

Znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Romana Šrajerová**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková



General Nursing Students' Knowledge of Psoriasis

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse

Author: **Romana Šrajerová**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková



Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Romana Šrajerová**
Osobní číslo: **D1400063**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze**
Zadávající katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza.
2. Zjistit znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o rizikových faktorech, které zhoršují stav psoriázy.
3. Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Psoriáza neboli lupénka je chronické kožní onemocnění, které postihuje zhruba 2 % populace, což znamená, že jen v Česku jí trpí přes 200 000 lidí. Latinský název psoriáza se odvozuje od slova "psora", neboli odlupování, škrábání. Psoriáza je neinfekční, zánětlivé, autoimunitní onemocnění. V současné době se stává civilizační chorobou, kterou neumíme vyléčit úplně, ale včasnou a vhodnou léčbou ji lze dostat pod kontrolu.

Výstupem kvalifikační práce bude studijní opora určená studentům oboru Všeobecná sestra do předmětu Ošetrovatelská péče ve vybraných oborech.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 80 % a více studentů oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza.
2. Předpokládáme, že 75 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy.
3. a) Předpokládáme, že 65 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči o kůži u pacienta s psoriázou.
b) Předpokládáme, že 70 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u pacienta s psoriázou.
c) Předpokládáme, že 65 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů.
d) Předpokládáme, že 60 % a více studentů oboru Všeobecná sestra dokáže vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro pacienta s psoriázou.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě výsledků z předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: Dotazník - nestandardizovaný.

Vyhodnocení dat: Data budou zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2007. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2007.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo výzkumu:

Technická Univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií.

Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta.

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Čas výzkumu: prosinec 2016 - duben 2017

Vzorek: Celkový počet respondentů: 80 - 100

Respondenti: Studenti studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční a kombinované studium, Technické Univerzity v Liberci, Fakulta zdravotnických studií, studující ve 3. ročníku

Respondenti: Studenti studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční a kombinované studium, Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařská fakulta, studující ve 2. a 3. ročníku

Respondenti: Studenti studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční a kombinované studium, Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, studující ve 3. ročníku

Respondenti: Studenti studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční a kombinované studium, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, studující ve 3. ročníku

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50-70stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Základní seznam odborné literatury:

1. BĚLOBRÁDEK, Michal. Kožní nemoci: repetitorium pro praxi. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-221-6.
2. DANIEL, David. Česká dermatologie je na světové úrovni. Zdravotnické noviny. 2013, roč. 62, č. 23, s. 21. ISSN 1805-2355.
3. JÍLKOVÁ, Jana. Aplikace biologické léčby v revmatologii a dermatologii. Zdravotnické noviny. 2011, roč. 60, č. 11, s. 20-21. ISSN 1805-2355.
4. MIKŠOVÁ, Markéta. Bude dermatovenerologie nežádoucím oborem? Zdravotnické noviny. 2011, roč. 60, č. 4, s. 20-21. ISSN 1805-2355.
5. NEDOROSTOVÁ, Běla. Dětská kožní onemocnění a jejich léčba. Zdravotnické noviny. 2010, roč. 59, č. 1-2, s. 19-21. ISSN 1805-2355.
6. OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ. Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší. Praha: Mladá fronta, 2012. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2804-2.
7. PAGANO, John O. A. Léčba lupénky: přírodní alternativa. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-556-5.
8. SKÁLOVÁ, Andrea. Výdaje na léčbu lupénky stouply, pacienti však žijí kvalitněji. Zdravotnictví a medicína. 2015, roč. 17, č. 11, s. 49. ISSN 2336-2987.
9. STERRY, W., R. SABAT a S. PHILIPP, eds. Psoriasis: Diagnosis and Management. Chichester: Wiley Blackwell, 2015. ISBN 978-0-470-65736-2.
10. ŠTORK, Jiří a kol. Dermatovenerologie. 2. vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-898-8.
11. VAŠKŮ, Vladimír. Psoriáza: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2015. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-430-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Froňková

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 20. března 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2017




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením fakulty

V Liberci dne 28. dubna 2017

Vyjádření děkana k žádosti

Studentka
Romana ŠRAJEROVÁ
D14000063
Bohdalovice 68
468 45 VELKÉ HAMRY

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 11. dubna 2017
Č.j.: 17/8515/014319-02


Vyjádření k žádosti o změnu návrhu zadání a změnu vedoucího bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 3. 4. 2017, zaevidované pod č.j.: 17/8515/014319-01, Vám sděluji, že **souhlasím** se změnou návrhu zadání a změnou vedoucího bakalářské práce.

Bakalářská práce bude vypracována pod mým vedením a znovu zadána do IS/STAG.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením fakulty

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 29.6. 2017

Podpis: *Romana Šrajnerová*

Poděkování

Poděkování patří především mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Froňkové za odborné vedení. Velice si vážím její vstřícnosti, trpělivosti a cenných rad. Dále děkuji své rodině a přátelům za trpělivost a velkou podporu při zpracovávání práce, zejména Lence a Romanovi Šrajerovým a Michalovi Šedivkovi.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora:	Romana Šrajero va
Instituce:	Technická univerzita v Liberci
Název práce:	Znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Froňková
Počet stran:	78
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2017

Souhrn:

Psoriáza je neinfekční, zánětlivé, autoimunitní onemocnění. V současné době se stává civilizační chorobou, kterou neumíme vyléčit úplně, ale včasnou a vhodnou léčbou ji lze dostat pod kontrolu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze. Teoretická část se zabývá charakteristikou, rizikovými faktory, diagnostikou i léčbou psoriázy a dále také ošetrovatelskou péčí o pacienta s psoriázou. Empirická část je analýzou dat získaných dotazníkovým šetřením u studentů oboru Všeobecná sestra.

Klíčová slova: psoriáza, ošetrovatelská péče, pacient, student, studijní opora

Anotace v anglickém jazyce

Name and Surname: Romana Šrajerová
Institution: Technical university of Liberec
Title: General Nursing Students' Knowledge od Psoriasis
Supervisor: Mgr. Marie Froňková
Pages: 78
Appendices: 6
Year: 2017

Summary:

Psoriasis is a non-infectious, inflammatory, autoimmune disease. It is currently becoming a civilization disorder that we cannot cure completely, but that can be controlled by timely and appropriate treatment. The aim of the bachelor thesis was to find out the General Nursing students's knowledge about psoriasis. The theoretical part deals with characteristics, risk factors, diagnostics and treatment of psoriasis, as well as nursing care of patients with psoriasis. The empirical part is an analysis of the data obtained by a questionnaire survey of General Nursing students.

Key words: psoriasis, nursing care, patient, student, study support

Obsah

Obsah	11
Seznam použitých zkratk	13
1 Úvod.....	14
2 Teoretická část	15
2.1 Anatomie a fyziologie kůže	15
2.1.1 Patofyziologie kůže.....	15
2.1.2 Nejčastější onemocnění podobné psoriáze	16
2.2 Psoriáza	17
2.2.1 Charakteristika onemocnění	17
2.2.2 Etiopatogeneze onemocnění	17
2.2.2.1 Rizikové faktory vzniku psoriázy	17
2.2.3 Klinický obraz.....	19
2.2.4 Formy psoriázy	19
2.2.5 Diagnostika psoriázy.....	20
2.2.6 Léčba psoriázy	21
2.2.6.1 Lokální léčba.....	21
2.2.6.2 Celková léčba.....	23
2.3 Ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou	23
2.3.1 Ošetrovatelská diagnostika psoriázy.....	24
2.3.2 Dieta a doplňky stravy	24
2.3.3 Péče o kůži	25
2.3.4 Psychika a tělesný komfort	27
2.3.5 Aktivita a odpočinek	29
3 Výzkumná část.....	31
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady	31

3.2 Metodika výzkumu	32
3.2.1 Metodický postup a metoda zkoumání	32
3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku	33
3.3 Analýza výzkumných dat.....	34
3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů.....	61
3.4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1.....	61
3.4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2.....	62
3.4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3a.....	62
3.4.4 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3b.....	63
3.4.5 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3c.....	64
3.4.6 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3d.....	65
4 Diskuze	66
5 Návrh doporučení pro praxi.....	71
6 Závěr	72
Seznam použité literatury	73
Seznam tabulek.....	76
Seznam grafů	77
Seznam příloh	78

Seznam použitých zkratek

%	procento
μg	mikrogram
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
dr.	doktor
EU	Evropská unie
HLA-B27	Human Leukocyte Antigen B27
m ²	metr čtverečný
mm	milimetr
např.	například
nm	nanometr
pH	potential of hydrogen
PSORS1	Psoriasis Susceptibility 1
PSORS2	Psoriasis Susceptibility 2
SPAE	Společnost psoriaticů a atopických ekzematiků
tzv.	takzvaný
UVB záření	ultrafialové (ultraviolet) B záření

1 Úvod

Psoriáza je chronické zánětlivé neinfekční onemocnění kůže, které patří mezi nejčastější kožní choroby a vyžaduje dlouhodobou péči. Postihuje ve stejném měřítku ženy i muže a nejčastěji se vyskytuje u evropské populace (Kuklová a kol., 2011). V evropských státech trpí psoriázou kolem 2 % obyvatel. Z toho vyplývá, že v České republice toto onemocnění postihuje odhadem 250 000 lidí (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2011).

Dlouhou dobu byla psoriáza brána za ryze dermatologické onemocnění, ale v dnešní době víme, že pacienti se závažnou formou psoriázy trpí ve větší míře metabolickým syndromem (do kterého spadá obezita, dyslipidémie, diabetes mellitus a arteriální hypertenze), který je podstatným rizikem pro vznik kardiovaskulárních chorob (infarkt myokardu) (Kuklová a kol., 2011). Častěji se u psoriatiků objevuje i Crohnova choroba, artritida se vyskytuje až u 20 %. Kromě toho mají pacienti s psoriázou značně zhoršenou kvalitu života, ve srovnání se svým okolím se ve všedních denních činnostech cítí velmi handicapovaní a trpí depresi. Mezi pacienty postiženými psoriázou je také vyšší konzumace alkoholu a cigaret (Fialová a Hercogová, 2010).

Ačkoli psoriáza je nemocí, kterou nelze plně vyléčit, je v možnostech moderní dermatologie co nejvíce ulehčit a zkvalitnit život psoriatikům. Důležitou roli v péči o pacienta zastává všeobecná sestra. I přesto, že dermatologie poskytuje celou řadu léčebných metod, tak lidský empatický přístup, umění pozorně naslouchat a komunikovat jsou nezbytnou součástí úspěšné terapie (Klomínková, 2008).

Naším cílem je tedy rozšířit znalosti v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta s psoriázou, která hraje v úspěšné léčbě důležitou roli. Zaměříme se na studenty, kteří mají nejlepší potenciál na to, aby náš cíl byl efektivní a plně využitý při nástupu do jejich budoucí praxe.

2 Teoretická část

2.1 Anatomie a fyziologie kůže

Kožní povrch má plochu v rozmezí 1,5-2 m² v závislosti na výšce a konstituci těla. Hmotnost kůže odpovídá přibližně 10 % tělesné hmotnosti, tím pádem kůže je jedním z největších orgánů lidského těla. Její struktura umožňuje co nejlépe vykonávat ochrannou funkci mezi organismem a vnějším prostředím (Štork a kol., 2013).

Kůže (cutis) je složena ze tří základních částí: pokožka (epidermis), škára (dermis, corium) a podkoží (tela subcutanea). **Epidermis** je nejpovrchovější a nejtenčí vrstvou kůže, která je tvořena zejména keratinocyty a buňkami vícevrstevného rohovějícího dlaždicového epitelu (Čihák, 2016). **Dermis** je vazivová střední vrstva kůže, jejíž tloušťka se pohybuje mezi 0,6-3 mm dle místa lokalizace. V dermis převládají tři základní druhy buněk: fibroblasty, histiocyty a mastocyty. **Tela subcutanea** je nejhlubší vrstvou kůže, která je složena především z tukové tkáně, a ta následně z tukových buněk (adipocytů) a lamelárně uspořádaného řídkého vaziva (Štork a kol., 2013).

Názvem **kožní adnexa** jsou označovány deriváty epidermis nebo-li přídatné součásti pokožky, které se vytvořily během prenatálního období. Tyto deriváty epidermis se dělí do dvou skupin. Deriváty rohové, kam patří chlupy/vlasy a nehty. Mezi deriváty žlázové řadíme kožní žlázy mazové a potní (Druga a Grim a Smetana, 2013).

Kůže je velký a viditelný orgán, který zastává mnoho funkcí: má **ochrannou funkci**, je součástí **termoregulace**, **účastníkem látkové výměny** (podíl na dýchání a díky kožním žlázám tvoří exkreční orgán), **smyslovým orgánem** a má důležitou **společenskou a sexuální úlohu**. Je tedy i významným prostředníkem psychiky člověka (Čihák, 2016).

2.1.1 Patofyziologie kůže

Patofyziologicky lze psoriázu charakterizovat změnou keratinocytů (poruchou diferenciací, hyperproliferací, sníženou apoptózou) vedoucí k hyperplazii epidermis, zvýšenou angiogenezí a infiltrací zánětlivými buňkami (Nevoralová, 2013). Proliferace

a porucha diferenciacie keratinocytů vedou ke zkrácení doby prostupu keratinocytů z bazální do rohové vrstvy až po jejich odloučení na 4 dny, na rozdíl od běžných 4 týdnů u normální kůže. Projevy psoriázy jsou vyvolané aktivací jednoho typu bílých krvinek, tzv. T-lymfocytů, které spustí tvorbu řady prozánětlivě působících látek - cytokinů. To vede k výše zmíněným patogenetickým stavům (Drozenová, 2009).

S ohledem na epidemiologické záznamy se udává, že v patogenezi psoriázy představují hlavní roli genetické faktory. Jejich role je podpořena zvýšenou frekvencí některých HLA haplotypů (HLA B-27) a studii na dvojčatech. Na patogenezi se účastní mnohočetné geny a psoriáza je zcela jasně geneticky heterogenní. Doposud bylo rozpoznáno 10 genetických lokusů, z nichž dva nejvýznamnější jsou PSORS1 a PSORS2 (Nevoralová, 2013).

2.1.2 Nejčastější onemocnění podobné psoriáze

U **seboroické dermatitidy** se morfy nevyznačují výraznou barevností, ale jsou spíše mdlé červenohnědé barvy s většími mastnými žlutavými šupinami na povrchu. Morfy nejsou zřetelně ohraničeny. **Ekzémové projevy** získávají někdy psoriaziformní charakter, zejména v místě dlaní a plosek. Avšak psoriáza je v daných lokalizacích na rozdíl od ekzému ostřeji ohraničena a z ložisek lépe odstraníme šupiny. **Kandidózu** je nutné vyloučit u inverzního typu psoriázy (místa kožních záhybů). Typický je výskyt mléčně zkalených vezikul, pustul či papul v nejbližším okolí okraje ložiska. U **tinea corporis** se jako u psoriázy vyskytují numulární ložiska či mapovité plochy v barvě hnědé až po živě červenou. Ložiska mají vystouplé okraje, kde se výrazně tvoří šupiny. Míra olupování kůže v samotné ploše je v porovnání s psoriázou nižší (Vašků, 2015).

Psoriáze se může podobat i **parapsoriáza** (jak akutní, tak chronická forma) a **pityriasis rosea Gibert**, u které zprvu vznikne tzv. mateřské ložisko zpravidla na trupu a po odstupu 1-2 týdnů se vytvoří generalizující výsev. Neobvyklé případy psoriatické artritidy je zapotřebí diferencovat od **revmatoidní artritidy** nebo systémového lupus erythematosus. V začátku se psoriatická artritida projeví subakutním zánětem jednoho kloubu, menší bolestivostí a místo ulnárních deviací jsou hojnější flexní deformity (Bučková a Polášková, 2013).

2.2 Psoriáza

2.2.1 Charakteristika onemocnění

Psoriasis vulgaris (psoriáza, lupénka) je definována jako časté, neinfekční, zánětlivé, autoimunitní kožní onemocnění. Má chronický průběh s velkým sklonem k recidivám. Tato nemoc postihuje zhruba 2 % středoevropské populace. Četnost tohoto onemocnění stoupá a psoriáza je řazena mezi civilizační choroby. Vznik onemocnění je možný v jakémkoliv věku. Svoje první maximum zaznamenává mezi 15.-25. rokem a druhé, méně významné maximum je mezi 57.-60. rokem (Diabelková a Rimárová, 2015).

2.2.2 Etiopatogeneze onemocnění

Na vzniku této multifaktoriální zánětlivé kožní choroby pokládáné za autoimunitní onemocnění se podílejí především dědičnost a tzv. **spouštěcí - provokační faktory**. Avšak přesná etiopatogeneze psoriázy není známa (Sterry a Sabat a Philipp, 2015).

Dědičnost je polygenní, což znamená, že určitý znak choroby není podmíněn pouze jediným genem, nýbrž vícero geny, z nichž každý má jen parciální účinek na vyjádření daného znaku. Zhruba u 30 % nemocných je potvrzena pozitivní rodinná anamnéza. Psoriáza se častěji dědí po otci. Pokud tímto onemocněním trpí jeden z rodičů, pak je přibližně 10 až 20% pravděpodobnost, že takto nemocné bude i jejich dítě. Jestliže mají psoriázu oba rodiče, pak je až 50% riziko vzniku tohoto onemocnění rovněž u jejich dítěte (Bělobrádek, 2011).

2.2.2.1 Rizikové faktory vzniku psoriázy

Rizikové nebo-li provokující faktory lze dělit na vnitřní a vnější. Mezi **rizikové faktory vnitřní** patří infekční nemoci, endokrinní faktory (např. období po porodu), životospráva (alkohol, kouření, stres, spánková deprivace, nepravidelný životní rytmus) a jiná onemocnění (např. diabetes mellitus či obezita). Mezi **rizikové faktory vnější** řadíme faktory fyzikální (poranění, tření, střídavý tlak, spálení kůže), faktory chemické

(např. podráždění kůže detergenty) a poruchy imunity nebo-li obranyschopnosti (Bučková a Polášková, 2013).

Jedním z nejvýznamnějších a častých rizikových faktorů lupénky je **infekce**. Obvyklým spouštěcím faktorem tohoto onemocnění je streptokoková infekce horních dýchacích cest, tudíž angína. Mezi další infekční choroby, které mohou zapříčinit aktivaci či exacerbaci psoriázy, patří např. záněty dutin, průdušek, plic či zubů (Olejárová a Fialová, 2012).

Alkohol se řadí mezi rizikové faktory zhoršující psoriázu, ale sám o sobě ji nevyvolává. Jedinci, kteří pravidelně konzumují alkoholické nápoje, mají horší průběh psoriázy, tedy více zánětlivý a nabývající většího rozměru (Vašků, 2015). **Kouření** můžeme při této kožní chorobě označit jako příčinu, ale i následek tohoto psychicky zatěžujícího onemocnění. Ve srovnání s nekuřáky abstinenty mají dvojnásobně vyšší riziko vzniku těžší formy psoriázy kuřáci, kteří zároveň pijí alkohol. Existuje tedy podstatná souvislost mezi intenzitou, délkou kouření a klinickou závažností psoriázy (Diabelková a Rimárová, 2015).

Vyvolávajícím faktorem je také **stres**. Mnoho pacientů, např. mužů, bezprostředně po nástupu do vojenské služby uvádělo první projevy psoriázy. Dalšími častými stresovými faktory jsou rozvod, úmrtí blízkého, problémy v zaměstnání a jiné. (Olejárová a Fialová, 2012). Dle některých studií až 60 % psoriatiků pokládá stres za hlavní nebo zhoršující faktor (Vašků, 2015). **Obezita** způsobuje pacientům závažnější průběh onemocnění a jejich léčba je ve srovnání s pacienty s normální tělesnou hmotností problematictější (Vašků, 2009).

Dalším často se vyskytujícím spouštěcím mechanismem u psoriázy je **poranění** kůže. Tato skutečnost je známa již od roku 1872, kdy si dr. Koebner povšiml výsevu psoriázy u svého pacienta v místě pohryznání koněm a nazval tento jev Koebnerovým fenoménem. Psoriáza se může prvotně i opakovaně vyskytnout v místě odřenin, říznutí, dále také v místě jizvy po operačních výkonech, popálení či opaření kůže, tetování, bodnutí hmyzem nebo v místě nanesení sádrového obvazu (Olejárová a Fialová, 2012).

Také některé **léky** jsou zodpovědné za nové vzplanutí či zhoršení psoriázy. V první řadě to jsou soli lithia, antimalarika, často užívané beta-blokátory a inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu a dále nesteroidní antiflogistika (např. diklofenak, ibuprofen, naproxen či indometacin). Unáhlené vysazení celkově podávaných kortikosteroidů, může také manifestovat či zhoršit psoriázu (Vašků, 2015).

2.2.3 Klinický obraz

Charakteristickým projevem psoriázy je plochá, červená, ostře **ohraničená makulopapula**, která je krytá odlučitelnou bělavou šupinou. Typickým psoriatickým projevem je **snadné odstranění šupiny** nehtem, které se přirovnává ke škrábání voskové svíčky. Pokud dojde k odloučení šupiny objeví se tečkovité krvácení, což se nazývá **Auspitzův fenomén** (Štolfa a kol., 2007). Subjektivním příznakem může být **svědění**, které je přítomno hlavně při exacerbaci nemoci (Hercogová, 2011). Predilekční lokalizací psoriázy jsou hlavně místa, na která působí tlak (lokty, nehty, křížová krajina, kolena) a kšticce (Štolfa a kol., 2007). **Koebnerův izomorfní fenomén** vysvětluje proč se vlastně psoriatická ložiska vyskytují na kůži přednostně v takzvané predilekční lokalizaci - vznik nových ložisek je podmíněn vlivem fyzikálního, mechanického či chemického dráždění (Pavelka a kol., 2014).

2.2.4 Formy psoriázy

Psoriázu lze klasifikovat podle: **1. primárních eflorescencí** (můžeme rozlišovat psoriázu vulgární a psoriázu pustulózní); **2. distribuce eflorescencí** (klasifikujeme psoriázu lokalizovanou, diseminovanou a generalizovanou); **3. průběhu onemocnění** (rozlišujeme psoriázu akutně exantematickou či chronicky stacionární); **4. tíže onemocnění** (určujeme psoriázu mírnou, středně těžkou nebo těžkou). Podrobněji popíšeme klasifikaci dle distribuce eflorescencí. Mezi **lokalizované formy** patří výše zmíněná psoriasis vulgaris, dále psoriasis capillitii, psoriasis unguium, psoriasis palmoplantaris a netypická psoriasis inversa a psoriasis oris (Hercogová, 2011).

Psoriasis capillitii se projevuje buď při vlasové hranici, zejména frontální a temporální, jako erytematoskvamózní splývající ložiska nebo difúzně v celé kšticci (Štolfa a kol., 2007). **Psoriasis unguium** bývá u více než poloviny nemocných. Typické je tzv. dolíčkování, kdy na nehtových ploténkách nacházíme jakoby obtisknutou hlavičku od špendlíku. Dalším často se vyskytujícím nálezem jsou pod nehtem prosvítající olejové skvrny (Nevoralová, 2013). **Psoriasis palmoplantaris** se vyznačuje erytematoskvamózními ložisky až komplexním postižením dlaní a plosek. Dochází také k tvorbě silných žlutavých plošných hyperkeratóz s bolestivými trhlinkami kůže, které často přecházejí přes hranice chodidel. Další oblasti přitom nejsou postiženy. **Psoriasis**

inversa postihuje intertriginózní oblasti nebo-li místa kožních záhybů mezi které patří např. intergluteální rýhy, třísla, genitál, pupek, axily, submammární a retroaurikulární krajiny apod. (Štolfa a kol., 2007). **Psoriasis oris** nebo-li postižení sliznice dutiny ústní je velmi vzácné. Projevuje se v podobě migrujících kroužkovitých červených plaků s bělavými šupinami na jazyku (Vašků, 2015).

Mezi **diseminované formy** se řadí psoriasis guttata a psoriasis nummularis. **Psoriasis guttata** se projevuje jako generalizovaný, často svědivý výsev vznikající mnohdy do tří týdnů po streptokokové infekci (Štolfa a kol., 2007). **Psoriasis nummularis** se vyznačuje penízkovitými plaky vzniklými splynutím papul. Zmíněné plaky jsou buď kryté šupinami či bez šupin (Hercogová, 2011).

Jako **generalizovaná forma** se označuje **psoriasis erythrodermia**, což je souvislé postižení celého kožního povrchu s výrazným zarudnutím a šupinami (Vašků, 2015). Tato forma bývá doprovázena i celkovými příznaky jako je horečka, zimnice, noční pocení, artralgie a otoky nohou (Peňázová, 2007).

U části pacientů se může rozvinout onemocnění kloubů nebo-li **psoriatická artritida**, což je zánětlivé onemocnění kloubů s negativním revmatoidním faktorem a je spojováno s psoriázou. Kloubní postižení bývá nesouměrné a může být mono- či polyartikulární (Nevoralová, 2013). Revmatoidní artritida nejenže vyvolává bolest a snižuje kvalitu života, ale zkracuje samostatný život nemocného o 5 až 10 let. Tímto onemocněním, které má prevalenci 1 %, trpí nápadně více ženy a to dvoj- až trojnásobně (Jílková, 2011).

