoznání ekzému. Často se nemocní léčili na lůžku řadu týdnů, než se stav upravil. V 60. letech se začali dovážet nové kortikosteroidní masti. Nebylo jich mnoho, ale byl to pokrok. Postupně se zjistilo, že většina nemocných má ekzém jako vystupňovanou imunologickou obranu proti různým chemickým látkám a jiným antigenům.

Rocken et al. (2018) poukazují na rozdíl dermatitidy a ekzému, které jsou téměř zaměnitelné. Teoreticky dermatitida poukazuje na akutní onemocnění, zatímco ekzém představuje spíše chronický proces. Benáková et al. (2020) popisuje ekzém a dermatitidu jako zánět kůže s tím, že ekzém je spíše alergického původu, zatímco dermatitida původu nealergického. Častěji se používá všeobecný termín dermatitida, jelikož každý ekzém je dermatitidou. Ovšem ne každá dermatitida je ekzémem. Pizinger (2012) definuje ekzém jako skupinu onemocnění s různou příčinou. Ekzém je častou chorobou. Jde o zánětlivé onemocnění neinfekčního původu charakteristické chronickým průběhem s častými akutními exacerbacemi. Tímto onemocněním trpí pacienti, kteří mají změněnou reaktivitu kůže.

Resl (2014) definuje ekzém jako nejčastější neinfekční zánětlivé onemocnění kůže. Dále ve své knize popisuje, že mezi poruchy rohovatění spadají dermatitidy neboli ekzémy a kožní choroby erytemato-papulo-squamózní, které se vyznačují šupinatěním kůže a její vysokou svědivostí. Mezi tyto choroby spadá i známé onemocnění lupénka. Vašků (2015) poukazuje na to, že lupénka se nejčastěji označuje jako chronické zánětlivé kožní onemocnění s epidermální proliferací. Je to primárně zánětlivá dermatóza na multigenním podkladě, tudíž jde o komplexní, multifaktoriální chorobu. Tím se shoduje s definicí Hercogové et al. (2019), kteří popisují psoriázu jako systémové zánětlivé onemocnění s rysy autoimunity, polygenní dědičností a známými vyvolávajícími faktory. Definují ji jako chronické zánětlivé neinfekční onemocnění kůže s proliferací epidermis. Psoriáza patří do skupiny imunitně podmíněných chorob a je doprovázena řadou komorbidit. S těmito fakty souhlasí i Rocken et al. (2018), kteří udávají, že psoriáza je zánětlivé onemocnění se zvýšenou proliferací a porušenou diferenciací keratinocytů.

Yamauchi et al. (2021) popisují zánět jako soubor imunitních buněk, který se snaží zničit infekci nebo nějaký virus v těle jedince. Imunitní systém dokáže zahájit tuto zánětlivou reakci, infiltraci imunitních buněk a uvolňování faktorů. U psoriatické choroby imunitní buňky útočí na místa, kde by neměly. Na kůži tak způsobují psoriatické plaky, ale mohou se dostat i do kloubů a způsobit tam psoriatickou artritidu. Zánět vzniká infiltrací krevních cév srdce, které zapálí buňky, které lemují krevní cévy. Ty se plní imunitními buňkami, které tam nepatří, a vzniká zánět.

## ***1.2 Charakteristika onemocnění s poruchou rohovatění***

Rocken et al. (2018) zmiňují, že nejčastějším kožním příznakem u onemocnění s poruchou rohovatění patří pruritus neboli svědění a prurigo, což jsou různé šupiny na kůži, jež vzniknou škrábáním svědivé pokožky. Třením pokožky mohou vzniknout i exkoriace, nebo dokonce eroze a vředy. Mezi pruritus a kožní změny vzniklé škrábáním patří: prurigo simplex – exkoriované papuly a noduly obvykle po napadení členovci, lichen simplex chronicus – lokalizované kožní místo zhrubění (lichenifikace) většinou na zátylku nebo na nártách následkem chronického tření, a prurigo nodularis – kopulovité papuly, které jsou následkem předešlého dlouhodobého škrábání a manipulace, obvykle na pažích. Často se vyskytují kolem vlasových folikulů. Pruritus nodularis bývá častým projevem u chronických onemocnění ledvin. U starších lidí

může být projevem atopické dermatitidy. Pityriasis v překladu znamená mít drobné šupiny. Pityriasis lichenoides, pityriasis rosea a pityriasis rubra pilaris mají společnou tendenci k olupování. Příčina těchto onemocnění není dosud zcela známá.

Rocken et al. (2018) rozdělují Pityriasis lichenoides na akutní a chronickou. Mezi akutní onemocnění patří PLEVA, kterou provází výsev mnoha hemoragických makul a papul s centrální šupinou, které jsou překvapivě asymptomatické. Pityriasis rosea je poměrně časté onemocnění. Uvažuje se, že by příčinou mohla být kožní reakce na celkovou infekci. Toto provází oválné erytematózní nebo bledé makuly a téměř atrofické skvrny s límečkovým olupováním. Nejčastěji bývá prvotním příznakem větší léze – mateřská skvrna, která může být zaměněna za jiné onemocnění. Dalším, již specifitějším, příznakem jsou často četné projevy na trupu se vzorem vánočního stromku. U bělochů zůstává bez výsevu obličej i končetiny. Ovšem u černochů jsou distální oblasti často postiženy po zánětlivou hypopigmentací. Téměř nikdy nesvědí. Pityriasis rubra pilaris není časté onemocnění, ale setkáváme se s ním jak u dospělých jedinců, tak u dětí. U počínajících příznaků je diagnóza obtížná. Častým projevem je erytém rukou nebo kštice s drobnými šupinami. Určující jsou pozdější nálezy s lososově zbarvenými ložisky, folikulárními keratotickými papulami, difuzní palmoplantární keratodermií a nápadně nedotčenými okrsky. V průběhu onemocnění se může rozvinout až do erythrodermie. U dospělých má tendenci být chronická. U dětí se většinou zhojí během jednoho roku.

Rocken et al. (2018) řadí mezi časté pruritické onemocnění atopickou dermatitidu neboli atopický ekzém. Tyto dva termíny jsou téměř zaměnitelné. Dermatitidou označujeme akutní onemocnění, zatímco ekzém popisuje spíše chronický proces. Dermatitida se může objevit v každé věkové skupině. Vždy je vhodné vyhledat lékaře. Při akutní dermatitidě je kůže erytematózní, edematózní a v závažných případech se mohou tvořit puchýře. V ohbích jsou časté eroze jako u atopické a plenkové dermatitidy. Kvůli vysoké svědivosti pokožky a následném škrábání kůže se tvoří šupiny a později lichenifikace. Správné určení stupně akutnosti je nezbytné pro následnou terapii. Akutní dermatitida představuje epidermální edematózní poškození keratinocytů, kde můžeme vidět pod mikroskopem rozšířené cévy, zánětlivé buňky, spongiózu, puchýře, šupiny a krusty. Další příznaky zahrnují časté svědění, občas bolestivost, poškození epidermální bariéry se ztrátou tekutin a nárůstem infekcí. Chronickou dermatitidu poznáme podle zesilující epidermální reakci, dilatovanými

cévami a perivaskulárními lymfocytárními infiltráty. Často bývá velmi obtížné rozhodnout, o který typ dermatitidy se jedná, jelikož příznaky bývají obdobné. Důležité je sledování způsobu rozšíření a pečlivý odběr anamnézy. Mezi známé dermatitidy řadíme alergickou kontaktní dermatitidu, atopickou dermatitidu, iritační dermatitidu a další typy dermatitid.

Hercogová et al. (2019) ve své knize popisují, že alergická kontaktní dermatitida je klinickým vyjádřením přecitlivělosti IV. typu. Tomu předchází zvýšená citlivost v předešlém období na kontaktní alergen, který je spouštěčem alergické reakce a aktivuje tak zánět imunologickými mechanismy, který se může projevit akutně, subakutně nebo chronicky. Rocken et al. (2018) upozorňují, že alergen musí být aplikován přímo na kůži nebo se přenese vzduchem. Nejčastěji proniká v místě poškozené kůže. Pokud se kontaktní dermatitida vyskytla bez předchozí expozice, bývají častou příčinou velmi rozšířené alergeny nebo zvýšená citlivost na zkříženě reagující látky. Včasné určení správného onemocnění napomáhá k rychlému zlepšení a trvalému zhojení.

Hercogová et al. (2019) popisují nejčastější lokalizace kontaktního ekzému, kterými je obličej, krk, ruce, nohy, bérce a trup. Rocken et al. (2018) souhlasí s tím, že při ekzémovém onemocnění bývají nejpostiženější ruce. Kontaktní ekzém představuje nejčastější onemocnění, které patří mezi kožní choroby z povolání. K poškození kůže většinou dochází na podkladě kumulativně toxické dermatitidy. Nejvíce jsou ohroženi lidé s chronickou expozicí vlhka a lidé, kteří si ve své profesi musejí často mýt ruce a používat latexové rukavice.

Dle Hercogové et al. (2019) je klinický obraz ovlivněn senzibilizačním potenciálem kontaktního potenciálu daným jeho chemickou strukturou, místem lokalizace ekzému, v souvislosti s anatomicko-fyziologickými poměry v daném místě. U vysokého stupně citlivosti vzniká po kontaktu s alergenem obraz kontaktního ekzému akutního, který je charakterizován papulami, vezikulami, eventuálně mokváním, červenými plaky, případně edémy zvláště kolem očí. Typickým příznakem je ostré ohraničení ploch a subjektivně svědění. Mezi kontaktní ekzém akutní řadíme akutní iritační dermatitidu, atopický ekzém, erysipel, erysipeloid, při lokalizaci v obličejí také lupus erythematodes, dermatomyozitidu, fotoalergické či fototoxické reakce lékové. Chronický kontaktní ekzém vznikne buď přechodem z akutního, kdy nebyl akutní ekzém léčen

nebo zcela odstraněn, nebo vznikne po opakovaném kontaktu s alergenem s nízkým senzibilizačním potenciálem. Jde o chronicko-zánětlivé postižení kůže s erytematoskvamózními plaky a lichenifikaci s ragádami. Mohou se vyskytnout eroze, krusty, exkoriace, subjektivně ekzém svědí. Mezi chronický kontaktní ekzém patří chronická iritační dermatitida, atopický ekzém, tinea.

Hercogová et al. (2019) upozorňují, že pro správné stanovení diagnózy se musí provést epikutánní testy. Jde o provokační testy, při nichž se přiložením na klinicky zdravou kůži po odeznění akutní fáze onemocnění vyvolá kontaktní alergická reakce na známé alergeny. Především tak vzniku falešně pozitivních reakcí a zhoršení stávajícího onemocnění.

Čapková (2017) vysvětluje význam slova atopický. To se odvozuje od slova atopos, které v češtině znamená zvláštní cizí. Jinými slovy je to něco, co není na svém místě. Je to atypické. Pacient s atopickým ekzémem reaguje na běžné podněty nezvyklým způsobem – vyrážkou, svědivostí kůže apod. Strafella et al. (2019) řadí atopický ekzém do nejčastějších chronických onemocnění kůže, které způsobuje narušení kožní bariéry a poruchu systému imunitních a zánětlivých reakcí. Ekzém se projevuje červenými skvrnami a svědivými vyrážkami. Následně se na pokožce začnou objevovat bolestivé papuly, xeróza a erytematózní léze se zvýšenou transepidermální ztrátou vody. Dochází k narušení funkce epidermální bariéry.

Čapková (2017) udává, že atopický ekzém vzniká již v prvních měsících života. Důležité je pátrat v rodinné a osobní anamnéze, jelikož se jedná o dědičné onemocnění. Jde o neobvykle silné obranné procesy proti působení některých běžných látek ve vnějším prostředí. Často bývá provázená zvýšenými hodnotami IgE v séru.

Rocken (2018) tvrdí, že toto onemocnění je multifaktoriální, které je zejména podmíněné 3 oblastmi. Jde o 1. porušenou epidermální bariéru – ta bývá nejčastěji hlavní příčinou. Často pramení z mutací ve filagrinu, klíčovém proteinu rohovějící membrány, stejně jako z abnormalit epidermálních lipidů, jež nemají jen bariérovou funkci, ale také ovlivňují diferenciaci keratinocytů. Atopičtí jedinci mají sníženou schopnost kůže vázat vodu s jejím nadměrným únikem a typickou suchostí atopické kůže. U pokožky dochází k snadnému podráždění a vysychání. Další příčinou bývají defekty vrozené imunity a T buněčné reakce, stejně jako vlastnost přehnané reakce s IgE. Další oblastí je 2. porušená vrozená imunita, kdy u pacientů s atopií můžeme

pozorovat snížené množství defenzinů v epidermis a v potu. Defenziny jsou malé, na cystein bohaté kationtové proteiny, jež působí proti bakteriím, houbám a virům. Proto až 95 % atopických jedinců má povrch kůže kolonizován zlatým stafylokokem – *Staphylococcus aureus*, a to nejen v oblastech postižených ekzémem, ale i na klinicky zdravé kůži. Zásadně se zde podílí i alergeny zevního prostředí jako potravinové alergeny, alergeny pronikající skrz porušenou kožní bariéru a inhalační alergeny – roztoči domácího prachu, pyly travin, bylin a dřevin, některé zvířecí alergeny a plísně.

3. změněná imunita představuje zvýšené kožní a sérové hladiny IgE, stejně jako aktivované T buňky a dendritické buňky s navázanými IgE v kůži. Poslední mohou efektivně stimulovat T buňky, což pomáhá přivádět alergen-specifické T buňky do kůže, a tak iniciovat autoimunitní reakci.

Hercogová et al. (2019) vidí u atopické dermatitidy rozdílnost příznaků dle věku jedince. Proto rozděluje příznaky typické pro kojenecký věk, dětský věk, adolescenty a dospělé. U kojenců se atopický ekzém vyskytuje nejčastěji na tvářích, ale může se rozšířit po celém obličejí, po krku i do kštiny a na uších. Dále je častý výsev v místech přiložení plenky. Onemocnění vzniká již v prvních měsících života. Projevuje se drobnými papulami až vezikuly, které často splývají do erytémových plaků. Ty bývají mokravé a po zaschnutí se vytvoří krustoskvrný žlutavé barvy. Pokožka je velmi svědivá. Při škrábání pokožky dochází k jejímu zanícení a vzniká zánět mízních uzlin. Pokud dochází u pokožky k jejímu zklidnění, kůže je suchá a dochází k jejímu olupování.

Dle Hercogové et al. (2019) spadají do dětské formy AD děti od batolat do 14 let. Během tohoto růstu se mění projevy ekzému. Uvolňování tekutiny do tkání ustupuje a přechází se tak z akutního stavu do chronického. Postižená pokožka je zhrubělá a suchá. AD se vyskytuje převážně na obličejí, na rtech, na krku, v místech ohybu, na hřbetu rukou, nártách, na hýždích a v zadní krajině stehen. Mnohdy dochází k impetiginizaci ekzému se zánětem mízních uzlin. Na horní části těla a v obličejí se AD projevuje oválnými nebo kruhovitými ložisky, které mají bělavou barvu. Na nich vznikají jemné pityriaziformní šupinky. U projevů dochází ke zhoršení většinou na jaře a na podzim. Remise a exacerbace se střídají, ale většinou projevy postupně ubývají. Někdy onemocnění definitivně odezní v průběhu druhého roku života. U 80 % dětí ekzém odezní do devátého roku. AD přetrvává do puberty u menšiny pacientů, ale poslední dobou mírně přibývají. Horší průběh můžou mít dívky během menstruace. Vzniká keratosis pilaris. V dospívání je kůže ještě hrubší. Vyskytuje

se převážně v záhybech těla, kterými jsou loketní jamky, zápěstí a hřbety nohou nebo krk a šíje. Dochází i k rozšíření. U adolescentů se mohou zhoršit astmatické záchvaty a jarní senná rýma. Při zhoršení astmatu většinou kožní příznaky ustupují a naopak.

Podle Čapkové (2017) a Hercogové et al. (2019) se může AD poprvé projevit i u až dospělých jedinců. Většinou ekzém předchází již v dětském věku. Pokožka je silně zhrubělá a rozpraskaná. V dospělosti se AD může omezit jen na některé lokalizace jako ekzém očních víček, okolí úst, šupící se plochy nohou, nebo praskající bříška rukou a nohou. Kůže je v dospělosti charakteristická silným svěděním. Častým škrábáním pokožky může vzniknout nepříjemná hnisavá infekce. K výraznému zhojení nejčastěji dochází po 40. a 50. roce života.

Hercogová et al. (2019) řadí mezi další známé dermatitidy například iritační dermatitidu, seboroická dermatitidu a reaktivní dermatitidu a další typy dermatitid. Onemocnění kůže s poruchou rohovatění je mnoho.

Greenwell et al. (2022) vidí u léčby ekzému jako velmi důležité vyvarovat se dráždivým látkám zhoršující příznaky ekzému. Důležité je pravidelně promazávat pokožku změkčovadly, jež přispívají k obnovení funkce kožní bariéry. Dále se aplikují lokální kortikosteroidy nebo lokální inhibitory kalcineurinu při léčbě vzplanutí ekzému. Nejnáročnější je léčba pro mladé pacienty, kteří nedodrží lokální léčbu tak, jak by měli. Mladí lidé svou pokožku nepromazávají dostatečně často a pravidelně, protože to narušuje jejich konkurenční touhu udržet si „normální“ život, který upřednostňují před tímto onemocněním.

Pagano (2012) upozorňuje na to, že by pacient trpící lupénkou měl být nejprve řádně obeznámen se svou nemocí. Sestra pacientovi vysvětlí, že škára vytváří nové buňky každé čtyři dny a touto rychlostí je tento děj výrazně narušen. Buňky tak nemají dostatek času k plnému dozrání, nejsou tudíž plně funkční. Povrch pokožky je zarudlý, zanícený, je velmi citlivý a dochází k tvorbě výstupků a šupin. Pokožka se v daném místě postižení může až trojnásobně zesílit nad úroveň povrchu. Mohou se zde objevit ložiska zasahující tak hluboko, že jejím sloupnutím dojde ke krvácení. Tento jev je nazýván Auspitzův fenomén. Tento proces je jednoznačně nezdravý a není vizuálně příjemný. Jedinci s tímto onemocněním hrozí řada vnitřních i vnějších rizik. Sestra upozorní pacienta na to, že ačkoliv se nejčastěji ložiska vyskytují na pokožce hlavy,



loktech, kolenou, v křížové oblasti a spodní části nohou, není to vždy pravidlem. Lupénka může vzniknout prakticky kdekoliv, včetně nehtů rukou a nohou nebo na citlivé vnitřní výstelce sliznice. Lupénkových ložisek jsou různé druhy, ale i když se liší vzhledem a rozsahem, jde stále o stejné onemocnění. Stejná léčba tak může mít pozitivní odezvu na různé druhy lupénky. Jedinec s letitým onemocněním lupénkou nemůže očekávat u léčby stejně rychlou odezvu jako jedinec, který trpí lupénkou několik týdnů, i když i to je někdy možné. Většinou platí, že čím déle je jedinec lupénkou postižen, tím více je jeho organismus znečištěn, a tudíž trvá déle jeho očista a obnovení všech buněk.

Ve své práci se zaměřím na onemocnění zvané psoriáza. Chtěla bych takto poukázat na složitost a četnost lupénky a náročnou léčbu i život pacientů. S lupénkou jsem se poprvé setkala v mém nyní již bývalém zaměstnání a chtěla jsem se o tomto onemocnění dozvědět více. Následně jsem se přidala do internetové skupiny o lupénce. Tato stránka mě velmi oslovila. Díky ní jsem se dokázala vcítit do pocitů pacientů s lupénkou. Zjistila jsem, že lupénkou u nás trpí 2-3 % populace. Zdraví jedinci se s tímto onemocněním nedostanou často do styku a nemají tudíž o tomto závažném a často život omezujícím onemocnění téměř žádné informace.

### ***1.3 Historie psoriázy***

Vašků (2015) popisuje, že psoriáza neboli lupénka je onemocnění mnoha podob. Na lupénce je možné pozorovat, jak se klinická dermatologie vyvíjí od základního výzkumu k moderní přesně stanovené léčbě. Už od začátků lupénky je pro lékaře velká výzva objevit co nejúčinnější lék.

Štolfa a Štork (2007) vysvětlují, že psoriáza je onemocněním, které bylo problémem především pro postižené v době kolem počátku našeho letopočtu. V té době ještě neexistovaly žádné určité informace o této nemoci a mnozí ji zaměňovali za lepru, která byla infekčním onemocněním. Tito lidé museli žít v izolaci. Jedinci v té době byli označeni za malomocné a byli uzavíráni v kláštorech. Již v 5. století našeho letopočtu byly zaznamenány první zmínky o kožních projevech, jež odpovídají této nemoci. Poznatky byly získány z archeologických poznatků.

Novotný a Hájek (1995) píší o řeckém lékaři Galénovi, který byl prvním mužem, jenž použil označení psoriáza. Žil ve 2. století našeho letopočtu a působil v Římě.

Psoriázou označil šupící se plochy na pokožce, které zřejmě nebyly pouze znakem psoriázy. Ani ve středověku nebylo jasné, o jaký druh onemocnění s poruchou rohovatění přesně šlo. Často se zaměňovali pojmy lepra, ekzém, lichen a psoriáza.

Vašků (2015) zmiňuje 19. století, kdy v roce 1845 vídeňský profesor Ferdinand von Hebra (rodák z Brna) významně přispěl ke vzniku moderní dermatologie a jako první použil označení psoriáza, popsal její různé formy a charakterizoval ji jako samostatnou nosologickou jednotku. Od konce 19. století začínají základní milníky v léčbě psoriázy. Tato doba se nazývá dobou rozkvětu dermatologie. Léčba lupénky se postupem času zlepšuje a s ní i ošetrovatelská péče o pacienta. Včasný a léčebný zásah by měl být již odedávna pravidlem, ačkoliv jasně definovat léčebná doporučení nebylo vždy jednoduché, a i nyní je to u psoriázy mnohdy obtížné.

#### ***1.4 Charakteristika onemocnění***

Olejárová a Fialová (2012) vysvětlují, že řecký název nemoci je odvozen od slova psora, které znamená svědění. Vašků (2020) poukazuje na to, že lupénka se nejčastěji označuje jako chronické zánětlivé kožní onemocnění s nadměrným bujením svrchní části kůže. Charakteristická jsou zánětlivá ložiska se stříbřitými šupinami. Lupénka se řadí mezi erytematoskvamózní chorobu, která je založena na multigenním podkladě. Projevy onemocnění a stupeň postižení závisí na různých faktorech. Lupénka probíhá buď akutně exantematicky, nebo chronicko-stacionárně se stabilizovaným klinickým obrazem.

Lomicová a Cetkovská (2019) Poukazují na to, že lupénka je nejčastějším chronickým onemocněním kůže, které postihuje kolem 2-3 % populace evropských zemí. Pohlaví nemá na lupénku vliv. Jde o imunitně-zprostředkované zánětlivé onemocnění s dysregulací imunitního systému, v jehož patofyziologii hrají nejdůležitější roli faktor nekrotizující tumory (TNF), IL-23 a IL-17 (2).

Azizam et al. (2019) popisují lupénku jako kožní onemocnění, kterým trpí lidé po celém světě. Projevuje se suchými a stříbřitými šupinami a většinou se projeví poprvé mezi 20-35. rokem života. S tím souhlasí i Jashin et al. (2016), kteří tvrdí, že se psoriáza může vyskytnout v kterémkoliv věku, ale nejčastěji se objevuje ve věku 15-30 let. Pozdější věk nástupu a rodinná anamnéza jsou spojovány s konkrétními antigeny HLA třídy I, zejména s HLA-Cw6. Vašků (2020) popisuje psoriázu I. typu

a psoriázu II. typu. Psoriáza I. typu se vyskytuje u lidí do 40 let, s asociací se streptokokovými infekcemi, a s asociací s HLA Cw6. Psoriáza II. typu se vyskytuje u lidí starších 40 let s ne tak silnými asociacemi jako u prvního typu. První manifestace psoriázy vrcholí mezi 20-30. rokem života. Pravděpodobnost prevalence lupénky u příbuzných I. stupně je 7,8 %. Pravděpodobnost, že se lupénka projeví u dítěte s jedním postiženým rodičem je 14 %. Pokud na lupénku trpí oba rodiče dítěte, pravděpodobnost je 41 %.

Čelakovská (2020) rozlišuje formy psoriázy na psoriasis vulgaris, psoriasis pustulosa, psoriasis arthropatica, erythrodermia psoriatica, psoriasis inversa a psoriáza na nehtech. Podle Wei-Yu et al. (2022) se řadí mezi nejčastější lupénku plaková psoriáza, jež je známá jako psoriasis vulgaris. Tento typ má asi 90 % pacientů s lupénkou. Projevuje se dobře ohraničenými erytematózními a svědivými plaky. Dále je u lupénky klinickým projevem xerotická kůže pokrytá stříbřitými šupinami. Léze mohou mít různý tvar a menší léze mohou na pokožce splývat a pokrýt tak větší část kůže. S tím souhlasí i Čelakovská (2020), která popisuje psoriasis vulgaris jako typická zarudlá ložiska se šupěním a infiltrací v predilekční lokalizaci. Barva papuly bývá hnědočervená se stříbřitě bílou drolivou šupinou na povrchu. Tyto papuly bývají ve vysoké vrstvě a častým seskupením tvoří ložiska o různé velikosti – psoriasis punctata, guttata, nummularis, anularis, gyrata, geographica; někdy dochází ke generalizaci – psoriasis generalisata. Tato forma lupénky většinou výrazně nesvědí.

Folta (2019) popisuje, že hlavní příznak psoriázy zahrnuje olupující se stříbřité šupiny z ložisek hnědočervené barvy, které se vytváří na pokožce. Lupénka se objevuje převážně na loktech a kolenou. Může se vytvořit i na pokožce hlavy ve vlasech, ze které postupuje na čelo, krk a kolem uší. Podle Dopytalska et al. (2018) se lupénka na obličeji projevuje asi u 20 % pacientů s psoriasis vulgaris. Ta se vyskytuje většinou u pacientů, kteří u pacientů, kteří mají lupénku již delší dobu, dále u pacientů s rodinnou anamnézou a u závažnější lupénky. Typickými projevy lupénky na obličeji jsou ostře ohraničené erytemato-skvamózní pláty s chronickou ložiskovou psoriázou. Pacienti si stěžují na svědivost, bolestivost a přecitlivělost kůže. Lupénka se na obličeji dá skrýt jen obtížně. Dále dle Folta (2019) vyskytují ložiska v podpaží, rozkroku nebo na hýždích, tedy na místech, kde dochází k častému mechanickému opotřebení. Lupénka postihuje i nehty. Pravděpodobnost jejího výskytu se zvyšuje s hmotností pacienta. Nehty napadené lupénkou se postupně promění až v tzv. zahnuté drápy.

Dopytalska et al. (2018) udávají, že v určitém věku života mělo až 90 % pacientů lupénkou postiženou pokožku hlavy. Ta se projevuje erytematózními skvrnami a stříbřitě bílými šupinami, které se na pokožce hlavy odlupují. Kůže je extrémně suchá, často dochází k praskání a následnému krvácení. Léze na pokožce hlavy se projevují vysokou svědivostí, dále bolestí či pálením. U pacientů může dojít až k dočasné alopecii.

Wei-Yu et al. (2022) tvrdí, že asi 80 % pacientů trpí mírnější formou lupénky, která postihuje méně než 10 % povrchu těla. Zbýlých 20 % pacientů s lupénkou trpí závažnějšími příznaky. Tito pacienti mohou mít i mimokožní projevy. Nejčastějšími jsou psoriatická artritida a onemocnění nehtů. PsA postihuje přibližně 30 % pacientů s lupénkou. Projevuje se jako zánět šlach nebo vazů často v místech kloubů a zahrnuje prsty, zápěstí a kotníky. Lomicová a Cetkovská (2019) uvádí, že u nehtové psoriázy bývá postižen příslušný distální interfalangeální kloub. Pacient by měl začít s léčbou co nejdříve, jelikož PsA se může změnit v trvalé kloubní postižení.

Čelakovská (2020) popisuje psoriázu na nehtech, jež je charakteristická červenými skvrnami v oblasti bělavé části u kořene nehtu, drolením nehtů a d'olíčkovaním. Postižení nehtového lůžka lupénkou se může projevit třískovitým krvácením, olejovými skvrnami, ztluštěním svrchní vrstvy kůže pod nehtovou ploténkou nebo odloučením nehtové ploténky. Lupénka se na nehtech může objevit i při zcela minimálním traumatu – při manikúře včetně zastříhování kutikuly, odstraňováním nánosů pod nehtovými ploténkami nebo nošením nevhodné obuvi.

Gkalpakiotis et al. (2020) mluví o lupénce, která může být spojena současně s výskytem dalších nemocí. Jde zejména o tzv. složky metabolického syndromu. Pacienti častěji trpí diabetem mellitem 2. typu, obezitou, arteriální hypertenzí a dyslipidemií. Lomicová a Cetkovská (2019) udávají, že vznik přidružených onemocnění u psoriázy je dosud neobjasněn. Předpokládáme, že mechanismy jsou aktivace prozánětlivé kaskády, sdílené zánětlivé procesy, genetická predispozice a společné rizikové faktory. Lupénka výrazně ovlivňuje kvalitu života a spojuje se s řadou dalších komorbidit jako jsou nespecifické střevní záněty, oční záněty, úzkosti, deprese, malignity atd.

### ***1.5 Rizikové a spouštěcí faktory***

Folta (2019) řadí lupénku do skupiny autoimunitních onemocnění. V pokožce postižené lupénkou probíhá abnormální urychlovací proces dělení a dozrávání kožních buněk. Lupénka je spouštěna a udržována T-lymfocyty v kůži. Spouštěcí antigen je doposud neznámý.

Wei-Yu et al. (2022) předpokládají, že na lupénku má vliv řada vnějších faktorů. Těmi jsou prostředí, klima, sluneční záření a úroveň vlhkosti. Bylo zjištěno, že lupénka je v lepším stavu přes léto, zatímco přes zimu její prevalence vrcholí. Dalo by se říct, že je to snížením ultrafialového záření, nižší teplotou, tmou a menší vlhkostí.

Olejárová a Fialová (2012) upozorňují, že genetika a vnější prostředí se na výskytu lupénky vzájemně podílí. Poranění pokožky je jedním ze známých spouštěčů psoriázy. Ta může vzniknout v místě poranění jednou nebo i opakovaně. Za úraz můžeme považovat odřeninu, popáleninu, říznutí, operační výkon nebo i tetování či bodnutí hmyzem. Infekční onemocnění je dalším podnětem vzniku lupénky. Může jít o streptokokovou infekci v horních cestách dýchacích. U dětí to bývá často angína, kdy se jí po zánětu horních cest dýchacích spustí vyrážka na pokožce.

Vašků (2015) uvádí, že lupénku mohou vyvolat i další infekční onemocnění, například virové spojené s horečnatými stavy nebo i infekce HIV, kde je psoriáza od začátku velmi aktivní, a proto je její průběh obzvlášť těžký. V těhotenství se lupénka zlepšuje až u 40 % gravidních žen. Dochází k tomu díky vyššímu nahromadění hormonů progesteronu a estradiolu. Po porodu dochází ke zhoršení lupénky až u poloviny rodiček.

Olejárová a Fialová (2012) zmiňují stres jako silný spouštěč lupénky. Několik pacientů potvrzuje, že se jí lupénka objevila po obtížné situaci, která silně zasáhla jejich život. Šlo nejčastěji o rozvod, ztrátu příbuzného nebo potíže v práci. Komplikovanější onemocnění i léčba bývá u pacientů s nadváhou a obezitou. Kvůli kouření a pravidelnému pití alkoholu dochází ke zhoršenému průběhu lupénky. S tím souhlasí i Folta (2019), který udává, že stres je známým faktorem, jenž může přispět k výskytu lupénky.

## ***1.6 Vyšetření lupénky***

Vašků (2020) tvrdí, že u vyšetření pacienta je důležitá informace o pozitivní rodinné anamnéze. Sestra pečlivě odebere anamnézu od pacienta. Zeptá se vyšetřovaného, popřípadě jeho doprovodu na výskyt lupénky v rodině, zvažuje i méně specifické příznaky výskytu šupinatých projevů u příbuzných. Pokud měl příbuzný pacienta kloubní potíže, zjistí se, zda se nejednalo o psoriatickou artritidu. Sestra pečlivě prostuduje všechny sledované choroby v rodinné anamnéze. Neopomene se zeptat na sociální a pracovní anamnézu. Dále se pacienta zeptá, v jakých sociálních podmínkách žije, jakou má pracovní pozici a zda není v práci vystaven nadměrnému stresu. Sestra by měla diagnózu dokázat určit u většiny pacientů podle vzhledu a lokalizace ložisek. Charakteristickým je Auspitzův fenomén, kdy se pod šupinou při škrábání ložiska objeví bodovité krvácení. Dalším znakem často bývá i Koebnerův fenomén, kdy se lupénka objeví v místě po poranění.

Olejárová a Fialová (2012) poukazují na to, že se kůže při podezření na lupénku musí vyšetřit v plném rozsahu. Lékař odebere velmi malý vzorek kůže postižené lupénkou a ten pošle na vyšetření optickým mikroskopem. Lupénka je charakteristická zesílením rohové vrstvy. Pokožka i škára jsou více zvlněné až tvořící úzké čepy, nad kterými je pokožka ztenčená. Dalším charakteristickým znakem je výrazné nadměrné množství bílých krvinek v postihnuté kůži.

Baranová (2018) a Vašků (2020) poukazují na rozdělení lupénky na mírnou, střední, středně těžkou a těžkou formu. Ty se mohou určit pomocí dotazníků PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area), DLQI (Dermatology Life Quality Index) či PGA (Physicians/Patients Global Assessment), které hodnotí stupeň postižené pokožky lupénkou. Vašků (2020) dále udává, že subjektivní příznaky se nemusí vždy rovnat závažnosti lupénky. Právě proto můžeme měřit dopad psoriázy na kvalitu života u pacientů pomocí těchto standardizovaných dotazníků. Olejárová a Fialová (2012) informují, že u PASI dotazníku musíme znát procentuální postižení těla lupénkou, stupeň zarudnutí postižených míst, tloušťku a šupení jednotlivých lézí. Středně závažná až závažná je lupénka s vyhodnocením PASI vyšším než 10. Hodnotou PASI můžeme posoudit i zlepšení zdravotního stavu, kdy PASI 90 % rozumíme 90% zlepšení lupénky od projevů, které byly před začátkem léčby. Dotazník BSA hodnotí procentuálně plochu pokožky postiženou lupénkou. Po stanovení vlivu choroby na kvalitu života vyplní

sestra s pacientem dotazník DLQI, na jehož základě zjistí, jak závažně psoriáza ovlivní pacientův život v partnerském vztahu, v denních aktivitách, ale i v pracovním prostředí. Dotazník obsahuje deset otázek, skóre má rozsah 0-30 a hodnota více než 10 představuje závažné ovlivnění kvality života pacienta.

### ***1.7 Léčba lupénky***

Azizam et al. (2019) popisují možnosti léčby lupénky. K léčbě lupénky se využívá fototerapie, systémová léčba a biologické metody. Topická léčba se používá k vyšší účinnosti léčby a zároveň snižuje vedlejší účinky. Lupénka se léčí absorpcí UV zářením do kůže. To zároveň snižuje proliferaci buněk a indukuje T buňky a apoptózy keratinocytů. V systémové léčbě se podávají léky, které pacientům předepisuje lékař. Systémová léčba se indikuje pacientům, kteří nereagují na fototerapii. Biologická léčba se využívá u středně těžké až těžké lupénky. Má vysoký bezpečnostní profil a nezpůsobuje toxicitu v orgánech. Dle Baranové (2018) o vhodnosti léčby rozhodne lékař, a to na základě závažnosti lupénky a jejího rozsahu. Aby mohl lékař stanovit vhodnou terapii, sestra od pacienta zjistí, jaké užívá léky, jestli netrpí jinými přidruženými onemocněními, jaký je životní styl pacienta a jeho preference. Pacient musí dále souhlasit s přínosem, ale i s možnými riziky léčby, s náklady na léčbu a s její časovou náročností.

Čelakovská (2020) tvrdí, že aby byla léčba lupénky účinná, musí být dlouhodobá a především bezpečná. Psoriatická ložiska se musí dlouhodobě sledovat a cílem léčby je jejich totální zaniknutí.

Arenberger et al. (2020) se ve své knize zaměřují na léčbu lupénky a tvrdí, že u pacientů s mírnou psoriázou většinou stačí léčba lokální, kde se podává vitamín D. Dále se ordinují i kortikosteroidy.

Fialová a Kojanová (2020) upozorňují, že ke správně zvolené terapii je důležité zvolit vhodnou účinnou látku, ale i lékovou formu daného léku podle stavu lupénky. Vhodně zvolenou léčbou ovlivníme vstřebání léků do kůže. Tím se podpoří jeho účinnost, a to především u lokálních kortikosteroidů. V lokální léčbě lupénky se dále využívají deriváty vitamínu D3, ichtamol, cignolin a dehty. To platí obzvláště u lokálních kortikosteroidů. Důležitá je podpůrná lokální léčba, do které spadají emoliencia a keratolytika doporučená při léčbě lupénky.

Čelakovská (2020) uvádí možnosti fototerapie v léčbě lupénky. Ve fototerapii využíváme UVB i UVA, která zpomalují pohyblivost Langerhansových buněk, zabraňují činnosti T lymfocytů a eliminují účinné T-buňky. Dále znemožňují epidermální bujení při vzájemném působení s DNA keratinocytů. Fialová a Kojanová (2020) tvrdí, že vlnová délka 311 nm je nejúčinnější a nejbezpečnější variantou fototerapie psoriázy. Ta může být aplikována ojedinele nebo ji lze kombinovat s retinoidem (ReUVB), cignolinem (Ingramova metoda) nebo dehtem (Goeckermanova metoda). Deriváty vitamínu D3 jsou kvůli ztenčené pokožce zvýšeně citlivé na sluneční záření. Kombinace s UVB není vylučující. Naopak se nedoporučuje kombinovat fototerapii s cyklosporinem ani s methotrexátem. Excimerový laser patří mezi novou formu ošetření lupénky pomocí záření o vlnové délce 308 nm, což je ideální, jelikož pronikne pouze do horních vrstev pokožky. Fototerapie má protizánětlivé, imunomodulační až imunosupresivní a antiangiogenní účinky. Dopytalska et al. (2018) vidí možnost odstranění lupénky z povrchu hlavy v UVB záření z hřebenu.

Fialová a Kojanová (2020) indikují systémovou léčbu pacientům s psoriázou, u kterých není účinná lokální léčba ani fototerapie. Dále u pacientů, kterým se po ukončení léčby lupénka opět brzy projeví – dříve než po měsíci, a u kterých je výrazně snížena kvalita života. Nejdéle používaným lékem v systémové terapii je Methotrexát.

Čelakovská (2020) popisuje složení biologické léčby z léčebných látek. Ty jsou tvořeny pomocí živých organismů – buněk. Molekuly biologik jsou téměř vždy několikanásobně větší a složitější než klasické léky. Biologická léčba je téměř vždy podávána injekčně, a to pod dohledem odborníků ve specializovaných centrech.

Arenberg et al. (2020) řadí biologickou léčbu mezi nejnovější z celkově podávaných léčiv. Biologická léčba je indikována u pacientů, u kterých je standardní systémová léčba neúčinná, špatně snášena či kontraindikována, onemocnění má velký dopad na fyzické, psychické a sociální funkce a psoriáza je rozsáhlá či je závažná v určitých lokalizacích (obtížně léčitelné partie, např. obličej, kštice, dlaně, plosky, genitál, nehty). Mezi schválené biologické léky pro terapii psoriázy v současné době patří léky ze skupiny anti-TNF- $\alpha$  (infliximab, etanercept, adalimumab a certolizumab), anti-IL-12/23 (ustekinumab), anti-IL-17 (secukinumab, ixekizumab, brodalumab) a anti-IL-23 (guselkumab, tildrakizumab, risankizumab). Čelakovská (2020) spatřuje rozdíl



mezi skupinami především v mechanismu účinku a ve způsobu užívání, ale i v rychlosti nástupu účinku a účinnosti, a do jisté míry i v profilu nežádoucích účinků.

Čelakovská (2020) upozorňuje, že pacient má právo být dostatečně informován o různých možnostech léčby a o jejich rizicích a přínosech. Důležitý je souhlas pacienta s danou léčbou. U pacienta musíme vzít v úvahu stav lupénky, výsledky předešlé léčby, onemocnění kloubů PsA a další přidružené choroby. Dále musíme znát zásadní informace o pacientovi – jeho věk, tělesnou hmotnost, výši kvality pacientova života a jeho očekávání od dané léčby. Důležitá je účinnost a bezpečnost léčby. Pokud daná léčba není účinná nebo přestane působit po určité době, pacient ji špatně snáší nebo se stane kontraindikovanou, pak musí lékař změnit biologický lék.

Arenberger et al. (2020) píší o využití koupele jako o léčebné proceduře lupénky. Ty usnadňují odlučování šupin na pokožce. Na lupénku se doporučují koncentrované solné koupele, které se vyrovnávají koncentrací slané vody v mrtvém moři. Do koupele můžeme využít i klasickou kuchyňskou sůl. Tyto koupele příznivě doplňují ozařování ultrafialovými paprsky i lokální aplikaci léčiv. Koupele jako doplněk léčby podporuje i Bělobrádek (2011), jenž informuje jak o léčebných koupelích, tak i o léčených šampónech. Léčebné šampóny se používají k léčbě vlasaté části hlavy a jejich význam je většinou jen adjuvantní. V případě hospitalizace pacienta sestra po konzultaci a doporučení lékaře dopomůže pacientovi zrealizovat tyto procedury, zajistí soukromí a postará se o pacientovo bezpečí.