2.2.5 Diagnostika psoriázy

U majoritní části případů diagnostiky psoriázy si vystačíme s důkladným klinickým vyšetřením. Velmi podstatný je svědomitý odběr anamnézy. Nepostradatelná je podrobná **rodinná anamnéza** se zaměřením na možný výskyt psoriázy u veškerých příbuzných, o kterých je pacient informován. Posuzujeme i méně konkrétní sdělení o přítomnosti šupících se projevů u toho či onoho příbuzného, eventuelně při kloubních potížích u příbuzných specifikujeme cíleným dotazem, zda-li se nejednalo o psoriatickou artritidu. Významná je i **anamnéza sociální a pracovní**, tedy ekonomické poměry nemocného, ekonomická situace rodiny, rozsah pracovní zátěže nemocného, spokojenost ve své profesi aj. (Vašků, 2015).

K diagnostice psoriázy není zapotřebí žádné speciální vyšetření. Zpravidla stačí, když pacienta **dermatolog vyšetří pohledem** a posoudí kožní projevy. Všímá si především kožních změn, které jsou charakteristické pro psoriázu (vzhled makulopapul a šupin, krvácení po jejich odstranění, výsev skvrn v oblasti poranění kůže apod.) (Peňázová, 2007). Při vyšetření je vždy nezbytné řádně prohlédnout celý kožní povrch. Především nehty, kůži kštiny, uši a nesmíme opomenout i vyšetření míst zapárkových oblastí včetně perigenitální a perianální, dále také sliznici dutiny ústní (Štolfa a kol., 2007).

Histologické vyšetření je potřebné pouze u méně charakteristických případů, neboť kožní nález je obvykle dostatečně typický pro psoriázu (Bělobrádek, 2011). Pro histologický průkaz diagnózy je velmi podstatný výběr co nejtypičtějšího ložiska (Štolfa a kol., 2007). Rentgenologické a revmatologické vyšetření se doporučuje při suspekci na psoriatickou artritidu (Bělobrádek, 2011). K vyloučení ostatních příčin kožních změn (např. infekčního onemocnění) lze odebrat vzorek krve a provést stěr z krku na bakteriální kultivaci (Peňázová, 2007).

2.2.6 Léčba psoriázy

Ačkoliv je psoriáza v dnešní době velmi dobře léčitelná, není vyléčitelná. Znamená to tedy, že soudobé možnosti léčby vedou ke zřetelné úlevě a redukci psoriatických ploch, a tím poskytují plnohodnotný návrat do společnosti. Bohužel stále není možné zamezit recidivám a zajistit trvalé vyléčení (Macháčková, 2011).

2.2.6.1 Lokální léčba

Lokální (zevní) léčba je u většiny nemocných s menším postižením dostačující. Předpokládáme, že odstranění nánosů šupin vede k lepšímu pronikání účinných látek do kůže a to přispívá k úspěšné lokální léčbě. **Keratolytika** jsou látky působící změkčení a odstranění šupin. Nejčastěji používaná je 5-10% kyselina salicylová v různých základech (nejčastěji bílé vazelíně či olejích), eventuelně v kombinaci s 5-10% ureou, která působí současně i proti svědění (Fialová a Hercogová, 2010).

Dalšími často užívanými léky jsou **lokální kortikosteroidy** s antiproliferativním, imunosupresivním a protizánětlivým účinkem. Vždy je podáváme v počáteční fázi psoriázy, neboť léčebný efekt přichází rychle. To mimo jiné pomáhá k psychickému zklidnění a lepší compliance pacienta. Avšak remise jsou krátké a psoriatické léze se zase brzy objeví. Navíc při dlouhodobém užívání mají kortikosteroidy nežádoucí vedlejší účinky (např. atrofii kůže, strie nebo změny pigmentace), a proto je používáme zhruba 2-4 týdny (Obstová, 2016). Hojně rozšířená jsou **analoga vitaminu D**, která snižují hyperproliferaci epidermis a naopak zvyšují diferenciaci keratinocytů. Jediným významnějším vedlejším účinkem je lokální podráždění v místě použití. Stále účinný a tradiční je v léčbě psoriázy **kamenouhelný dehet**, který se obvykle používá vpravený do vazelínového masťového základu. Bohužel může způsobit iritaci a folikulitidu, málokdy kontaktní alergickou dermatitidu (Nevoralová, 2013).

Fototerapie se volí jako metoda léčby především u chronické, středně těžké až těžké formy psoriázy a postižením na více než 20 % kožního povrchu, kde samotné lokální preparáty mají malý léčebný účinek. Ultrafialové záření má antiproliferativní, imunomodulační, protizánětlivé, protisvědivé a psychoterapeutické účinky. U psoriázy je nejúčinnější úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm. Můžeme použít přístroje pro celotělové ozařování či lokální ozařování dlaní, plosek, kůže kštic nebo nehtových lůžek. Frekvence fototerapie je zpočátku 3-5x týdně, poté 2-3x týdně. Celková léčba světlem trvá zhruba dva, maximálně tři měsíce. Je kontraindikovaná u akutních forem psoriázy, u fotosenzibilních pacientů, dále u nemocných s kožní prekancerózou či rakovinou (Obstová, 2016).

Balneoterapie (balnea - léčebná koupel) patří mezi nejstarší formy zevní terapie, která využívá přírodní zdroje. Přírodním zdrojem se pro dermatologii rozumí zejména aplikace minerálních vod. Balneoterapie, zahrnující sprchu či koupel, je žádoucí před každým zevním ošetřením či ozařováním. Pro psoriatiky jsou vhodné zejména koupele solné a sírné (Macháčková, 2014). Balneoterapii, která spadá do lázeňské léčby, vždy doporučuje specialista - dermatolog a poté navrhujícím lékařem je ošetřující obvodní lékař (Macháčková, 2008). **Laseroterapie** se používá na stabilizovaná ložiska mírné až středně těžké psoriázy do 10 % povrchu těla. Využívá se tzv. excimerový laser 308 nm, který se přibližuje úzkopásmové UVB terapii. Jeho výhodou je menší počet léčebných sezení (s frekvencí 2-3x týdně, po několik týdnů dle typu psoriázy), a tím i nižší kumulativní dávka záření (Obstová, 2016).

2.2.6.2 Celková léčba

Celková (systémová) léčba se využívá zejména u těžších forem psoriázy (okolo 25 % nemocných) s rozsáhlejším či výrazně restriktivním kožním postižením (např. dlaně, plosky) nebo také u psoriázy, která reaguje nedostatečně na léčbu lokální. V současné době jsou v České republice dvě linie celkové léčby. První linie zahrnuje acitretin, cyklosporin A a metotrexát. Druhou linii tvoří biologika jako je adalimumab, etanercept a infliximab (Nevoralová, 2013). **Acitretin** patří mezi retinoidy (deriváty vitamínu A), které ovlivňují rohovatění kůže. Významným nežádoucím účinkem je teratogenita, kdy žena nesmí otěhotnět ještě dva roky po vysazení acitretinu. **Cyklosporin A** má imunosupresivní účinek. Jeho nežádoucími vedlejšími efekty jsou nefrotoxicita, hypertenze a hyperlipidemie. **Methotrexát** působí antiproliferativně, imunomodulačně a protizánětlivě. Byl prvním systémovým lékem v léčbě psoriázy. Methotrexát je stejně jako acitretin teratogenní, může dojít i k poškození jater, renální insuficienci a útlumu kostní dřeně (Obstová, 2016).

Nejmodernějšími léčivy jsou **biologika**, které zasahují cíleně do patogenetických pochodů psoriázy a vykazují méně nežádoucích účinků než stávající celkové léky. Podávají se parenterálně (injekčním perem, podkožní injekcí či infuzí) a výhodou je frekvence aplikace od 1-2x týdně až po jednu injekci za 12 týdnů (Macháčková, 2011). V ČR je léčba psoriázy biologiky ratifikována od roku 2005 a jejich preskripce je vázaná na tzv. Centra pro biologickou léčbu. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří infekční onemocnění (infekce horních cest dýchacích, cystitidy, otitidy) a lokální reakce, kdy 1-2 dny po injekci se v místě aplikace objeví ohraničený erytém a edém. Zpravidla v průběhu několika dní spontánně vymizí. (Fialová a Hercogová, 2010).

2.3 Ošetřovatelská péče u pacienta s psoriázou

Psoriáza se řadí k onemocněním s nepředvídatelným průběhem, který provází pacienta prakticky po celý život. Omezuje nemocného v každodenním životě a také negativně působí na jeho psychický stav. Nejenom proto je u pacienta nutný individuální, odborný a empatický přístup (Fialová a Hercogová, 2010). Ošetřování psoriázy není jednoduché, neboť na jejím vzniku se podílí řada nejrůznějších faktorů. Od nich se odvíjí to, zda bude terapie probíhat ambulantně či za hospitalizace. Jelikož

doposud neznáme přesnou příčinu onemocnění, je terapie zaměřená zejména na zklidnění lokálního nálezu místními či celkovými prostředky (Arenbergerová, 2010).

2.3.1 Ošetrovatelská diagnostika psoriázy

Zhodnocení stavu kůže, které realizuje všeobecná sestra při přijetí pacienta, spadá do základního screeningového vyšetření. Nemocný by měl být při vyšetření svlečený, abychom mohli vyšetřit celý kožní povrch naráz, případně můžeme vyšetřit dílčí části těla jako hlavu, hrudník, končetiny apod. (Trachtová a kol., 2013). Kůži a její změny vyšetřujeme pohledem, eventuálně pohmatem. Všeobecná sestra u pacienta zhodnotí **barvu kůže** (normální barva zdravé kůže je růžová), **veškeré kožní léze** jako jsou kožní eflorescence a exantémy (u psoriázy se vyskytují šedorůžové kožní změny kolem loktů a kolen mající různý tvar), **vlhkost kůže** (u psoriázy bývá kůže suchá a olupuje se), **teplotu kůže** (normální je teplota, kterou sami nevnímáme jako chlad či teplo), **pružnost kůže** (normální kůže je pevná a pružná) a **kožní turgor** (napětí kůže). Všeobecná sestra nesmí opomenout ani **kožní adnexa** (změny vlasů a nehtů). Na všech nehtech se ve větším počtu mohou vyskytovat drobné bodovité jamky jako po špendlíku svědčící pro psoriázu (Nejedlá, 2015). Kromě klinického obrazu se všeobecná sestra může opřít také o pozitivní **rodinnou anamnézu**, kdy od pacienta zjistí, zda psoriázou trpěl někdo v jeho rodině (Pavelka a kol., 2014).

2.3.2 Dieta a doplňky stravy

Neexistuje žádná specifická **dieta**, která by měla blahodárné účinky na psoriázu. V zásadě je nutné, aby pacienti dodržovali pravidla racionální výživy. V jídelníčku se doporučuje omezit živočišné tuky a tzv. červená masa. Prospěšné je konzumování tučných ryb (mezi které řadíme například makrelu, sardinky, tuňáka, lososa či sledě) nebo požití rybího tuku v tobolkách. Omega-3 mastné kyseliny vyskytující se v rybím tuku nebo lněném oleji totiž blokují působení kyseliny arachidonové, která může být příčinou vzniku psoriázy. Strava by měla zahrnovat i dostatek ovoce a zeleniny. Antioxidanty mohou být důležité v prevenci psoriázy. Odborníci v jedné italské studii zjistili u 600 pacientů (z nichž polovina byla postižena psoriázou a polovina jinou kožní

nemocí) souvislost mezi vyšší konzumací mrkve, rajčat a syrového ovoce a eliminací rizika vzniku této nemoci (Peňázová, 2007).

Dietní opatření se odlišují podle určitých typů pacientů či forem psoriázy. U akutních stavů psoriázy se doporučuje nedráždivá dieta (restrikce živočišných tuků, tučných výrobků, bílého pečiva, konzervovaných potravin, dále omezení kávy a alkoholu, kouření, aromatických čajů a citrusových plodů). U generalizovaných stavů se klade důraz na pití bylinných čajů, minerálních vod a užívání rybího tuku a pupalkového oleje. (Hercogová, 2011). Za nevhodné potraviny (především ve větším množství) se pokládají pikantní a ostře kořeněná jídla, tučná masa, slané chipsy, ořechy, exotické ovoce a citrusy, pochutiny skýtající chemická barviva a konzervanty (Macháčková, 2011).

Pacientům se dále doporučují užívat **multivitaminové a multiminerální přípravky**, které by měly zahrnovat 200 µg chromu a 75 µg selenu. Vysoce účinnými antioxidanty jsou vitamíny C a E, které mohou zamezit poškození kožních buněk. Výše zmíněný selen s vitamínem E má protizánětlivý účinek. Zinek je nepostradatelný k udržování zdravé kůže i nehtů a napomáhá hojení (Peňázová, 2007).

2.3.3 Péče o kůži

Léčebné přípravky (jako jsou masti, krémy, mléka či roztoky) tvoří základ pro léčbu méně závažných a slouží jako doplněk léčby těžších forem psoriázy. Výběr léčebného přípravku je individuální - záleží na stádiu, formě, rozsahu a lokalizaci psoriázy a také na snášenlivosti přípravku pacientem. **Úspěšnost lokální léčby** závisí na korektní technice ošetření (frekvence aplikace, množství přípravku, doba aplikace, technika aplikace otevřená nebo okluzivní (10x zesiluje penetraci) apod.). Dále závisí na způsobu skladování (při pokojové teplotě, v lednici atd.) a nabírání léčiv (zabránit bakteriální kontaminaci). Poté je také důležitá pečlivost a pravidelnost ošetřování kůže. V neposlední řadě závisí na znalostech, předcházení či rozpoznání případných místních vedlejších a nežádoucích účinků (Navrátilová a Miklíková, 2011).

Mezi nejfrekventovanější **nežádoucí účinky** kortikosteroidů spadá atrofie kůže, změny pigmentace, teleangiektázie, delší doba hojení ran, steroidní akné a perorální dermatitida. Dále také hypertrichóza (nadměrné ochlupení), tvorba strií, sekundární kožní infekce, tachyfylaxe (ztráta účinku léčby) a rebound fenomén (zhoršení stavu

po ukončení léčby na stav horší než při zahájení léčby). Pro vysoký obsah polycyklických aromatických uhlovodíků (zejména benzopyrenu), kterému jsou připisovány kancerogenní účinky a dále kvůli fototoxickým a nefrotoxickým nežádoucím účinkům byla v roce 2002 v souladu s legislativou EU doporučena výrazná restrikce kamenouhelného dehtu v zevní léčbě. Mezi další negativa při použití kamenouhelného dehtu patří jeho zápach, podráždění a obarvení kůže i oblečení (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2011).

Podpůrné léčebné prostředky, mezi které patří **promazávací masti či koupele** jsou blahodárné, poskytují úlevu, ale zřídka jsou dostatečně účinné, aby samostatně mohly vést ke zhojení psoriázy. Z tohoto důvodu je zapotřebí spojit je s účinnými léky. Promazávací přípravky tzv. emoliencia mají změkčující, zvláčňující, hydratující a rovněž ochranný účinek na kůži. K hygieně jsou žádoucí koupelová emoliencia, což jsou speciální olejové přípravky. Tyto přípravky kůži umyjí, ale zároveň i promastí a zklidní. Zahrnují oleje nejen slunečnicové, olivové a sojové, ale i arašídové, mandlové a parafinové. Léčebné koupele mají svoji tradici, ale nejsou vhodné pro každou formu psoriázy. Jejich výběr je nutný konzultovat s ošetřujícím lékařem (Benáková, 2007).

Při **péči o psoriázu kštice** jsou u většiny pacientů poměrně špatně snášeny zevní přípravky ve formě mastí a krémů pro jejich nesnadnou aplikaci a odstranitelnost. Jako vhodné lékové formy se jeví roztoky, lotia, šampony, eventuelně gely a pěny. V začátku terapie můžeme použít keratolytika, který urychlují a zvyšují následnou penetraci léčiv do zánětem postižené pokožky (Tichý a Ditrichová, 2010). Vzhledem k olupování a svědění je kštice pro nemocné více stresující, než ložiska psoriázy vyskytující se v jiných lokalizacích kožního povrchu. Léčba lupénky ve kštici je ale stále neuspokojivá. A to především ze dvou důvodů, jednak nemožností přesné vizuální kontroly samotným pacientem a jednak potřebou vícero kroků léčby. Tato léčba je tedy časově náročná a také špatně přijatelná po kosmetické stránce. Compliance pacienta selhává zejména kvůli časté nepříjemné aplikaci a způsobu odstraňování šupinek (Mikšová, 2011). K ošetření kůže kštice se používají zejména **roztoky a šampony**. V podobě šamponů na vlasy se užívají dehty (purifikované či odbarvené), kyselina salicylová, urea či alantoin. Dále se využívají také šampony s obsahem přírodních látek jako jsou např. mořské řasy, byliny či mořská sůl. Podstatou léčebného účinku šamponů je dostatečně dlouhá doba působení na pokožce, která činí zhruba 20 minut (Peňázová, 2007). U více rezistentních forem je příhodné terapii doplnit o fototerapii UVB hřebenem (Tichý a Ditrichová, 2010).

Další významnou oblastí v péči o kůži s psoriatickými projevy je bezesporu tvář a dekolt. Při postižení těchto oblastí, především u žen, je možné použití krycích a korekčních prostředků. Z dermokosmetických přípravků, které lze zakoupit v lékárně, se nám osvědčily především **hypoalergenní krycí make-upy a korektory**. Na nehty zasažené psoriázou je možné použít **výživné krycí laky na nehty** ze stejných řad kosmetiky, případně při zřetelné dystrofii lze upravit modeláží a doplnit nehty umělými, pokud netrpí nemocný alergiemi na dílčí složky nehtové modeláže. I když se jedná o ryze estetickou terapii, pro psychickou pohodu nemocných je její hodnota bez pochyby zásadní (Macháčková, 2011).

2.3.4 Psychika a tělesný komfort

V současnosti je psoriáza známá kožní choroba, ale navzdory tomu se najdou lidé, kteří o tomto onemocnění nemají žádné znalosti a postiženým dávají najevo svůj odpor. Kožní nemoci jsou vážným stresorem. Proto pacienti s psoriázou mají pocit, že by raději měli omezit sociální kontakt. Kožní projevy někdy i negativně působí na sexuální život a pracovní vztahy (Žilková, 2008). Dopadem tohoto kožního onemocnění bývají **poškozené mezilidské vztahy** v rodině, ve škole nebo v zaměstnání a snížená sociální aktivita nemocného se může podílet i na jeho ztrátě (Nedorostová, 2010). Lidé postižení psoriázou, a zejména ženy, svou nemoc snášejí dost obtížně. Mají **pocity studu** při nošení oblečení, které odhaluje zasažená místa na těle, ať už jde o trička s krátkým rukávem či sukně. **Straní se** kadeřníkům, pedikérům, mají **pocity méněcennosti** a sužuje je pocit, že na ně ostatní koukají a štítí se jich (Žilková, 2008). Nejen proto jsou častými multimorbiditami u psoriázy **úzkost (30 %) a deprese (22 %)** (Skálová, 2015). V období dospívání přichází obavy, zda si najdou svůj protějšek a nebude-li mu vadit jejich nemoc. V dospělosti následují otázky, zda nemohou toto onemocnění zdědit jejich potomci (Žilková, 2008).

Moderní průzkumy ukázaly překvapivé zjištění, které ovlivnilo pohled na psoriázu i u samotných dermatologů. Těžká forma psoriázy zasahuje psychiku ve stejné míře jako například diabetes mellitus či infarkt myokardu. Zvláště šokující je i to, že zhruba 10 % nemocných s psoriázou někdy přemýšlelo o sebevraždě jako o řešení své obtížné psychosociální situace zapříčiněné onemocněním. Z tohoto důvodu je nutné **brát stesky nemocných vážně**, analyzovat je a co nejvíce usilovat o účinné řešení jejich

onemocnění (Arenbergerová, 2010). Pro psychiku nemocného je podstatné neuzavírat se do sebe a vyrovnat se s tím, že nemoc sice není vyléčitelná, ale její příznaky lze zmírnit. Nemocným může pomoci navázání vztahů se stejně nemocnými lidmi, se kterými si mohou vyměnit své zkušenosti. Dále se mohou naučit kombinovat oblečení tak, aby odpoutali pozornost od partií zasažených psoriázou. Měli by si uvědomit, že psoriáza neohrožuje život a neovlivňuje ani jeho délku. My ostatní bychom měli změnit náhled na toto onemocnění (Žilková, 2008).

Bio-psycho-sociální přístup v ošetrovatelství je podstatným prvkom pro kontakt s pacientem. V běžné denní praxi to znamená vybudovat partnerský vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem, vytvářet vzájemnou důvěru a informovat pacienta o možnostech ošetření. Důležitou schopností všeobecné sestry je **umění naslouchat** - pacientovi to přináší úlevu a lékaři mnohdy významné informace. Při komunikaci s nemocným dbáme na oční kontakt. Zjišťujeme, jak onemocnění vnímá, jak se s ním vypořádává a jaké jsou na něj reakce jeho okolí. Porovnáme, zda jeho náhled na závažnost a kvalitu života odpovídá objektivnímu nálezu. Ptáme se, jak hodnotí sám sebe. Jaká je jeho nynější životní situace, zda se objevuje nějaký zdroj stresu. Jak ustává každodenní obtíže v běžném životě - doma, ve škole či na pracovišti. Jaký má postoj k problému - aktivní, pasivní, úzkostní či dokonce hostilní (Benáková, 2007).

Indikované pacienty je vhodné svěřit do péče odborníkům, kteří zajistí profesionální intervence. **Psychoterapie** je důležitá především u chorob, které jsou na první pohled zřetelné a znevýhodňují nemocného v osobním, rodinném i pracovním životě jako je tomu právě u psoriázy (Daniel, 2013). Psychoterapie má individuální účinek a využívá se zejména autosugesce pacienta, relaxační techniky jako je jóga, autogenní trénink, hypnóza, meditace či skupinová psychoterapie (Hercogová, 2011). Významnou roli v psychosociální pomoci mohou představovat také aktivní patientské organizace. Se zaměřením na psoriázu v ČR existuje **společnost SPAE** (Společnost psoriatických a atopických ekzematiků) rozvíjející vlastní aktivitu, zejména edukační (Vašků, 2015).

Pacientovi doporučujeme se každé ráno osprchovat chladnou vodou, což zmírňuje svědění a pozitivně působí na psychiku. Je potřeba zajistit hydrataci a vláčnost pokožky pravidelným používáním hydratačních promazávacích krémů. Dále by se pacient měl vyvarovat pracím práškům, avivážím, mýdlům, deodorantům či parfémům, které mu působí obtíže. Můžeme doporučit používání mýdel s neutrálním pH. Neměl by

se zdržovat v klimatizovaných prostorech, je-li to možné. Dále upozorníme pacienta, aby se neškrábal a nesnažil se násilím odstranit šupiny na kůži, jelikož tím psoriázu jen aktivuje. Naopak by se měl snažit pokožku ochránit před poraněním a třením např. nošením volného a bavlněného oblečení. Pacientovi doporučíme slunění, které obvykle na psoriázu působí dobře, ale zdůrazníme škodlivost spálení. To totiž může psoriázu vyprovokovat. Nutností je dodržovat léčebný plán - pravidelně a svědomitě užívat předepsaná léčiva. Pokud pacient není schopen ho přesně dodržet, poradíme mu, aby to nezamlčoval a sdělil to ošetřujícímu lékaři. Společně budou hledat východisko tohoto problému (Peňázová, 2007).

2.3.5 Aktivita a odpočinek

Důležitost zvolení vhodných koníčků a zejména výběr patřičného **povolání** bývá dospívajícími i rodiči často podceňována. Pro psoriatiky bývají nevhodné profese s velkým žářem či pocením (sklářský průmysl) nebo s častým zraňováním, třením či dřením (automechanik). Ani velký chlad a působení vody (stavební průmysl) nebo práce s chemikáliemi se nedoporučují. Záleží vždy na typu práce, používání ochranných pomůcek i na projevech a průběhu choroby samotné (Benáková, 2007).

U psoriázy je zapotřebí vyvarovat se takovým **aktivitám a sportům**, při kterých působí tlak, tření či další mechanické provokační faktory nebo může docházet ke zraňování (Nevoralová, 2013). To se týká i vrcholového sportu, kde kromě tohoto účinkuje jako další provokační faktor psychický stres. Nevhodné jsou např. kontaktní sporty jako box, fotbal, hokej apod. Ke vhodným aktivitám patří plavání a vodní sporty, lyžování a zimní sporty, turistika, jízda na kole, posilování, ale i tanec, jóga atd. (Benáková, 2007). Při **domácích pracích** je vhodné používat gumové rukavice, protože pokud přijde kůže zasažená psoriázou do styku s prostředky na praní nebo mytí nádobí, může dojít k jejímu podráždění nebo zánětu. Někdy mohou podráždění zapříčinit i gumové rukavice samotné, a to již po několika minutách nošení. Proto se doporučuje pod ně nosit vždy pár bavlněných rukavic, které zabrání zapaření i podráždění kůže (Pagano, 2012).

Důležitý je bezesporu také **dostatek spánku a relaxace** (Macháčková, 2011). Relaxační techniky se využívají v prevenci i léčbě spousty onemocnění. Je to pochopitelné, protože stres se častokrát uplatňuje jako kauzální či komplikující

faktor těchto stavů. Lze tak mírnit bolest, poruchy spánku, psoriázu, úzkostné stavy a mnoho dalších poruch (Nešpor a Babková, 2012). Nejdříve se doporučuje zhluboka dýchat a uvolnit veškeré svalstvo. Poté nechat cíleně pracovat svou fantazii - představovat si, jak projevy psoriázy mizí a kůže se hojí nebo jak se sluníme na pláži apod. (Peňázová, 2007).