### ***1.8 Hospitalizace v nemocnici***

Folta (2019) udává, že sestra by měla pacienta především informovat o tom, že lupénka není infekčním onemocněním, a tudíž není nakažlivá. I přes tento fakt se pacient může cítit stigmatizovaný a může se stydět o nemoci mluvit s lékařem i se sestrou, především když se jedná o postiženou oblast intimních partií. Proto je důležité chovat se k pacientovi s úctou a empatií a nastavit komunikaci tak, aby se pacient cítil příjemně a prolomily se tak komunikační bariéry.

Resl (2014) zmiňuje, že v ošetrovatelském postupu většinou ošetřujeme pacienty s chronickou lupénkou. Jde o dlouhodobé a recidivující onemocnění. K jejímu zlepšení dochází v letních měsících, ale i navzdory tomu celkově zhoršuje kvalitu pacientova života. Toto onemocnění může doprovázet akné, cukrovku, hypertenzi, srdeční

onemocnění, a především kloubní onemocnění. U akutních forem psoriázy musí sestra zvolit citlivý přístup s minimem dráždění kůže a doporučí pacientovi vhodné koupele. V subakutním a chronickém stádiu nemoci je důležité odstraňování šupin pomocí mastí a hydroterapie. Vhodnou léčbou lupénky je citlivá fototerapie. Ošetrovatelský proces je náročný jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál. Důvodem bývá ekonomika, pracnost, náklady na vodu, zvýšené hygienické nároky, potíže v práci atd. Sestra musí správně posoudit pacientovu soběstačnost a samostatnost při ošetrování.

Kobsa a Selerová (2019) považují za nutné uvědomění si, že pacienti a ošetrovatelský personál pohlížejí rozdílně na pozitivní a negativní hodnoty života. Pro ošetrovatelský personál jsou především důležité dobré výsledky při léčbě, zatímco pro pacienta je důležitější návrat do plnohodnotného života. Pacient touží po pozitivních a po životních hodnotách, jaké měl před vypuknutím choroby.

Podle Kobsy a Selerové (2019) by se sestra měla zaměřit kromě léčby psoriázy i na psychosociální stránku pacienta. Sestra by v rámci terapeutické strategie měla pacientovi pomoci zmapovat životní situace, které vedly k rozvoji onemocnění. Měla by zjistit, v jakých oblastech je pacient kvůli psoriáze nejvíce omezován a motivovat ho ke správnému řešení těchto problémů. Sestra by si při péči o pacienta měla všimnout možných příznaků počínající deprese. Depresemi trpí pacienti s lupénkou poměrně často bez ohledu na rozsáhlosti tělesného postižení. Lupénka na viditelných částech těla (ruce, obličej, nehty) může být pro pacienta závažnější. Pokud pacient trpí depresí, bude dostávat souběžně se základní terapií i antidepresiva. Dále bude zajištěna psychologická pomoc.

### ***1.9 Domácí péče***

Arenberger a Janáčková (2018) zmiňují, jakým způsobem může pacient v ošetrovatelském procesu pokračovat doma a co může udělat sám pro sebe. Pacient by měl myslet na prevenci. Měl by chránit svou pokožku ochrannými krémy, používat neparfémované produkty a pravidelně pečovat o pleť. Promazávat a natírat postižená místa podle doporučení lékaře. Pečlivě dezinfikovat veškerá drobná poranění a defekty na kůži vzniklé škrábáním a olupováním. Pacient by měl nosit bavlněné a prodyšné oblečení. V bytě by měl udržovat dostatečnou vlhkost vzduchu a chladnější teplotu do 20 stupňů. Měl by pokud možno eliminovat množství alergenů například odstraněním závěsů, kobereců, čalouněného nábytku v ložnici apod. Pacient by měl prát

v hypoalergenních prostředcích a udržovat domov v čistotě. Měl by se vyhýbat kuřáckému prostředí. Důležité je, aby pacient uměl řešit stresové situace, měl by se naučit posilovat psychickou stabilitu a správně řešit své frustrace, strach, obavy či výraznější stavy úzkosti. Pacient by měl umět projevit a sdílet emoce a nebát se požádat o pomoc.

Benáková (2013) upozorňuje, že by sestra neměla zapomenout pacienta upozornit na nejčastější chyby, kterých se pacienti dopouštějí. Pacienti často opomíjejí preventivní léčbu. Nevěnují pozornost provokačním faktorům lupénky a nezaobírají se preventivní péčí o kůži. Pacienti nejsou často důslední v léčbě lupénky. Nedodržují pravidelnost nebo správnou techniku léčby. Pacienti se snaží léčit sami a nevhodně tak kombinují léčbu s jinými léčivými bez předešlé konzultace s lékaři.

Resl (2014) se zmiňuje o tom, že i správnou stravou může pacient sám přispět ke zlepšení lupénky. Pacient by se měl stravovat zdravě, nedráždivými a netučnými jídly, měl by vynechat konzumaci ořechů a bílého pečiva. Pacient by si měl dle Mroskové a Konečné (2018) zakázat konzumaci alkoholu a kouření.

Resl (2014) upozorňuje na to, že by pacient neměl zapomínat na správné dodržování léčebného režimu a na pravidelné preventivní vyšetřování. Pacient by se měl naučit pracovat se stresem a měl by se umět vhodně zařadit do pracovního procesu. Pokud se mu to nebude dařit a jeho psychický stav se bude zhoršovat, neměl by se bát vyhledat psychickou podporu. Sestra respektuje intimitu pacienta a správně ho edukuje o všech potřebných informacích a poskytne pacientovi brožurky, pokud jsou k dispozici.

### ***1.10 Vliv nemoci na změny v životě pacienta***

Podle Kobsy a Selerové (2019) je pacient ovlivňován svým tělesným stavem, psychikou i sociálními vlivy. Při rozsáhlé a viditelné lupénce se pacient hůře adaptuje v psychosociální oblasti. Je prokázáno, že stres a stresující životní události mají negativní vliv na průběh lupénky. Každý pacient vnímá stresové faktory odlišně. Psoriáza propukne častěji u lidí se zvýšenou emoční citlivostí. Úzkostnou chorobou trpí 25 % pacientů s psoriázou. Pacienti se obávají dalšího vývoje onemocnění. Depresivní symptomy se projevují asi u 60 % pacientů.

Gkalpakiotis et al. (2020) ve svém díle ukazují, jaký má psoriáza vliv na fyzické, psychické i sociální aspekty života. Pacienti udávají jako velkou psychickou zátěž právě stud, kterým trpí kvůli častým pohledům na vzhled jejich pokožky a posměchům okolních lidí. Proto raději nechodí do bazénů ani do sauny. Ženy s lupénkou ve vlasech se stydí navštěvovat kadeřnictví. Sestra může pomocí dotazníků zjistit, jaký má lupénka dopad na kvalitu pacientova života. Nejvíce se používá tzv. dermatologický dotazník kvality života (DLQI – Dermatology Life Quality Index).

Kobsa a Selerová (2019) došli k názoru, že pacienti s lupénkou mají sníženou aktivitu tělesných a psychických funkcí kvůli výrazné stigmatizaci onemocnění. Pacient s lupénkou často prožívá stres ve svém soukromém životě během běžných denních aktivit, ve společenském uplatnění, i v sexuální oblasti. Pro psoriatika je snadnější své problémy řešit se svou rodinou, kde je akceptace všech viditelných změn na kůži příznivější, než v cizí společnosti.

Yamauchi et al (2021) poukazují na to, že lidé s lupénkou mívají častěji deprese a úzkosti. Pokud se pacient s těmito stavy neléčí, může to ohrozit jeho duševní zdraví. Lidé s těmito pocity by měli neprodleně vyhledat odbornou pomoc. Kromě duševního zdraví má deprese dopad na mnoho dalších onemocnění. Deprese zhoršuje kvalitu života. Pro pacienta je náročné zapojit se do zdravého životního stylu. Deprese je jedním ze spouštěčů lupénky. Pacienti s depresemi mají více srdečních chorob a také nadměrně aktivní imunitní systém. Pacienti by se měli zaměřit na vhodnou léčbu lupénky a tu dodržovat, aby se jejich pokožka vyčistila a nebyla již viditelně poškozena. Pacienti se tak budou ve společnosti cítit lépe a budou fyzicky aktivnější a sociálně angažovaní.

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíl práce***

**Cíl 1:** Zjistit specifika ošetrovatelské péče s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění.

**Cíl 2:** Zjistit nejčastější problémy pacienta s psoriázou.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

**VO 1:** Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění?

**VO 2:** Jaké jsou nejčastější problémy u pacienta s psoriázou?

### ***2.3 Operacionalizace pojmů***

Specifika ošetrovatelské péče – shodnost a rozdílnost postupu v ošetrovatelské péči

Vybrané onemocnění – ekzém a psoriáza

Psoriáza – lupénka

### **3 Metodika práce a výzkumný soubor**

#### ***3.1 Metodika práce***

Teoretická část bakalářské práce byla sepsána po nastudování odborné literatury. Dostupné prameny byly především čerpány ze Studijní a vědecké knihovny města Plzně. Dále byly využity internetové zdroje z odborných časopisů. Do práce byly vneseny citace z prostudovaných databází a databázových časopisů. Některé tyto zdroje byly použity i ve výzkumné části v diskusi.

Následně byla vypracována výzkumná část práce, ve které byl použit kvalitativní výzkum. K výzkumnému šetření byl využit polostrukturovaný rozhovor. Pro rozhovor byly vytvořeny otázky, které byly přidány do přílohy bakalářské práce. Pro uskutečnění rozhovoru byli osloveni sestry a pacienti z kožní ambulance a z dermatovenerologické kliniky.

Rozhovor se sestrami obsahoval 12 otázek. Rozhovor s pacienty byl tvořen 18 otázkami. Dotazování probandů s rozhovorem souhlasili. Jejich odpovědi byly zaznamenány bez dalších úprav a v naprosté anonymitě. Z rozhovorů byla provedena analýza technikou otevřeného kódování za využití metody „tužka a papír“. Vzor sběru dat byl vložen do přílohy. (Příloha 5) Odpovědi z rozhovorů byly dále tříděny do kategorií a podkategorií.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Probandi byli vždy před začátkem rozhovoru seznámeni s tématem bakalářské práce a s okruhem otázek použitých v rozhovoru. Otázky byly vloženy do příloh. (Příloha 3,4) Všichni probandů souhlasili s poskytnutím rozhovoru, který byl použit pro výzkumnou část práce. Dále byli probandů požádáni, zda by mohl být rozhovor nahráván. Výzkumné šetření probíhalo na přelomu měsíce únor - březen 2022 v městě Plzeň.

První výzkumný soubor byl vlivem nasycení tvořen 5 všeobecnými sestrami, všechny sestry byly ženy. Z nich byla jedna z kožní ambulance v lékařském domě. Zbylé 4 sestry pracovaly na dermatovenerologické klinice ve fakultní nemocnici. Sestry se pohybovaly ve věkovém rozpětí mezi 43.-61. rokem.

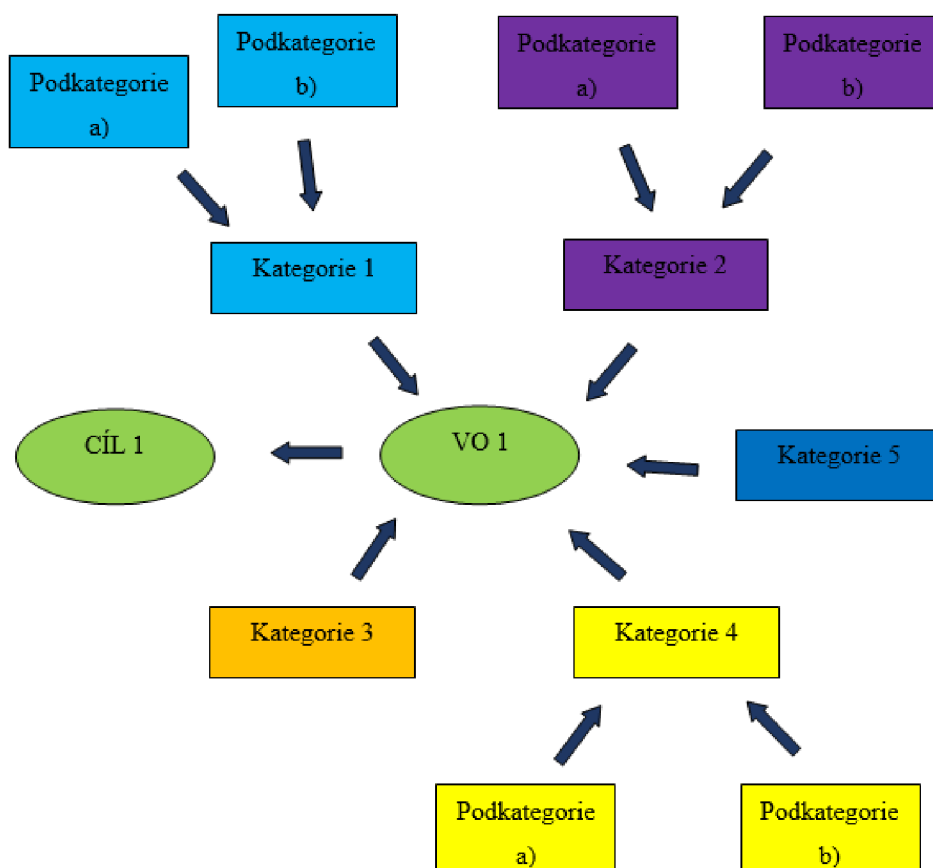
Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů. 3 pacienti byli dotazováni na kožní ambulanci v lékařském domě. Zbýlých 7 pacientů poskytlo rozhovor na dermatovenerologické klinice ve fakultní nemocnici. Pacienti byly ve věkovém rozpětí mezi 20.–69. rokem. Výzkumný vzorek byl tvořen 3 muži a 7 ženami.

## 4 Výsledky

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do 5 kategorií pro sestry a do 6 kategorií pro pacienty. Kategorie obou skupin jsou dále rozděleny do podkategorií. Názorný postup byl znázorněn v přílohách. (Příloha 6, 7) Výzkumné rozhovory probíhaly na kožní ambulanci v lékařském domě v Plzni a ve FN Plzeň na Dermatovenerologické klinice.

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

K dosažení prvního stanoveného cíle, byla položena výzkumná otázka: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění?“ Výsledky rozhovorů se sestrami byly zpracovány do kategorií a dále rozepsány do podkategorií. Pro lepší orientaci byla vytvořena myšlenková mapa č. 1.



Obr. č. 1 – Myšlenková mapa 1 (Zdroj: vlastní zpracování)



**Kategorie 1** „Základní informace o sestřích“ byla dále rozšířena o dvě podkategorie, které byly nazvány „Délka praxe“ a „Zkušenosti s lupénkou a s ekzémovým onemocněním.“

**Kategorie 2** „Rozdílné projevy u lupénky a ekzému“ byly rozšířeny o dvě podkategorie, jež byly nazvány „Výskyt onemocnění“ a „Rozdílné příznaky.“

**Kategorie 3** „Léčba lupénky a ekzému“

**Kategorie 4** „Ošetrovatelská péče u lupénky a u ekzému“ byla rozšířena o dvě podkategorie, které byly nazvány „Ošetrovatelská péče při hospitalizaci“ a „Ošetrovatelská péče v domácím prostředí.“

**Kategorie 5** „Psychická pomoc pacientům“

#### *4.1.1 Kategorie 1 - Základní informace o sestřích*

První kategorie se zabývá základními informacemi o sestřích. Zjišťovala jsem délku praxe a zkušenosti sester s vybraným kožním onemocněním. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka orientace sester v příloze. (Příloha 1, Tabulka č. 1)

Výzkumný vzorek byl tvořen ženami. Označení SK poukazuje na sestru pracující na kožní ambulanci v lékařském domě v Plzni. Označení SD je sestra pracující na dermatovenerologické klinice FN Plzeň. Sestry jsou ve věkovém rozpětí 43-61 let.

a) podkategorie „**Délka praxe**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: kožní.

Bylo zjištěno, že většina sester má již mnoholeté zkušenosti s kožním onemocněním s poruchou rohovatění. Jedna sestra působí na ambulanci zatím třetím rokem. Ostatní v tomto oboru pracují více než deset let.

b) podkategorie „**Zkušenosti s lupénkou a s ekzémovým onemocněním**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Máte již zkušenosti s pacienty s lupénkou a s pacienty s ekzémovým onemocněním?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: znalost.

Zkušenosti mají již všechny dotazované sestry. SK1 odpověděla: „*Zkušenosti máme. Chodí sem hodně pacientů, s tím ekzémem chodí víc, ale s tou lupénkou taky chodí hodně.*“ SD2, SD3, SD4, SD5 odpověděly jednohlasně: „*Ano.*“

#### 4.1.2 Kategorie 2 - Rozdílné projevy u lupénky a ekzému

V této kategorii jsem se sester ptala, v jakém věku se nejčastěji poprvé projeví lupénka a ekzém. Dále jsem zjišťovala, jaké jsou projevy na kůži při lupénce a jak se na kůži projevuje ekzémové onemocnění. Zaměřila jsme se i na to, jaké jsou nejčastější lokalizace na kůži.

##### a) podkategorie „**Výskyt onemocnění**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „V jakém věku se nejčastěji vyskytuje lupénka a ekzém?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: první projevy.

SK1 si myslí, že: „*Ekzém mívají dětičky už od narození, a nejvíc tak kolem toho 20.-30. roku ta lupénka.*“ SD2 má stejný názor. Další sestry odpověděly obdobně, SD3: „*U dětí ten ekzém, to můžou mít od malička že jo, třeba od těch dvou měsíců a pak je to různý že jo, oni mají ty ekzémy pak jakoby podle věkový kategorie a u lupénky to je taky různý, ale častěji v dospělosti.*“ SD4: „*Atopický ekzém je ve větší míře určitě spíš jako v dětství, ale může to být i v průběhu života. No a ta lupénka to bych řekla, že je podobný, ale spíš v průběhu života.*“ Nejpřesnější výpověď uvedla SD5: „*Ten ekzém je nejčastější v tom dětském věku a pak to trvá nebo se to trošku umoudří a trošku to stagnuje a lupénka ta nejčastěji u těch lidí vzniká mezi 20.–30. roku života, ale může vzniknout kdykoliv v podstatě. U dětí je to méně časté, ale už se to vyskytuje taky. Lupénka může vzniknout i po šedesátce, sedmdesátce. Není to zas tak ojedinelý.*“

Sestry se shodly na tom, že ekzémové onemocnění se nejčastěji vyskytuje už v dětském věku, zatímco lupénka většinou až v dospělosti. Ale obě onemocnění se mohou projevit během života kdykoliv.

##### b) podkategorie „**Rozdílné příznaky**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Čím se od sebe odlišují projevy lupénky a projevy ekzému na pokožce pacienta?“ Ze získaných odpovědí vznikly kódy: příznaky, lokalizace, svědění.

Rozdílné příznaky u ekzému a u lupénky nejpřesněji popsala sestra SD2: „Lupénka jsou ložiska s tou velkou hyperkeratózou. Ten ekzém to jsou spíš takový ty zarudlý lokalizace, bývá v jamkách, na obličejí, na krku, na hrudníku, na břiše. Lupénka ta bývá spíš ty lokty, kolena, pak bývá hodně takhle v těch bedrech v křížový oblasti, na bérkách hodně taky. Lupénka na rozdíl od ekzému bývá v těch vlasech na pokožce hlavy.“ Sestra SD4 doplnila: *Na nehtech může být, na ploskách, na dlaních je lupénka a tam bych řekla, že atopické ekzém určitě není.* Ostatní sestry SK1, SD3, SD5 popisovaly rozdíly v projevech a lokalizacích totožně.

Sestry se shodly na tom, že ekzém se projevuje zarudlými plochami, zatímco lupénka má hodně šupinatá ložiska. Ekzém je většinou v jamkách podkolenních, na rukou, na obličejí. Lupénka je oproti tomu nejčastěji na kolenou a na loktech.

Dále se sestry zaměřily na důležitou část, a to je svědivost pokožky při ekzému a při lupénce. Sestra SD2 z fototerapie vypověděla: „Ekzém je trápí víc, protože ten svědí, oni si to pak rozdrapou a dostane se jim tam infekce a bývají různý takový ty záněty kůže. Musí se pak dávat antibiotika. Což u lupénky není. Oni se tak nedrapou, protože je to tolik nesvědí oproti ekzému. Ten ekzém je horší na to svědění rozhodně teda.“ SD3 odpověděla podobně: „A ekzém svědí víc než lupénka. Ta lupénka ani ne. Ta je svědí spíš, když to mají ve vlasech, nebo takový ty velký nánosy.“ SD4 popisuje svědivost ekzému u dětí: „Myslím si, že svědí obojí, ale řekla bych, že třeba u těch dětí ten ekzém vyloženě svědí, že se drapou už jako ty novorozenci. U atopické ekzémů se děti hodně škrabou.“ I staniční sestra vidí jako největší problém svědivost ekzému právě u dětí: „Pro ty děti je atopický ekzém nejvíc stresující, omezující, tím že je to svědí, to dítě se škrabe, rozškrabe si to, vznikne následná infekce, a to je ten problém u těch dětí. Oni pak probrečí noci, ta psychická stránka je potom u těch těžkých atopiků poškozena. To tady vidíme. Berou léky na svědění, ale ono to zase tlumí, takže oni jim to matky dávají většinou na noc, aby se ty děti aspoň vyspaly.“ (SD5)

Sestry se shodly na tom, že ekzém mnohem víc svědí. Z toho důvodu berou atopici léky na svědění, jelikož je to velmi obtěžující a je velmi náročné si svědivou pokožku neškrabat.