3 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce podrobně popisuje metodiku výzkumu - vytyčené cíle práce, výzkumné předpoklady a samotnou interpretaci výsledků dat vycházejících z dotazníkového výzkumného šetření. V závěru je uvedeno doporučení pro praxi a praktický výstup bakalářské práce.

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Pro tuto bakalářskou práci byly vytyčeny 3 výzkumné cíle a 3 výzkumné předpoklady, k 3. výzkumnému cíli byly specifikovány 4 výzkumné předpoklady. Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě výsledků z předvýzkumu, který byl proveden v dubnu roku 2017 ve 3. ročníku prezenční formy studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci u deseti respondentů.

Cíle práce:

- 1) Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza.
- 2) Zjistit znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o rizikových faktorech, které zhoršují stav psoriázy.
- 3) Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Předpokládáme, že 63 % a více studentů oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza.
- 2) Předpokládáme, že 60 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy.
- 3a) Předpokládáme, že 25 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči o kůži u pacienta s psoriázou.
- 3b) Předpokládáme, že 73 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u pacienta s psoriázou.

- 3c) Předpokládáme, že 47 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů.
- 3d) Předpokládáme, že 53 % a více studentů oboru Všeobecná sestra dokáže vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro pacienta s psoriázou.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce je prováděna metodou kvantitativního výzkumu. Pro výzkumné šetření byla zvolena technika nestandardizovaného elektronického dotazníku (viz. Příloha A). Elektronický dotazník byl distribuován přes internetový portál Survio. Výzkumné šetření bylo prováděno na Fakultě zdravotnických studií Technické Univerzity v Liberci, Fakultě zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem a na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkum byl prováděn se souhlasem vedoucích pracovníků odborného zařízení či vedoucích pracovišť, kde bylo výzkumné šetření realizováno (viz. Přílohy B, C, D). Výzkumné šetření proběhlo v období duben až květen roku 2017.

3.2.1 Metodický postup a metoda zkoumání

Předvýzkum (viz. Příloha E) byl proveden v dubnu roku 2017 prostřednictvím elektronického dotazníku. Dotazník byl rozeslán deseti náhodně zvoleným respondentům, tedy studentům 3. ročníku prezenční formy studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Studenti vyplňovali dotazníky dobrovolně a anonymně. Na základě předvýzkumu byla formulace otázek pro jejich srozumitelnost ponechána a byly upřesněny výzkumné předpoklady.

Dotazník obsahuje celkem 24 otázek, kdy jednotlivé otázky byly vytvořeny na základě získaných informací z odborné literatury. První 3 otázky jsou identifikační, zbývajících 21 otázek se týká samotného výzkumného šetření. Kromě otázky č. 3, která je polouzavřená, je celý dotazník tvořen uzavřenými otázkami. Dichotomická otázka, kdy respondent může uvést pouze odpověď ano či ne, je pouze otázka č. 5. Polytomické

výběrové otázky, kdy respondent může uvést pouze jednu správnou odpověď, jsou otázky č. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 19, 23 a 24. Polytomické výčtové otázky, kdy respondent může uvést více správných odpovědí, jsou otázky č. 9, 10, 13, 15, 17, 18, 20, 21 a 22.

3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří studenti studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční a kombinované formy studia, studující ve 3. ročníku. Místem výzkumu byla Fakulta zdravotnických studií Technické Univerzity v Liberci, Fakulta zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem a Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Z důvodů rizika ovlivnění výsledků byla při vyplňování dotazníku dodržena naprostá anonymita, kdy byla využita elektronická forma dotazníku. Celkem bylo osloveno 187 studentů, z toho 133 studentů prezenční formy studia a 54 studentů kombinované formy studia. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 90 studentů. Z výzkumného šetření nebyly vyřazeny žádné dotazníky, neboť byly všechny kompletně vyplněny. návratnost tedy činila 48,1 %.

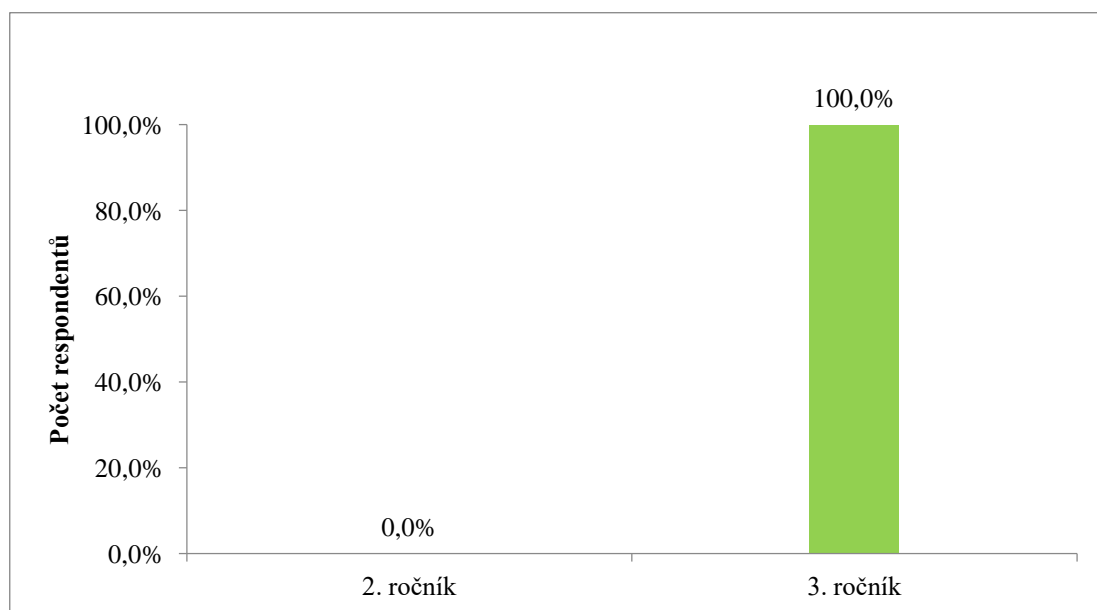
3.3 Analýza výzkumných dat

Data výzkumného šetření této bakalářské práce byla zpracována a vyhodnocena pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 2007. Text byl zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2007. Výsledná data byla naformátována do tabulek a uvedena ve znacích n_i (absolutní četnost), f_i (relativní četnost) a Σ (celková četnost). Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky.

3.3.1 Analýza výzkumné otázky č. 1: Ročník studia respondentů.

Tabulka č. 1 Ročník studia respondentů

	n_i [-]	f_i [%]
2. ročník	0	0,0 %
3. ročník	90	100,0 %
Σ	90	100,0 %



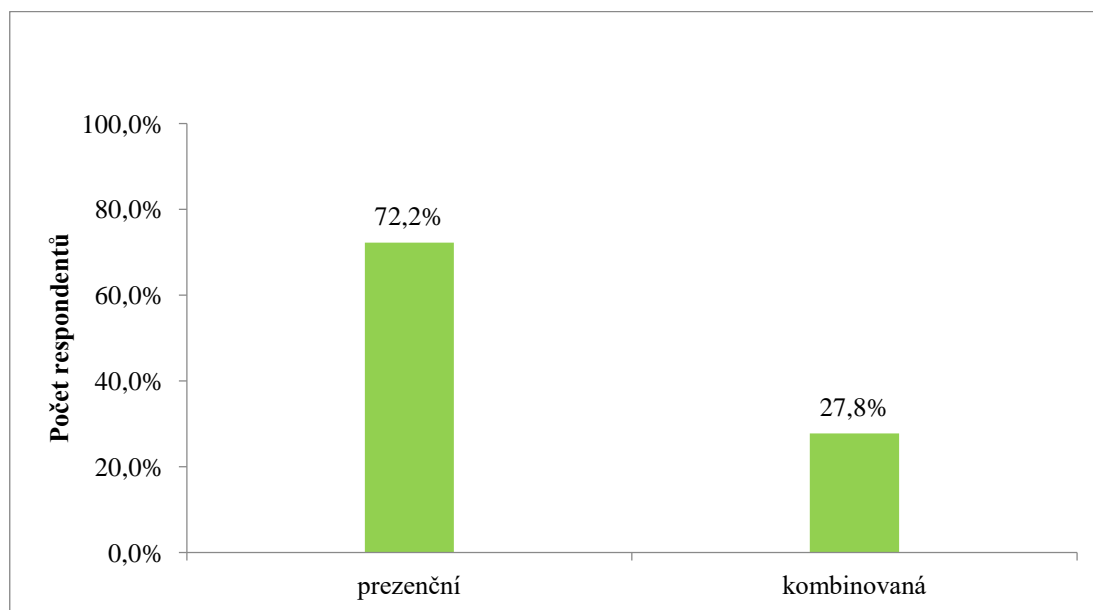
Graf č. 1 Ročník studia respondentů

Výzkumného šetření se původně měli zúčastnit studenti 2. a 3. ročníků oboru Všeobecná sestra. Avšak z důvodu vyřazení Ústavu ošetřovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze z míst výzkumu se výzkumného šetření nakonec zúčastnili pouze studenti 3. ročníků v celkovém počtu 90 (100,0 %).

3.3.2 Analýza výzkumné otázky č. 2: Forma studia respondentů.

Tabulka č. 2 Forma studia respondentů

	n_i [-]	f_i [%]
prezenční	65	72,2 %
kombinovanou	25	27,8 %
Σ	90	100,0 %



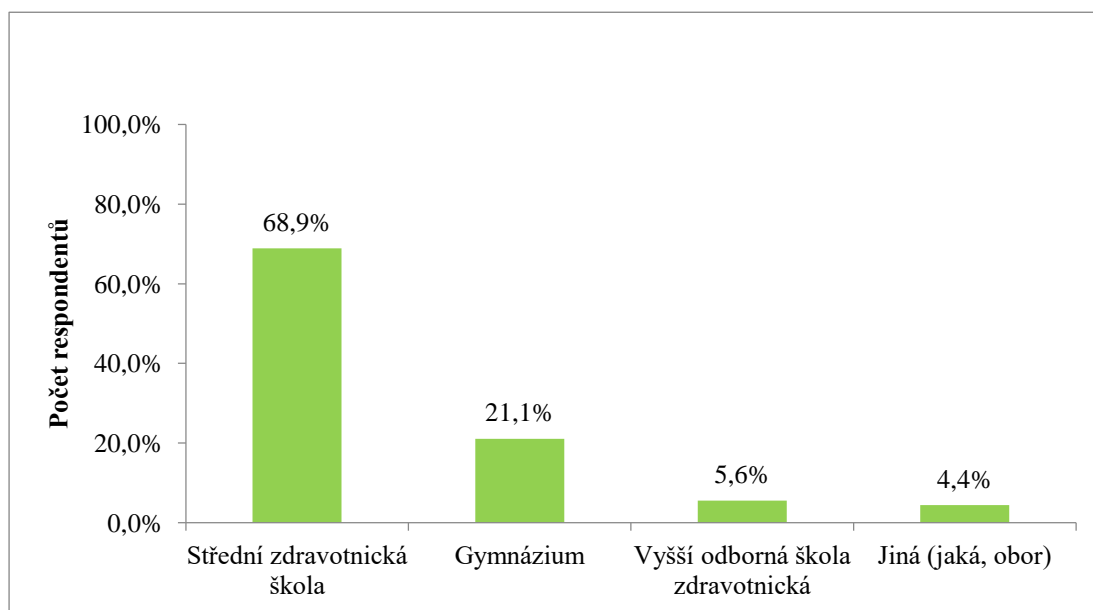
Graf č. 2 Forma studia respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnili studenti prezenční a kombinované formy studia. Z celkového počtu 90 respondentů uvedlo 65 (72,2 %) respondentů prezenční formu studia a 25 (27,8 %) respondentů uvedlo kombinovanou formu studia.

3.3.3 Analýza výzkumné otázky č. 3: Předchozí studium respondentů.

Tabulka č. 3 Předchozí studium respondentů

	n_i [-]	f_i [%]
Střední zdravotnická škola	62	68,9 %
Gymnázium	19	21,1 %
Vyšší odborná škola zdravotnická	5	5,6 %
Jiná (jaká, obor)	4	4,4 %
Σ	90	100,0 %



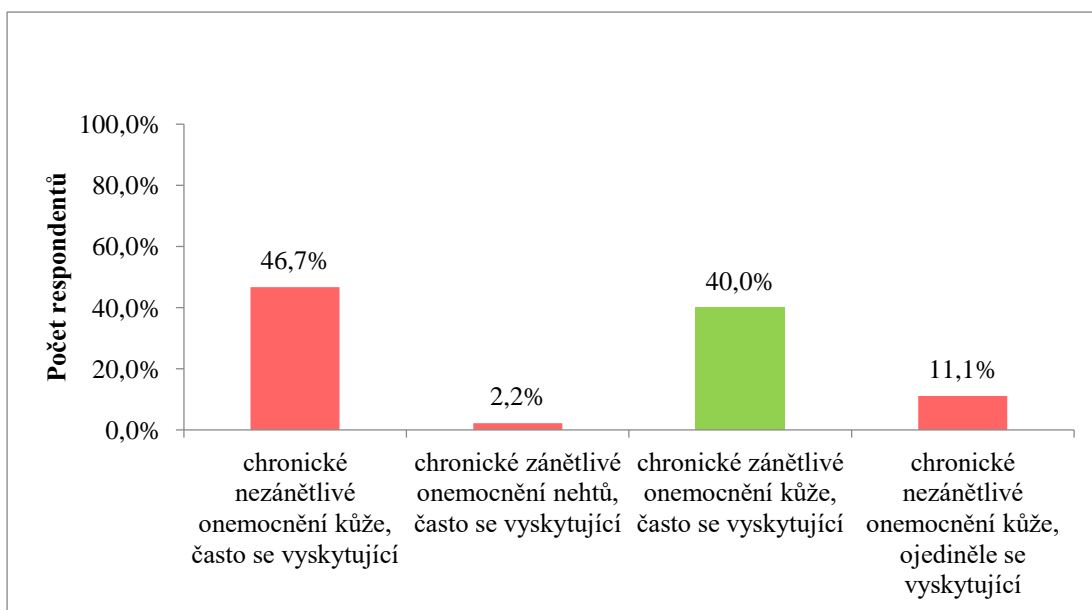
Graf č. 3 Předchozí studium respondentů

Nejčastější škola, která předcházela studiu na vysoké škole byla Střední zdravotnická škola s 62 (68,9 %) respondenty. Druhou nejčastější školou bylo Gymnázium s 19 (21,1 %) respondenty. Dále Vyšší odborná škola zdravotnická s 5 (5,6 %) respondenty. Poslední možnou odpovědí byla jiná škola, kterou uvedli 4 (4,4 %) respondenti a to Střední zdravotnická škola - zdravotnické lyceum (dvakrát), Střední škola sociální - obor sociální činnost a Střední zdravotnická škola - sportovní a rekondiční masér.

3.3.4 Analýza výzkumné otázky č. 4: Pojem psoriáza nebo-li lupénka.

Tabulka č. 4 Pojem psoriáza

	n_i [-]	f_i [%]
chronické nezápětlivé onemocnění kůže, často se vyskytující	42	46,7 %
chronické zápětlivé onemocnění nehtů, často se vyskytující	2	2,2 %
chronické zápětlivé onemocnění kůže, často se vyskytující	36	40,0 %
chronické nezápětlivé onemocnění kůže, ojediněle se vyskytující	10	11,1 %
Σ	90	100,0 %



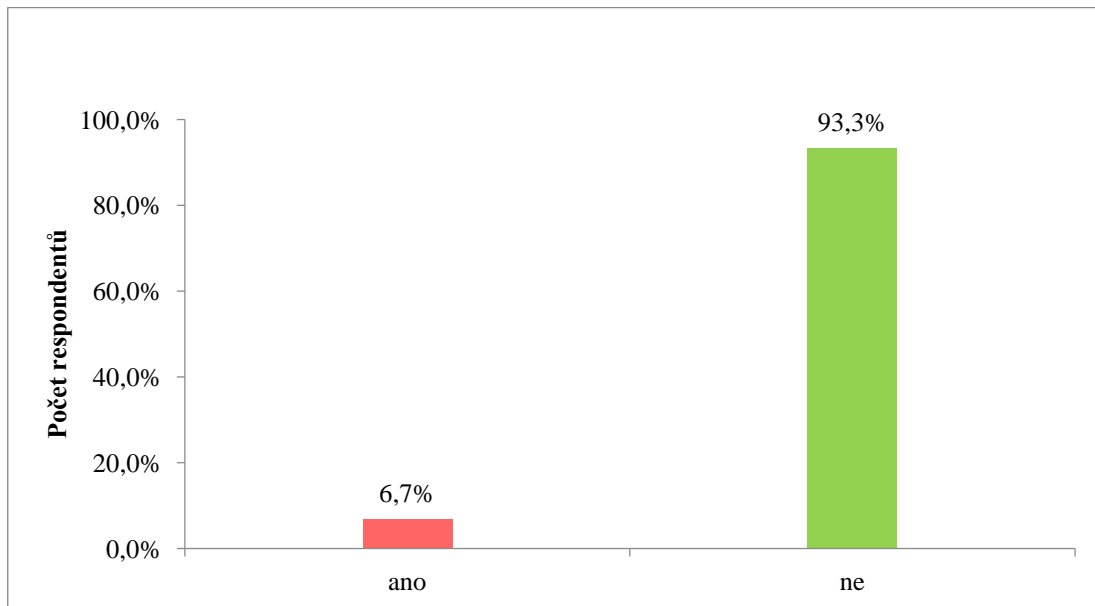
Graf č. 4 Pojem psoriáza

Psoriáza nebo-li lupénka je chronické zápětlivé onemocnění kůže, často se vyskytující. Nesprávnou odpověď, že psoriáza je chronické nezápětlivé onemocnění kůže často se vyskytující, uvedlo 42 (46,7 %) respondentů. Správnou odpověď zvolilo 36 (40,0 %) respondentů. Další nesprávnou odpověď, že psoriáza je nezápětlivé onemocnění kůže ojediněle se vyskytující, vybralo 10 (11,1, %) respondentů. 2 (2,2 %) respondenti uvedli, že psoriáza je chronické zápětlivé onemocnění nehtů často se vyskytující.

3.3.5 Analýza výzkumné otázky č. 5: Infekčnost psoriázy.

Tabulka č. 5 Infekčnost psoriázy

	n_i [-]	f_i [%]
ano	6	6,7 %
ne	84	93,3 %
Σ	90	100,0 %



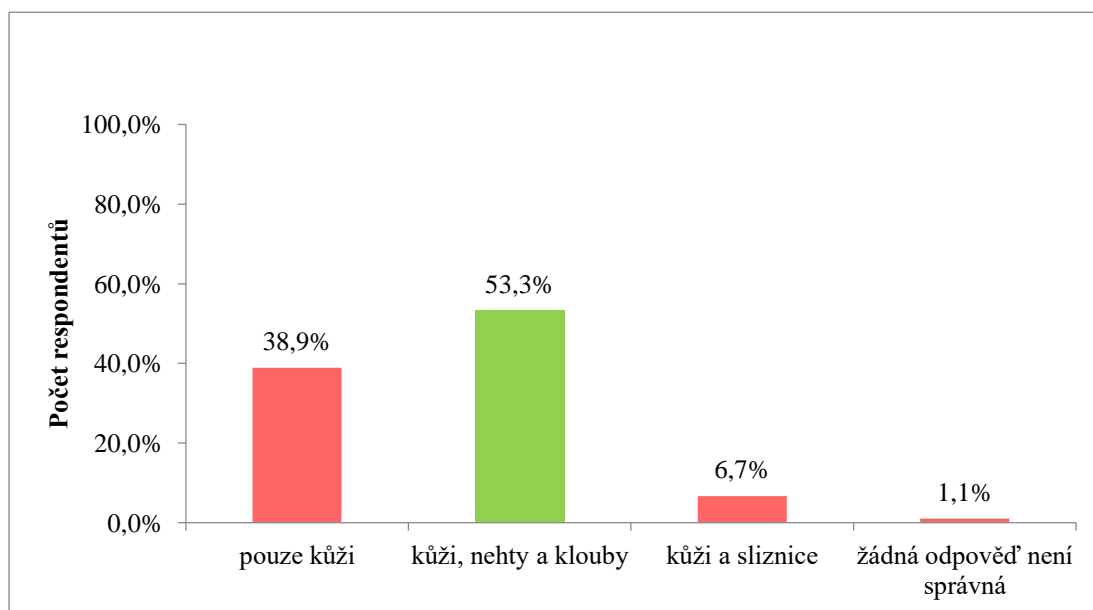
Graf č. 5 Infekčnost psoriázy

Psoriáza není infekční onemocnění. Správnou odpověď uvedlo 84 (93,3 %) respondentů. Nesprávnou odpověď vybralo 6 (6,7 %) respondentů.

3.3.6 Analýza výzkumné otázky č. 6: Lokalizace, které psoriáza postihuje.

Tabulka č. 6 Lokalizace, které psoriáza postihuje

	n_i [-]	f_i [%]
pouze kůži	35	38,9 %
kůži, nehty a klouby	48	53,3 %
kůži a sliznice	6	6,7 %
žádná odpověď není správná	1	1,1 %
Σ	90	100,0 %



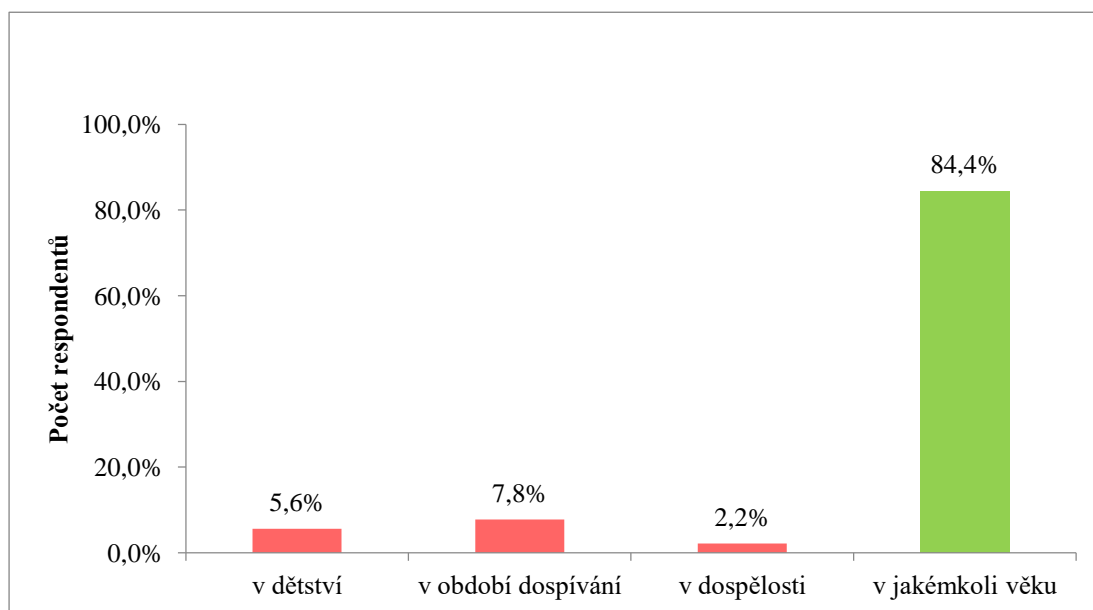
Graf č. 6 Lokalizace, které psoriáza postihuje

Psoriáza postihuje kůži, nehty a klouby. Správnou odpověď uvedlo 48 (53,3 %) respondentů. Nesprávnou odpověď, že psoriáza postihuje pouze kůži, zvolilo 35 (38,9 %) respondentů. Další nesprávnou odpověď, že psoriáza postihuje kůži a sliznice, vybralo 6 (6,7 %) respondentů. Variantu, že žádná odpověď není správná, uvedl pouze 1 (1,1 %) respondent.

3.3.7 Analýza výzkumné otázky č. 7: Věkové období propuknutí psoriázy.

Tabulka č. 7 Věkové období propuknutí psoriázy

	n_i [-]	f_i [%]
v dětství	5	5,6 %
v období dospívání	7	7,8 %
v dospělosti	2	2,2 %
v jakémkoli věku	76	84,4 %
Σ	90	100,0 %



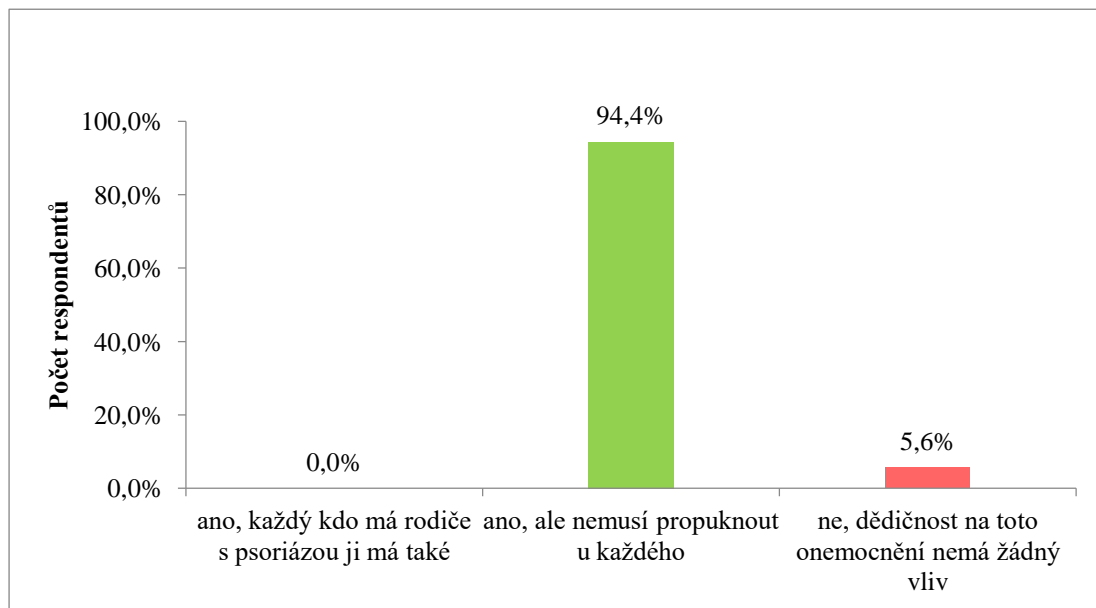
Graf č. 7 Věkové období propuknutí psoriázy

Psoriáza může propuknout v jakémkoli věku. Správnou odpověď uvedlo 76 (84,4 %) respondentů. Nesprávnou odpověď, že psoriáza může propuknout v období dospívání, vybralo 7 (7,8 %) respondentů. Další nesprávnou odpověď, že psoriáza může propuknout v dětství, uvedlo 5 (5,6 %) respondentů. 2 (2,2 %) respondenti zvolili, že psoriáza může propuknout v dospělosti.

3.3.8 Analýza výzkumné otázky č. 8: Dědičnost psoriázy.

Tabulka č. 8 Dědičnost psoriázy

	n_i [-]	f_i [%]
ano, každý kdo má rodiče s psoriázou ji má také	0	0,0 %
ano, ale nemusí propuknout u každého	85	94,4 %
ne, dědičnost na toto onemocnění nemá žádný vliv	5	5,6 %
Σ	90	100,0 %



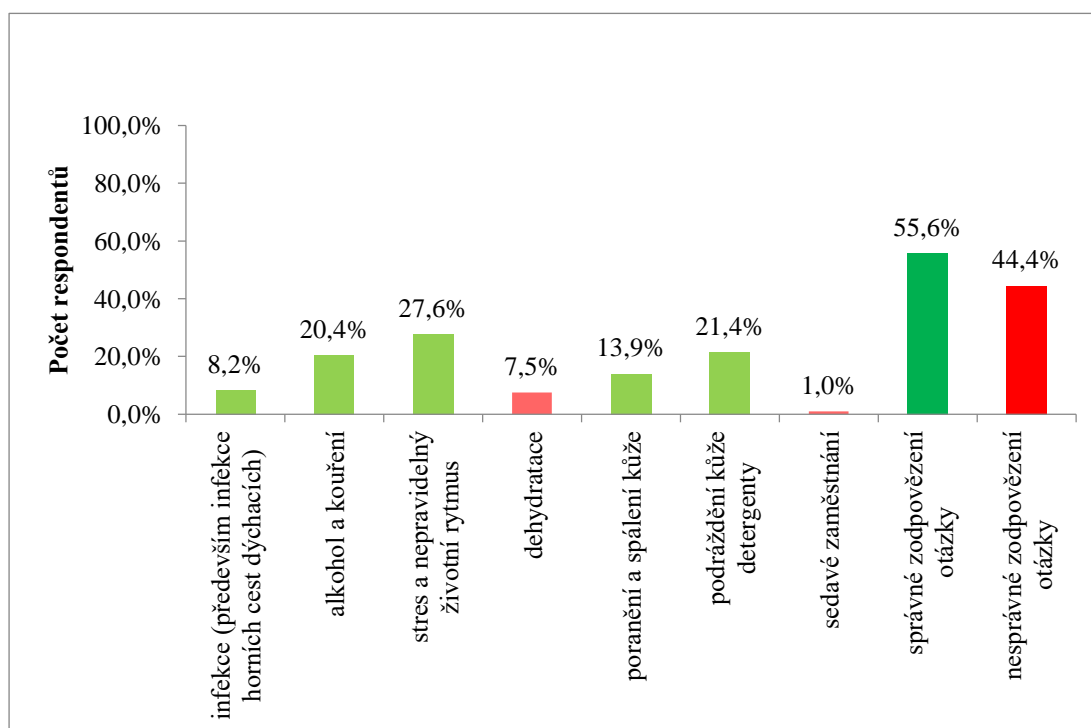
Graf č. 8 Dědičnost psoriázy

Psoriáza je dědičná, ale nemusí propuknout u každého. Správnou odpověď zvolilo 85 (94,4 %) respondentů. Nesprávnou odpověď, že dědičnost nemá na psoriázu žádný vliv, uvedlo 5 (5,6 %) respondentů. Zbývající odpověď, že psoriáza je dědičná a každý kdo má rodiče s psoriázou ji má také, nevedl žádný (0,0 %) respondent.

3.3.9 Analýza výzkumné otázky č. 9: Rizikové faktory psoriázy. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení alespoň 3 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 9 Rizikové faktory psoriázy

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
infekce (především infekce horních cest dýchacích)	24	8,2 %
alkohol a kouření	60	20,4 %
stres a nepravidelný životní rytmus	81	27,6 %
dehydratace	22	7,5 %
poranění a spálení kůže	41	13,9 %
podráždění kůže detergenty	63	21,4 %
sedavé zaměstnání	3	1,0 %
Σ	294	100,0 %
správné zodpovězení otázky	50	55,6 %
nesprávné zodpovězení otázky	40	44,4 %



Graf č. 9 Rizikové faktory psoriázy

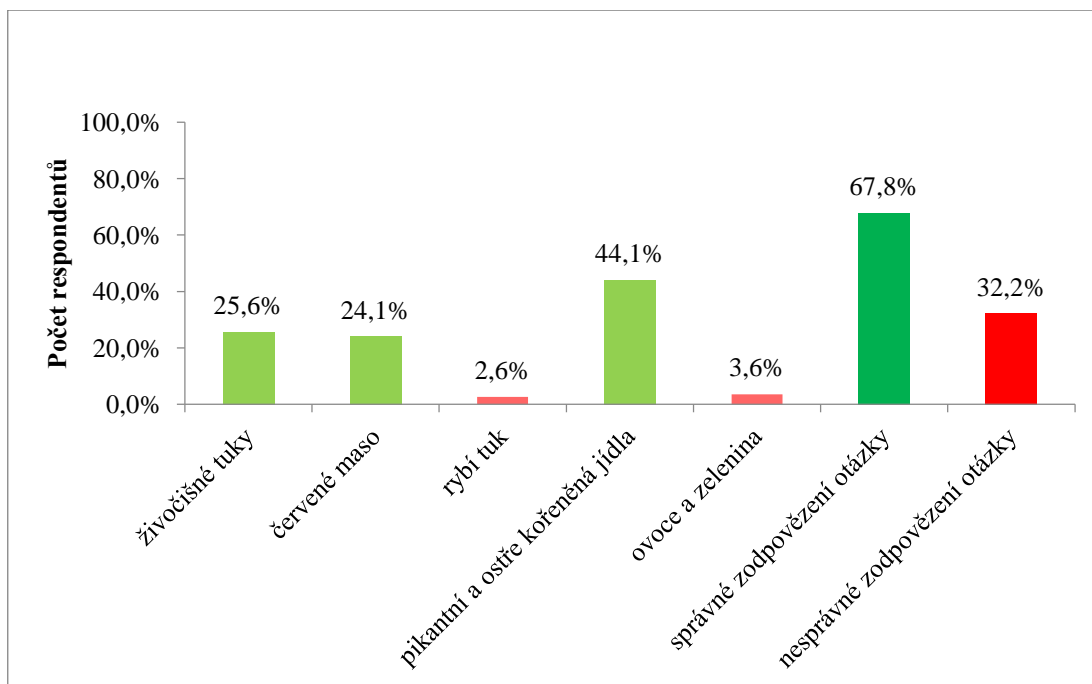
Mezi rizikové faktory psoriázy patří infekce (především horních cest dýchacích), alkohol a kouření, stres a nepravidelný životní rytmus, poranění a spálení kůže, a také podráždění kůže detergenty. Nejčastější odpovědí byl stres a nepravidelný životní rytmus, kterou uvedlo 81 (27,6 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo

podráždění kůže detergenty, kterou zvolilo 63 (21,4 %) respondentů. Třetí nejčastější odpovědí byl alkohol a kouření, kterou uvedlo 60 (20,4 %) respondentů. Další správnou odpověď, poranění a spálení kůže, vybralo 41 (13,9 %) respondentů. A nejméně častou správnou odpovědí byla infekce (především horních cest dýchacích), kterou označilo 24 (8,2 %) respondentů. Odpověď dehydratace uvedlo 22 (7,5 %) respondentů a odpověď sedavé zaměstnání uvedli 3 (1,0 %) respondenti. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 50 (55,6 %) respondentů. Chybně odpovědělo 40 (44,4 %) respondentů.

3.3.10 Analýza výzkumné otázky č. 10: Potraviny jako rizikový faktor psoriázy. Více správných odpovědí. (Kritérium je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 10 Potraviny jako rizikový faktor psoriázy

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
živočišné tuky	50	25,6 %
červené maso	47	24,1 %
rybí tuk	5	2,6 %
pikantní a ostře kořeněná jídla	86	44,1 %
ovoce a zelenina	7	3,6 %
Σ	195	100,0 %
správné zodpovězení otázky	61	67,8 %
nesprávné zodpovězení otázky	29	32,2 %



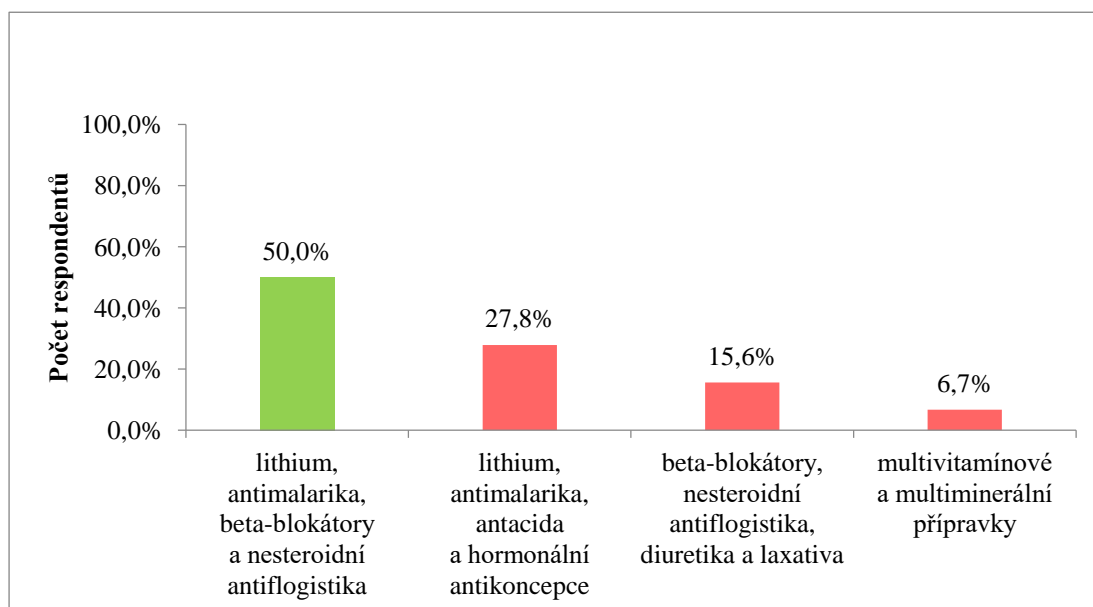
Graf č. 10 Potraviny jako rizikový faktor psoriázy

Potraviny, které řadíme k rizikovým faktorům u psoriázy jsou živočišné tuky, červené maso a pikantní a ostře kořeněná jídla. Nejčastější odpovědí byla pikantní a ostře kořeněná jídla, kterou uvedlo 86 (44,1 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byly živočišné tuky, kterou zvolilo 50 (25,6 %) respondentů. Třetí nejčastější odpovědí bylo červené maso, kterou označilo 47 (24,1 %) respondentů. Odpověď ovoce a zelenina uvedlo 7 (3,6 %) respondentů. Variantu rybí tuk zvolilo 5 (2,6 %) respondentů. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 61 (67,8 %) respondentů. Chybně odpovědělo 29 (32,2 %) respondentů.

3.3.11 Analýza výzkumné otázky č. 11: Rizikové léky pro vznik psoriázy.

Tabulka č. 11 Rizikové léky pro vznik psoriázy

	n_i [-]	f_i [%]
lithium, antimalarika, beta-blokátory a nesteroidní antiflogistika	45	50,0 %
lithium, antimalarika, antacida a hormonální antikoncepce	25	27,8 %
beta-blokátory, nesteroidní antiflogistika, diuretika a laxativa	14	15,6 %
multivitaminové a multiminerální přípravky	6	6,7 %
Σ	90	100,0 %



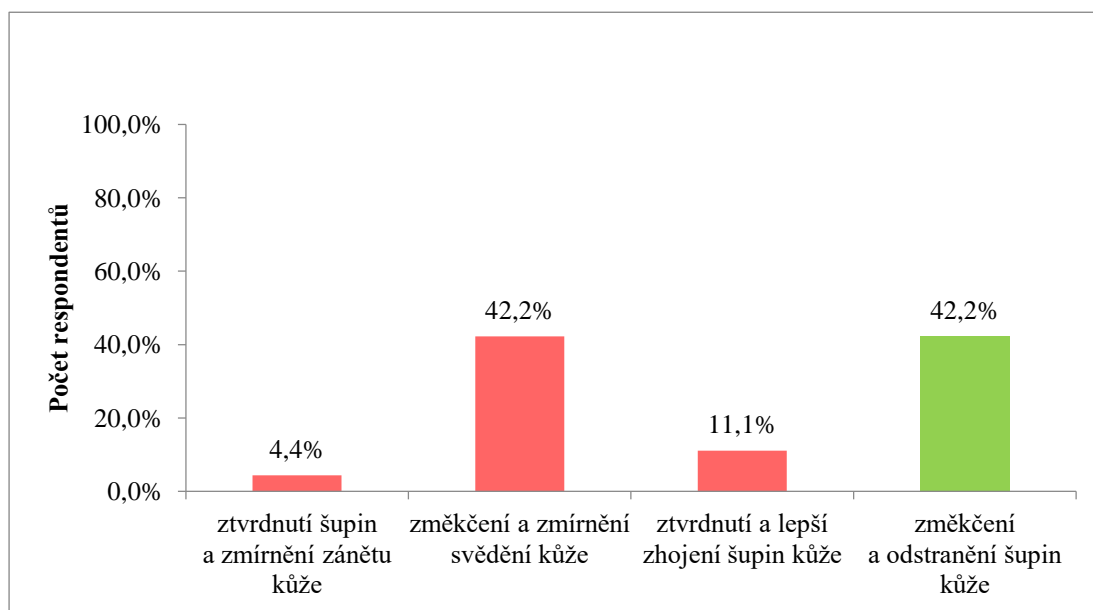
Graf č. 11 Rizikové léky pro vznik psoriázy

Rizikové léky pro vznik psoriázy jsou lithium, antimalarika, beta-blokátory a nesteroidní antiflogistika. Správnou odpověď označilo 45 (50,0 %) respondentů. Odpověď lithium, antimalarika, antacida a hormonální antikoncepce uvedlo 25 (27,8 %) respondentů. 14 (15,6 %) respondentů vybralo odpověď beta-blokátory, nesteroidní antiflogistika, diuretika a laxativa. A nejméně častou odpovědí byly multivitaminové a multiminerální přípravky, kterou uvedlo 6 (6,7 %) respondentů.

3.3.12 Analýza výzkumné otázky č. 12: Léčebné účinky keratolytik.

Tabulka č. 12 Léčebné účinky keratolytik

	n_i [-]	f_i [%]
ztvrdnutí šupin a zmírnění zánětu kůže	4	4,4 %
změkčení a zmírnění svědění kůže	38	42,2 %
ztvrdnutí a lepší zhojení šupin kůže	10	11,1 %
změkčení a odstranění šupin kůže	38	42,2 %
Σ	90	100,0 %



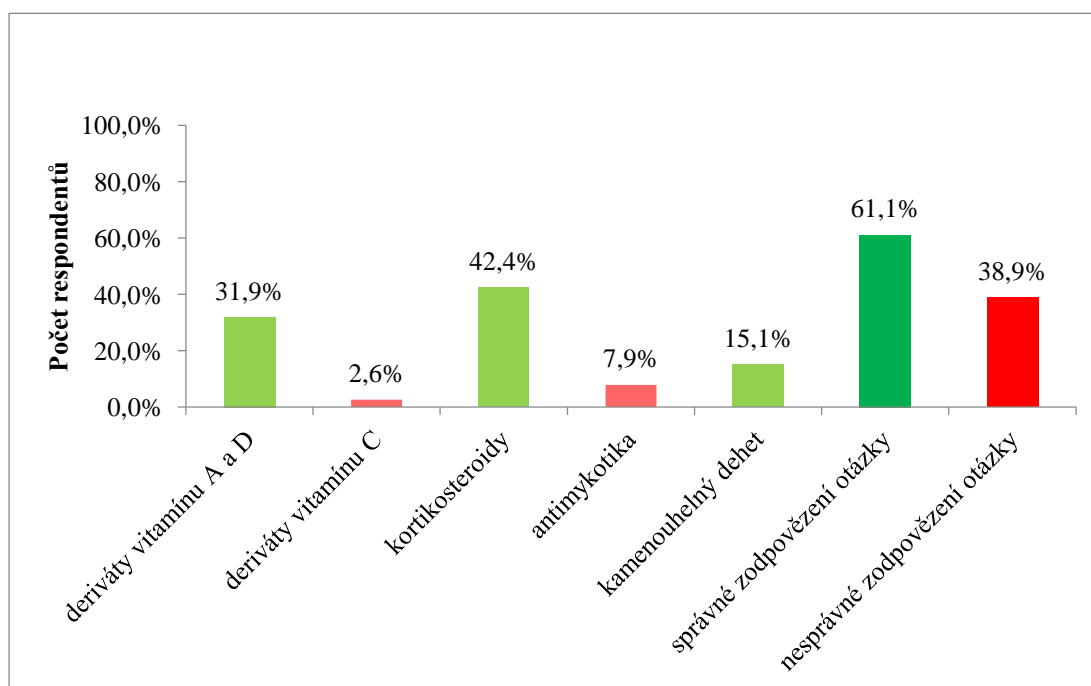
Graf č. 12 Léčebné účinky keratolytik

Keratolytika způsobí změkčení a odstranění šupin kůže. Správnou odpověď uvedlo 38 (42,2 %) respondentů. Stejně tak uvedlo 38 (42,2 %) respondentů odpověď změkčení a zmírnění svědění kůže. 10 (11,1 %) respondentů vybralo odpověď ztvrdnutí a lepší zhojení šupin kůže. 4 (4,4 %) respondenti zvolili variantu ztvrdnutí šupin a zmírnění zánětu kůže.

3.3.13 Analýza výzkumné otázky č. 13: Léčebné masti vhodné k léčbě psoriázy. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 13 Léčebné masti

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
deriváty vitamínu A a D	61	31,9 %
deriváty vitamínu C	5	2,6 %
kortikosteroidy	81	42,4 %
antimykotika	15	7,9 %
kamenouhelný dehet	29	15,1 %
Σ	191	100,0 %
správné zodpovězení otázky	55	61,1 %
nesprávné zodpovězení otázky	35	38,9 %



Graf č. 13 Léčebné masti

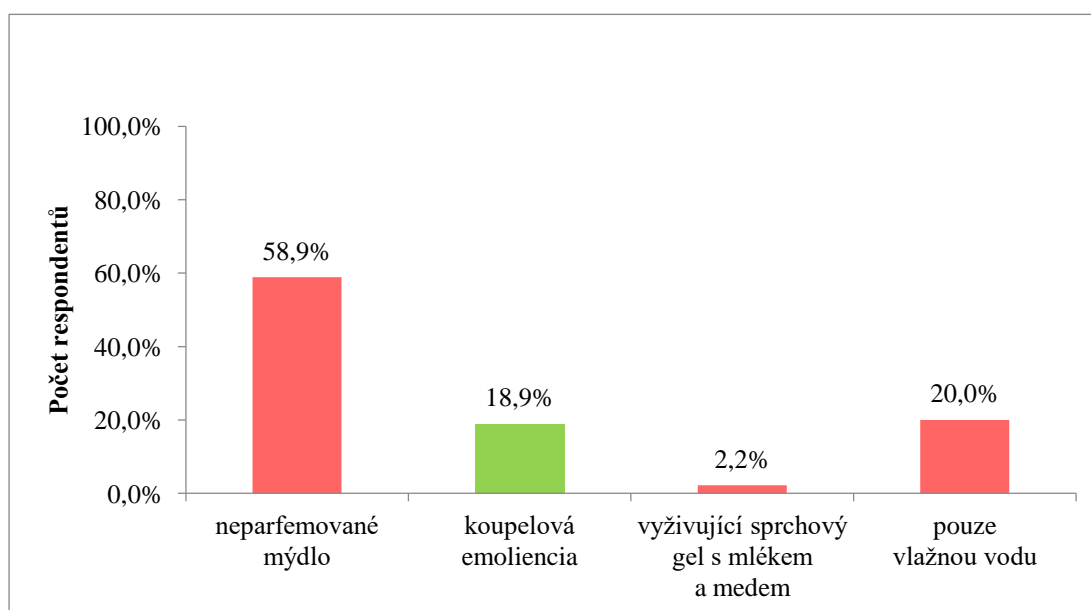
Léčebné masti vhodné k léčbě psoriázy jsou deriváty vitamínu A a D, kortikosteroidy a kamenouhelný dehet. Nejčastější odpověď byla kortikosteroidy, kterou uvedlo 81 (42,4 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byly deriváty vitamínu A a D, kterou označilo 61 (31,9 %) respondentů. Třetí nejčastější odpověď byla kamenouhelný dehet, kterou zvolilo 29 (15,1 %) respondentů. Odpověď antimykotika uvedlo 15 (7,9 %) respondentů a odpověď deriváty vitamínu C vybralo

5 (2,6 %) respondentů. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 55 (61,1 %) respondentů. Chybně odpovědělo 35 (38,9 %) respondentů.

3.3.14 Analýza výzkumné otázky č. 14: Přípravky k hygieně pacienta s psoriázou.

Tabulka č. 14 Hygiena pacienta s psoriázou

	n_i [-]	f_i [%]
neparfemované mýdlo	53	58,9 %
koupelová emolienca	17	18,9 %
vyživující sprchový gel s mlékem a medem	2	2,2 %
pouze vlažnou vodu	18	20,0 %
Σ	90	100,0 %



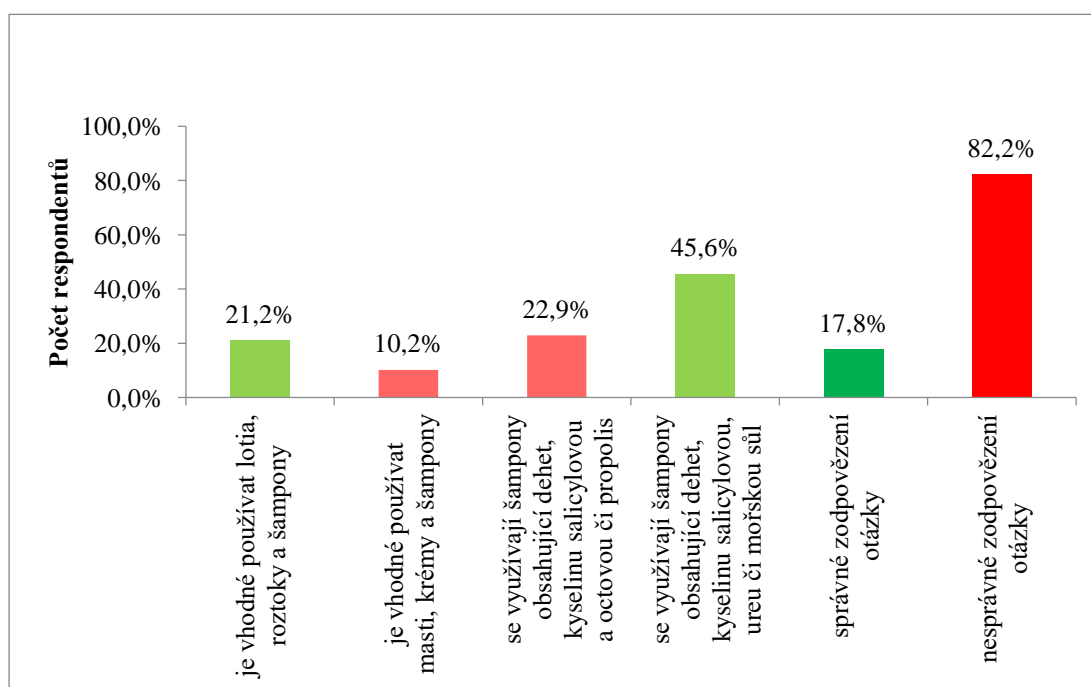
Graf č. 14 Hygiena pacienta s psoriázou

K hygieně pacienta s psoriázou použijeme koupelová emolienca. Nejčastější odpověď byla neparfemované mýdlo, kterou uvedlo 53 (58,9 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla pouze vlažná voda, kterou vybralo 18 (20,0 %) respondentů. Správnou odpověď označilo 17 (18,9 %) respondentů. A zbylí 2 (2,2 %) respondenti zvolili odpověď vyživující sprchový gel s mlékem a medem.