#### 4.1.3 Kategorie 3 Léčba lupénky a ekzému

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „V čem je rozdílná léčba lupénky od léčby ekzému?“ Ze získaných odpovědí vznikly kódy: druhy léčby, léky.

V této kategorii jsem zjišťovala, v čem je rozdílná léčba lupénky od léčby ekzému. Ptala jsem se sester, které s těmito pacienty pracují a jsou tak s lupénkou a ekzémem každý den v kontaktu.

SK1 potvrdila, že se lokální léčba ekzému od lupénky odlišuje: „Liší se, mají jiné mastičky.“ SD2 popsala rozdílnost léčby takto: „Mě to přijde v podstatě stejný. Při zhoršení stavu kortikoidy u obojího. U obojího jsou biologické léčby. U ekzému se tedy dávají i antihistaminika. U lupénky ne. Ta lupénka dělá dobře 99 % pacientům. Pacienti s ekzémem fototerapii občas ani nesnesou, u toho ekzému to pomáhá tak 50 na 50.“ Na fototerapii má stejný názor i další dotazovaná SD3: „Fototerapie se dělá u obou, ale u těch atopiků to není tak častý jako u psoriatiků. Někteřím těm atopikům to sluníčko nepomáhá.“

Ani SD4 neshledává u ekzému léčbu fototerapií za příliš účinnou: „Taky je tam fototerapie, ale ta tolik nezabírá.“ SD4 k léčbě ještě dodala: „U lupénky někomu stačí fototerapie, někomu stačí udělat místní léčba, což jsou ty mastičky, pěna atd. Někomu stačí metotrexát že jo, to už potom musí chodit opakovaně, dělají se odběry krve a tak dále. No, když tohle všechno selže, tyhle metody, tak posoudí lékař, jestli je vhodné, aby dostal pacient tu biologickou léčbu teda. U toho ekzému si myslím, že tam kortikoidy intervalově a pak promazávat nějakými vhodnými emulzemi.“

Biologickou léčbu zmínila i SD3: „V biologické léčbě mají každé jiné preparát.“ SD5 popsala postup, jakým je léčba pacientům poskytována slovy: „Oboje dvoje se léčí vlastně lokální terapií, potom se přechází, a to hlavně u tý lupénky k celkové terapii, potom vlastně fototerapie je u lupénky a když všechny možnosti léčby selžou, tak následuje ta biologická léčba. A ta také ještě může selhat, tak se potom mění na jinou biologickou léčbu anebo se vrátíme zpátky k té fototerapii, necháme chvíli ten organismus ustálit a pak se zase zkusí něco jiného. Atopickej ekzém, tam se aplikují hlavně pořád ty mastičky, pasty, mazání podle druhu toho ekzému, umístění, věku toho člověka. Je to tak jako docela sezonní na podzim, na jaře. U někoho je to zase opačně. Je to taky o tom, na co člověk reaguje, ten organismus. Ta celková léčba u toho

*atopickýho ekzému se nedává tak často, i když už taky jsou léky celkový. I už se ojedinele dává i dle studií, které probíhají jakoby ty biologický léčby.“*

Z výzkumného šetření vyplynulo, že léčba lupénky se od léčby ekzému všeobecně nijak neodlišuje. Tato onemocnění se léčí lokálně, kortikoidy, fototerapií, celkovou léčbou i biologickou léčbou. Rozdílnost je samozřejmě v odlišných lécích, různých mastičkách, preparátech, a také v účinku léčby. Například fototerapie je účinnější u pacientů s lupénkou než u pacientů s ekzémem. Dále berou pacienti s ekzémem léky proti svědění.

#### *4.1.4 Kategorie 4 - Ošetrovatelská péče u lupénky a u ekzému*

V této kategorii bylo cílem zmapovat, jakým způsobem probíhá ošetrovatelská péče během hospitalizace a jak by měla vypadat ošetrovatelská péče u pacienta v domácím prostředí.

##### **a) podkategorie „Ošetrovatelská péče při hospitalizaci“**

Přesné otázky v rozhovoru zněly: „Jaké ošetrovatelské metody se využívají při hospitalizaci u pacienta s lupénkou? Jaké ošetrovatelské metody se využívají při hospitalizaci u pacienta s ekzémem?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: léčba.

Sestry poukazují na intenzivní léčbu při hospitalizaci. Často se zde používá Goeckermanova metoda nebo Ingermanova metoda. Postup těchto metod jsem se dozvěděla od SD2, která nám popsala ošetrovatelský postup u lupénky i u ekzému: „*Při hospitalizaci, kam chodí zhoršený se mažou steroidama každý den, vím, že se tam teda dělají ty zábaly, ta Goeckermanova metoda – lidi se musejí jakoby vykoupat, mít čistou kůži, pak jdou sem na to sluníčko, a když přijdou tady odsad, tak je namažou celý dehetovou pastou na osm hodin, ten dehet na tu lupénku účinkuje, ale pak se to musí důkladně smejt, protože kdyby jakoby zůstalo, tak se pod tím třeba spálí. Ono to přitahuje sluníčko. Nebo chodí na tu Ingramova metoda – a to se dává ta cignolinová mast na 20 minut to mají namazaný, pak to musejí smejt a pak přijdou sem na sluníčko. To se dělá denně u lupénky. U ekzému se mažou akorát steroidy, aby se to zklidnilo, pak se musí prostě hodně umejt a pak jdou na sluníčko. A pak ty antihistaminika. A někdy právě u toho ekzému, když jsou hospitalizovaný, tak to je právě hodně proto, že mají hodně rozdrápanou tu kůži, jak je svědí a dostane se jim do toho zánět a pak se musí dávat i intravenózně antibiotika. To jsou pak spíš hospitalizovaný z toho důvodu.“*

Zjednodušeně to vystihla SD3: „*Oni je na oddělení víc namažou, chodili na ty fototerapie a léčba byla intenzivnější, než když jsou pak doma.*“ SD4 uvedla podobnou odpověď: „*Na oddělení se hodně mazají a je každý den ta fototerapie. Je to takový zintenzivnění té léčby.*“ SD4 ještě doplňuje možnosti léčby u lupénky: „*No tak to je ta zevní, že se jim pišou ty mastičky, pak to může být ten metotrexát, a pak fototerapie a biologická léčba.*“ A u ekzému: „*To je vlastně jakoby bodový. Tam se dávají ty emolienca že jo na předpis, léky kortikoidy, pak se jim dávají že jo tuty promazávadla, může být i ta fototerapie. Když jsou na oddělení, tak chodí na fototerapii, zkouší se, jestli jim to bude vyhovovat a pak je tam největší základ imunologie, mazání, promazávání. Tam se mažou. Cignolin se používá třeba.*“ (SD4)

SD5 shrnuje výhody léčby pro pacienta při hospitalizaci slovy: „*Aplikace mastí v kombinaci s fototerapií nebo dehet. Oni tam leží a intenzivně se ošetřují no některý ty masti spíš teda u tý lupénky jsou hodně barevný že jo a tady je výhoda to, že se nemusí mazat doma, kde si všechno umažou a musí třeba za dva dni převlíkat lůžko, nejde to vyprat, takže jsou hospitalizovaný tady, ale je to dycky ta těžší forma anebo lidi, když jsou z daleka jako jo, když nemůžou denně docházet na fototerapii nebo na nějakou takovou intenzivní léčbu.*“

Pokožka se ošetřuje každý den a dochází zde k výraznému zlepšení. Pacienti se hodně promazávají mastmi a chodí každý den na fototerapii. Pacienti s ekzémem bývají hospitalizováni kvůli nadměrně rozškrabané pokožce, do které se dostal zánět.

#### b) podkategorie „**Ošetrovatelská péče v domácím prostředí**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „V čem se odlišuje doporučení domácí ošetrovatelské péče pro pacienta s lupénkou od pacienta s ekzémovým onemocněním?“ Ze získaných odpovědí vznikly kódy: léčba, ošetřování.

Sestry hovořily o tom, že domácí léčba musí být důsledná. Důležitá je pravidelnost ošetřování pokožky. Sestry poukázaly na to, na co by si pacienti doma měli dávat pozor.

SK1 poukazuje na důležitost mazání: „*Mazat, mazat, mazat a poznáte to, když se ty lidi nemazou.*“ Dále SD2 klade důraz na správné stravování a zdravý životní styl: „*Hodně se promazávat, dbát na správnou stravu, vyhýbat se tomu stresu, ňáký ty vitamíny, vyhýbat se těm nachlazením, virózám, chodit na to sluníčko v přiměřené míře, nespálit se.*“ Se správným stravováním má zkušenosti i SD3: „*Ty atopici by si měli dávat větší*

*pozor i na tu stravu. Tam těm dětem se říká, že ty celery je dráždí. Psoriatici si zas mají dávat pozor na nějakou mastnou, tučnou, protože mívají ten metabolický syndrom, mívají zvýšený tuky, mají větší slon k těm srdečním a diabetu a takhle.“*

Sestra z biologické léčby vnímá základ domácí léčby v kortikoidech a následném promazávání. SD4 klade důraz na správné používání kortikoidů: *„Vlastně se doma musí mazat bezpodmínečně. Jak ta lupénka, tak ten ekzém, to je základ. Kortikoidy, u dětí locoid většinou se dává, pak různé síly kortikoidů podle věku a podle toho, kde to je. U těch kortikoidů platí, že se nemají dávat na obličej, a furt je to intervalová léčba. Nejde se tím mazat dva roky, protože to má nějaký vedlejší účinky, ty kortikoidy mají to, že se může ztenčovat ta kůže. Musí to být vždycky pod dohledem lékaře. Nejde, aby si pacient kortikoid mazal rok. Musí být řádně poučen. Nejčastěji je třeba tři dny, týden kortikoidem a pak se to promazává nějakýma emulencíma, lipobáze třeba nebo někomu vyhovuje vazelína, někomu modrá indulona. Když se to zhorší, tak se má zase jakoby nastavit tři dny nebo dva dny ten kortikoid a v momentě, když se to zlepší, tak hned přejít na to, že vlastně promazávají. Cílem je to, aby se člověk delší dobu promazával než se mazat tím kortikoidem. Na tu lupénku určitě indulona není. Tam je spíš jako ten enstilar je dobrej – enstilar pěna. To není kortikoid a může se to mazat.“*

U ekzému i lupénky je domácí ošetřování na podobném principu. Sestry se shodují na tom, že v tom není velký rozdíl. SD3: *„Oni to mají jakoby stejný v podstatě. Oni se mažou, že jo.“* SD4: *„No to bych řekla, že to je svým způsobem jakoby podobný, protože vlastně se doma musí mazat bezpodmínečně.“* Obdobně odpověděly i sestry SK1 a SD2.

Sestry se shodly na tom, že pacient v domácí péči musí dbát především na důkladné promazávání pokožky. V případě braní kortikoidů musí být pacient vždy pod dohledem lékaře. Pokud pacient navštěvuje fototerapii, neměl by vynechávat cykly záření. Pacient by měl dbát na správnou životosprávu a dodržovat klidný režim.

#### *4.1.5 Kategorie 5 - Psychická pomoc pacientům*

Přesné otázky v rozhovoru zněly: *„Dostává se zde pacientům dostatek informací o jejich onemocnění? Pomáháte pacientům s ovlivněním jejich nemoci v osobním životě? Dbáte na psychickou stránku pacienta?“* Ze získaných odpovědí vznikly kódy: podpora, edukace.

V této kategorii jsem zjišťovala, jestli udržují sestry s pacienty osobní kontakt. Dále pro mě bylo důležité zjištění, že se sestry dokáží vcítit do starostí pacienta a jsou ochotné mu pomoci.

Psychická stránka pacienta je pro sestry velmi důležitá. Sestry se snaží si během pracovní doby udělat na pacienta dostatek času, popřípadě ho odkážou na odbornější pomoc, tj. semináře, individuální skupiny, psychologa.

Z rozhovoru s SK1 vyplynulo, že je velmi důležité, aby měli osobní přístup k pacientům i doktoři. Pacienti zde cítí přijetí a empatii: *„Naše paní doktorka je takový psycholog pro ty pacienty. Ona jim to vždycky vysvětlí tak, jako že oni vždycky odcházejí úplně nadšení tady z ní.“* (SK1)

Na klinice v Plzni jsou pacienti podle sester o svém onemocnění dostatečně informováni. SD3: *„Jo to tady mají brožurky, ale mají i pohovory v těch ordinacích. Když přijdou prvně s tou diagnózou, tak se jim dělá takový to poučení. Lupénkáři mají i sví internetový skupiny nebo i ty linky, kam se můžou ozvat. I se pro ně dělali semináře.“*

SD2 poukázala na individuální přístup k pacientům, kteří své onemocnění snášejí psychicky špatně: *„Ano, snažíme se je uklidnit. Ve všech směrech. Tak ono je pravda, že když sem přijdou ze začátku poprvé, tak jsou všichni takový vystrašený, už mají za sebou kde co, tak už jsou i zoufalý, tak se je snažíme uklidnit. Poradit nějak ty psoriatický spolky a takhle. I brožurky tady mají.“* I SD4 z biologické léčby projevila empatický přístup k pacientům: *„Jo tak to je tady skoro taková psychopordna že. Jo, když sem člověk přijde a je toho plnej a chce se vypovídat, tak prostě člověk naslouchá a nějakým způsobem se snažíme ho podpořit. Ano, to je základ. My tady rozdáváme dotazník kvality života a podle toho se pak může i zvážit ta biologická léčba, protože ten dotazník kvality života je pro ně důležitější, protože jsou úplně vyřazený ze společenského života, když mají těžkou lupénku.“*

SD5 zmínila, že existuje dostatečné množství informačních letáčků: *„Jak na ambulancích se snažíme formou našich letáků, firemních letáků, námi vytvořeným edukačním materiálem, že to do nich dáváme ze všech stran.“* Dále uvedla, že se často pacienti začnou svěřovat sestřím sami od sebe: *„Tady můžu říct, že v současnej době tady mají lidi tendenci se hodně svěřovat, jak se svým osobním životem,*

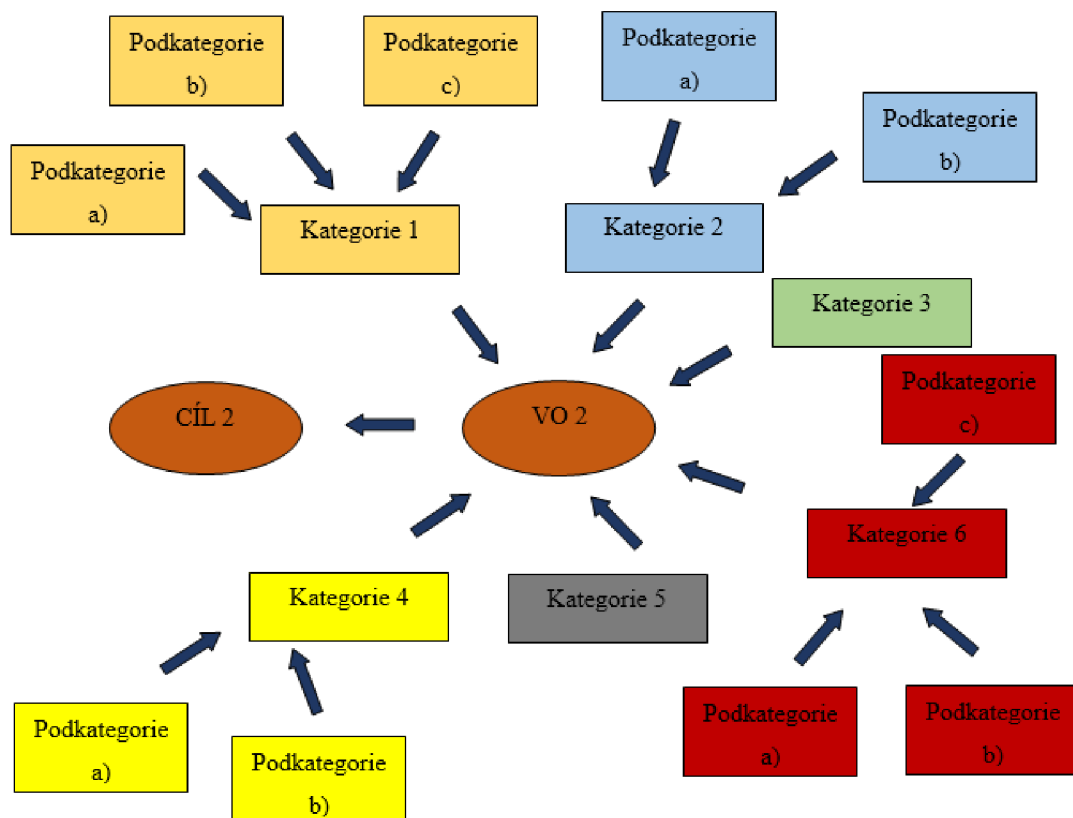


nebo že se rozvedli. Najednou sami se rozpovídají, ani se jich nemusíte nijak ptát. Nebo jim dáte nějaký edukační materiál, oni si k vám sednou a sami začnou, protože je to tak trápí.“ Dále poukázala i na vstřícnost ostatních sester: „Ano, snažíme se jim být oporou.“

Výzkum prokázal, že sestry poskytují dostatek informací zcela automaticky, a to buď v přímém kontaktu s pacientem nebo pomocí edukačního materiálu. V první řadě mají pacienti vždy pohovor s lékaři, kteří jim vysvětlí problematiku jejich onemocnění a podrobně zodpoví veškeré dotazy.

#### 4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty s lupénkou

Ke splnění druhého cíle byla položena výzkumná otázka: „Jaké jsou nejčastější problémy u pacienta s psoriázou?“ Výsledky rozhovorů s pacienty byly zpracovány do kategorií a dále rozepsány do podkategorií. Pro lepší orientaci byla vytvořena myšlenková mapa č. 2.



Obr. č. 2 – Myšlenková mapa 2 (Zdroj: vlastní zpracování)

**Kategorie 1** „Základní informace o pacientech“ byla rozšířena o tři podkategorie, které byly nazvány „Diagnostika lupénky“, „Výskyt lupénky“ a „Rodinná anamnéza.“

**Kategorie 2** „Počátek projevů lupénky“ byla rozšířena o dvě podkategorie, které byly nazvány „Spouštěč lupénky“ a „Informovanost o onemocnění.“

**Kategorie 3** „Léčba lupénky“

**Kategorie 4** „Ošetrovatelská péče o pokožku“ byla rozšířena o dvě podkategorie, jež byly nazvány „Ošetrovatelská péče při hospitalizaci“ a „Domácí ošetrovatelská péče.“

**Kategorie 5** „Osobní život pacienta s psoriázou“ byla rozšířena o tři podkategorie s názvy „Rodinný život“, „Zájmové aktivity“ a „Pracovní prostředí.“

**Kategorie 6** „Dopad lupénky na psychiku pacienta“

#### *4.2.1 Kategorie 1 - Základní informace o pacientech*

První kategorie se věnovala základním informacím o pacientech s lupénkou. Informovala jsem se, kdy byla lupénka diagnostikována, jaké byly její prvotní projevy a zda pacienti mají v rodině genetické předpoklady. Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka orientace pacientů, jež je přiložena v příloze. (Příloha 2, Tabulka č. 2)

Označení PK představuje pacienta docházejícího na kožní ambulanci. Označením PD je míněn pacient docházející na ambulanci dermatovenerologické kliniky.

Probandi pod označením PK1, PK2 a PK3, kteří mi poskytli rozhovor z kožní ambulance se pohybují ve věku mezi 37–48 let. Lupénkou trpí již několik let. Ostatní probandi PD4, PD5, PD6, PD7, PD8 A PD9 jsem oslovila na dermatovenerologické klinice. Nejmladší oslovené pacientce je 20 let a lupénku má z dotazovaných nejkratší dobu, pět let. Nejstaršímu dotazovanému pacientovi je 69 let a lupénkou trpí nejdéle – 58 let. Výzkumný vzorek tvořili 3 muži a 7 žen.

a) podkategorie „**Diagnostika lupénky**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „V jakém věku se u Vás lupénka projevila?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: věková kategorie.

Pacienti vzpomínají, kdy jim byla lupénka diagnostikována. Čtyři pacienti trpí lupénkou již od dětství. U ostatních pacientů se lupénka projevila až v dospělosti. Tři pacienti mají lupénku kratší dobu než deset let.

#### b) podkategorie „**Rodinná anamnéza**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Trpí nebo trpěl lupénkou někdo z rodiny z Vaší strany?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: příbuzní s lupénkou.

U většiny pacientů se vyskytuje genetická predispozice. Dle nich je rodinná anamnéza jedním z jasných příčin rozvoje lupénky v jejich životě. Většina pacientů, která nezná spouštěč lupénky, nemá v rodině nikoho s tímto onemocněním.

Pacienti s lupénkou v rodině odpověděli – PK1: „*Ano, trpí. Moje máma, sestra.*“ PD4: „*Trpí babička, teta i sestra.*“ PD9: „*On to má táta, takže to bude geneticky daný.*“ PK3 si myslí, že lupénku nejspíše měl i její otec: „*Lupénkou jako takovou v podstatě asi si myslím možná měl tatínek, protože tenkrát mu to nějak nediagnosticskovali, ale když porovnáš ty příznaky, který mám jakoby na brcích, tak měl něco podobného.*“

#### 4.2.2 Kategorie 2 - Počátek projevů lupénky

Druhá kategorie řeší počátek projevů lupénky. V této kategorii jsem se ptala pacientů, jestli vědí, co u nich vyvolalo prvotní projevy lupénky. Dále jsme zjišťovali, jestli byli dostatečně informováni o svém onemocnění od zdravotnického personálu a zda jim bylo vše řádně srozumitelné.

#### a) podkategorie „**Výskyt lupénky**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Víte, co bylo jejím spouštěčem?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: spouštěč.

Zjišťovala jsem, co bylo spouštěčem lupénky. PK2 uvedla, že se jí lupénka objevila po úraze na kole: „*Odřela jsem si loket a koleno a pravděpodobně jsem ještě to neměla zahojený a koupala jsem se v létě prostě v rybníku špinavým, takže se to špatně hojilo a pak už to tam zůstalo navždycky.*“ Více než polovina respondentů znala svůj spouštěč. Nejčastěji udávali stres, a poté virové onemocnění.

b) podkategorie „**Informovanost o onemocnění**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Byl(a) jste v začátcích ohledně lupénky dostatečně informován(a) od lékařů a zdravotnického personálu?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: edukace.

PK2, u které se lupénka projevila už v dětství, dlouho navštěvovala pouze dětského lékaře, který jí ale lupénku nediodagnostikoval: „*Ne, dlouhých asi pět let jsme nevěděli, že je to lupénka vůbec. Mysleli jsme, že to je nějaký ekzém, potom že to je nějaký akné nebo reakce na jídlo. Já jsem to měla vlastně jenom na lokti a na tom koleni a potom v obličejí. Nikde jinde jsem to neměla, takže to bylo takový jako že to mám jenom na obličejí, že to je možná akné nebo tak něco a asi já nevím po čtyřech pěti letech jsem se dostala na kožní, kde řekli, že to je lupénka jasná. Před tím jsem byla jen u dětského doktora.*“

PK3 musela navštívit více doktorů, než jí bylo sděleno, že má lupénku: „*No úplně ze začátku v podstatě ne, protože já jsem dlouho netušila, co to je. A tak nějak jako ano pak mi to diagnostikovali, co to je, ale nikdo mi nebyl schopnej říct, jestli se to dá nějakým způsobem léčit, neléčit, čím to je. Dodneška nevím vlastně, proč to mám a jakým způsobem se to u mě projevuje a zhoršuje.*“

PD5 byla informována, ale kvůli psychickému rozpoložení potřebovala více času: „*Přišla jsem k doktoru, že mám něco na zádech a tam mi řekli, no to je lupénka. Takhle informovaná jsem asi byla, ale byla jsem tak rozhozená, že spoustu věcí jsem si v hlavě vůbec nesrovnala jako jo, protože to bylo něco tak hrozného, když mi tohle řekli a když jsem se celá osypala, že jsem se s tím nemohla smířit no, takže některý věci jsem ani ze začátku nepodchytila. Až postupem.*“ Ani PD7 nebyla spokojená s informovaností od zdravotnického personálu: „*Nemyslím si, prostě jsem dostala na kožním kortikoidy, a to bylo celý. Zjišťovala jsem si sama všechno, co a jak.*“

Několik pacientů udává, že zpočátku informování nebyli. Pacienti, kteří trpěli lupénkou od dětství, byli informováni převážně od rodičů, jež informoval lékař.

#### 4.2.3 Kategorie 3 - Léčba lupénky

V této kategorii jsem se ptala pacientů, jakou léčbu již podstoupili, jakou léčbou prochází a která byla zatím neúčinnější. Zjišťovala jsem, jaký druh léčby pacientům nejvíce vyhovoval a který naopak neměl na lupénku žádný efekt.

##### a) podkategorie „**Stav pokožky**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Na jakých částech těla a v jakém stavu máte lupénku nyní?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: lokalizace.

PK2, PK3, PD4, PD5, PD7, PD10 udávají, že měli před začátkem léčby lupénku po celém těle. PD4: „*Vlastně mám nejvíc tady na předloktí, na žebru a na noze nad kotníkem a pak na zádech a na zbytku rukou mám takový maličký tupky. Že nemám jako tři velký fleky, ale mám malý fličky po celým těle no.*“ PK2: „*Teď už ji mám úplně všude, ale vzhledem k tomu, že teďka končím fototerapii, tak to mám zahojený téměř všude.*“ PD10: „*Nyní mám lokty, prakticky takovou drobnou po celým těle vyjmo na zádech a na obličejí. A ve vlasech už taky nemám. Jinak v zásadě po celým těle.*“

Nejvíce se objevuje na nohou a na loktech, což potvrzuje i PK3: „*Ale nejvíc to mám na těch nohou. Tam mám vyloženě tu ložiskovou.*“ Dále popisuje lupénku v hlavové části: „*Mám to lehce ve vlasech, mám to vlastně v obočí. V obličejí ne, to je zajímavým, ale mám to třeba na uších, a jakoby na těch bolcích, což je vlastně velmi bolestivý, protože ono se to jakoby loupe až do živýho, ale v těch vlasech mi to relativně jakoby dokáže třeba umlátit šampon na lupy, tam je to jakoby minimální.*“

Zajímavé je, že se lupénka na nohou zhojí většinou jako poslední. PK2: „*Nejhůř se hojí holeně tady na nohou.*“ I ostatní pacienti mají lupénku na nohou především na kolenou, a na loktech. PD5 sdílí: „*Všude. Mám to na těle, hlavně záda, zadek, kolena, lokty. Taky vlastně nehty se zhoršujou. Buď se to vrství, nebo se dělají takový hluboký, že to zastříhuju, když se to odchlípne.*“ PD6: „*Já mám na loktech, kolenou, ve vlasech, teď obličej a pod prsama hodně a mám to teďka hodně akutní.*“ PD7 uvedla: „*Nejvíc na holenních, lýtkách, loktech, uších, a když se to rozjede, tak mi to jde i na stehna, vlastně po celým těle no.*“ PD8 zmiňuje: „*No ruce, nohy a záda. Občas i na hlavě. Řekl bych, že se to střídá, kde to je horší jakoby, ale přibližně ve stejných místech to mám*

pořád.“ PD9: „*No skoro všude. Na zádech, na rukou, na kolenou, ve vlasech. Postihlo mi to nehty jako hodně zničilo no jsem na umělejch. Na obličejí ji nemám.*“

Lupénka může postihnout i klouby. Potom mluvíme o psoriatické artróze. PD5 uvedla: „*Klouby mě bolí, začal mě bolet kotník, pak jeden prst na noze, tak mě poslali na revmatologii, tam mi řekli, že je to díky tý lupénce, že se mi to dostává do kloubů.*“

#### b) podkategorie „**Průběh léčby**“

Přesné otázky v rozhovoru zněly: „Jakou léčbou nyní procházíte? Cítíte při této léčbě zlepšení?“ a „Jaký způsob léčby jste již podstoupil(a) a po které léčbě u Vás lupénka nejlépe ustoupila?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: možnosti léčby.

Fototerapie je velmi účinnou léčbou lupénky. Pacienti vidí velké zlepšení lupénky právě díky fototerapii. PD7 ve své výpovědi uvedl: „*Fototerapie, která mi fakt zabírá, to je fakt super věc.*“ Fototerapii navštěvují pravidelně a jsou velmi spokojeni. PD8: „*Fototerapie. Chodím už nákých 7 let. Je to prakticky pravidelně každý rok na jaře. Pokožku promašťuju – excipial, balneum koupele a je to lepší.*“ PD10: „*Na fototerapii chodím víc jak 30 let určitě. Tady ta fototerapie to je jediný, co pomáhá takhle do toho jara, že se trošku seberu.*“ Základem je časté a pravidelné promazávání pokožky. PK1: „*Když nechodím na tu foto léčbu, tak samozřejmě třikrát denně promazávat plus mastičku, kterou mi napsala paní doktorka.*“ PD4: „*Doma používám Enstilar, Advantan a pak nějaký dělaný masti na principu vazelíny.*“ PD6: „*Fototerapii a enstilar, že je dobrej na obličej a REF šampon. Jinak používám různé krémy, co nejmíň jako parfémovaný a klasickou vazelinu taky.*“

Pacienti se snaží střídat mazání s kortikoidy, jež mají také přívětivé účinky. Pode pacientů ale nemají dlouhého trvání. PD4: „*Mám i kortikoidy i ne kortikoidy. No ty kortikoidy zabírají nejmíň, ale je to jenom takový chvilkový řešení.*“ PK3: „*Ze začátku samozřejmě jsme nasazovali nějaký kortikoidy a podobně, zjistila jsem, že to má velmi krátkodobý efekty, takže se tím nemíním ládovat dál.*“

Dalším druhem léčby je metotrexát. Ten ovšem pacientům z dlouhodobého hlediska příliš nevyhovuje. PK3 sdělila: „*Nasazovali mi metotrexát, což samozřejmě tu lupénku umlátilo. Ale jakmile mi ho vysadili, což je vlastně loni v dubnu, tak ještě přes to léto to šlo, ale na zimu jsem se osypala úplně celá.*“ PD5: „*Jednou jsem měla ten metotrexát*

*mi nasadili. Každý čtvrtek jsem brala, ale to už je nějaký tři roky a v pátek jsem brala kyselinu listovou. No ono, když se to pak spustí, tak ani ten metotrexát nezabere.“*

Ani doplňkové léčby nejsou příliš účinné. PD7 si posteskla: *„Jinak vyzkoušela jsem toho hodně, vyzkoušela jsem různé přírodní věci všechny možné bahna z mrtvého moře a zábaly a bylinky, čaje, ale bohužel neúspěšně.“*

Mezi alespoň částečně úspěšnou proceduru řadíme koupel v soli. PD9: *„V dětství jsem byla v koupelích, tak to mi trochu pomohlo, ale to bylo jen na chvíli.“* Speciální koupel vyzkoušela PD5, která kvůli této proceduře jela až do Prahy: *„Ono vlastně to je slaná koupel a nad váma je ještě to ozařovátko. A třeba půl hodiny tam ležíte v té vodě a pak na pět minut se tam otáčíte jak párek na benzínce a ono to na vás svítí. To jsem chodila v Praze do lékařského zařízení. Doma mám také koupele s mořskou solí.“*

Pacienti vidí velké zlepšení po dovolené u moře a častému vystavování slunce. PD4: *„Moře je skvělý. Po tom moři mi to zlepšení vydrží většinou nejdýl. Tak dva tři měsíce.“* PK2 sděluje stejný názor: *„No jediný, co pomáhá je fototerapie anebo dovolená u moře. Koupání v moři a opalování na sluníčku.“* PD7: *„Moře mi zabírá. Kvůli tomu jezdím docela častěji, než bych jezdila normálně. Takže to mi taky zabírá slunce a moře no. Když tam jsem týden nebo deset dní, tak ta pokožka není úplně čistá, ale vydrží takhle ten měsíc dva jako dá se s tím takhle fungovat líp, než když se nejede.“* PD9: *„U moře jsem byla, to pomohlo, bylo to lepší. Sluníčko pomáhá stoprocentně.“* PD10: *„V létě potom jsem na chatě na zahradě, takže tam jsem vysvěčenej, tak sluníčko mi čistí dobře.“* Ovšem nadměrné vystavování na sluníčku může být pro tělo i zdraví nebezpečné. PD10: *„Měl jsem asi pětiletý nebo šestiletý výpadek, protože se mi objevil melanom tady na noze.“*

#### *4.2.4 Kategorie 4 - Ošetrovatelská péče o pokožku*

V této kategorii jsem se ptala pacientů, kteří byli kvůli lupénce hospitalizováni v nemocnici, jakým způsobem probíhala ošetrovatelská péče na oddělení. Zajímalo mě, jakým způsobem postupovala léčba a jaké měla výsledky. Dále jsem zjišťovala, jak pacienti pečují o svou pokožku v domácím prostředí a co dělají pro zlepšení lupénky v jejich osobním životě.

a) podkategorie „**Ošetrovatelská péče při hospitalizaci**“

Přesná otázka v rozhovoru zněla: „Jakým způsobem je Vaše pokožka ošetřována v nemocnici?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: léčba.

Pacientka PD5 popsala postup ošetrovatelské péče v nemocnici: „*Hospitalizovaná v nemocnici jsem byla už několikrát. Tam mi mazali. Pokud jsou ty ložiska takový šupinatý, tak to se maže takovou černou nevoňavou masťou, a to nejdřív jdeme na fototerapii, pak po čtyřech hodinách mě namažou tou černou masťou a v poledne jsem v tom celý den vlastně nemažeme se ničím jiným, a potom odpoledne se promazává zase tou vazelínou. Ze začátku poprvé, když se mi to stalo jsem tady byla asi šest týdnů, a teď jsem tady byla v červnu, a to jsem tady byla asi 14 dní. Jsem hospitalizovaný podle toho, jak se to lepší. Tam mě mažou tou černou dehtovou masťou, což by doma asi nešlo, je od toho všechno černý.*“

Další pacientky měly lupénku i ve vlasech. PD6: „*Vím, že na mě použili pixpasta myslím, že se to jmenovalo, ten erešampon, tu salicylovou vazelínu, belosalic na horší ložiska, a to je asi všechno, protože ono už je to hodně dlouho, co jsem tady byla. Ano, i při té hospitalizaci jsme chodili každý den na fototerapii. To zabralo hodně.*“ PD9: „*V nemocnici jsem byla hospitalizovaná jako dítě a potom i víckrát no. Vím, že mi dávali dehtový mastičky a šampony.*“

PD8 je s intenzivní ošetrovatelskou péčí v nemocnici spokojený: „*Hospitalizovaný jsem byl jednou před sedmi lety na 14 dní. Je to takový řekl bych zrychlení toho procesu, co člověk prodělává při fototerapii. Vlastně za těch 14 dní bylo výrazné zlepšení. Mazání na bázi dehtu a je to intenzivnější.*“ PD10 byl hospitalizovaný v nemocnici ještě za předešlého režimu, výsledky byly však stejně příznivé: „*Byl třikrát nebo čtyřikrát. Ale to ještě za socialismu. Měl jsem koupele, mazání a fototerapie. Měl jsem to vždycky na tři týdny. To pomohlo bezvadně.*“

Polovina dotazovaných respondentů, tj. PD5, PD6, PD8, PD9, PD10, byla kvůli lupénce hospitalizována v nemocnici. Všem pacientům léčba v nemocnici pomohla. Lupénka se po ošetrovatelské péči v nemocnici na nějakou dobu zhojila. Hospitalizace trvá několik týdnů a představuje zintenzivnění a urychlení léčby lupénky pomocí časté fototerapie a promazávání účinnými masťmi.



b) podkategorie „**Domáci ošetrovatelská péče**“

Přesné otázky v rozhovoru zněly: „Jakým způsobem ošetřujete svou pokožku doma? Jaké další metody využíváte pro zlepšení Vašeho onemocnění?“ Ze získaných odpovědí vznikl kód: procedury.

Pacienti doma nejvíce používají kortikoidy, Enstilar a koupele se solí. PD8: „*Pokožku promašťuju – excipial, balneum koupele a je to lepší.*“ PD7: „*Dělám si koupele ze soli, protože vím, že moře mi zabírá, takže si kupuju sůl. Ale nedělám to moc často. Já nemám čas se nakládat do vany každý den, ale záleží no. A jinak prostě mastím to furt, krémy mažu a když je to špatný, tak používám ten enstilar s kortikoidama, protože to nechci nechat rozjct. Pak už to nedávám psychicky. Trošku to zabraňuje tomu, aby se to rozležalo rychle no.*“

Pěnu Enstilar si pacienti s lupénkou celkově hodně chválí. PK2: „*To je taková ta pěna Enstilar a ta funguje furt a ty ostatní masti nevím po půl roce přestanou fungovat, působit.*“ PD9: „*Používám Enstilar, ten je jako docela dobrej no a ňákou vazelínu, co mi teď napsala doktorka.*“ PD10: „*Ňáký ty salisil na noc a enstilar. Pomáhá to.*“ PD6: „*Enstilar, že je dobrej na obličej a REF šampon. Jinak používám různý krémy, co nejmiň jako parfémovaný a klasicickou vazelínu taky. Zkoušela jsem sprcháče s mrtvým mořem, ale ňák to nepomohlo. Spiš se to zhoršilo mi přide.*“

Každopádně pokožku musí promazávat pravidelně i několikrát denně. Pacienti současně dochází na fototerapii. PK1: „*Když nechodím na tu foto léčbu, tak samozřejmě třikrát denně promazávat plus mastičku, kterou mi napsala paní doktorka. A koupání v tý soli každý den, co nejdu na fototerapii. A ještě jsme našli v létě, že se dá sehnat mýdlo s bahnem z černého moře, takže já nepoužívám žádný jiný mýdlo než tohleto. Koupání, mytí ruku.*“

Někteří pacienti ošetřují pokožku, až když se lupénka začne více projevovat. PK2: „*Když se lupénka začne zhoršovat, tak začnu používat masti a pak už když už je to prostě neúnosný, už bych se v tom musela prostě vykoupat, tak začnu zase chodit na tu fototerapii. No teď ta poslední kortikoidová mast, co mam tu už mám dlouho.*“

Pacientky nejsou s kortikoidy dlouhodobě spokojené, a proto se je snaží nahradit mastičkami, jež mají dlouhodobější efekt v hojení pokožky. PK3: „*Já už to jenom promazávám. Ze začátku samozřejmě jsme nasazovali nějaký kortikoidy a podobně, zjistila jsem, že to má velmi krátkodobý efekty, takže se tím nemíním ládovat dál. Ono to funguje v podstatě úplně stejně jako když si koupíte nějaký krém, excipial nebo něco. Teď jsem si nakoupila krémy na bázi síry, ono to trošičku potlačuje to svědění, sice to jako moc nevoní, ale prostě nesvědí to tolik, takže opravdu já jenom promazávám.*“ PD4: „*Mám i kortikoidy i ne kortikoidy. No ty kortikoidy zabírají nejvíc, ale je to jenom takový chvilkový řešení. Doma používám Enstilar, Advantan a pak nějaký dělaný masti na principu vazelíny. Doma mám také koupele s mořskou solí.*“

Pacienti, jež dochází na fototerapii musí vědět, jaká mastička je vhodná při ozařování a jaká nikoliv. PD5 odpověděla: „*Mám mazání, pak mám šampóny do vlasů, zatím teda bez léků. Mazání nesmím mít fototerapii, jinak mám doma vazelínku a takovýhle, takže když chodím na fototerapii, tak tou vazelínou promazávat, pak mám do koupele balnea, tak to a do vlasů šampon a na noc nastříkat, kde jsou ty flíčky a ráno to smejt tím šamponem. Pomáhá to, ale jde to pomalu všechno. Je to na dlouhý lokte no. Doufám, že na léto budu trošku aspoň si vzít blůzu sukni nebo něco. Mám i kortikoidy, ale můžu mazat je dny, kdy nechodím na fototerapii.*“

Pro pacienty je domácí péče o pokožku často psychicky náročná. Hlavně pro pacienty, kteří mají lupénku již několik let je každodenní mazání pokožky nepříjemné. Pacient PD10 přiznává: „*Já už jsem po těch letech taky nezodpovědněj trošku pořád se mazat, všechno doma mastný pyžamo. Je to otravný.*“ Pacientka PD5 si péči o pokožku snaží, jakkoliv zpříjemnit: „*Někdy se přiznám, že už jsem tak unavená a vyčerpaná z toho, že už si řeknu, já už se dneska mazat nebudu, takže chce to, aby člověk byl důslednej opravdu, aby si ten čas na sebe udělal jak ráno, tak večer. Udělejte si relax, namočte se do toho balzámu, spojte i tu lupénku s tím relaxem, ale někdy na to nemáte náladu jo někdy máte takovej splín. Že prostě to vynechám a vím, že to není dobře. Že pokud se toho člověk chce zbavit, tak musí furt furt furt, dokud to není lepší. Jenomže ráno se namažte, pak se oblečte, takže já si kupuju furt nějaký barevný trika, aby když se namažu na zádech, tak aby tam nebyly vidět fleky že jo.*“

#### 4.2.5 Kategorie 5 - Osobní život pacienta s psoriázou

Přesné otázky v rozhovoru zněly: „V čem Vás lupénka omezuje?“, „Ovlivnila lupénka Váš rodinný život?“ a „Ovlivnila lupénka pracovní oblast Vašeho života?“ Ze získaných odpovědí vznikly kódy: omezení.