3.3.15 Analýza výzkumné otázky č. 15: Péče o psoriázu kůže. Vyberte pravdivá tvrzení. (Kritérium je zodpovězení všech správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 15 Péče o psoriázu kůže

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
je vhodné používat lotia, roztoky a šampony	25	21,2 %
je vhodné používat masti, krémy a šampony	12	10,2 %
se využívají šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou a octovou či propolis	27	22,9 %
se využívají šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou, ureu či mořskou sůl	55	45,6 %
Σ	118	100,0 %
správné zodpovězení otázky	16	17,8 %
nesprávné zodpovězení otázky	74	82,2 %



Graf č. 15 Péče o psoriázu kůže

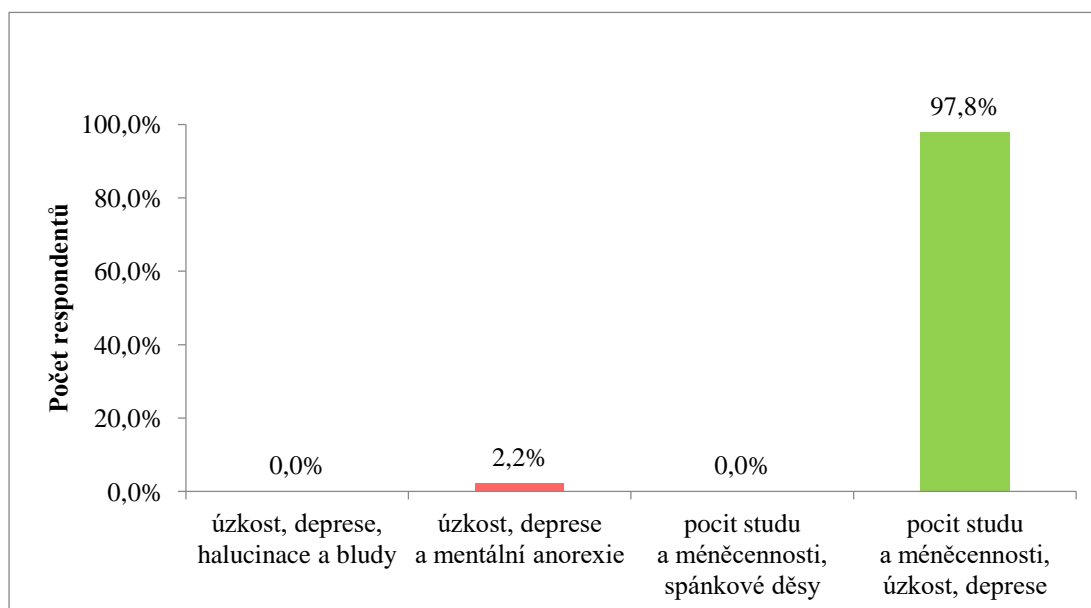
Při péči o kůži je vhodné používat lotia, roztoky a šampony. Využívají se šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou, ureu či mořskou sůl. Nejčastější odpovědí bylo využívají se šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou, ureu či mořskou sůl, kterou uvedlo 55 (45,6 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo využívají se šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou a octovou či propolis, kterou zvolilo 27 (22,9 %) respondentů. Odpověď, vhodné je používat lotia, roztoky a šampony,

uvedlo 25 (21,2 %) respondentů. Zbýlých 12 (10,2 %) respondentů zvolilo variantu, že je vhodné používat masti, krémy a šampony. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 16 (17,8 %) respondentů. Chybně odpovědělo 74 (82,2 %) respondentů.

3.3.16 Analýza výzkumné otázky č. 16: Projevy psychických problémů u pacienta s psoriázou.

Tabulka č. 16 Psychické projevy

	n_i [-]	f_i [%]
úzkost, deprese, halucinace a bludy	0	0,0 %
úzkost, deprese a mentální anorexie	2	2,2 %
pocit studu a méněcennosti, spánkové děsy	0	0,0 %
pocit studu a méněcennosti, úzkost, deprese	88	97,8 %
Σ	90	100,0 %



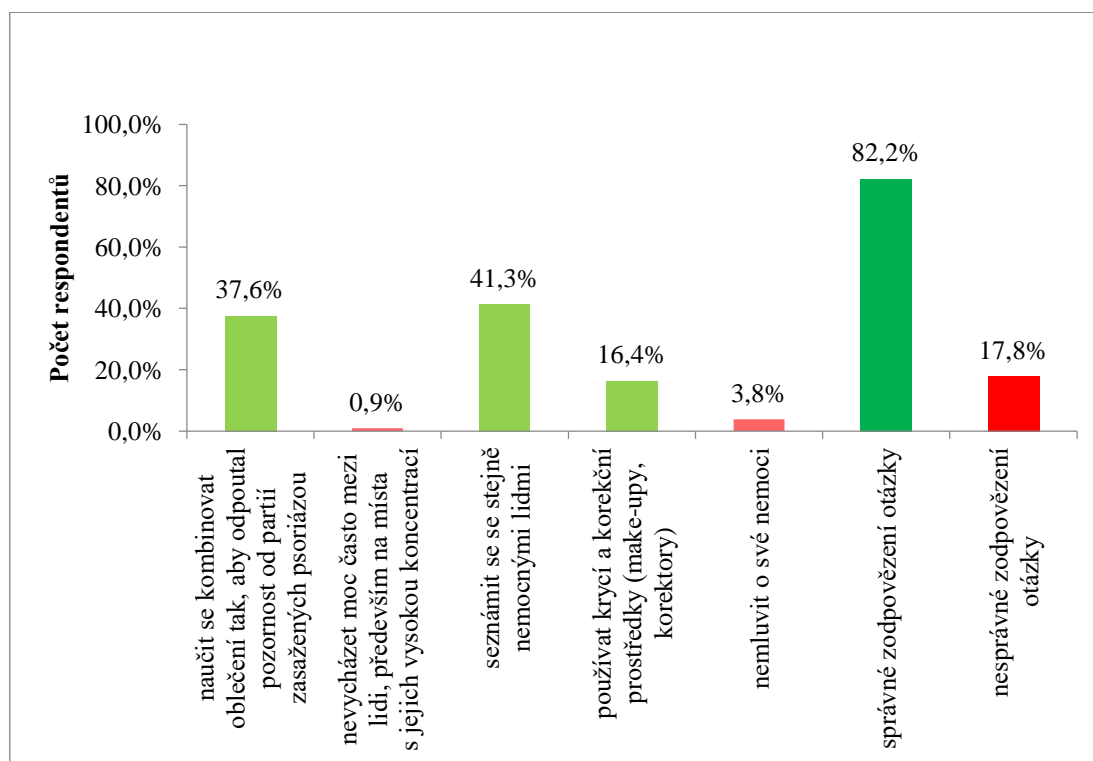
Graf č. 16 Psychické projevy

Psychické problémy u pacienta s psoriázou se projevují pocitem studu a méněcennosti, úzkostí a depresí. Správnou odpověď uvedlo 88 (97,8 %) respondentů. Zbýlí 2 (2,2 %) respondenti zvolili odpověď úzkost, deprese a mentální anorexie. Ostatní nesprávné odpovědi neuvedl žádný (0,0 %) z respondentů.

3.3.17 Analýza výzkumné otázky č. 17: Pomoc v oblasti psychiky pacientovi s psoriázou. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 17 Pomoc v oblasti psychiky

Počet respondentů: 90	n _i [-]	f _i [%]
naučit se kombinovat oblečení tak, aby odpoutal pozornost od partií zasažených psoriázou	80	37,6 %
nevycházet moc často mezi lidi, především na místa s jejich vysokou koncentrací	2	0,9 %
seznámit se se stejně nemocnými lidmi	88	41,3 %
používat krycí a korekční prostředky (make-upy, korektory)	35	16,4 %
nemluvit o své nemoci	8	3,8 %
Σ	213	100,0 %
správné zodpovězení otázky	74	82,2 %
nesprávné zodpovězení otázky	16	17,8 %



Graf č. 17 Pomoc v oblasti psychiky

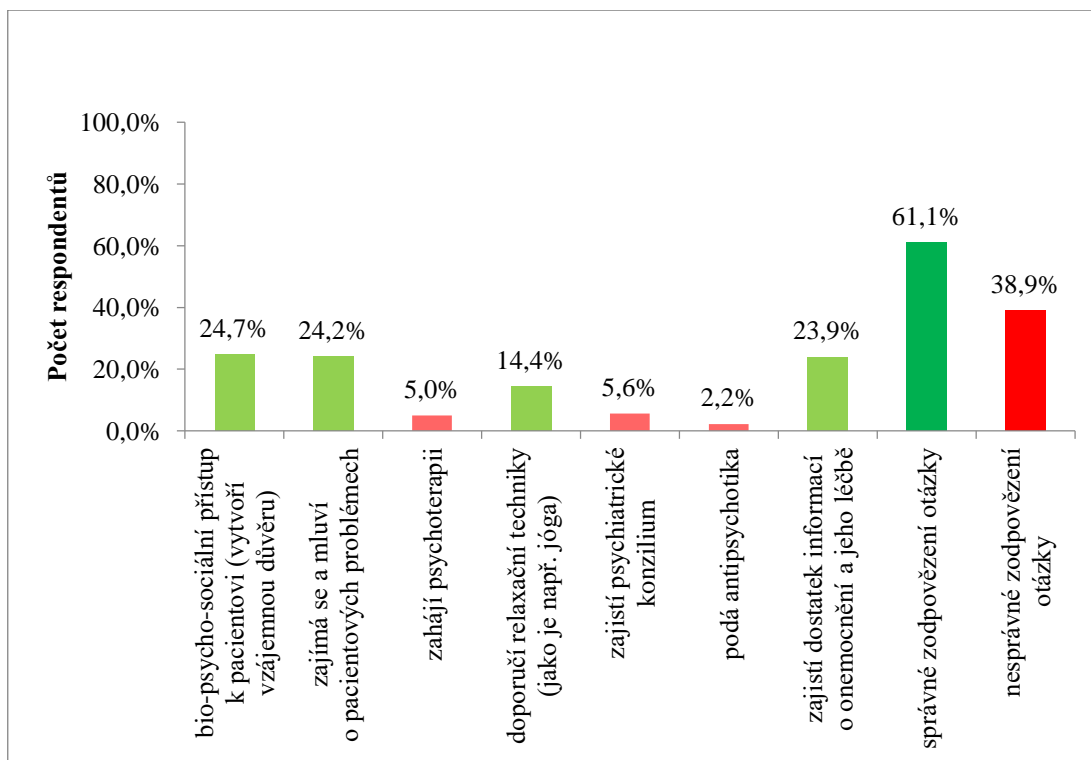
Pacientovi s psoriázou v oblasti psychiky pomůže naučit se kombinovat oblečení tak, aby odpoutal pozornost od partií zasažených psoriázou. Dále mu pomůže seznámit se se stejně nemocnými lidmi a používat krycí a korekční prostředky

(make-upy, korektory). Nejčastější odpověď byla seznámit se se stejně nemocnými lidmi, kterou vybralo 88 (41,3 %) respondentů. Hned po ní následovala odpověď naučit se kombinovat oblečení tak, aby odpoutal pozornost od partií zasažených psoriázou, kterou uvedlo 80 (37,6 %) respondentů. 35 (16,4 %) respondentů zvolilo odpověď používat krycí a korekční prostředky (make-upy, korektory). Nesprávnou odpověď, nemluvit o své nemoci, uvedlo 8 (3,8 %) respondentů. Nejméně častou odpovědí bylo nevycházet moc často mezi lidi, především na místa s jejich vysokou koncentrací, kterou zvolili 2 (0,9 %) respondenti. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 74 (82,2 %) respondentů. Chybně odpovědělo 16 (17,8 %) respondentů.

3.3.18 Analýza výzkumné otázky č. 18: Intervence, které může poskytnout všeobecná sestra nemocnému v oblasti psychiky. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení alespoň 3 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 18 Intervence v oblasti psychiky

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
bio-psycho-sociální přístup k pacientovi (vytvoří vzájemnou důvěru)	89	24,7 %
zajímá se a mluví o pacientových problémech	87	24,2 %
zahájí psychoterapii	18	5,0 %
doporučí relaxační techniky (jako je např. jóga)	52	14,4 %
zajistí psychiatrické konzilium	20	5,6 %
podá antipsychotika	8	2,2 %
zajistí dostatek informací o onemocnění a jeho léčbě	86	23,9 %
Σ	360	100,0 %
správné zodpovězení otázky	55	61,1 %
nesprávné zodpovězení otázky	35	38,9 %



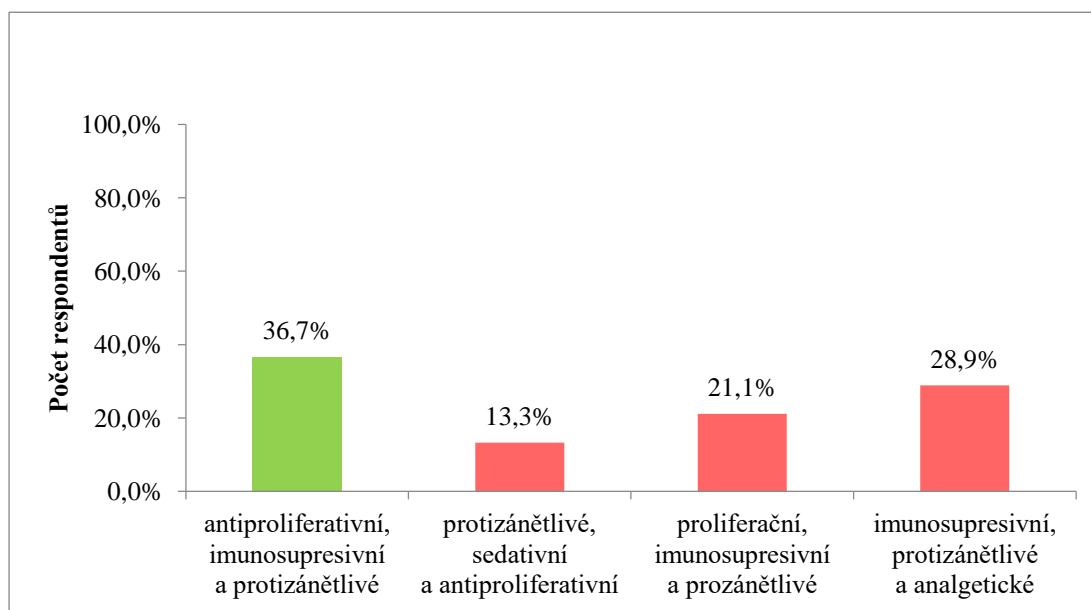
Graf č. 18 Intervence v oblasti psychiky

Intervence, které může všeobecná sestra poskytnout nemocnému s psoriázou v oblasti psychiky jsou: bio-psycho-sociální přístup (vytvoří vzájemnou důvěru), zájímá se a mluví o pacientových problémech, doporučí relaxační techniky (jako je např. jóga) a zajistí dostatek informací o onemocnění a jeho léčbě. Nejčastější odpověď byla bio-psycho-sociální přístup, kterou uvedlo 89 (24,7 %) respondentů. V zápětí za ní byla odpověď, zájímá se a mluví o pacientových problémech, kterou zvolilo 87 (24,2 %) respondentů. Třetí nejčastěji zvolenou odpovědí bylo zajistí dostatek informací o onemocnění a jeho léčbě, kterou označilo 86 (23,9 %) respondentů. 52 (14,4 %) respondentů zvolilo odpověď doporučí relaxační techniky. Nesprávnou odpověď, zajistí psychiatrické konzilium, vybralo 20 (5,6 %) respondentů. 18 (5,0 %) respondentů uvedlo odpověď zahájí psychoterapii. A nejméně častou odpovědí bylo podá antipsychotika, kterou zvolilo 8 (2,2 %) respondentů. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 55 (61,1 %) respondentů a chybně odpovědělo 35 (38,9 %) respondentů.

3.3.19 Analýza výzkumné otázky č. 19: Léčebné účinky kortikosteroidů.

Tabulka č. 19 Léčebné účinky kortikosteroidů

	n_i [-]	f_i [%]
antiproliferativní, imunosupresivní a protizánětlivé	33	36,7 %
protizánětlivé, sedativní a antiproliferativní	12	13,3 %
proliferační, imunosupresivní a prozánětlivé	19	21,1 %
imunosupresivní, protizánětlivé a analgetické	26	28,9 %
Σ	90	100,0 %



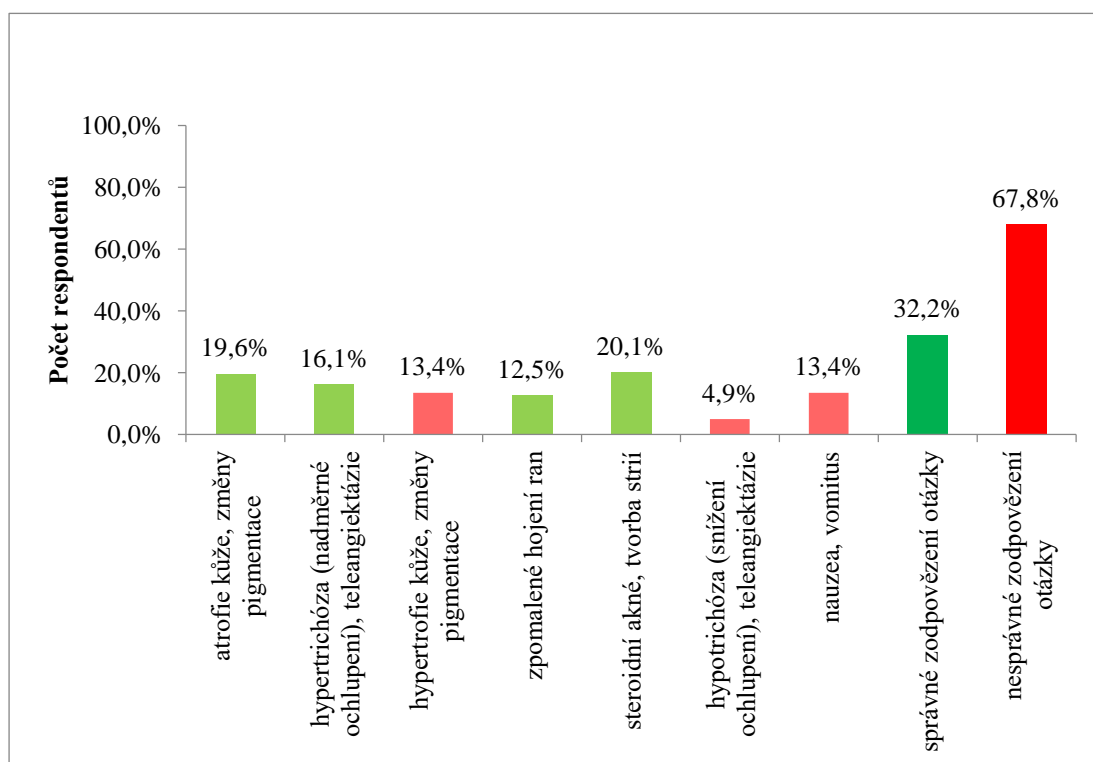
Graf č. 19 Léčebné účinky kortikosteroidů

Léčebné účinky kortikosteroidů jsou antiproliferativní, imunosupresivní a protizánětlivé. Správnou odpověď uvedlo 33 (36,7 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla imunosupresivní, protizánětlivé a analgetické, kterou vybralo 26 (28,9 %) respondentů. 19 (21,1 %) respondentů zvolilo variantu proliferační, imunosupresivní a prozánětlivé. Poslední nesprávnou odpověď ve znění protizánětlivé, sedativní a antiproliferativní uvedlo 12 (13,3 %) respondentů.

3.3.20 Analýza výzkumné otázky č. 20: Nežádoucí účinky kortikosteroidů. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 20 Nežádoucí účinky kortikosteroidů

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
atrofie kůže, změny pigmentace	44	19,6 %
hypertrichóza (nadměrné ochlupení), teleangiektázie	36	16,1 %
hypertrofie kůže, změny pigmentace	30	13,4 %
zpomalené hojení ran	28	12,5 %
steroidní akné, tvorba strií	45	20,1 %
hypotrichóza (snížení ochlupení), teleangiektázie	11	4,9 %
nauzea, vomitus	30	13,4 %
Σ	224	100,0 %
správné zodpovězení otázky	29	32,2 %
nesprávné zodpovězení otázky	61	67,8 %



Graf č. 20 Nežádoucí účinky kortikosteroidů

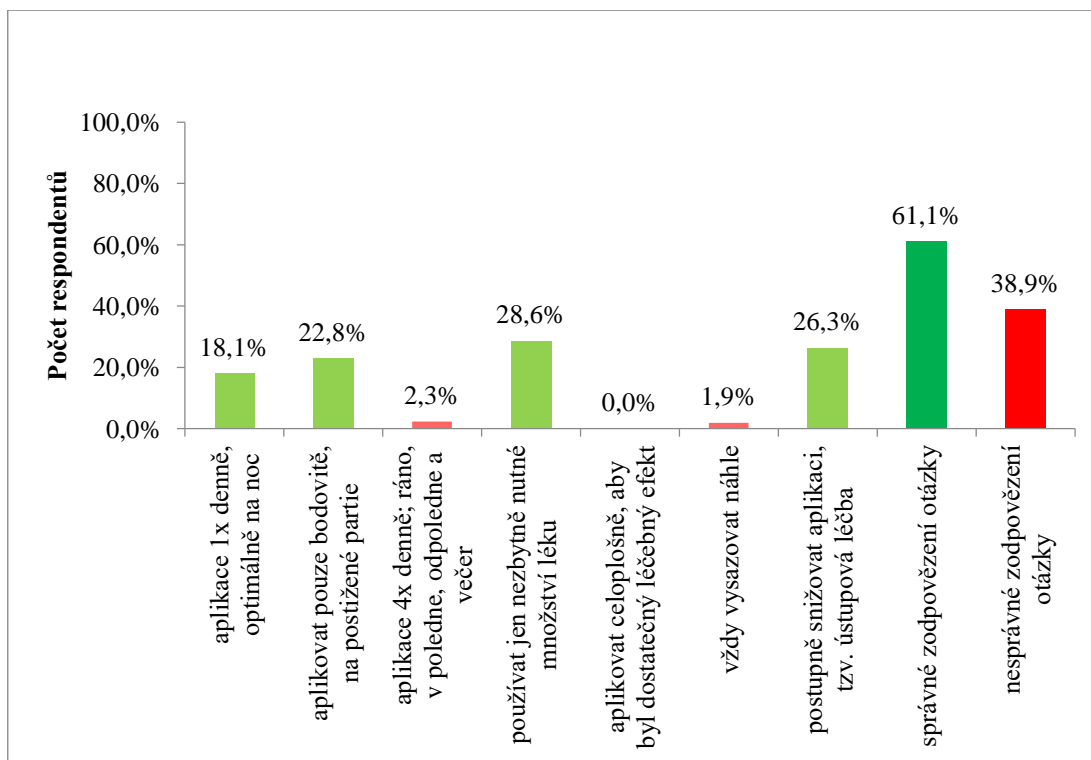
Mezi nežádoucí účinky kortikosteroidů patří atrofie kůže a změny pigmentace, hypertrichóza (nadměrné ochlupení) a teleangiektázie, zpomalené hojení ran a dále také steroidní akné a tvorba strií. Nejčastější odpovědí bylo steroidní akné a tvorba strií,

kteřou uvedlo 45 (20,1 %) respondentů. V zápětí za ní byla odpověď atrofie kůže a změny pigmentace, kteřou zvolilo 44 (19,6 %) respondentů. Třetí nejčastější odpověď byla hypertrichóza (nadměrné ochlupení) a teleangiektázie, kteřou vybralo 36 (16,1 %) respondentů. Odpověď hypertrofie kůže, změny pigmentace a odpověď nauzea, vomitus měly stejný počet respondentů a to 30 (13,4 %). Odpověď zpomalené hojení ran uvedlo 28 (12,5 %) respondentů. Zbylých 11 (4,9 %) respondentů zvolilo odpověď hypotrichóza (snížené ochlupení) a teleangiektázie. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 29 (32,2 %) respondentů. Chybně odpovědělo 61 (67,8 %) respondentů.