Pacienti byli dotazováni na svůj soukromý život, jelikož lupénka může být překážkou v různých oblastech života. Pacienti často kvůli lupénce nechtějí chodit mezi lidmi a straní se společenských akcí. To mi potvrdila i PK2: „*Jako pravda je, že když jdu někam do společnosti, tak se to snažím nějak zamaskovat, ale ono to moc nejde. Na obličej se to dá zamaskovat, ale třeba krátký rukávy ono to je vidět furt ty zahojené fleky jsou vidět. Ty fleky jsou vidět, že to bylo všude.*“

Lupénka může být i nepřekonatelným problémem v partnerském životě. Někteří pacienti kvůli lupénce odmítli mít děti. Jedním z nich je i PK1: „*Děti nemám. Kdysi dávno jsem je chtěl, ale předávat nikomu tuto nechci.*“ PK3, která už děti má, se obává, aby po ní lupénku nezdědily: „*Určitě mám strach, aby to po mě nezdědilo, což bohužel teda asi nastane, protože už od malička že jo tam jsou nějaké atopický ekzémy, suchý kůže, teď občas sleduju pubertáčka, že už začíná mít třeba suchý lokty jo, lupy a tak dále, takže ono se to zřejmě časem projeví no.*“

PK3 dále popsala, jak ji limituje lupénka ve společnosti: „*Já jsem podstatě jela na dovolenou, furt jsem chodila v dlouhejch kalhotách, pak jsem vyběhla do moře, tam mi to nevadilo, ale když člověk přijde k bazénu, dneska už je to nemoc, která je dost častá, ale před tima deseti dvanáct lety jsem se s tím moc neselekávala. A teď člověk vlezle k tomu bazén, a teď to má na sobě a všichni na něj koukají, on má nějak ekzém nebo není to nakažlivý a proč sem leze, co když to od něj chytíme. Už tak nějak běžně, pokud se mi to zrovna takhle nevyseje, tak to teď mám, tak už to beru jako součást svého života, ale je to pořád jako limitující. Pořád člověk přemýšlí, co si vezme na sebe, do bazénu chodí muž s dítětem, ne já, nebo na plavání a tak dále, už člověk přemýšlí jinak.*“

Podobně to prožívají i ostatní pacientky. PD7: „*Vadí mi, když si holím nohy. To se hodně krát říznu. Furt musím řešit, co mám na sobě, jestli to není vidět, jestli to není blbý. Musím mít černý silonky, teď jsem byla na maturáku, tak jsem to řešila, když chci mít sukni. Nemůžu mít kratásky, když cvičím a furt to řeším a schovávám.*“

*Do bazénu chodit nechci, ale musím tak tam dycky zapluju no a sem tam a pak jdu zas rychle pryč. Cvičím něco, kde se i plave.“ PD9: „No docela v hodně věcech no třeba takový koupaliště, tak to, když jdu s dětma, tak to že bych lezla do nějakých bazénu, ten chlor mi taky nedělá dobře, tak to taky nelezu a když jdeme někam k vodě, tak se jako by hodně straním no abych nebyla moc u těch lidí. Sukně, šaty moc to nenosím. Až teď jsem začala nosit kraťasy, ale dřív sem nosila pořád dlouhý kalhoty, by to nebylo vidět no. V té pubertě to bylo asi nejhorší. Každě se podíval a lidi na to koukají.“*

PD4 zmínila, že v dospívání nesla své onemocnění psychicky špatně: *„Spíš ze začátku mě to hodně omezovalo, že jsem nosila jenom dlouhý rukávy, nechtěla jsem chodit do školy ani když jsem neměla dlouhý tričko.“* Stejně tak to prožívá i mnoho dalších mladých žen.

Rodina se snaží být lupenkářům maximální oporou, i když ani pro ně to není vždy snadné. O tom ví svoje PD5: *„Určitě jo, že jo, protože upřednostňuju stav mojí nemoci, protože leckam bysme šli nebo chtějí nebo mi chtějí koupit šaty nebo ledacos a já říkám, že to nechci, protože je to krátkej rukáv, je to vidět, jsem z malýho města a abych někomu pořád vysvětlovala, takže ne. Ale jinak doma mi jsou nápomocný jo to furt něco shání a co bych mohla a co bych nemohla, jak bych to měla dělat.“* I pacientka PD6: *„V rodině v pořádku úplně, tam pomáhají. Přítel mi v tom hodně pomáhá. Mám tříletýho prcka, ten teda na mě dycky kouká, co to mám a chodí s krémikem a maže mi to vždycky že to bude dobrý říká.“* Pro pacienta je důležité, aby našel oporu ve svém partnerovi a v rodině.

Pacienti většinou nemají problém najít si zaměstnání vhodné ke svému stavu. Pracují tam, kde je lupénka neomezuje. Žádný z dotazovaných nemusel svou práci kvůli lupénce opustit. Ovšem někteří musejí práci přizpůsobit stavu jejich pokožky nebo léčbě lupénky. PK1: *„Já jsem původně vyučenej kuchař, samozřejmě dneska kdybych se měl vrátit do týhle profese tak díky tomuhle nemůžu, ale dneska dělám na překladišti ve vysokozdvihu, Lupénka ovlivnila v tom smyslu, že mě musí propouštět z práce, když chodím na léčbu a tohleto, takže musím se přizpůsobit paní doktorce. Třeba příští týden mám ranní, takže v pondělí uteču z práce, v pátek uteču z práce, nedělám přesčasy, abych měl klid a dodržuju odpočinek.“* PD4: *„Pracovně mě to nijak neomezovalo, já s tím nijak nemarodím, podstatě nejsem tím nějak limitována. Jsem kancelářská krysa, takže v podstatě tam mi to jako nějak nevadí, akorát prostě místo kostýmů nosil člověk*

kalhoty.“ PD7: „Ne, pracuji v kanceláři administrativní pracovnice a trenérka. Omezuje mě to hlavně psychicky.“ PD8: „Když se to zhorší, tak člověku opadáva trochu kůže, tak se musí snažit, aby s tím ostatní neobtěžoval. V práci je to to samý. Pracuji v kanceláři.“ PD9: „Jako jo nenosila sem firemní oblečení, když bylo, to mi vadilo ten materiál, takže jenom bavlnu. Jako třeba silon to bych vůbec nesnesla na sobě, takže jsem měla většinou od doktorky papír a mohla jsem nosit svoje oblečení. V práci jim to nevadilo. Dělala jsem ve fabrice.“ PD10: „Ne, Dělal jsem zámečnicka a ředitele slévárny a potom jsem končil jako mistr v jednom kovo provozu před důchodem. Nemělo to žádnéj vliv.“

#### 4.2.6 Kategorie 6 - Dopad lupénky na psychiku pacienta

Přesné otázky v rozhovoru zněly: „Jaký má lupénka dopad na vaši psychiku?“ „Přemýšlel(a) jste nebo využil(a) jste někdy možnost návštěvy u psychologa?“ a „Jsou ve Vašem okolí lidé s lupénkou? Jste s nimi v kontaktu?“ Ze získaných odpovědí vznikly kódy: narušení psychiky, vyrovnání se, odborná pomoc, sdílení se s lupénkáři.

Lupénka ovlivňuje psychickou stránku PD5: „Já si myslím, že tohleto už je teda hrozný no. Až po X letech jsem si řekla, nedá se nic dělat, musím to přijmout. Ale jako ani za měsíc, za rok za dva ne. Teprv tak po pěti šesti letech se s tím člověk smíří a řekne no tak hold, když to přijde tak to budu léčit no. Co jinýho zbývá.“

Vzhled je obzvláště pro ženy velmi důležitý, a pokud je narušen nemocí, pacientky ztrácí sebevědomí a stydí se za svůj zevnějšek. PK3 to popsala slovy: „Ovlivnilo určitě jo, protože jak říkám, je to hlavně psychický problém. Ze začátku, než si na to člověk vůbec zvykne, tak si přijde takovej prašivej prostě. Ovlivňuje to psychiku, samozřejmě to ovlivňuje i to, jestli je člověk uvolněnej, není uvolněnej. Takže je to opravdu spíš psychický no a samozřejmě i v partnerským životě, sexuálním prostě člověk se neuvolní, přijde si takovej furt. Jo je to prostě blbá nemoc. Samozřejmě za ty léta, co to mám, tak už jsem si zvykla. Už tak něk běžně, pokud se mi to zrovna takhle nevyseje, tak to teď mám, tak už to beru jako součást svého života, ale je to pořád jako limitující.“

Pro PD6 je lupénka obzvláště nepříjemná, pokud je na něm vidět na první pohled: „*Na těle dobrý, to si člověk zvykne, ale ten obličej je hodně nepříjemnej, že lidi koukají různě a moje tříletý dítě furt kouká mami máš bebí, takže to taky. Ten obličej nesu asi nejhůř no je to takový. Nejde to ani zamaskovat ničím a ono to bolí hodně ten obličej, takže ten nesu ňák těžce letos.*“ Nejhorší je pro pacienty stav, kdy je lupénka po celém těle. Pro PD7 je velmi náročné se s touto nemocí vyrovnat: „*Ve fázi, když je to rozjetý, tak celkem velkou, nebo jako už je to šest let, tak už jsem se s tím naučila trošku pracovat a vím, že to je někdy lepší a někdy horší, ale stále jsem se s tím nesžila no. Někdy to je horší, někdy to je lepší. Klasická holka no. Někdy to dávám, někdy ne.*“ Pro PD10 je nepříjemné být středem pozornosti: „*Přes tu zimu to takový není, ale když padne to léto a člověk chodí v těch krátkasích a vidí, že si ho ty lidi prohlížejí, tak to není nic příjemnýho no.*“

Muži se s touto nemocí vyrovnávají lépe než ženy. PK1: „*Více, méně šlo o to se s tím vyrovnat a jelikož s tím žiju jakoby mámě celej život, tak jsem přesně věděl, co bude, co mě čeká a tak dále, takže vůbec.*“ PD8: „*Už jsem si tak ňák zvykl na ty cykly toho zlepšení a zhoršení.*“ PD10: „*Naučil jsem se s tím žít. Na začátku to bylo divný. Já jsem mýval kdysi v učení ještě tak sem mýval takovej velkej flek na noze. Při tělocviku to bylo takový jo leckdo si toho všiml, ale nikdo ňák nekomentoval. A jak říkám, naučil jsem se s tím ňák existovat.*“

Dle mého názoru lupénku nejhůře snášejí mladiství během dospívání, kdy se chtějí líbit opačnému pohlaví. Děti ve škole nebyly taktní ani k PD4, která v době dospívání nesla lupénku opravdu těžce: „*No v patnácti obrovskej. To fakt jsem nechodila do školy, pokavaď jsem neměla rolák a dlouhý tričko a dlouhý kalhoty, tak vlastně mi byl vidět jenom obličej, tak takhle jsem chodila všude i v létě, když bylo 30 stupňů. A teďka už jsem nad to taková povznesená, že někdo mi řekne, hele, co to máš na ruce a já je to lupénka, nechytneš to, neboj. A on jo tak dobrý a já v pohodě. Spolužáci se mi kvůli tomu nikdy nesmáli, ale spíš měli takový ty blbý otázky, které mi v patnácti opravu vadily, ale teď už mi nevadí tolik na ně odpovídat, protože ty lidi nejsou o tom tolik informovaný, takže si říkám, že šířím takovou osvětu i pro ně.*“ Pokud nemoc naopak psychicky vyčerpává, je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Tu vyhledala i PD6: „*Já chodím, mám dlouho od svých dva a dvaceti mám psychiatra. Moc to nepomáhá.*“ O pomoci přemýšlela i PK3: „*Přemýšlela jsem o tom, určitě minimálně ze začátku, ale já jsem bejk. Já jsem takovej ten typ,*

*který se s tím musí vždycky poprat sám, jo. Takže sem prostě navíc sehnat psychologickou pomoc je složitý na cokoliv. Musí to být člověk, který vám sedne, musí to být člověk, kterému věříte, že vám může nějakým způsobem pomoci a musím říct, že s takovým psychologem jsem se zatím ještě nesetkala.“*

Většina pacientů nechce být na svou nemoc sama, a jsou rádi, když mohou být v kontaktu s lidmi se stejným onemocněním a mohou tak navzájem mezi sebou sdílet.

PD4: *„Na Facebooku máme facebookovou skupinu, kde taky sdílíme rady a typy a pak ta rodina no.“* PD5: *„Mám známou, která to má od třinácti let, je teda mladší než já. Takže spolu jsme to dycky tak jako probrali. Ono, když to někdo má, tak spíš si s ním o tom můžete promluvit než to vysvětlovat někomu, kdo to nemá a neprožil to. A teď když jsem ležela tady v létě v nemocnici, tak tam dali pacientku na pokoj, a s tou jsme i teď ve styku a třeba si voláme, i si píšeme, i se navštěvujeme a vyměňujeme si poznatky.“*

## 5 Diskuse

Výzkumná část byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty s onemocněním kůže s poruchou rohovatění. K sepsání teoretické části byla nastudována odborná literatura. Ve své práci jsem se zaměřila na onemocnění psoriázou. Lomicová a Cetkovská (2019) poukazují na to, že lupénka je nejčastějším chronickým onemocněním kůže, které postihuje kolem 2-3 % populace evropských zemí.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění. K dosažení tohoto cíle bylo osloveno pět všeobecných sester s praxí z kožního oddělení a pacienti trpící lupénkou.

Ve výzkumném šetření byly zmapovány rozdíly v léčbě lupénky a ekzémového onemocnění. Sestry se shodly na tom, že ekzém se vyskytuje již v dětském věku. Stejný názor má i Hercogová et al. (2019). Často vzniká již v kojeneckém nebo dětském věku. Podobně odpověděla i SD3. Ekzém mohou mít děti už od raného dětství, klidně od dvou měsíců věku. Zatímco lupénka se objevuje spíše až v dospělém věku, nejčastěji kolem 20.-30. roku života. To potvrzuje Vašků (2020), který tvrdí, že první manifestace psoriázy vrcholí právě v těchto letech. S tím se shodují i odpovědi sester SK1 a SD5.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že ekzémové onemocnění se nejčastěji vyskytuje už v dětském věku, zatímco lupénka většinou až v dospělosti. Ale obě onemocnění se mohou projevit během života kdykoliv.

Mezi rozdílné příznaky sestry zařadily především šupinatění lupénky, nejčastěji na kolenou a na loktech, zatímco ekzém bývá zarudlý v oblastech kolenních a loketních jamek. Dále se sestry shodly na tom, že ekzém natolik svědí, že se pacientům předepisují antihistaminika. Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že ekzém je svědivé onemocnění.

Názorně to popsala SD2, jež uvedla, že ekzém se projevuje zarudlými lokalizacemi většinou v jamkách, na obličeji, na krku, na hrudníku a na břiše. Naproti tomu lupénka se projevuje ložisky s velkou hyperkeratózou. Ta se často vyskytují na loktech, kolenou, v bedrech v křížové oblasti a na bérkách. Tento názor sdílí i Benáková et al. (2020), jež hodnotí vzhled lupénky nejčastěji jako červená ložiska pokrytá stříbřitými šupinami.



Na základě uskutečněných rozhovorů musím souhlasit s tím, že ekzém se projevuje zarudlými plochami, zatímco lupénka má hodně šupinatá ložiska. Ekzém je většinou v jamkách podkolenních, na rukou, na obličeji. Lupénka je oproti tomu nejčastěji na kolenou a na loktech. Dále jsem zjistila, že ekzém svědí o hodně víc než lupénka. Atopici kvůli tomu berou prášky na svědění, jelikož je to pro ně velmi obtěžující a je velmi náročné si svědivou pokožku neškrabat.

Na otázku, v čem je rozdílná léčba lupénky od léčby ekzému SD3 odpověděla, že v lécích a v rozdílnosti mazání. Dále uvedla, že fototerapie efektivněji působí na lupénku než na ekzém. V biologické léčbě se využívá jiný preparát. Většina sester se shodla na tom, že se využívají stejné léčebné metody, ale rozdílný druh léčiv. Nej přesněji to popsala SD5, která uvedla, že jak ekzém, tak lupénka se léčí nejdříve lokálně. Pokud lokální léčba u lupénky nezabírá, přejde se k celkové terapii, kde je možnost fototerapie. Pokud ani ta nemá na lupénku vliv, následuje biologická léčba, kde můžeme vyzkoušet více léčiv. S tím se shoduje s Arenbergerem et al. (2020), jež se ve své knize zaměřují na léčbu lupénky a tvrdí, že u pacientů trpící mírnou psoriázou většinou stačí léčba lokální terapií (vit. D3 a kortikosteroidy), u pacientů se středně těžkou až těžkou psoriázou je již zapotřebí systémová léčba, jež využívá fototerapii, konvenční systémovou nebiologickou léčbu a biologickou terapii.

SD5 popisuje dále léčbu u atopického ekzému. Zde se aplikují především masti a různé pasty. Druh mazání vybíráme podle ekzému, jeho umístění a věku pacienta. Celková léčba se u pacienta s ekzémem běžně nepodává, pouze u opravdu těžkých forem atopických ekzémů. Benáková et al. (2020) ve své knize souhlasí s postupem léčby ekzému s tím, že se v první řadě začíná s léčbou lokální, která je základem pro zlepšení stavu pokožky. Tu je nutné promazávat emoliencii i v místech, kde se ekzém momentálně nevyskytuje.

Dále se na postiženou kůži aplikují lokální kortikoidy nebo imunomodulátory. Dále je možné využít léčbu fototerapií, metotrexátem nebo biologiky.

U pacientů s lupénkou bývá často účinná fototerapie, zatímco u ekzému nemá takové účinky. To potvrdily všechny dotazované sestry. Fototerapie a mazání je intenzivní při léčbě v nemocnici, kdy jsou pacienti hospitalizováni. PD8 souhlasil s názorem, že při hospitalizaci jde o urychlení léčebného procesu. Za dva týdny došlo u pacienta k výraznému zlepšení. Používají se zde masti na bázi dehtu.

SD2 popisuje, že při hospitalizaci pacienta s lupénkou se využívá tzv. Goeckermanova metoda, kdy se pacient musí vykoupat, aby měl čistou pokožku. Poté jde na fototerapii. Po návratu z fototerapie sestra namaže pacienta dehtovou mastí, kterou má na sobě 8 hodin. Ta má na lupénku dobré účinky, ale po 8 hodinách se musí dehet důkladně smýt, jinak by se pokožka pod ním mohla spálit, protože dehet přitahuje sluníčko. Další účinnou metodou na lupénku je Ingramova metoda. Pacient se namaže cignolinovou mastí a nechá ji na sobě 20 minut působit. Poté se mast smyje a pacient jde na fototerapii. Takto se to opakuje každý den. Fototerapie většinou pomůže až 99 % pacientů.

Na základě provedeného výzkumu jsem dospěla k závěru, že léčba lupénky a ekzému je téměř totožná. Tato onemocnění se léčí lokálně, kortikoidy, fototerapií, celkovou léčbou i biologickou léčbou. Samozřejmě se odlišují v lécích, mastech, různých preparátech a také v účinku léčby.

SD2 dále popsala průběh hospitalizace pacienta s ekzémovým onemocněním. Na oddělení se pacient maže steroidami na zklidnění kůže. Poté se musí důkladně umýt a jde na fototerapii. Ta na ekzém pomáhá přibližně u 50 % pacientů. Dále se pacientům podávají antihistaminika proti svědění, jelikož pacienti s ekzémem bývají mnohdy hospitalizováni kvůli zánětu kůže. Ten vznikl kvůli nadměrnému škrábání svědivé pokožky. V takovém případě se pacientovi podávají intravenózně antibiotika.

Výhody v ošetrovatelské péči o pacienty při hospitalizaci vidí SD5 v tom, že při aplikaci masti s dehtem, který hodně barví, se pacienti nemusejí starat o zašpiněné ložní prádlo a nemocniční oblečení. Mohou na oddělení více odpočívat, nemusejí několikrát týdně dojíždět z domova a léčba je intenzivnější.

S tím souhlasí i PD5, která již byla několikrát kvůli lupénce hospitalizovaná. Uvádí, že nejdříve chodí na fototerapii. Po 4 hodinách od ozáření sestry namažou šupinatá ložiska na těle černou dehtovou mastí, která hodně barví. Přes poledne se nechá mast působit a odpoledne se kůže promazává jen vazelínou. Pacientka je vždy hospitalizována až do doby, než dojde ke zlepšení lupénky. Většinou to je čtrnáct dní až tři týdny.

Resl (2014) souhlasí s tím, že ošetrovatelský proces je náročný jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál. Důvodem bývá ekonomická náročnost, pracnost, náklady na vodu, zvýšené hygienické nároky, potíže v práci atd. Sestra musí správně posoudit pacientovu soběstačnost a samostatnost při ošetřování. U akutních forem psoriázy musí sestra zvolit citlivý přístup s minimem dráždění kůže a doporučí pacientovi vhodné koupele. V subakutním a chronickém stádiu nemoci je důležité odstraňování šupin pomocí mastí a hydroterapie. Vhodnou léčbou lupénky je citlivá fototerapie. PD6 potvrzuje, že při hospitalizaci chodila na fototerapii každý den, přičemž tato forma terapie jí velmi pomohla. Poté měla pokožku půl až třičtvrtě roku zklidněnou.

S fototerapií mají dobrou zkušenost i ostatní z dotázaných respondentů s lupénkou. PK1 intenzivně chodil na fototerapii s tím, že během čtrnácti dnů až tří týdnů se mu lupénka zásadním způsobem zlepšila. Z původních 80 % zasažení měl po léčbě lupénku pouze na 30 %, po dokončení prvního cyklu měl lupénku jen od kolenou dolů, z čehož byl pacient nadšený.

Můj názor se shoduje s odpověďmi probandů. Intenzivní léčba při hospitalizaci urychlí proces léčení a pacientům hodně pomůže po tělesné i po psychické stránce.

Pacienti svou pokožku nejčastěji ošetřují v domácím prostředí. To, jak by mělo vypadat domácí prostředí u pacientů s onemocněním kůže s poruchou rohovatění popisují ve své knize Arenberger a Janáčková (2018). V bytě by měl pacient udržovat dostatečnou vlhkost vzduchu a chladnější teplotu do 20 stupňů. Měl by pokud možno eliminovat množství alergenů například odstraněním závěsů, koberců, čalouněného nábytku v ložnici apod. Pacient by měl prát v hypoalergenních prostředcích a udržovat domov v čistotě. Měl by se vyhýbat kuřáckému prostředí.

Arenberger a Janáčková (2018) dále zmiňují, že by pacient měl myslet na prevenci. Měl by chránit svou pokožku ochrannými krémy, používat neparfémované produkty a pravidelně pečovat o pleť. Měl by promazávat a natírat postižená místa podle doporučení lékaře, pečlivě dezinfikovat veškerá drobná poranění a defekty na kůži vzniklé škrábáním a olupováním. Pacient by měl nosit bavlněné a prodyšné oblečení. S tím se souhlasí i sestry z kožního oddělení.

Pokud jsou klasické masti neúčinné, lékař předepíše pacientovi kortikoidy. SD4 upozorňuje na to, že se kortikoidy nemají dávat na obličej. Dále zdůrazňuje, že jde o intervalovou léčbu, která se nesmí užívat dlouhodobě, jelikož kortikoidy mohou pacientovi ztenčovat kůži. Kortikoidy by si měl pacient aplikovat tři dny až týden a poté pokožku promazávat. U lupénky je vhodná pěna Enstilar a u ekzému například vazelína nebo modrá indulona. Při zhoršení lupénky pacient opět aplikuje kortikoidy na pár dnů, a poté opět promazává. Pacient musí být řádně poučen o užívání kortikoidů a musí být pod dohledem lékaře. Cílem je, aby se pacient více promazával, než aplikoval kortikoidy.

Pozitivní zkušenost s kortikoidy má i PD4, která používá kortikoidy i nekortikoidy. Kortikoidy podle ní na lupénku zabírají nejlépe, ale jsou jen chvílkovým řešením. PK2 doma používá Enstilar pěnu a ta podle jejích zkušeností funguje skvěle. Ostatní masti po čase přestanou na lupénku působit.

Dále by při domácím ošetřování měli pacienti s ekzémovým onemocněním a s lupénkou dbát na vyváženou stravu a měli by vynechat určité potraviny, s čímž souhlasí i Resl (2014), který zmiňuje, že i správnou stravou může pacient sám přispět ke zlepšení lupénky. Pacient by se měl stravovat zdravě, nedráždivými a netučnými jídly, měl by vynechat konzumaci ořechů a bílého pečiva. Tento názor sdílí i SD3, která pacienty upozorňuje, aby si dali pozor na správnou životosprávu. Lupénkáři by se měli vyvarovat mastné a tučné stravě, protože mívají zvýšené tuky, mají větší sklon k srdečním potížím a k diabetu. Atopici by si měli dávat pozor na potraviny, jež dráždí pokožku, například celer. Například o celeru je známé, že dráždí pokožku. O správném životním stylu se zmiňuje i SD2, která v první řadě klade důraz na časté promazávání pokožky, ale dále upozorňuje na to, že pacienti se mají vhodně stravovat, brát vitamíny, vyhýbat se stresu a vyvarovat se nachlazení a virózám. Pacienti by měli chodit na sluníčko v přiměřené míře a nespálit se. Mrosková a Konečná (2018) dodávají, že pacient by si měl zakázat konzumaci alkoholu a kouření.

Domnívám se, že pokud chce pacient dosáhnout zlepšení stavu své pokožky, ani pak nesmí zapomínat na její pravidelné promazávání. Pokud pacient navštěvuje fototerapii, neměl by vynechávat cykly záření. Pacient by měl dbát na správnou životosprávu a dodržovat klidný režim.

Druhý cíl práce se zaměřoval na nejčastější problémy pacienta s psoriázou. K dosažení tohoto cíle bylo osloveno 5 sester z kožního oddělení a 10 pacientů s psoriázou. Sestry mi zodpověděly, jakým způsobem komunikují s pacienty o jejich nemoci, a jak jsou jim po psychické stránce nápomocny. Pacienti popsali, jaká léčba jim pomáhá na zlepšení lupénky a jaké mají pocity při účinné léčbě. Pacienti dále vypověděli, s jakými problémy se kvůli lupénce potýkají a jak toto onemocnění působí na jejich psychiku.

Podle Kobsy a Selerové (2019) by se sestra měla kromě léčby psoriázy zaměřit také na psychosociální stránku pacienta. Sestra by v rámci terapeutické strategie měla pacientovi pomoci zmapovat životní situace, které vedly k rozvoji onemocnění. Měla by zjistit, v jakých oblastech je pacient kvůli psoriáze nejvíce omezován a motivovat ho ke správnému řešení těchto problémů. Takto to podle SD4 funguje i na klinice, kde pracuje. Pacienti se chtějí vyprávět a sestry jim naslouchají a snaží se je povzbudit. Sestry na ambulancích rozdávají dotazník kvality života, podle kterého pak může být zvažována i biologická léčba. Na základě tohoto dotazníku lze posoudit, jak moc lupénka ovlivňuje kvalitu pacientova života a jakým způsobem působí na jeho psychickou stránku.

Na základě pozorování během výzkumného šetření jsem došla k názoru, že sestry dbají na psychickou stránku pacienta. Snaží se pacientovi vše srozumitelně vysvětlit a poskytnout mu co nejvíce možných informací. K tomu je poskytnut i edukační materiál. Pokud má pacient nějaké dotazy nebo problémy, snaží se ho vždy vyslechnout a pomoci mu. V první řadě mají pacienti vždy pohovor s lékařem, který jim vysvětlí problematiku jejich onemocnění a zodpoví veškeré dotazy. Od pacientů jsem se však dozvěděla, že jich většina nebyla původně o svém onemocnění od lékařů dostatečně informována. Většinou šlo o praktické nebo dětské lékaře, kteří s lupénkou neměli mnoho zkušeností.

Pro pacienty může jít o tak náročnou životní situaci, že se rozhodnou vyhledat pomoc odborníka. PD4 pravidelně navštěvuje psychiatra už od svých 22 let. Podle Kobsy a Selerové (2019) by si sestra při péči o pacienta měla všimnout možných příznaků počínající deprese. Depresemi trpí pacienti s lupénkou poměrně často bez ohledu na rozsáhlost tělesného postižení. Lupénka na viditelných částech těla (ruce, obličej,

nehty) může být pro pacienta závažnější. Pokud pacient trpí depresí, bude dostávat souběžně se základní terapií i antidepresiva. Dále se zajistí psychologická pomoc.

Tato nemoc může postihnout i klouby, nazývá se psoriatická artritida. Pacienti mají bolesti a nemoc snášejí o to hůře. PD5 popsala, že ji kvůli psoriatické artritidě bolí klouby. Začalo to bolestí kotníku, pak jedním prstem na noze, poté byla pacientka odeslána na revmatologii, kde jí zjistili, že je to kvůli lupénce, jež se jí dostává do kloubů. Dále si pacientka postěžovala, že kvůli momentální bolesti ruky si nemůže ani pochovat svou první vnučku, natož vzít do ruky hrneček nebo se tou rukou namazat. Ruku pro bolest nemůže pořádně ohnout a začínají se jí dělat i boule na loktech.

Někteří pacienti se s touto nemocí dokáží vyrovnat sami v případě, kdy je léčba účinná a pacient nemá bolesti. Z dotazovaných pacientů jsou to právě muži, kteří se s nemocí dokázali vyrovnat lépe. PK1 ze začátku nosil kvůli lupénce dlouhé rukávy, ale momentálně je s lupénkou vyrovnaný. PD8 si již na cykly zlepšení a zhoršení u lupénky zvykl, také PD10 se s lupénkou již naučil žít, naučil se s ní existovat. Z rozhovorů s muži jsem usoudila, že se s onemocněním dokáží lépe vyrovnat, protože tolik nelpí na svém vzhledu.

Jiní pacienti, především ženy, snášejí viditelné změny na pokožce velmi špatně. PK3 lupénka hodně ovlivnila, a to především psychicky. Zjistila jsem, že ženy všeobecně snášejí změny na pokožce hůře, především pokud se jedná o obličej nebo o vlasy. PD6 o tom ví mnoho, na těle si na lupénku celkem zvykla, ale obličej je pro ni hodně nepříjemný. Nedaří se jí lupénku zamaskovat, navíc je to v těchto místech bolestivé a jí jsou nepříjemné pohledy ostatních lidí.

Došla jsem k názoru, že špatně tuto nemoc snášejí především dívky v době dospívání, kdy se chtějí líbit svému okolí. PD4 popsala, jak velký dopad měla lupénka na její psychiku v 15 letech. Nechtěla chodit do školy, pokud neměla rolák nebo dlouhé tričko a kalhoty. Takto chodila ven i v létě, když bylo venku třicet stupňů, aby jí nebylo vidět nic kromě obličeje.

Výzkumnými rozhovory bylo prokázáno, že lupénka ovlivňuje mnoha pacientům jejich osobní život. Necítí se dobře na veřejnosti a snaží se lupénku všemožně skrývat. To potvrdila i PK2, která pokud jde do společnosti, snaží se lupénku zamaskovat, bohužel nepříliš úspěšně. Na kůži to lze poznat, i když je lupénka již zahojená,

jelikož po ní zůstanou fleky. S tím souhlasí i Gkalpakiotis et al. (2020), kteří ve své knize popisují, že pacienti udávají jako velkou psychickou zátěž právě stud, kterým trpí kvůli častým pohledům ostatních na vzhled jejich pokožky a posměchům okolních lidí. S tím souhlasí i PD6, která se svěřila s tím, že jí jednou kvůli lupénce nechtěli pustit do bazénu. Pacientce je také nepříjemné, když si ji všichni kvůli lupénce prohlížejí, proto raději do bazénů ani do sauny nechodí. Ženy s lupénkou ve vlasech se, podle Gkalpakiotise et al. (2020), stydí navštěvovat kadeřnictví. To potvrdila i PK3, která zdůraznila, že lupénka ovlivňuje i to, jestli se člověk dokáže uvolnit v běžném životě. Pacientka popisuje, že pro ni bylo traumatem jít na dovolené k bazénu. Na dovolené nosila dlouhé kalhoty a vždy jen rychle vběhla do moře, aby ji nikdo neviděl. U bazénu špatně snášela pohledy ostatních, kteří se báli, zda to není nakažlivé. I PD9 ovlivňuje lupénka v mnoha věcech. Například chlór nedělá pacientce na lupénku dobře, proto nemůže s dětmi ani do bazénu. A pokud jdou někam k vodě, tak se pacientka ostatních co nejvíce straní. Sukně a šaty moc nenosí. Dříve nosila jenom kalhoty, aby lupénka nebyla vidět, přičemž v pubertě toto onemocnění prožívala nejhůře.

Pacienti s lupénkou nesnesou každý materiál. Pokožka potřebuje co nejvíce dýchat, aby se lupénka lépe zhojila. Nejlepší je bavlněné oblečení, což je v dnešní době velkou finanční zátěží. PD5 popsala, že musí kupovat takové oblečení, aby nemělo chloupky a nedráždilo jí pokožku. Spodní prádlo může mít pouze ze 100% bavlny, což není podle pacientky moc elegantní a také je to v dnešní době drahé.

Dále bylo zjištěno, že v rodině s lupénkou dotazovaní pacienti problémy nemývají. Jejich partnerům toto onemocnění nevadí, což uvedla i PD9. Manžel PK3 přijal její onemocnění a nikdy mu nijak nevadilo.

Domnívám se, že lupénka vadí především pacientům samotným. Necítí se ve své kůži dobře. PK3 se svěřila, že i v partnerském životě je lupénka omezující zvláště pro ni. Nedokáže se při intimních chvílích uvolnit. Pacientky mívají největší strach z toho, aby lupénkou neonemocněly jejich děti. PD4 děti časem plánuje, ale doufá, že po ní lupénku nezdědí. Jashin et al. (2016) tvrdí, že pravděpodobnost, že se lupénka projeví u dítěte s jedním postiženým rodičem je 14 %. Pokud na lupénku trpí oba rodiče dítěte, pravděpodobnost je 41 %. PK3 už v době, kdy onemocněla lupénkou dítě měla. Strach, aby dcera tímto onemocněním také netrpěla má pacientka oprávněně. U dcery se už od dětského věku vyskytuje mírný ekzém a nyní se objevují první příznaky lupénky.

Bylo zjištěno, že v pracovním životě dotazující pacienti s lupénkou problém nemají. PK3 lupénka pracovní nijak neomezovala. Pracuje v kanceláři, kde jí lupénka nijak nepřekáží, akorát místo kostýmku nosí dlouhé kalhoty. PD4 dokonce i chvíli pracovala v potravinářském průmyslu, ale nyní studuje práva, takže jí to nijak neovlivnilo.

V zaměstnání se pacientům snažili vždy vyjít vstříc, ať už s pracovní dobou nebo s firemní oblečením. PK1 uvedl, že ho musí ze zaměstnání pouštět kvůli docházení na léčbu lupénky. Také kvůli lupénce nedělá přesčasy, aby byl co nejvíce v klidu a dodržoval odpočinek. PD9, jež pracuje v továrně, měla většinou od lékařky potvrzení, že kvůli lupénce nesnese na kůži každý materiál a mohla tak bez problémů nosit své oblečení místo firemního.

Dle mého názoru je pro pacienty s lupénkou nejdůležitější podpora v rodině, kde své onemocnění nemusejí skrývat a mohou se cítit sami sebou. V rodině PK3 již lupénku berou zcela běžně. PD4 její rodina hodně povzbuzuje. Zásadní je opora partnera, pro kterého není lupénka překážkou. To potvrdila i pacientka PD6, kde pomáhá jak rodina, tak především její partner.

Kobsa a Selerová (2019) došli k názoru, že pro pacienta s lupénkou je snadnější své problémy řešit se svou rodinou, kde je akceptace všech viditelných změn na kůži příznivější než v cizí společnosti. S tímto názorem se plně ztotožňuji. Většina pacientů se nepotřebuje svěřovat se svým onemocněním lidem mimo rodinu ani nemají potřebu hledat pacienty se stejným onemocněním, aby se mohli o své nemoci podělit s někým, kdo je na tom podobně. Z dotazovaných respondentů nám pouze PD5 sdělila, že je v kontaktu se dvěma ženami se stejným problémem. Navzájem se vždy povzbudí a proberou novinky v léčbě. Pacientka říká, že když o lupénce mluvíte s někým, kdo ji má také, tak vás spíše pochopí.

Bylo zjištěno, že dotazovaní pacienti ani nevyužívají žádné psoriatické spolky. PD4 je pouze přihlášená na facebookové skupině, kde si vzájemně sdílejí rady a tipy. Největší oporou je pro ni její rodina. Ta je nenahraditelná.



## 6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty s onemocněním kůže s poruchou rohovatění. Prvním cílem této práce bylo najít specifika ošetrovatelské péče s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění. Druhý cíl se zaměřoval na zjištění nejčastějších problémů pacienta s psoriázou. Každý výzkumný cíl obsahoval jednu výzkumnou otázku. Výzkum byl uskutečněn pomocí kvalitativního výzkumu, jenž probíhal na základě polostrukturovaných rozhovorů s probandy. Na základě zodpovězení výzkumných otázek byly splněny všechny cíle práce.

První výzkumná otázka zněla: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s vybraným onemocněním kůže s poruchou rohovatění?“ Porovnávala jsem ekzémové onemocnění s lupénkou. Analýzou dat bylo zjištěno, že si jsou si tato onemocnění v mnohém podobná. Tato onemocnění jsou pro pacienty velmi obtěžující. Vyskytují se na obdobných místech. Lupénka se projevuje většinou na vnější straně končetin, ekzém na vnitřních stranách. Lupénka se šupí, zatímco ekzém představuje červené plochy, které se olupují. U pacientů jsou využívány stejné metody léčby – lokální léčba, systémová léčba, fototerapie, biologická léčba. Rozdíl je ovšem v tom, že na ekzém a lupénku se aplikují jiné druhy léků, jiné složení mastí. Fototerapie má lepší účinky na lupénku než na ekzém. Ekzém svědí mnohem více než lupénka. Pacienti trpící ekzémem mají od lékaře většinou předepsaná antihistaminika. Zodpovězením první výzkumné otázky byl naplněn první cíl práce.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jaké jsou nejčastější problémy u pacienta s psoriázou?“ Z analýzy dat vyplynulo, že toto onemocnění má velký dopad na psychiku člověka. Omezuje jeho soukromý život a ovlivňuje jeho sociální vnímání. Bylo zjištěno, že nejčastějším problémem pacientů je viditelnost lupénky na veřejnosti. Pacienti se vyhýbají různým společenským akcím, nenavštěvují bazény. Nejsou jim příjemné pohledy cizích lidí, kteří nevhodně komentují jejich onemocnění. Pacienti se za vzhled své pokožky stydí. Schovávají ji za oblečení s dlouhými rukávy a nohavicemi. Pacienti kvůli lupénce mívají narušenou psychiku. Někteří se s tímto onemocněním nedokáží vyrovnat. Většinou se jedná o ženy, které se chtějí líbit a vzhled je pro ně velmi důležitý. Kvůli lupénce se nedokážou zcela uvolnit například při intimních chvílích. Necítí se před svým partnerem dostatečně přitažlivé. Muži toto onemocnění snášejí lépe.

Výzkumem bylo prokázáno, že pacienti mají strach, aby nemoc nezdědily jejich děti. Někteří kvůli tomu odmítli mít vlastní rodinu. Druhý cíl práce byl naplněn zodpovězením druhé výzkumné otázky.

Na základě mého pozorování během výzkumného šetření je ekzém i lupénka pro většinu pacientů onemocněním, které jim způsobuje mnoho problémů v osobním životě. Bylo prokázáno, že ekzém se může vyskytnout už v dětském věku a projevuje se zarudlými svědivými plochami. Kvůli svědivosti je pro pacienty velmi nepříjemný. Lupénka se u pacientů projevuje většinou až v dospělosti, a to šupinatými ložisky. Léčba je téměř totožná. Probíhá stejným způsobem. Rozdílnost je většinou pouze v druhu léčiv. Důležitá je intenzivní a pravidelná péče o pokožku jak při hospitalizaci, tak především v domácím prostředí. Pacienti by měli svou pokožku pravidelně promazávat a dodržovat léčebný režim doporučený lékařem. Dále jsou v kožních ambulancích pacienti o svém onemocnění edukováni sestrami formou pohovoru nebo brožurek. Sestry si vyslechnou pacientovy obavy a snaží se mu pomoci. Pacienty ovlivňuje jejich onemocnění především psychicky. Necítí se dobře ve společnosti ostatních lidí a snaží se postiženou pokožku před okolím skrývat. Každodenní ošetřování pokožky je pro pacienty obtěžující. Důležitá je pro ně podpora rodiny, ale zároveň mají obavu, aby onemocnění nezdědily jejich děti. V zaměstnání jim onemocnění většinou nepřekáží, ačkoliv i tam se mu musí nějakým způsobem podřídit.