3.3.21 Analýza výzkumné otázky č. 21: Zásady správného a bezpečného používání kortikosteroidů. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení alespoň 3 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 21 Zásady používání kortikosteroidů

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
aplikace 1x denně, optimálně na noc	47	18,1 %
aplikovat pouze bodovitě, na postižené partie	59	22,8 %
aplikace 4x denně; ráno, v poledne, odpoledne a večer	6	2,3 %
používat jen nezbytně nutné množství léku	74	28,6 %
aplikovat celoplošně, aby byl dostatečný léčebný efekt	0	0,0 %
vždy vysazovat náhle	5	1,9 %
postupně snižovat aplikaci, tzv. ústupová léčba	68	26,3 %
Σ	259	100,0 %
správné zodpovězení otázky	55	61,1 %
nesprávné zodpovězení otázky	35	38,9 %



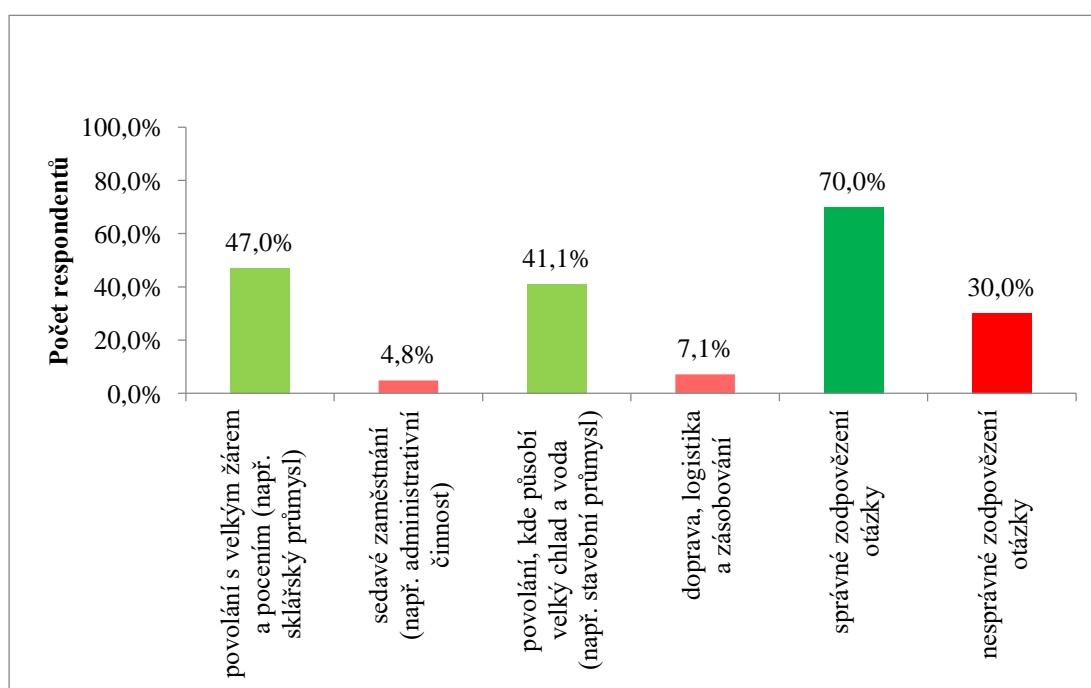
Graf č. 21 Zásady používání kortikosteroidů

Mezi zásady správného a bezpečného používání kortikosteroidů patří aplikace 1x denně - optimálně na noc, aplikovat pouze bodovitě na postižené partie, používat jen nezbytně nutné množství léku, postupně snižovat aplikaci - tzv. ústupová léčba. Nejčastější odpovědí bylo používat jen nezbytně nutné množství léku, kterou uvedlo 74 (28,6 %) respondentů. V zápětí za ní byla odpověď postupně snižovat aplikaci, kterou zvolilo 68 (26,3 %) respondentů. Třetí nejčastěji uvedenou odpovědí s 59 (22,8 %) respondenty, bylo aplikovat pouze bodovitě na postižené partie. 47 (18,1 %) respondentů zvolilo odpověď aplikace 1x denně, optimálně na noc. Nesprávnou odpověď, aplikovat 4x denně - ráno, v poledne, odpoledne a večer, uvedlo 6 (2,3 %) respondentů. Možnost, vždy vysazovat náhle, označilo 5 (1,9 %) respondentů. Odpověď aplikovat celoplošně, aby byl dostatečný léčebný efekt nevedl žádný (0,0 %) z respondentů. Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 55 (61,1 %) respondentů. Chybně odpovědělo 35 (38,9 %) respondentů.

3.3.22 Analýza výzkumné otázky č. 22: Zaměstnání nevhodná pro pacienta s psoriázou. Více správných odpovědí. (**Kritérium** je zodpovězení všech správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.)

Tabulka č. 22 Nevhodná zaměstnání

Počet respondentů: 90	n_i [-]	f_i [%]
povolání s velkým žářem a pocením (např. sklářský průmysl)	79	47,0 %
sedavé zaměstnání (např. administrativní činnost)	8	4,8 %
povolání, kde působí velký chlad a voda (např. stavební průmysl)	69	41,1 %
doprava, logistika a zásobování	12	7,1 %
Σ	168	100,0 %
správné zodpovězení otázky	63	70,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	27	30,0 %



Graf č. 22 Nevhodná zaměstnání

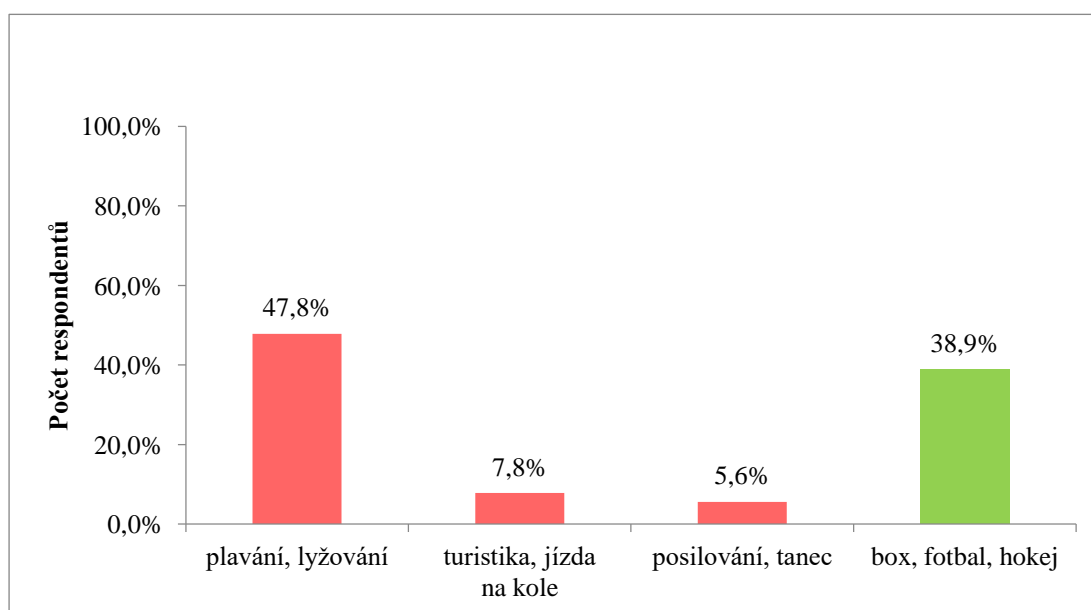
Mezi nevhodná zaměstnání pro pacienty s psoriázou patří povolání s velkým žářem a pocením (např. sklářský průmysl) a povolání, kde působí velký chlad a voda (např. stavební průmysl). Nejčastější odpovědí bylo povolání s velkým žářem a pocením, kterou uvedlo 79 (47,0 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo povolání, kde působí velký chlad a voda, kterou vybralo 69 (41,1 %) respondentů. Odpověď doprava, logistika a zásobování zvolilo 12 (7,1 %) respondentů. Zbýlých

8 (4,8 %) respondentů zvolilo odpověď sedavé zaměstnání (např. administrativní činnost). Z celkového počtu 90 (100,0 %) respondentů odpovědělo dle stanoveného kritéria 63 (70,0 %) respondentů. Chybně odpovědělo 27 (30,0 %) respondentů.

3.3.23 Analýza výzkumné otázky č. 23: Sporty nevhodné pro nemocného s psoriázou.

Tabulka č. 23 Nevhodné sporty

	n_i [-]	f_i [%]
plavání, lyžování	43	47,8 %
turistika, jízda na kole	7	7,8 %
posilování, tanec	5	5,6 %
box, fotbal, hokej	35	38,9 %
Σ	90	100,0 %



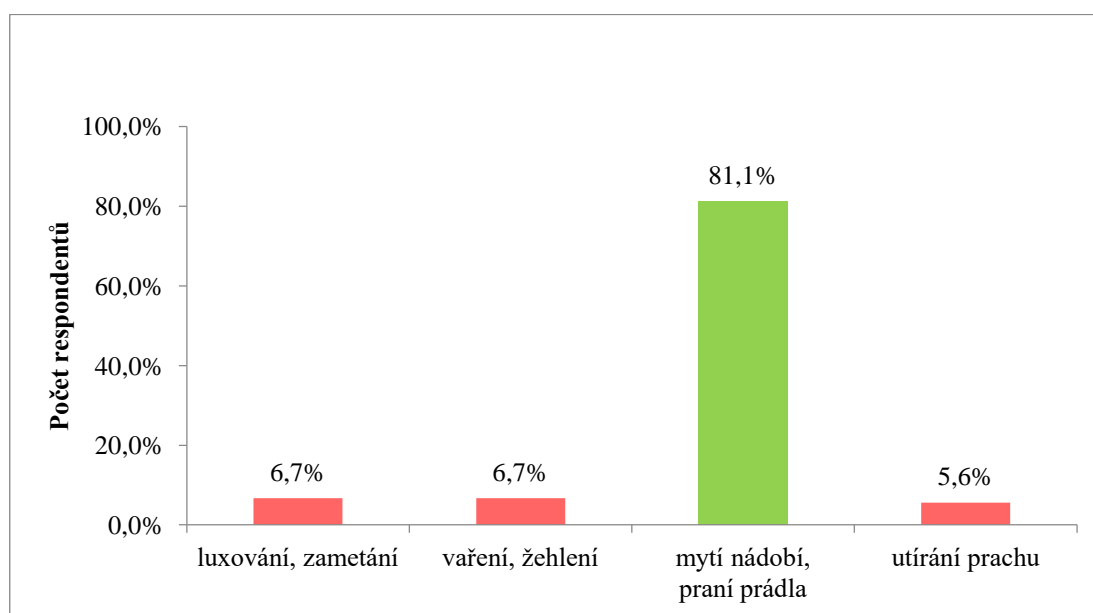
Graf č. 23 Nevhodné sporty

Nevhodné sporty pro nemocného s psoriázou jsou box, fotbal a hokej. Nejčastější odpovědí bylo plavání a lyžování, kterou uvedlo 43 (47,8 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byl box, fotbal a hokej, kterou zvolilo 35 (38,9 %) respondentů. Odpověď, turistika a jízda na kole, vybralo 7 (7,8 %) respondentů. Zbýlých 5 (5,6 %) respondentů uvedlo možnost posilování a tanec.

3.3.24 Analýza výzkumné otázky č. 24: Domácí práce nevyhovující pro pacienta s psoriázou.

Tabulka č. 24 Nevhodné domácí práce

	n_i [-]	f_i [%]
luxování, zametání	6	6,7 %
vaření, žehlení	6	6,7 %
mytí nádobí, praní prádla	73	81,1 %
utírání prachu	5	5,6 %
Σ	90	100,0 %



Graf č. 24 Nevhodné domácí práce

Nevhodné domácí práce pro pacienta s psoriázou jsou mytí nádobí a praní prádla. Správnou odpověď uvedlo 73 (81,1 %) respondentů. Odpověď luxování, zametání a odpověď vaření, žehlení zvolil stejný počet respondentů a to 6 (6,7 %). Variantu utírání prachu vybralo 5 (5,6 %) respondentů.

3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě dat získaných pomocí elektronického dotazníkového šetření. Výzkumné předpoklady byly zpracovány pomocí popisné statistiky a matematických metod v programu Microsoft Office Excel 2007. Výzkumné předpoklady byly upřesněny na základě vyhodnocení předvýzkumu.

3.4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládáme, že 63 % a více studentů oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 4, 5, 6 a 7. V otázce č. 4 odpovědělo pouze 40,0 % respondentů, že psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění kůže, často se vyskytující. Na otázku č. 5, že psoriáza není infekční, odpovědělo nejvíce respondentů správně, a to 93,3 %. Otázka č. 6, že psoriáza postihuje kůži, nehty a klouby, správně odpovědělo 53,3 % respondentů. Co se týče otázky č. 7, tak četnost správné odpovědi (psoriáza může propuknout v jakémkoliv věku) byla opět vyšší a to 84,4 % respondentů.

Předpokládali jsme, že 63 % a více studentů oboru Všeobecná sestra umí definovat onemocnění psoriáza. Z celkového počtu respondentů umí 67,8 % studentů oboru Všeobecná sestra definovat onemocnění psoriáza. **Výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumným šetřením.**

Tabulka č. 25 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 4	40,0 %	60,0 %	100,0 %
Otázka č. 5	93,3 %	6,7 %	100,0 %
Otázka č. 6	53,3 %	46,7 %	100,0 %
Otázka č. 7	84,4 %	15,6 %	100,0 %
Aritmetický průměr	67,8 %	32,3 %	100,0 %

3.4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o rizikových faktorech, které zhoršují stav psoriázy.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládáme, že 60 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 8, 9, 10 a 11. V otázce č. 8 správně odpovědělo (že psoriáza je dědičná, ale nemusí propuknout u každého) 94,4 % respondentů. Na otázku č. 9 odpovědělo dle stanovených kritérií 55,6 % respondentů. Další otázka č. 10 byla správně zodpovězena dle stanovených kritérií 67,8 % respondentů. Co se týče otázky č. 11, tak tu zodpovědělo správně přesně polovina (50,0 %) respondentů.

Předpokládali jsme, že 60 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy. Z celkového počtu respondentů zná 66,9 % studentů alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy. **Výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výzkumným šetřením.**

Tabulka č. 26 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 8	94,4 %	5,6 %	100,0 %
Otázka č. 9	55,6 %	44,4 %	100,0 %
Otázka č. 10	67,8 %	32,2 %	100,0 %
Otázka č. 11	50,0 %	50,0 %	100,0 %
Aritmetický průměr	66,9 %	33,1 %	100,0 %

3.4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3a

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou.

Výzkumný předpoklad č. 3a: Předpokládáme, že 25 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči o kůži u pacienta s psoriázou.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 12, 13, 14 a 15. V otázce č. 12 uvedlo správnou odpověď, že keratolytika způsobí změkčení a odstranění šupin kůže 42,2 % respondentů. Na otázku č. 13 správně odpovědělo dle stanovených kritérií 61,1 % respondentů. Ovšem co se týče otázky č. 14, tak na tuto otázku správně odpovědělo pouze 18,9 % respondentů. Taktéž u otázky č. 15 správně odpovědělo dle stanovených kritérií pouze 17,8 % respondentů.

Předpokládali jsme, že 25 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči o kůži u pacienta s psoriázou. Z celkového počtu respondentů zná pouhých 35,0 % studentů ošetrovatelskou péči o kůži u pacienta s psoriázou.
Výzkumný předpoklad č. 3a je v souladu s výzkumným šetřením.

Tabulka č. 27 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3a

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 12	42,2 %	57,8 %	100,0 %
Otázka č. 13	61,1 %	38,9 %	100,0 %
Otázka č. 14	18,9 %	81,1 %	100,0 %
Otázka č. 15	17,8 %	82,2 %	100,0 %
Aritmetický průměr	35,0 %	65,0 %	100,0 %

3.4.4 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3b

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou.

Výzkumný předpoklad č. 3b: Předpokládáme, že 73 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u pacienta s psoriázou.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 16, 17 a 18. Na otázku č. 16 správně odpověděli (psychické problémy se projevují pocity studu, méněcennosti, úzkostí a depresí) téměř všichni, a to 97,8 % respondentů. Další otázku č. 17 zodpovědělo dle stanovených kritérií 82,2 % respondentů. U otázky č. 18 odpovědělo 61,1 % respondentů dle stanovených kritérií.

Předpokládali jsme, že 73 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u pacienta s psoriázou. Z celkového

počtu zná 80,4 % studentů ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u pacienta s psoriázou. **Výzkumný předpoklad č. 3b je v souladu s výzkumným šetřením.**

Tabulka č. 28 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3b

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 16	97,8 %	2,2 %	100,0 %
Otázka č. 17	82,2 %	17,8 %	100,0 %
Otázka č. 18	61,1 %	38,9 %	100,0 %
Aritmetický průměr	80,4 %	19,6 %	100,0 %

3.4.5 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3c

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou.

Výzkumný předpoklad č. 3c: Předpokládáme, že 47 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 19, 20 a 21. Na otázku č. 19 odpovědělo správně jen 36,7 % respondentů. Otázku č. 20 zodpovědělo dle stanovených kritérií pouze 32,2 % respondentů. U otázky č. 21 odpovědělo dle stanovených kritérií již 61,1 % respondentů.

Předpokládali jsme, že 47 % a více studentů oboru Všeobecná sestra zná ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů. Z celkového počtu respondentů zná 43,3 % studentů ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů. **Výzkumný předpoklad č. 3c není v souladu s výzkumným šetřením.**

Tabulka č. 29 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3c

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 19	36,7 %	63,3 %	100,0 %
Otázka č. 20	32,2 %	67,8 %	100,0 %
Otázka č. 21	61,1 %	38,9 %	100,0 %
Aritmetický průměr	43,3 %	56,7 %	100,0 %

3.4.6 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3d

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou.

Výzkumný předpoklad č. 3d: Předpokládáme, že 53 % a více studentů oboru Všeobecná sestra dokáže vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro pacienta s psoriázou.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 22, 23 a 24. Na otázku č. 22 odpovědělo dle stanovených kritérií 70,0 % respondentů. Oproti tomu otázku č. 23 správně zodpovědělo pouze 38,9 % respondentů. Avšak na otázku č. 24 správně odpovědělo již 81,1 % respondentů.

Předpokládali jsme, že 53 % a více studentů oboru Všeobecná sestra dokáže vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro pacienta s psoriázou. Z celkového počtu respondentů dokáže 63,3 % studentů vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro pacienta s psoriázou. **Výzkumný předpoklad č. 3d je v souladu s výzkumným šetřením.**

Tabulka č. 30 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3d

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 22	70,0 %	30,0 %	100,0 %
Otázka č. 23	38,9 %	61,1 %	100,0 %
Otázka č. 24	81,1 %	18,9 %	100,0 %
Aritmetický průměr	63,3 %	36,7 %	100,0 %

4 Diskuze

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo zaměřeno na znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze. Toto onemocnění postihuje zhruba 2 % populace, což znamená, že jen v Česku jí trpí přes 200 000 lidí. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že studentům chybí některé znalosti ohledně psoriázy, a to v oblasti definice, rizikových faktorů a ošetrovatelské péče. Psoriáza se v současné době stává civilizační chorobou, o níž by měly mít všeobecné sestry znalosti.

První výzkumný cíl byl zaměřen na to, zda studenti umí definovat onemocnění psoriáza. Podle výzkumného předpokladu se očekávalo, že 63 % a více studentů umí definovat onemocnění psoriáza. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. U otázky č. 4 bylo nejčastější odpovědí, že psoriáza je chronické nezánettivé onemocnění kůže často se vyskytující, kterou uvedlo 42 (46,7 %) respondentů. Avšak dle Diabelkové a Rimárové (2015) je psoriáza chronické zánětlivé onemocnění kůže, často se vyskytující. Tuto správnou odpověď uvedlo již méně respondentů, a to 36 (40,0 %). Důvodem jsou zřejmě nedostatečné znalosti o rozlišnosti zánětlivých a nezánettivých kožních onemocnění. Velmi příznivým zjištěním bylo, když 84 (93,3 %) respondentů uvedlo, že psoriáza je neinfekční onemocnění, což potvrzují i Olejárová a Fialová (2012). Důvody těchto pozitivních odpovědí jsou znalosti většiny častých infekčních onemocnění a možná také osobní setkání s jedincem trpícím psoriázou. Příjemným překvapením byl výsledek u otázky zaměřené na oblasti, které může psoriáza postihnout. Jak uvádí Nevoralová (2013) psoriáza může postihnout nejen kůži, ale i nehty a klouby. Takto odpovědělo více než polovina respondentů, a to 48 (53,3 %). Další příznivé výsledky byly u otázky, která se ptá na věkové období propuknutí psoriázy. Zde správnou odpověď, v jakémkoliv věku, uvedlo 76 (84,4 %) respondentů. Toto vyjádření opět potvrzuje Diabelková a Rimárová (2015). Důvodem označení správné odpovědi jsou pravděpodobně znalosti věkové rozmanitosti psoriatiků.

Druhý výzkumný cíl byl zaměřen na znalosti studentů o rizikových faktorech zhoršujících stav psoriázy. Dle výzkumného předpokladu mělo 60 % studentů a více znát alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Velmi příznivý výsledek byl u otázky č. 8, kde 85 (94,4 %) respondentů označilo, že psoriáza je dědičná, ale nemusí

propuknout u každého. Tuto tezi potvrzuje Bělobrádek (2011). V následující otázce, co patří mezi rizikové faktory psoriázy, dopadly výsledky dle očekávání. Bylo zde možné uvést více správných odpovědí a dle stanoveného kritéria odpovědělo 50 (55,6 %) respondentů. Nejčastěji volené správné odpovědi byly: alkohol a kouření s 60 (20,4 %) respondenty, dále stres a nepravidelný životní rytmus s 81 (27,6 %) respondenty a podráždění kůže detergenty s 63 (21,4 %) respondenty. Tyto rizikové faktory psoriázy uvádí i Bučková a Polášková (2013). Důvodem zvolení prvních dvou častých odpovědí je zřejmě vysoká četnost těchto rizikových faktorů (alkohol, kouření a stres) u téměř všech onemocnění a podráždění kůže detergenty je nejspíš všeobecně známý rizikový faktor u spousty kožních onemocnění. Avšak mezi rizikové faktory patří i infekce (především horních cest dýchacích) a poranění či spálení kůže, jak uvádí Olejárová a Fialová (2012). Odpověď infekce zvolilo pouze 24 (8,2 %) respondentů. Variantu, poranění a spálení kůže, vybralo 41 (13,9 %) respondentů. Důvodem je zřejmě velmi malá souvislost mezi těmito rizikovými faktory a psoriázou. U otázky zaměřené na rizikové potraviny pro psoriázu byly výsledky pozitivní. Bylo možné zde uvést více správných odpovědí a dle stanoveného kritéria odpovědělo 61 (67,8 %) respondentů. Téměř všichni respondenti, a to v počtu 86 (44,1 %), zvolili odpověď pikantní a ostře kořeněná jídla. Více než polovina, tedy 50 (25,6 %) respondentů vybralo živočišné tuky. Variantu červené maso označilo 47 (24,1 %) respondentů. Důvodem je zřejmě častá medializace vlivu ostře kořeněných jídel na pokožku a všeobecně známý pozitivní vliv zdravého životního stylu (potažmo zdravého stravování) na lidský organismus. Tyto rizikové potraviny pro psoriázu uvádí ve svém článku i Macháčková (2011). Příjemným překvapením bylo, že 45 (50,0 %) respondentů uvedlo lithium, antimalarika, beta-blokátory a nesteroidní antiflogistika jako rizikové léky pro vznik psoriázy, jak popisuje i Vašků (2015).

Třetí výzkumný cíl byl zaměřen na znalosti studentů ohledně ošetrovatelské péče u pacienta s psoriázou. Tento výzkumný cíl byl specifikován do 4 výzkumných předpokladů, které byly označeny písmeny a - d. Podle výzkumného předpokladu 3a se očekávalo, že 25 % a více studentů zná ošetrovatelskou péči o kůži u pacienta s psoriázou. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. U otázky č. 12, která se zaměřuje na účinky keratolytik, došlo ke shodnému počtu respondentů u dvou odpovědí. 38 (42,2 %) respondentů zvolilo odpověď, že keratolytika změkčují a zmírňují svědění kůže. Stejný počet respondentů vybralo i odpověď, že keratolytika změkčují a odstraňují šupiny kůže. Správnou odpověď

uvádějí Fialová a Hercogová (2010), keratolytika jsou látky působící změkčení a odstranění šupin. U následující otázky, která se týká léčebných masť vhodných k léčbě psoriázy, bylo možné vybrat více odpovědí. Správně, dle stanoveného kritéria, odpovědělo 55 (61,1 %) respondentů. Kortikosteroidy, které ve svém článku zmiňuje i Obstová (2016), vybralo 81 (42,4 %) respondentů. Příjemným překvapením bylo 61 (31,9 %) respondentů u odpovědi deriváty vitamínu A a D. Avšak pouze 29 (15,1 %) respondentů zvolilo poslední správnou odpověď kamenouhelný dehet. O jeho léčebných účincích se zmiňuje v odborném časopise Nevoralová (2013). Překvapivě poměrně velký počet, 15 (7,9 %) respondentů, označilo nesprávnou odpověď antimykotika. Důvodem jsou pravděpodobně nedostatečné znalosti v oblasti léčebných masť u kožních onemocnění. Dle Benákové (2007) jsou k mytí a koupelím vhodná koupelová emolienca. Jedná se o speciální olejové přípravky, které postiženou kůži nejen umyjí, ale i promastí a zklidní. Správnou odpověď vybralo pouze 17 (18,9 %) respondentů. Ovšem nesprávnou odpověď, neparfemované mýdlo, zvolilo více než polovina respondentů, a to 53 (58,9 %). Důvodem jsou zřejmě nedostatečné znalosti a také malé zkušenosti s péčí o kůži psoriatika. Tento důvod by vysvětloval i odpovědi u další otázky, která se zaměřuje na péči o psoriázu kštice. Dle stanoveného kritéria odpovědělo pouze 16 (17,8 %) respondentů. Správnou odpověď (vhodné je používání lotií, roztoků a šamponů) uvedlo pouze 25 (21,2 %) respondentů. Ve formě šamponů na vlasy se používají dehty, kyselina salicylová, urea a dále přírodní látky např. s obsahem mořských solí, jak uvádí Peňázová (2007). Tuto odpověď uvedlo již 55 (45,6 %) respondentů.