Zjištěné výsledky této práce budou zdrojem informací pro studenty v nelékařských oborech. Domnívám se, že pro ně budou přínosem. Dále chci tuto práci poskytnout laické veřejnosti. Dle mého názoru se zdraví jedinci s tímto onemocněním nedostanou často do styku a nemají tudíž o tomto závažném a často život omezujícím onemocnění téměř žádné informace.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ARENBERGER, P., JANÁČKOVÁ, L., 2018. *S kůží na trh*. Praha: Mladá fronta. 112 s. ISBN 978-80-204-4842-2.
2. ARENBERGER, P. et al., 2020. *Risankizumab a nové léčebné cíle v terapii psoriázy / kolektiv autorů*. Praha: Farmakon Press, spol. s r.o. 88 s. ISBN 978-80-907656-3-4.
3. AZIZAM, N.A. et al, 2019. *Cost-Effectiveness Analysis of Psoriasis Treatment Modalities in Malaysia*. In: *J Health Policy Manag.* 8(7). 394-402. DOI: 10.15171/ijhpm.2019.17.
4. BARANOVÁ, Z., 2018. *Lokální léčba psoriázy*. *Dermatologie pro praxi*. 12(4), 167-170. ISSN 1803-5337.
5. BĚLOBRÁDEK, M., 2011. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf. 216 s. ISBN 978-80-7345-221-6.
6. BENÁKOVÁ, N., 2013. *Ekzémy a dermatitidy-Průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. vydání. Praha: Maxdorf. 208 s. ISBN 978-80-7345-331-2.
7. BENÁKOVÁ, N. et al., 2020. *Moderní farmakoterapie v dermatologii*. Praha: Maxdorf. 664 s. ISBN: 978-80-7345-653-5.
8. ČAPKOVÁ, Š., 2017. *Atopický ekzém*. 5. vydání. Praha: Galén. 150 s. ISBN: 978-80-7492-300-5.
9. ČELAKOVSKÁ, J., 2020. *Psoriáza – přehled o onemocnění a indikace k biologické léčbě. Zkušenosti s léčbou adalimumabem*. *Dermatologie pro praxi*. 14(4), 177-183. ISSN 1803-5337.
10. DOPYTALSKA, K. et al., 2018. *Psoriasis in Special Localizations*. *Reumatologia*. 56(6).392-398. DOI: 10.5114/reum.2018.80718.
11. FIALOVÁ, J., KOJANOVÁ M., 2020. *Komplexní léčba psoriázy*. *Dermatologie pro praxi*. 14(2), 63-70. ISSN 1803-5337.
12. FOLTA, A., 2019. *Co je to psoriáza a jaká onemocnění jí doprovázení?* Florence. 15(3), 20-22. ISSN 2570-4915.

13. GKALPAKIOTIS, S. et al., 2020. *Psoriáza: od teorie k praxi*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN: 978-80-204-5574-1.
14. GREENWELL, K. et al. 2022, *Eczema Care Online: development and qualitative optimisation of an online behavioural intervention to support self-management in young people with eczema*. BMJ Open, London. 12(4). 1-10. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-056867.
15. HERCOGOVÁ, J. et al., 2019. *Klinická dermatovenerologie*. Praha: Mladá fronta. 880 s. ISBN: 978-80-204-5321-1.
16. JASHIN, W. et al., 2016. *Therapy for Severe Psoriasis*. Elsevier. 216 s. ISBN: 978-0-323-44797-3
17. KOBSA M., SELEROVÁ, M., 2019. *Těžký život pacienta s psoriázou – pohled na léčbu s psychodermatologického hlediska*. Dermatologie pro praxi. 13(2): 92-95. ISSN 1803-5337.
18. LOMICOVÁ, I., CETKOVSKÁ, P., 2019. *Psoriáza jako rizikový faktor metabolických onemocnění*. Medicína pro praxi. 16(5), 309-311. ISSN 1803-5310.
19. MROSKOVÁ, S., KONEČNÁ, V., 2018. *Výživa jako doplňková forma léčby psoriázy*. Praktický lékař. 98(5), 214-216. ISSN 1803-6597.
20. NOVOTNÝ, F., HÁJEK, J., 1995. *Jak žít s lupénkou*. Praha: Makropulos. 160 s. ISBN 80-901776-3-8.
21. OLEJÁROVÁ, M., FIALOVÁ, J., 2012. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta. 39 s. ISBN 978-80-204-2804-2.
22. PAGANO, J., 2012. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. Praha: Triton. 296 s. ISBN 978-80-7387-556-5.
23. PIZINGER, K., 2012. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Euroverlag. 100 s. ISBN 978-80-7177-985-8.

24. RESL, V., 2014. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Západočeská univerzita. 350 s. ISBN 978-80-261-0387-5.
25. RÖCKEN, M. et al., 2018. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-271-0106-1.
26. STRAFELLA, C. et al., 2019. *Atopic Eczema: Genetic Analysis of COL6A5, COL8A1, and COL10A1 in Mediterranean Populations*. *BioMed Research International*. 19(1).1-7. DOI: 10.1155/2019/3457898.
27. ŠTOLFA, J., ŠTOKL J., 2007. *Psoriatická artritida a psoriáza: [etiologie, patogeneze, diagnostika, moderní léčba]*. Praha: Maxdorf. 164 s. ISBN: 978-80-7345-120-2.
28. VAŠKŮ, V., 2015. *Psoriáza*. Praha: Maxdorf. 128 s. ISBN 978-80-7345-430-2.
29. VAŠKŮ, V. 2020. *Psoriáza*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 135 s. ISBN 978-80-7345-638-2.
30. VLAŠÍN, Z., 2004. *Postřehy kožního lékaře*. Vladerma. 143 s. ISBN: 80-239-2028-6.
31. WEI-YU, C., et al., 2022. *Annoying Psoriasis and Atopic Dermatitis: A Narrative Review*. *International Journal of Molecular Sciences*. 23(9). 1-17. DOI: 10.3390/ijms23094898
32. YAMAUCHI, P. et al., 2021. *Psoriatic Disease Affects More than the Skin and Joint* [online]. National psoriasis foundation. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://www.psoriasis.org/advance/psoriatic-disease-affects-more-than-skin-and-joints/>

## **8 Přílohy**

### **Seznam příloh**

Příloha 1 Tabulka č. 1 – Identifikace sester

Příloha 2 Tabulka č. 2 – Identifikace pacientů

Příloha 3 Otázky ke strukturovanému rozhovoru – sestry

Příloha 4 Otázky ke strukturovanému rozhovoru – pacienti

Příloha 5 Zpracování rozhovoru metodou tužka – papír

Příloha 6 Tabulka č. 3 - Kódování

Příloha 7 Kódování graf

## Příloha 1

**Tabulka č. 1 – Identifikace sester**

Sestra	Označení	Věk	Délka praxe
S1 – kožní ambulance	SK1	57 let	27 let
S2 – fototerapie	SD2	46 let	3 roky
S3 – kožní sálová	SD3	47 let	12 let
S4 – biologická ambul.	SD4	43 let	13 let
S5 – staniční sestra	SD5	61 let	40 let

Zdroj: vlastní zpracování

## Příloha 2

**Tabulka č. 2 – Identifikace pacientů**

Pacient	Označení	Věk	Onemocnění lupénkou
P1 – kožní ambulance	PK1	44 let	15 let
P2 – kožní ambulance	PK2	37 let	10 let
P3 – kožní ambulance	PK3	48 let	12 let
P4 – klinika dermatovenerologická	PD4	20 let	5 let
P5 – klinika dermatovenerologická	PD5	65 let	8 let
P6 – klinika dermatovenerologická	PD6	34 let	23 let
P7 – klinika dermatovenerologická	PD7	30 let	6 let

P8 – klinika dermatovenerologická	PD8	43 let	15 let
P9 – klinika dermatovenerologická	PD9	35 let	25 let
P10 – klinika dermatovenerologická	PD10	69 let	58 let

Zdroj: vlastní zpracování

### Příloha 3

#### Otázky ke strukturovanému rozhovoru – sestry

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
3. Máte již zkušenosti s pacienty s lupénkou a s pacienty s ekzémovým onemocněním?
4. V jakém věku se nejčastěji vyskytuje lupénka a ekzém?
5. Čím se od sebe odlišují projevy lupénky a projevy ekzému na pokožce pacienta?
6. V čem je rozdílná léčba lupénky od léčby ekzému?
7. Jaké ošetrovatelské metody se využívají při hospitalizaci u pacienta s lupénkou?
8. Jaké ošetrovatelské metody se využívají při hospitalizaci u pacienta s ekzémem?
9. V čem se odlišuje doporučení domácí ošetrovatelské péče pro pacienta s lupénkou od pacienta s ekzémovým onemocněním?
10. Dostává se zde pacientům dostatek informací o jejich onemocnění?
11. Pomáháte pacientům s ovlivněním jejich nemoci v osobním životě?
12. Dbáte na psychickou stránku pacienta?

Zdroj: vlastní zpracování



## Příloha 4

### **Otázky ke strukturovanému rozhovoru – pacienti**

1. Kolik Vám je let?
2. V jakém věku se u Vás lupénka projevila?
3. Víte, co bylo jejím spouštěčem?
4. Trpí nebo trpěl lupénkou někdo z rodiny z Vaší strany?
5. Byl(a) jste v začátcích ohledně lupénky dostatečně informován(a) od lékařů a zdravotnického personálu? Jakým způsobem?
6. Na jakých částech těla a v jakém stavu máte lupénku nyní?
7. Jakou léčbou nyní procházíte? Cítíte při této léčbě zlepšení?
8. Jaký způsob léčby jste již podstoupil(a) a po které léčbě u vás lupénka nejlépe ustoupila?
9. Jakým způsobem je vaše pokožka ošetřována v nemocnici?
10. Jakým způsobem ošetřujete svou pokožku doma?
11. Jaké další metody využíváte pro zlepšení Vašeho onemocnění?
12. V čem Vás lupénka omezuje?
13. Ovlivnila lupénka Váš rodinný život?
14. Ovlivnila lupénka pracovní oblast Vašeho života?
15. Jaký má lupénka dopad na Vaši psychiku?
16. Přemýšlel(a) jste nebo využil(a) jste někdy možnost návštěvy u psychologa?
17. Navštěvujete nějaké centrum společenství psoriaticů?
18. Jsou ve Vašem okolí lidé s lupénkou? Jste s nimi v kontaktu?

Zdroj: vlastní zpracování

## Zpracování rozhovoru metodou tužka – papír

LUPÉNKA  
EKZÉM

## Sestra 2 Fototerapie

1. Kolik Vám je let? 46
- KAT.1** 2. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení? Teď kon to budou <sup>kožní</sup> tři roky
- KAT.1** 3. Máte již zkušenosti s pacienty s lupénkou a s pacienty s ekzémovým onemocněním? <sup>ZNALOST</sup> Ano
- KAT.2** 4. V jakém věku se nejčastěji vyskytuje lupénka a ekzém? Lupénka nejčastěji <sup>PRVNÍ PROJEV</sup> v dospělosti tak <sup>PRVNÍ PROJEV</sup> kolem toho 30 věku a ekzém se vyskytuje často už u malých dětí
- KAT.2** 5. Čím se od sebe liší projevy lupénky a projevy ekzému na pokožce pacienta? To je různé. Někdy to téměř není poznat a jindy je to na první pohled vidět. Lupénka jsou ložiska s tou <sup>PŘÍČINKY</sup> velkou hyperkeratózou. To jsou takový ty velké <sup>PŘÍČINKY</sup> stupy suchý. To u toho ekzému nebývá. Ten ekzém to jsou spíš takový ty <sup>LOKALIZACE</sup> zarudlý lokalizace, bývá v <sup>LOKALIZACE</sup> jamkách, na <sup>LOKALIZACE</sup> obličej, na <sup>LOKALIZACE</sup> krku, na <sup>LOKALIZACE</sup> hrudníku, na <sup>LOKALIZACE</sup> břiše. Lupénka ta bývá spíš ty <sup>LOKALIZACE</sup> lokty, <sup>LOKALIZACE</sup> kolena, pak bývá hodně takhle v těch <sup>LOKALIZACE</sup> bedrech v <sup>LOKALIZACE</sup> ty křížové oblasti, na <sup>LOKALIZACE</sup> bérkách hodně taky. Lupénka na rozdíl od ekzému bývá v <sup>LOKALIZACE</sup> těch vlasech na <sup>LOKALIZACE</sup> pokožce tý hlavy. Tam moc ekzém nebývá. To pak chodí na ten hřeben. Ekzém je trápí víc, protože ten <sup>SPĚCHNÍ PŘETENKOVÁNÍ</sup> svědí, oni si to pak rozdrapou a dostane se jim tam infekce a bývají různý takový ty záněty <sup>SPĚCHNÍ</sup> kůže. Musí se pak dávat antibiotika. Což u tý lupénky není. Oni se tak nedrapou, protože je to <sup>SPĚCHNÍ</sup> tolik nesvědění oproti ekzému. Ten ekzém je horší na to svědění rozhodně teda.
- KAT.3** 6. V čem je rozdílná léčba lupénky od léčby ekzému? Mě to přijde v podstatě stejný. Při zhoršení stavu <sup>LEČBA</sup> kortikoidy u obojího, přechodně se dávají, dávají se intervalově třeba 4dny se mažou a pak 3 dny pauza a když se to zklidní, tak <sup>DRUHÝ LEČBA</sup> hodně promazávat. Ta kůže nesmí být suchá. U obojího jsou <sup>DRUHÝ LEČBA</sup> biologicky <sup>LEČBA</sup> léčby. U ekzému se tedy dávají i <sup>LEČBA</sup> antihistaminika. U lupénky ne, to s alergií nemá nic společného. To je autoimunitní onemocnění, tak ty hystaminika nepomůžou. Ale u ekzému jo.
- KAT.4** 7. Jaké ošetrovatelské metody se využívají při hospitalizaci u pacienta s lupénkou? Při hospitalizaci, kam chodí zhoršený <sup>LEČBA</sup> se mažou <sup>LEČBA</sup> steroidama každý den, vím, že se tam teda dělají ty zábaly, ta gockermanova metoda – lidi se musejí jakoby vykoupat, mít čistou kůži, pak jdou sem na to <sup>LEČBA</sup> sluníčko, a když přijdou tady odsad', tak <sup>LEČBA</sup> je namažou celý dehetovou pastou na osm hodin, ten deher na tu lupénku účinkuje, ale pak se to musí důkladně smejt, protože kdyby jakoby zůstalo, tak se podtím třeba spálí. Ono to přitahuje sluníčko. Nebo hodí na tu <sup>LEČBA</sup> ingmanova metoda – a to se dává ta cignolinová mast na 20 minut to mají <sup>LEČBA</sup> namazaný, pak to musejí smejt a pak přijdou sem na <sup>LEČBA</sup> sluníčko. To se dělá <sup>LEČBA</sup> denně u lupénky. Ta lupénka dělá dobře 99 % pacientům
- KAT.4** 8. Jaké ošetrovatelské metody se využívají při hospitalizaci u pacienta s ekzémem? U ekzému <sup>LEČBA</sup> se mažou <sup>LEČBA</sup> akorát <sup>LEČBA</sup> steroidy, aby se to zklidnilo, pak se musí prostě hodně umejt a pak jdou <sup>LEČBA</sup> na sluníčko. A pak ty <sup>LEČBA</sup> antihistaminika. A někdy právě u toho ekzému, když jsou hospitalizovaný, tak to je právě hodně proto, že mají hodně rozdrápanou tu kůži jak je svědí a dostane se jim do toho zánět a pak se

LEČBA  
musí dávat i intravenózně antibiotika. To jsou pak spíš hospitalizovaný z toho důvodu. Pacienti s ekzémem fototerapii občas ani nesnesou, u toho ekzému to pomáhá tak 50 na 50. Řekla bych, že ty horší ekzémy, že je to takový obtěžující.

**KAT. 9** 9. V čem se liší doporučení domácí ošetrovatelské péče pro pacienta s lupénkou od pacienta s ekzémovým onemocněním? Vůbec v ničem. Podle mě je to stejný. Dbát na správnou stravu, vyhýbat se tomu stresu, náký ty vitamíny, vyhýbat se těm nachlazením, virózám, chodit na to sluníčko v přiměřené míře, nespálit se.

**KAT. 5** 10. Dostává se zde pacientům dostatek informací o jejich onemocnění? Já myslím, že jo. Vždycky je poučíme, jak se mají chovat na fototerapii i doma, že už nemají chodit na to sluníčko. I brožurky tady mají

**KAT. 5** 11. Pomáháte pacientům s ovlivněním jejich nemoci v osobním životě? Ano, snažíme se je uklidnit. Poradit náký ty psoriatický spolky a takhle.

**KAT. 6** 12. Dbáte na psychickou stránku pacienta? Jistě, ve všech směrech. Tak ono je pravda, že když sem přijdou ze začátku poprvé, tak sou všichni takový vystrašený, už mají za sebou kde co, tak už jsou i zoufalý, tak se je snažíme uklidnit, že to sluníčko taky opravdu 99 procentům lidí pomůže. Tak oni jsou potom natěšený, že jim to pomůže. Horší je, když to pak nepomáhá, zvlášt' u těch ekzémů, pak je to takový jako zklamání no. Ale ty lupénkáři si myslím, že jsou opravdu spokojený tady všichni, akorát samozřejmě je to obtěžuje, že sem musí přijít 3krát týdně tři měsíce, že to je časově takový blbý, ale většinou se psychicky zlepší, když jim to začne zabírat

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 6

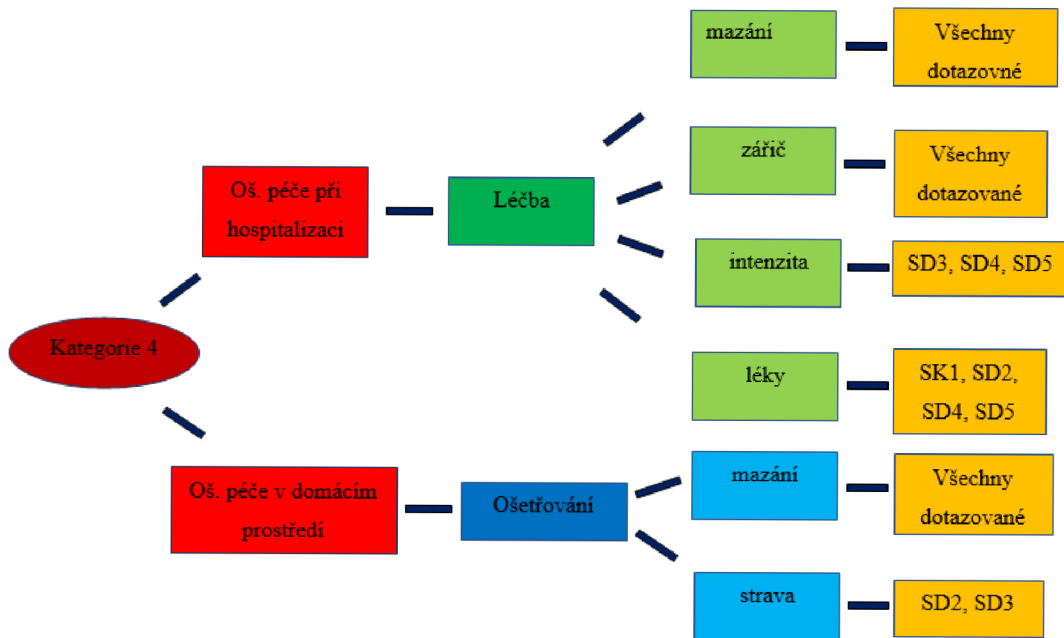
**Tabulka č. 3 - Kódování**

Kategorie 4 – Ošetrovatelská péče u lupénky a u ekzému

PODKATEGORIE	KÓDY		RESPONDENTI
Oš. péče při hospitalizaci	Léčba	Mazání	SK1, SD2, SD3, SD4, SD5
		Zářič (sluníčko)	SK1, SD2, SD3, SD4, SD5
		Intenzita	SD3, SD4, SD5
		Léky	SK1, SD2, SD4, SD5
Oš. péče v domácím prostředí	Ošetrování	Mazání	SK1, SD2, SD3, SD4, SD5
		Strava	SD2, SD3

Zdroj: vlastní zpracování

**Kódování graf**



Obr. č. 3 – Myšlenková mapa 3 (Zdroj: vlastní zpracování)

## 9 Seznam zkratk

IgE – imunoglobulin E – protilátky vytvářející se v těle jako reakce na různé alergen

AD – atopická dermatitida – je to chronické zánětlivé kožní onemocnění, které je recidivující a svědivé

HLA – human leucocyte antigen – rozsáhlý komplex genů, které determinují povrchové molekuly umístěné v plazmatické membráně buněk

PsA – psoriatická artritida – chronické zánětlivé kloubní onemocnění vyskytující se u nemocných s psoriázou

HIV – Human Immunodeficiency Virus – lidský virus způsobující imunitní nedostatečnost

PASI – Psoriasis Area and Severity Index – index používaný k vyjádření závažnosti psoriázy

BSA – Body Surface Area – označuje celkovou plochu lidského těla

DLQI – Dermatology Life Quality Index – měří kvalitu života související se zdravím dospělých pacientů trpících kožním onemocněním

PGA – Physicians/Patients Global Assessment – používaný k hodnocení závažnosti onemocnění

Vit. D3 – vitamín D3 – vitamín rozpustný v tucích

UVB, UVA – ultrafialové záření – neviditelné elektromagnetické záření, používá se také k léčbě lupénky

Nm – nanometr – jednotka, která se používá k určení délky záření

TNF – tumor nekrotizující faktor – chemická látka určená k léčbě zánětlivých onemocnění

IL – interleukin – blokátor k léčbě lupénky

FN Plzeň – Fakultní nemocnice Plzeň

Oš. péče – ošetrovatelská péče