Dle výzkumného předpokladu 3b mělo 73 % a více studentů znát ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u pacienta s psoriázou. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Zcela očekávaný byl výsledek u otázky zaměřené na projevy psychických problémů u pacienta s psoriázou. Jak uvádí Skálová (2015), pacienti mají pocity studu a méněcennosti a častými komorbiditami psoriázy jsou úzkost a deprese. 88 (97,8 %) respondentů odpovědělo správně. Pouze 2 (2,2 %) respondenti uvedli úzkost, deprese a mentální anorexie. Příznivé výsledky byly i v následující otázce zaměřené na pomoc pacientovi s psoriázou v oblasti psychiky. Zde bylo možné uvést více správných odpovědí. Správně, dle stanoveného kritéria, odpovědělo 74 (82,2 %) respondentů. Variantu seznámit se se stejně nemocnými lidmi zvolili téměř všichni respondenti, a to 88 (41,3 %). Odpověď naučit se kombinovat oblečení tak, aby odpoutal pozornost od partií zasažených psoriázou vybralo

80 (37,6 %) respondentů. Dle Macháčkové (2011) je zejména u žen možné používání krycích a korekčních prostředků, především pokud jsou psoriatické projevy v oblasti tváře či dekoltu. Poslední správnou odpověď, používat krycí a korekční prostředky označilo již pouze 35 (16,4 %) respondentů. Důvodem je zřejmě mínění o negativním vlivu líčidel na pleť. Mezi studenty oboru Všeobecná sestra byli také respondenti, kteří uvedli, že pacientovi pomůže nemluvit o své nemoci. Otázka č. 18 se týkala intervencí, které může všeobecná sestra poskytnout nemocnému v oblasti psychiky. Dle Benákové (2007) je podstatným prvkem pro kontakt s pacientem bio-psycho-sociální přístup. Bylo zde možné uvést více správných odpovědí. Dle stanoveného kritéria odpovědělo 55 (61,1 %) respondentů. Správné odpovědi byly: bio-psycho-sociální přístup s 89 (34,7 %) respondenty, zajímá se a mluví o pacientových problémech s 87 (24,2 %) respondenty, dále zajistí dostatek informací o onemocnění a jeho léčbě s 86 (23,9 %) respondenty a doporučí relaxační techniky s 52 (14,4 %) respondenty. Formy relaxačních technik uvádí ve svém článku Hercogová (2011). Na druhou stranu nesprávné odpovědi: zahájí psychoterapii uvedlo 18 (5,0 %) respondentů, zajistí psychiatrické konzilium zvolilo 20 (5,6 %) respondentů a podá antipsychotika vybralo 8 (2,2 %) respondentů. Důvodem často uváděných nesprávných odpovědí je zřejmě nedostatek znalostí o kompetencích všeobecné sestry, nedostatek znalostí ohledně rozdílů mezi psychologii a psychiatrií a nakonec také nedostatek znalostí farmakologie (indikace antipsychotik).

Podle výzkumného předpokladu 3c se očekávalo, že 47 % a více studentů zná ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů. Tento výzkumný předpoklad nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření. U otázky zaměřené na léčebné účinky kortikosteroidů správně odpovědělo 33 (36,7 %) respondentů. Jak uvádí Obstová (2016), kortikosteroidy mají antiproliferativní, imunosupresivní a protizánětlivé účinky. Poměrně hodně častou nesprávnou odpovědí bylo imunosupresivní, protizánětlivé a analgetické účinky s 26 (28,9 %) respondenty. Důvodem byla pravděpodobně záměna pouze jednoho správného (antiproliferativního) účinku za nesprávný (analgetický), načež imunosupresivní a protizánětlivé účinky kortikosteroidů jsou všeobecně medializovány. U otázky č. 20 zaměřené na nežádoucí účinky kortikosteroidů, byly výsledky nepříznivé. Dle stanoveného kritéria totiž správně odpovědělo pouze 29 (32,2 %) respondentů. Správné odpovědi byly: atrofie kůže a změny pigmentace s 44 (19,6 %) respondenty, hypertrichóza (nadměrné ochlupení) a teleangiektázie s 36 (16,1 %) respondenty, dále zpomalené hojení ran s 28 (12,5 %)

respondenty a nakonec steroidní akné a tvorba strií s 45 (20,1 %) respondenty. Všechny tyto odpovědi uvádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (2011). Oproti tomu velmi často zvolené nesprávné odpovědi byly: hypertrofie kůže a změny pigmentace s 30 (13,4 %) respondenty a dále nauzea a vomitus se stejným počtem respondentů. Důvodem je zřejmě nedostatek znalostí v oblasti nežádoucích účinků kortikosteroidů, a nebo také nedostatek znalostí v oblasti latinské terminologie (např. atrofie či hypertrofie kůže). Příjemným překvapením byly výsledky u otázky, která je zaměřená na zásady správného a bezpečného používání kortikosteroidů. Správné odpovědi byly: aplikace 1x denně se 47 (18,1 %) respondenty, aplikovat pouze bodovitě s 59 (22,8 %) respondenty, používat jen nezbytně nutné množství léku se 74 (28,6 %) respondenty a nakonec postupně snižovat aplikaci s 68 (26,3 %) respondenty. Tyto zásady při používání kortikosteroidů ve svém článku udává i Nevoralová (2013). Důvodem vysoké četnosti správných odpovědí jsou zřejmě dostatečné znalosti a zkušenosti s aplikací kortikosteroidů.

Dle posledního výzkumného předpokladu 3d mělo 53 % a více studentů dokázat vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro pacienta s psoriázou. Tento výzkumný předpoklad byl v souladu s výsledky výzkumného šetření. U otázky č. 22, zaměřené na nevhodná zaměstnání pro pacienta s psoriázou, bylo možné uvést více správných odpovědí. Dle stanoveného kritéria odpovědělo 63 (70,0 %) respondentů. Jak uvádí Navrátilová a Miklíková (2011), nevhodné jsou profese s velkým žářem a pocením (sklářský průmysl) a profese, kde působí velký chlad a voda (stavební průmysl). V následující otázce ohledně nevhodných sportů pro psoriatika, byly zcela očekávané výsledky. 43 (47,8 %) respondentů vybralo nesprávnou variantu plavání a lyžování. Důvodem je zřejmě spojitost mezi nepříznivým účinkem vody (u plavání) a chladu (u lyžování), jako tomu bylo u předchozí otázky o nevhodných zaměstnáních. O nevhodných sportech pro psoriatika se zmiňuje ve své knize i Benáková (2007). Správnou odpověď box, fotbal a hokej uvedlo 35 (38,9 %) respondentů. U poslední otázky č. 24, zaměřené na nevhodné domácí práce pro nemocného s psoriázou, byly příznivé výsledky dle očekávání. Správnou odpověď, mytí nádobí a praní prádla, uvedlo 73 (81,1 %) respondentů, což potvrzuje ve své knize i Pagano (2012).

5 Návrh doporučení pro praxi

Bakalářská práce byla zaměřená na znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze. Výzkumného šetření se zúčastnili studenti Fakulty zdravotnických studií Technické Univerzity v Liberci, Fakulty zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti studentů jsou v některých oblastech dostačující, např. v oblasti péče o psychiku nemocného s psoriázou. Avšak v jiných okruzích byly výsledky neuspokojivé, a to zejména v oblasti ošetrovatelské péče o kůži pacienta s psoriázou a v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů. Myslíme si, že právě v těchto důležitých oblastech, které patří především mezi kompetence všeobecných sester, by měli mít studenti oboru Všeobecná sestra jasné a ucelené znalosti, které by následně mohly využít ve své budoucí praxi. Při studiu ošetrovatelské péče v dermatologii chyběl ucelený učební materiál, který by se věnoval právě problematice psoriázy. Z těchto důvodů byla v rámci bakalářské práce vytvořena **studijní opora** (viz. Příloha F), která by mohla studentům Fakulty zdravotnických studií Technické Univerzity v Liberci sloužit po schválení jako studijní materiál v předmětu Ošetrovatelská péče ve vybraných oborech 1.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem znalostí studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. V teoretické části práce se v první kapitole rozebírá anatomie a fyziologie kůže, včetně patofyziologie a nejčastějších onemocnění podobných psoriáze. Druhá kapitola se zabývá samotnou psoriázou, její charakteristikou, etiopatogenezí a rizikovými faktory vzniku psoriázy. Dále pojednává o klinickém obraze, formách, diagnostice a léčbě psoriázy. Třetí kapitola se zaměřuje přímo na ošetrovatelskou péči u pacienta s tímto kožním onemocněním, zejména na ošetrovatelskou diagnostiku, dietu, péči o kůži, psychiku, aktivitu a odpočinek u postiženého psoriázou.

Na teoretickou část navazuje výzkumná část, ve které byly stanoveny 3 výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda studenti umí definovat onemocnění psoriáza. Dle výsledků výzkumného šetření studenti v 67,8 % umí definovat onemocnění psoriáza. Tento cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumem. Druhým cílem práce bylo zjistit, zda studenti mají znalosti o rizikových faktorech zhoršující stav psoriázy. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že studenti v 66,9 % znají alespoň 3 rizikové faktory zhoršující stav psoriázy. Druhý cíl byl splněn a výzkumný předpoklad č. 2 je v souladu s výzkumným šetřením. Třetím cílem bylo zjistit, zda studenti znají ošetrovatelskou péči u pacienta s psoriázou. K tomuto cíli byly stanoveny 4 výzkumné předpoklady. Z výzkumného šetření vyplynulo, že studenti v 35,0 % znají ošetrovatelskou péči o kůži pacienta s psoriázou. Výzkumný předpoklad č. 3a je tedy v souladu s výzkumným šetřením. Dále výzkumné šetření ukázalo, že studenti v 80,4 % znají ošetrovatelskou péči v oblasti péče o psychiku u nemocného s psoriázou. Výzkumná předpoklad č. 3b je tedy v souladu s výzkumem. Poté výzkumné šetření odhalilo, že studenti ve 43,3 % znají ošetrovatelskou péči v prevenci komplikací při použití kortikosteroidů. Zde výzkumný předpoklad č. 3c nebyl v souladu s výzkumným šetřením. Nakonec výzkumné šetření ukázalo, že studenti v 63,3 % dokážou vyjmenovat alespoň 3 aktivity nevhodné pro nemocného s psoriázou. Výzkumný předpoklad č. 3d je v souladu s výzkumem. I tento třetí cíl práce byl splněn.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že znalosti studentů jsou v některých oblastech nedostatečné. Ke zlepšení svých znalostí mohou studenti využít studijní oporu, která je výstupem této práce. Stanovené cíle práce byly splněny.

Seznam použité literatury

- ARENBERGEROVÁ, Monika, 2010. Psoriáza čili lupénka. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin*. **12**(14), 4-6. ISSN 1805-2355.
- BĚLOBRÁDEK, Michal, 2011. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-221-6.
- BENÁKOVÁ, Nina, 2007. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-966-5.
- BUČKOVÁ, Hana a Stanislava POLÁŠKOVÁ, 2013. Psoriáza u dětí. *Česko-slovenská dermatologie*. **88**(2), 59-71. ISSN 0009-0514.
- ČIHÁK, Radomír, 2016. *Anatomie 3. 3., uprav. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5636-3.
- DANIEL, David, 2013. Česká dermatologie je na světové úrovni. *Zdravotnické noviny*. **62**(23), 21. ISSN 1805-2355.
- DIABELKOVÁ, Jana a Kvetoslava RIMÁROVÁ, 2015. Vplyv fajčenia na kvalitu kože, starnutie kože a vybrané kožné ochorenia. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. **60**(2), 56-57. ISSN 1802-6281.
- DROZENOVÁ, Helena, 2009. Psoriáza. *Praktické lékařství*. **5**(5), 224-228. ISSN 1801-2434.
- DRUGA, R., M. GRIM a K. SMETANA, 2013. *Anatomie periferního nervového systému, smyslových orgánů a kůže*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-970-1.
- FIALOVÁ, Jorga a Jana HERCOGOVÁ, 2010. Psoriáza. *Postgraduální medicína*. **12**(4), 435-442. ISSN 1212-4184.
- HERCOGOVÁ, Jana, 2011. Psoriasis. *Česká dermatovenerologie*. **1**(1), 8-20. ISSN 1805-0611.
- JÍLKOVÁ, Jana, 2011. Aplikace biologické léčby v revmatologii a dermatologii. *Zdravotnické noviny*. **60**(11), 20-21. ISSN 1805-2355.
- KLOMÍNKOVÁ, Lenka, 2008. Lupénka je řešitelný problém. *Sestra*. **18**(4), 51-52. ISSN 1210-0404.

- KUKLOVÁ, Ivana a kol., 2011. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. Ediční řada pro VPL II. ISBN 978-80-87553-28-2.
- MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2008. Možnosti balneoterapie v současné farmakoterapii chronických dermatóz. *Dermatologie pro praxi*. **2**(1), 37-38. ISSN 1802-2960.
- MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2011. Moderní léčba psoriázy. *Sestra*. **21**(11), 30-31. ISSN 1210-0404.
- MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2014. Léčebné využití minerálních vod v dermatologii. *Dermatologie pro praxi*. **8**(2), 46-48. ISSN 1802-2960.
- MIKŠOVÁ, Markéta, 2011. Bude dermatovenerologie nežádoucím oborem? *Zdravotnické noviny*. **60**(4), 20-21. ISSN 1805-2355.
- NAVRÁTILOVÁ, Marie a Jana MIKLÍKOVÁ, 2011. Psoriáza - možnosti léčby, edukace pacienta. *Dermatologie pro praxi*. **5**(4), 230-231. ISSN 1802-2960.
- NEDOROSTOVÁ, Běla, 2010. Dětská kožní onemocnění a jejich léčba. *Zdravotnické noviny*. **59**(1-2), 19-21. ISSN 1805-2355.
- NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4402-5.
- NEŠPOR, Karel a Alžběta BABKOVÁ, 2012. Co uvolnit a proč? *Česko-slovenská pediatrie*. **67**(2), 133-135. ISSN 0069-2328.
- NEVORALOVÁ, Zuzana, 2013. Lokální léčba lupénky. *Praktické lékárenství*. **9**(2), 59-62. ISSN 1801-2434.
- OBSTOVÁ, Iva, 2016. Terapie psoriázy. *Praktické lékárenství*. **12**(1), 12-15. ISSN 1801-2434.
- OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ, 2012. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2804-2.
- PAGANO, John O. A., 2012. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-556-5.
- PAVELKA, Karel a kol., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5048-4.

PEŇÁZOVÁ, Veronika, 2007. Lupénka. *Dermatologie pro praxi*. **1**(4), 184-187. ISSN 1802-2960.

SKÁLOVÁ, Andrea, 2015. Výdaje na léčbu lupénky stouply, pacienti však žijí kvalitněji. *Zdravotnictví a medicína*. **17**(11), 49. ISSN 2336-2987. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vydaje-na-lecbu-lupenky-stouply-pacienti-vsak-ziji-kvalitneji-480516>

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, 2011. Farmakoterapie psoriázy. *Farmakoterapeutické informace*. **2011**(2), 1-4. ISSN 1211-0647.

STERRY, W., R. SABAT a S. PHILIPP, eds., 2015. *Psoriasis: diagnosis and management*. Chichester: Wiley Blackwell. ISBN 978-0-470-65736-2.

ŠTOLFA, Jiří a kol., 2007. *Psoriatická artritida a psoriáza*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-002-1.

ŠTORK, Jiří a kol., 2013. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-898-8.

TICHÝ, Martin a Dagmar DITRICOVÁ, 2010. Psoriáza kštice a aktuální léčebné možnosti. *Dermatologie pro praxi*. **4**(3), 131-134. ISSN 1802-2960.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VAŠKŮ, Vladimír, 2009. Komorbidity u psoriázy, nový pohled na staré onemocnění. *Dermatologie pro praxi*. **3**(2), 63-66. ISSN 1802-2960.

VAŠKŮ, Vladimír, 2015. *Psoriáza: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-430-2.

ŽILKOVÁ, Blanka, 2008. Kazuistika pacientky s lupénkou. *Sestra*. **18**(4), 52-53. ISSN 1210-0404.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Ročník studia respondentů
Tabulka č. 2	Forma studia respondentů
Tabulka č. 3	Předchozí studium respondentů
Tabulka č. 4	Pojem psoriáza
Tabulka č. 5	Infekčnost psoriázy
Tabulka č. 6	Lokalizace, které psoriáza postihuje
Tabulka č. 7	Věkové období propuknutí psoriázy
Tabulka č. 8	Dědičnost psoriázy
Tabulka č. 9	Rizikové faktory psoriázy
Tabulka č. 10	Potraviny jako rizikový faktor psoriázy
Tabulka č. 11	Rizikové léky pro vznik psoriázy
Tabulka č. 12	Léčebné účinky keratolytik
Tabulka č. 13	Léčebné masti
Tabulka č. 14	Hygiena pacienta s psoriázou
Tabulka č. 15	Péče o psoriázu kůže
Tabulka č. 16	Psychické projevy
Tabulka č. 17	Pomoc v oblasti psychiky
Tabulka č. 18	Intervence v oblasti psychiky
Tabulka č. 19	Léčebné účinky kortikosteroidů
Tabulka č. 20	Nežádoucí účinky kortikosteroidů
Tabulka č. 21	Zásady používání kortikosteroidů
Tabulka č. 22	Nevhodná zaměstnání
Tabulka č. 23	Nevhodné sporty
Tabulka č. 24	Nevhodné domácí práce
Tabulka č. 25	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1
Tabulka č. 26	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2
Tabulka č. 27	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3a
Tabulka č. 28	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3b
Tabulka č. 29	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3c
Tabulka č. 30	Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3d

Seznam grafů

Graf č. 1	Ročník studia respondentů
Graf č. 2	Forma studia respondentů
Graf č. 3	Předchozí studium respondentů
Graf č. 4	Pojem psoriáza
Graf č. 5	Infekčnost psoriázy
Graf č. 6	Lokalizace, které psoriáza postihuje
Graf č. 7	Věkové období propuknutí psoriázy
Graf č. 8	Dědičnost psoriázy
Graf č. 9	Rizikové faktory psoriázy
Graf č. 10	Potraviny jako rizikový faktor psoriázy
Graf č. 11	Rizikové léky pro vznik psoriázy
Graf č. 12	Léčebné účinky keratolytik
Graf č. 13	Léčebné masti
Graf č. 14	Hygiena pacienta s psoriázou
Graf č. 15	Péče o psoriázu kůže
Graf č. 16	Psychické projevy
Graf č. 17	Pomoc v oblasti psychiky
Graf č. 18	Intervence v oblasti psychiky
Graf č. 19	Léčebné účinky kortikosteroidů
Graf č. 20	Nežádoucí účinky kortikosteroidů
Graf č. 21	Zásady používání kortikosteroidů
Graf č. 22	Nevhodná zaměstnání
Graf č. 23	Nevhodné sporty
Graf č. 24	Nevhodné domácí práce

Seznam příloh

Příloha A	Dotazník
Příloha B	Protokol k provádění výzkumu (Liberec)
Příloha C	Protokol k provádění výzkumu (Ústí nad Labem)
Příloha D	Protokol k provádění výzkumu (České Budějovice)
Příloha E	Předvýzkum
Příloha F	Studijní opora

Příloha A Dotazník

Vážení studenti,

jmenuji se Romana Šrajeroová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Ráda bych Vás tímto poprosila o spolupráci a požádala Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako podklad pro výzkumné šetření bakalářské práce na téma: „Znalosti studentů oboru Všeobecná sestra o psoriáze“.

Dotazník je zcela anonymní. Pokud není uvedeno jinak, je vždy 1 správná odpověď. V případě více správných odpovědí bude upozornění uvedeno v závorce za otázkou.

Děkuji mockrát za Vaši trpělivost a ochotu.

1. Jaký ročník studujete?

- a) 2. ročník
- b) 3. ročník

2. Jakou formu studia studujete?

- a) prezenční
- b) kombinovanou

3. Jaká škola předcházela studiu na vysoké škole?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Gymnázium
- c) Vyšší odborná škola zdravotnická
- d) Jiná (jaká, obor)

4. Psoriáza nebo-li lupénka je:

- a) chronické nezápálivé onemocnění kůže, často se vyskytující
- b) chronické zápalivé onemocnění nehtů, často se vyskytující
- c) chronické zápalivé onemocnění kůže, často se vyskytující
- d) chronické nezápálivé onemocnění kůže, ojediněle se vyskytující

5. Je psoriáza infekční?

- a) ano
- b) ne

6. Psoriáza postihuje:

- a) pouze kůži
- b) kůži, nehty a klouby
- c) kůži a sliznice
- d) žádná odpověď není správná

7. V jakém věkovém období může psoriáza propuknout?

- a) v dětství
- b) v období dospívání
- c) v dospělosti
- d) v jakémkoliv věku

8. Je psoriáza dědičná?

- a) ano, každý kdo má rodiče s psoriázou ji má také
- b) ano, ale nemusí propuknout u každého
- c) ne, dědičnost na toto onemocnění nemá žádný vliv

9. Co patří mezi rizikové faktory psoriázy? (více správných odpovědí)

- a) infekce (především infekce horních cest dýchacích)
- b) alkohol a kouření
- c) stres a nepravidelný životní rytmus
- d) dehydratace
- e) poranění a spálení kůže
- f) podráždění kůže detergenty
- g) sedavé zaměstnání

10. Jaké potraviny se řadí k rizikovým faktorům? (více správných odpovědí)

- a) živočišné tuky
- b) červené maso
- c) rybí tuk

- d) pikantní a ostře kořeněná jídla
- e) ovoce a zelenina

11. Jaké léky patří mezi rizikové pro vznik psoriázy?

- a) lithium, antimalarika, beta-blokátory a nesteroidní antiflogistika
- b) lithium, antimalarika, antacida a hormonální antikoncepce
- c) beta-blokátory, nesteroidní antiflogistika, diuretika a laxativa
- d) multivitaminové a multiminerální přípravky

12. V začátku léčby používáme keratolytika, které způsobí?

- a) ztvrdnutí šupin a zmírnění zánětu kůže
- b) změkčení a zmírnění svědění kůže
- c) ztvrdnutí a lepší zhojení šupin kůže
- d) změkčení a odstranění šupin kůže

13. Jaké další léčebné masti jsou k léčbě psoriázy vhodné? (více správných odpovědí)

- a) deriváty vitamínu A a D
- b) deriváty vitamínu C
- c) kortikosteroidy
- d) antimykotika
- e) kamenouhelný dehet

14. Co použijeme k hygieně pacienta s psoriázou?

- a) neparfemované mýdlo
- b) koupelová emolienca
- c) vyživující sprchový gel s mlékem a medem
- d) pouze vlažnou vodu

15. Při péči o psoriázu kůže (vyberte pravdivá tvrzení):

- a) je vhodné používat lotia, roztoky a šampony
- b) je vhodné používat masti, krémy a šampony
- c) se využívají šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou a octovou či propolis

- d) se využívají šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou, ureu či mořskou sůl

16. Jak se projevují psychické problémy u pacienta s psoriázou?

- a) úzkost, deprese, halucinace a bludy
- b) úzkost, deprese, mentální anorexie
- c) pocit studu a méněcennosti, spánkové děsy
- d) pocit studu a méněcennosti, úzkost, deprese

17. Co pomůže pacientovi s psoriázou v oblasti psychiky? (více správných odpovědí)

- a) naučit se kombinovat oblečení tak, aby odpoutal pozornost od partií zasažených psoriázou
- b) nevycházet moc často mezi lidi, především na místa s jejich vysokou koncentrací
- c) seznámit se se stejně nemocnými lidmi
- d) používat krycí a korekční prostředky (make-upy, korektory)
- e) nemluvit o své nemoci

18. Jaké intervence může poskytnout všeobecná sestra nemocnému v oblasti psychiky? (více správných onemocnění)

- a) bio-psycho-sociální přístup k pacientovi (vytvoří vzájemnou důvěru)
- b) zajímá se a mluví o pacientových problémech
- c) zahájí psychoterapii
- d) doporučí relaxační techniky (jako je např. jóga)
- e) zajistí psychiatrické konzilium
- f) podá antipsychotika
- g) zajistí dostatek informací o onemocnění a jeho léčbě

19. Jaké jsou léčebné účinky kortikosteroidů?

- a) antiproliferativní, imunosupresivní a protizánětlivé
- b) protizánětlivé, sedativní a antiproliferativní
- c) proliferativní, imunosupresivní a prozánětlivé
- d) imunosupresivní, protizánětlivé a analgetické

20. Co patří mezi nežádoucí účinky kortikosteroidů? (více správných odpovědí)

- a) atrofie kůže, změny pigmentace
- b) hypertrichóza (nadměrné ochlupení), teleangiektázie
- c) hypertrofie kůže, změny pigmentace
- d) zpomalené hojení ran
- e) steroidní akné, tvorba strií
- f) hypotrichóza (snížené ochlupení), teleangiektázie
- g) nauzea, vomitus

21. Jaké jsou zásady správného a bezpečného používání kortikosteroidů? (více správných odpovědí)

- a) aplikace 1x denně, optimálně na noc
- b) aplikovat pouze bodovitě, na postižené partie
- c) aplikace 4x denně; ráno, v poledne, odpoledne a večer
- d) používat jen nezbytně nutné množství léku
- e) aplikovat celoplošně, aby byl dostatečný léčebný efekt
- f) vždy vysazovat náhle
- g) postupně snižovat aplikaci - tzv. ústupová léčba

22. Jaká zaměstnání nejsou vhodná pro pacienta s psoriázou? (více správných odpovědí)

- a) povolání s velkým žářem a pocením (např. sklářský průmysl)
- b) sedavé zaměstnání (např. administrativní činnost)
- c) povolání, kde působí velký chlad a voda (např. stavební průmysl)
- d) doprava, logistika a zásobování

23. Jaké sporty nejsou vhodné pro nemocného s psoriázou?

- a) plavání, lyžování
- b) turistika, jízda na kole
- c) posilování, tanec
- d) box, fotbal, hokej




24. Jaké domácí práce patří mezi nevyhovující pro pacienta s psoriázou?

- a) luxování, zametání


- b) vaření, žehlení
- c) mytí nádobí, praní prádla
- d) utírání prachu

Příloha B Protokol k provádění výzkumu (Liberec)

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠRAJEROVÁ ROMANA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta D14000063	Ročník 3.
Téma práce	ZNALOSTI STUDENTŮ OBORU VĚDEČNÁ SESTRA O PŮDÍAZE	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <p style="text-align: right;">podpis</p>	
Datum zahájení výzkumu	duben 2017	
Datum ukončení výzkumu	květen 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	25	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		



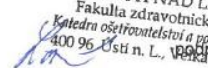
V LIBERCI dne 28.4. 2017


 podpis studenta



Příloha C Protokol k provádění výzkumu (Ústí nad Labem)

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠRAJEROVÁ ROMANA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta D14 000063	Ročník 3.
Téma práce	ZNALOSTI STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA O PSORIAZE	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM, FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ	
Jméno vedoucího práce	MgA. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ v ÚSTÍ NAD LABEM -1- Fakulta zdravotnických studií Katedra ošetrovatelství a porodní asistence 400 96 Ústí n. L., Větrná třída č. 13	
Datum zahájení výzkumu	duben 2017	
Datum ukončení výzkumu	červen 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	25	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		



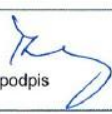
V ... LIBERCI ... dne 28. 4. 2017


 podpis studenta

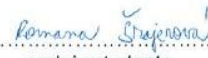


Příloha D Protokol k provádění výzkumu (České Budějovice)

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠRAJTEROVÁ ROMANA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta 214000063	Ročník 3.
Téma práce	ZNALOSTI STUDENTŮ OBORU VĚDEČNÁ SESTRA O PSDIÁŽE	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA	
Jméno vedoucího práce	MgA. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Datum zahájení výzkumu	duben 2017	
Datum ukončení výzkumu	srpen 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	25	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 28. 4. 2017.


 podpis studenta



Příloha E Předvýzkum

1. Jaký ročník studujete?		
	n_i [-]	f_i [%]
2. ročník	0	0,0 %
3. ročník	10	100,0 %
Σ	10	100,0 %
2. Jakou formu studia studujete?		
	n_i [-]	f_i [%]
prezenční	10	100,0 %
kombinovanou	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %
3. Jaká škola předcházela studiu na vysoké škole?		
	n_i [-]	f_i [%]
Střední zdravotnická škola	8	80,0 %
Gymnázium	2	20,0 %
Vyšší odborná škola zdravotnická	0	0,0 %
Jiná (jaká, obor)	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %
4. Psoriáza nebo-li lupénka je:		
	n_i [-]	f_i [%]
chronické nezánettivé onemocnění kůže, často se	7	70,0 %
chronické zánětivé onemocnění nehtů, často se	0	0,0 %
chronické zánětivé onemocnění kůže, často se vyskytující	3	30,0 %
chronické nezánettivé onemocnění kůže, ojediněle se	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %
5. Je psoriáza infekční?		
	n_i [-]	f_i [%]
ano	0	0,0 %
ne	10	100,0 %
Σ	10	100,0 %
6. Psoriáza postihuje:		
	n_i [-]	f_i [%]
pouze kůži	6	60,0 %
kůži, nehty a klouby	4	40,0 %
kůži a sliznice	0	0,0 %
žádná odpověď není správná	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

7. V jakém věkovém období může psoriáza propuknout?		
	n_i [-]	f_i [%]
v dětství	0	0,0 %
v období dospívání	1	10,0 %
v dospělosti	1	10,0 %
v jakémkoliv věku	8	80,0 %
Σ	10	100,0 %
8. Je psoriáza dědičná?		
	n_i [-]	f_i [%]
ano, každý kdo má rodiče s psoriázou ji má také	0	0,0 %
ano, ale nemusí propuknout u každého	9	90,0 %
ne, dědičnost na toto onemocnění nemá žádný vliv	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %
9. Co patří mezi rizikové faktory psoriázy? (více správných odpovědí)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 3 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n_i [-]	f_i [%]
infekce (především infekce horních cest dýchacích)	2	6,5 %
alkohol a kouření	7	22,6 %
stres a nepravidelný životní rytmus	7	22,6 %
dehydratace	4	12,9 %
poranění a spálení kůže	3	9,7 %
podráždění kůže detergenty	7	22,6 %
sedavé zaměstnání	1	3,2 %
Σ	31	100,0 %
správné zodpovězení otázky	3	30,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	7	70,0 %
10. Jaké potraviny se řadí k rizikovým faktorům? (více správných odpovědí)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n_i [-]	f_i [%]
živočišné tuky	6	25,0 %
červené maso	7	29,2 %
rybí tuk	0	0,0 %
pikantní a ostře kořeněná jídla	10	41,7 %
ovoce a zelenina	1	4,2 %
Σ	24	100,0 %
správné zodpovězení otázky	9	90,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	1	10,0 %
11. Jak léky patří mezi rizikové pro vznik psoriázy?		
	n_i [-]	f_i [%]
lithium, antimalarika, beta-blokátory a nesteroidní antiflogistika	3	30,0 %

lithium, antimalarika, antacida a hormonální antikoncepce	5	50,0 %
beta-blokátory, nesteroidní antiflogistika, diuretika a	1	10,0 %
multivitaminové a multiminerální přípravky	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %
12. V začátku léčby používáme keratolytika, které způsobí?		
	$n_i [-]$	$f_i [%]$
ztvrdnutí šupin a zmírnění zánětu kůže	0	0,0 %
změkčení a zmírnění svědění kůže	4	40,0 %
ztvrdnutí a lepší hojení šupin kůže	3	30,0 %
změkčení a odstranění šupin kůže	3	30,0 %
Σ	10	100,0 %
13. Jaké další léčebné masti jsou k léčbě psoriázy vhodné? (více správných)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	$n_i [-]$	$f_i [%]$
deriváty vitamínu A a D	8	34,8 %
deriváty vitamínu C	0	0,0 %
kortikosteroidy	10	43,5 %
antimykotika	5	21,7 %
kamenouhelný dehet	0	0,0 %
Σ	23	100,0 %
správné zodpovězení otázky	5	50,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	5	50,0 %
14. Co použijeme k hygieně pacienta s psoriázou?		
	$n_i [-]$	$f_i [%]$
neparfemované mýdlo	7	70,0 %
koupelová emoliencia	1	10,0 %
vyživující sprechový gel s mlékem a medem	0	0,0 %
pouze vlažnou vodu	2	20,0 %
Σ	10	100,0 %
15. Při péči o psoriázu kůže (vyberte pravdivá tvrzení):		
Kritérium je zodpovězení všech správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	$n_i [-]$	$f_i [%]$
je vhodné používat lotia, roztoky a šampony	3	23,1 %
je vhodné používat masti, krémy a šampony	1	7,7 %
se využívají šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou a octovou či propolis	4	30,8 %
se využívají šampony obsahující dehet, kyselinu salicylovou, ureu či mořskou sůl	5	38,5 %
Σ	13	100,0 %
správné zodpovězení otázky	1	10,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	9	90,0 %

16. Jak se projevují psychické problémy u pacienta s psoriázou?		
	n_i [-]	f_i [%]
úzkost, deprese, halucinace a bludy	0	0,0 %
úzkost, deprese, mentální anorexie	0	0,0 %
pocit studu a méněcennosti, spánkové děsy	0	0,0 %
pocit studu a méněcennosti, úzkost, deprese	10	100,0 %
Σ	10	100,0 %
17. Co pomůže pacientovi s psoriázou v oblasti psychiky? (více správných)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n_i [-]	f_i [%]
naučit se kombinovat oblečení tak, aby odpoutal pozornost od partií zasažených psoriázou	9	33,3 %
nevycházet moc často mezi lidi, především na místa s jejich vysokou koncentrací	1	3,7 %
seznámit se se stejně nemocnými lidmi	10	37,0 %
používat krycí a korekční prostředky (make-upy,	5	18,5 %
nemluvit o své nemoci	2	7,4 %
Σ	27	100,0 %
správné zodpovězení otázky	7	70,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	3	30,0 %
18. Jaké intervence může poskytnout všeobecná sestra nemocnému v oblasti psychiky? (více správných odpovědí)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 3 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n_i [-]	f_i [%]
bio-psycho-sociální přístup k pacientovi (vytvoří vzájemnou důvěru)	10	22,2 %
zajímá se a mluví o pacientových problémech	10	22,2 %
zahájí psychoterapii	1	2,2 %
doporučí relaxační techniky (jako je např. jóga)	8	17,8 %
zajistí psychiatrické konzilium	4	8,9 %
podá antipsychotika	3	6,7 %
zajistí dostatek informací o onemocnění a jeho léčbě	9	20,0 %
Σ	45	100,0 %
správné zodpovězení otázky	5	50,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	5	50,0 %
19. Jaké jsou léčebné účinky kortikosteroidů?		
	n_i [-]	f_i [%]
antiproliferativní, imunosupresivní a protizánětlivé	4	40,0 %
protizánětlivé, sedativní a antiproliferativní	2	20,0 %
proliferační, imunosupresivní a prozánětlivé	1	10,0 %
imunosupresivní, protizánětlivé a analgetické	3	30,0 %
Σ	10	100,0 %

20. Co patří mezi nežádoucí účinky kortikosteroidů? (více správných odpovědí)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 2 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n _i [-]	f _i [%]
atrofie kůže, změny pigmentace	5	20,8 %
hypertrichóza (nadměrné ochlupení), teleangiektázie	3	12,5 %
hypertrofie kůže, změny pigmentace	2	8,3 %
zpomalené hojení ran	1	4,2 %
steroidní akné, tvorba strií	6	25,0 %
hypotrichóza (snížené ochlupení), teleangiektázie	2	8,3 %
nauzea, vomitus	5	20,8 %
Σ	24	100,0 %
správné zodpovězení otázky	4	40,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	6	60,0 %
21. Jaké jsou zásady správného a bezpečného používání kortikosteroidů? (více správných odpovědí)		
Kritérium je zodpovězení alespoň 3 správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n _i [-]	f _i [%]
aplikace 1x denně, optimálně na noc	3	10,7 %
aplikovat pouze bodovitě, na postižené partie	7	25,0 %
aplikace 4x denně; ráno, v poledne, odpoledne a večer	2	7,1 %
používat jen nezbytně nutné množství léku	8	28,6 %
aplikovat celoplošně, aby byl dostatečně léčebný efekt	0	0,0 %
vždy vysazovat náhle	0	0,0 %
postupně snižovat aplikaci - tzv. ústupová léčba	8	28,6 %
Σ	28	100,0 %
správné zodpovězení otázky	6	60,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	4	40,0 %
22. Jaká zaměstnání nejsou vhodná pro pacienta s psoriázou? (více správných odpovědí)		
Kritérium je zodpovězení všech správných odpovědí a žádné nesprávné odpovědi.	n _i [-]	f _i [%]
povolání s velkým žářem a pocením (např. sklářský	9	45,0 %
sedavé zaměstnání (např. administrativní činnost)	0	0,0 %
povolání, kde působí velký chlad a voda (např. stavební průmysl)	8	40,0 %
doprava, logistika a zásobování	3	15,0 %
Σ	20	100,0 %
správné zodpovězení otázky	6	60,0 %
nesprávné zodpovězení otázky	4	40,0 %
23. Jaké sporty nejsou vhodné pro nemocného s psoriázou?		
	n _i [-]	f _i [%]
plavání, lyžování	9	90,0 %

turistika, jízda na kole	0	0,0 %
posilování, tanec	0	0,0 %
box, fotbal, hokej	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %
24. Jaké domácí práce patří mezi nevyhovující pro pacienta s psoriázou?		
	n_i [-]	f_i [%]
luxování, zametání	1	10,0 %
vaření, žehlení	0	0,0 %
mytí nádobí, praní prádla	9	90,0 %
utírání prachu	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

Příloha F Studijní opora



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

Psoriáza

Ošetrovatelská péče ve vybraných oborech 1

Studijní opora

Romana Šrajerová

Liberec 2017

Obsah











Úvod.....	2
Seznam použitých zkratk	3
1 Psoriáza.....	4
1.1 Charakteristika onemocnění.....	4
1.2 Rizikové faktory vzniku psoriázy	5
1.3 Klinický obraz.....	5
1.4 Diagnostika psoriázy.....	6
1.5 Léčba psoriázy	7
2 Ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou.....	8
2.1 Dieta a doplňky stravy	9
2.2 Péče o kůži	9
2.3 Psychika a tělesný komfort	11
2.4 Aktivita a odpočinek	13
Seznam použité literatury	15

Úvod

Studijní opora do předmětu Ošetrovatelská péče ve vybraných oborech 1 je zaměřena na problematiku psoriázy. Klade si za úkol seznámit studenty s charakteristikou onemocnění, rizikovými faktory vzniku psoriázy, klinickým obrazem, diagnostikou a léčbou psoriázy. Dále také s velmi podstatnou problematikou, kterou je ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou.

Studijní opora je určena pro studenty prezenční a kombinované formy studia bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Použité symboly a jejich význam:

	Cíl studijní opory, tématu
	Doba ke studiu: potřebný čas k prostudování dané problematiky
	Klíčová slova
	Odborná terminologie
	Výklad
	Multimediální přednáška
	Shrnutí
	Kontrolní otázky, cvičení, úkoly
	Seznam použité literatury
	Seznam obrázků a tabulek

Seznam použitých zkratk

%	procento
µg	mikrogram
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
např.	například
nm	nanometr
pH	potential of hydrogen
SPAЕ	Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků
tzv.	takzvaný
UVB záření	ultrafialové (ultraviolet) B záření

1 Psoriáza



Po prostudování této kapitoly a příslušné doporučené literatury dokážete:

- popsat onemocnění psoriáza
- vyjmenovat rizikové faktory vzniku psoriázy
- popsat klinický obraz psoriázy
- popsat diagnostické postupy u psoriázy
- rozlišit lokální a celkovou léčbu psoriázy
- vyjmenovat zásady ošetrovatelské péče u pacienta s psoriázou
- aplikovat získané poznatky v rámci ošetrovatelského procesu



4 hodiny



psoriáza, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostika, léčba, ošetrovatelská péče



psoriasis vulgaris, makulopapula, Auspitzův fenomén, kožní adnexa, keratolytika, epidermis, keratinocyty, atrofie kůže, emolienca, dermatologie



1.1 Charakteristika onemocnění

Psoriasis vulgaris (psoriáza, lupénka) je definována jako **časté, neinfekční, zánětlivé, autoimunitní kožní onemocnění**. Má chronický průběh s velkým sklonem k recidivám. Touto nemocí trpí zhruba 2 % středoevropské populace. Četnost tohoto onemocnění stoupá a psoriáza je řazena mezi civilizační choroby. Vznik onemocnění je možný v jakémkoliv věku. Svoje první maximum zaznamenává mezi 15.-25. rokem a druhé, méně významné maximum je mezi 57.-60. rokem (Diabelková a Rimárová, 2015).

1.2 Rizikové faktory vzniku psoriázy

Na vzniku této multifaktoriální zánětlivé kožní choroby pokládáné za autoimunitní onemocnění se podílejí především **dědičnost a tzv. spouštěcí - rizikové faktory**. Zhruba u 30 % nemocných je potvrzena pozitivní rodinná anamnéza. Psoriáza se častěji dědí po otci. Pokud tímto onemocněním trpí jeden z rodičů, pak je přibližně 10 až 20% pravděpodobnost, že takto nemocné bude i jejich dítě. Jestliže mají psoriázu oba rodiče, pak je až 50% riziko vzniku tohoto onemocnění rovněž u jejich dítěte (Bělobrádek, 2011).

Vnitřní rizikové faktory:

- **infekce** - nejčastěji streptokoková infekce horních cest dýchacích, tudíž angína (Olejárová a Fialová, 2012)
- **metabolické faktory** - období puberty, období po porodu, hypokalciemie (Vašků, 2015)
- **životospráva** - alkohol, kouření, stres, spánková deprivace, nepravidelný životní rytmus (Bučková a Polášková, 2013)
- **léky** - soli lithia, antimalarika, beta-blokátory, nesteroidní antiflogistika (Vašků, 2015)
- **jiná onemocnění** - diabetes mellitus, obezita (Bučková a Polášková, 2013)

Vnější rizikové faktory:

- **fyzikální faktory** - poranění, tření, stírdavý tlak, spálení kůže
- **chemické faktory** - podráždění kůže detergenty (syntetické čisticí či prací prostředky)
- **poruchy imunity** (Bučková a Polášková, 2013)

1.3 Klinický obraz

Charakteristickými projevy psoriázy jsou:

- plochá, červená, **ostře ohraničená makulopapula**, která je krytá odlučitelnou bělavou šupinou

- **snadné odstranění šupiny nehtem**, které se přirovnává ke škrábání voskové svíčky
- **tečkovité krvácení** (tzv. Auspitzův fenomén), který se objevuje po odloučení šupiny
- **svědění** (subjektivní příznak), které se objevuje především při exacerbaci nemoci
- **predilekční lokalizace** jsou hlavně místa, na která působí tlak (lokty, křížová krajina, kolena) (Štolfa a kol., 2007)

CAVE: psoriáza nepostihuje pouze kůži, ale také nehty (psoriasis unguium) či klouby (arthritis psoriatica) (Bělobrádek, 2011).

1.4 Diagnostika psoriázy

U majoritní části případů diagnostiky psoriázy si vystačíme s důkladným klinickým vyšetřením do kterého patří:

- **podrobná rodinná anamnéza** (především výskyt psoriázy v rodině či u příbuzných)
- **sociální a pracovní anamnéza** (ekonomické poměry nemocného, ekonomická situace rodiny, rozsah pracovní zátěže nemocného, spokojenost ve své profesi aj.) (Vašků, 2015)
- **vyšetření pohledem a posouzení kožních projevů** (provádí dermatolog - vyšetří celý kožní povrch, zejména nehty, kůži kštiny, uši a nesmí opomenout i místa zapárkových oblastí včetně perigenitální a perianální, dále také sliznici dutiny ústní) (Štolfa a kol., 2007)

Mezi doplňující vyšetření patří:

- **histologické vyšetření** (u méně charakteristických případů - nedostatečný kožní nález)
- **rentgenologické a revmatologické vyšetření** (u suspekce na psoriatickou artritidu) (Bělobrádek, 2011)

Ošetrovatelská diagnostika psoriázy:

- **zhodnocení stavu kůže** (všeobecná sestra realizuje při přijetí pacienta, spadá do základního screeningového vyšetření) - všeobecná sestra zhodnotí pohledem, eventuálně pohmatem:
 - **barvu kůže**
 - **veškeré kožní léze** (u psoriázy se vyskytují šedorůžové kožní změny kolem loktů a kolen mající různý tvar)
 - **vlhkost kůže** (u psoriázy bývá kůže suchá a olupuje se)
 - **teplotu kůže**
 - **kožní turgor** (napětí kůže)
 - **kožní adnexa** (změny vlasů a nehtů, na nehtech se mohou vyskytovat drobné bodovité jamky jako po špendlíku svědčící pro psoriázu) (Nejedlá, 2015)

1.5 Léčba psoriázy

Ačkoliv je psoriáza v dnešní době **velmi dobře léčitelná, není vyléčitelná**. Znamená to tedy, že soudobé možnosti léčby vedou ke zřetelné úlevě a redukci psoriatických ploch, a tím poskytují plnohodnotný návrat do společnosti. Bohužel stále není možné zamezit recidivám a zajistit trvalé vyléčení (Macháčková, 2011).

Lokální léčba:

- **u nemocných s menším postižením je dostačující**
- **keratolytika**, látky působící změkčení a odstranění šupin (Fialová a Hercogová, 2010)
- **lokální kortikosteroidy** s antiproliferativním, imunosupresivním a protizánětlivým účinkem (Obstová, 2016)
- **analogy vitamínu D**, která snižují hyperproliferaci epidermis a naopak zvyšují diferenciaci keratinocytů
- **kamenouhelný dehet**, který se obvykle používá vpravený do vazelinového masťového základu (Nevoralová, 2013)

- **fototerapie** (léčba světlem) - můžeme použít lokální či celotělové ozařování, frekvence je zpočátku 3-5x týdně a poté 2-3x týdně, celková léčba světlem trvá zhruba 2 až maximálně 3 měsíce (Obstová, 2016)
- **balneoterapie** (balnea - léčebná koupel) - pro psoriáty jsou vhodné zejména koupele solné a sírné (Macháčková, 2008)
- **laseroterapie**, kdy se využívá tzv. excimerový laser 308 nm (Obstová, 2016)

Celková léčba:

- zejména u těžších forem psoriázy s rozsáhlejším kožním postižením nebo u psoriázy, která nedostatečně reaguje na léčbu lokální
- v ČR dvě linie celkové léčby:
 - první linie zahrnuje **acitretin, cyklosporin A a metotrexát**
 - druhou linií tvoří **biologika** jako je **adalimumab, etanercept a infliximab** (Nevoralová, 2013)
 - podávají se parenterálně (injekčním perem, podkožní injekcí či infuzí)
 - frekvence aplikace od 1-2x týdně až po jednu injekci za 12 týdnů
 - v ČR je léčba psoriázy biologiky od roku 2005
 - nežádoucí účinky: infekční onemocnění a lokální reakce (v místě aplikace se objeví ohraničený erytém a edém, který v průběhu několika dní spontánně vymizí) (Fialová a Hercogová, 2010)

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s psoriázou

Psoriáza se řadí k onemocněním s nepředvídatelným průběhem, který provází pacienta prakticky po celý život. Omezuje nemocného v každodenním životě a také negativně působí na jeho psychický stav. Nejenom proto je u pacienta **nutný individuální, odborný a empatický přístup** (Fialová a Hercogová, 2010). Ošetřování psoriázy není jednoduché, neboť na jejím vzniku se podílí řada nejrůznějších faktorů. Od nich se odvíjí to, zda bude terapie probíhat ambulantně či za hospitalizace. Jelikož doposud neznáme přesnou příčinu onemocnění, je terapie zaměřená zejména na zklidnění lokálního nálezu místními či celkovými prostředky (Arenbergerová, 2010).

2.1 Dieta a doplňky stravy

Neexistuje žádná specifická dieta, která by měla blahodárné účinky na psoriázu.

V zásadě je nutné, aby pacienti **dodržovali pravidla racionální výživy**:

- **omezit živočišné tuky a tzv. červená masa** (hovězí, vepřové, skopové a zvěřina)
- **prospěšné je konzumování tučných ryb** (např. makrela, tuňák, sled' či losos)
- **dostatek ovoce a zeleniny**
- **nevhodné potraviny** (především ve větším množství) jsou pikantní a ostře kořeněná jídla, tučná masa, slané chipsy, ořechy, exotické ovoce a citrusy, pochutiny sýtající chemická barviva a konzervanty (Peňázová, 2007)

U **akutních stavů** psoriázy se doporučuje **nedráždivá dieta** (restrikce živočišných tuků, tučných výrobků, bílého pečiva, konzervovaných potravin, dále omezení kávy a alkoholu, kouření, aromatických čajů a citrusových plodů). U **generalizovaných stavů** se klade důraz na **pítí bylinných čajů a minerálních vod** a dále na **používání rybího tuku či pupalkového oleje** (Hercogová, 2011).

Doplňky stravy

- doporučují se užívat **multivitaminové a multiminerální přípravky**, které by měly zahrnovat 200 µg chromu a 75 µg selenu
- vysoce účinnými antioxidanty jsou **vitamíny C a E**, které mohou zamezit poškození kožních buněk
- **zinek** je nepostradatelný k udržování zdravé kůže i nehtů a napomáhá hojení (Peňázová, 2007)

2.2 Péče o kůži

Léčebné přípravky (jako jsou **masti, krémy, mléka či roztoky**) tvoří základ pro léčbu méně závažných a slouží jako doplněk léčby těžších forem psoriázy.

Úspěšnost lokální léčby závisí na:

- korektní **technice ošetření** (frekvence aplikace, množství přípravku, doba aplikace, technika aplikace otevřená nebo okluzivní apod.)
- **způsobu skladování léčiv** (při pokojové teplotě, v lednici atd.)
- **nabírání léčiv** (zabránit bakteriální kontaminaci)
- **pečlivosti a pravidelnosti ošetřování kůže**
- **znalostech, předcházení či rozpoznání** případných místních vedlejších a nežádoucích účinků (Navrátilová a Miklíková, 2011)

Nežádoucí účinky kortikosteroidů:

- atrofie kůže a změny pigmentace
- teleangiektázie (trvalé rozšíření kapilár viditelných na kůži v podobě červených nitek)
- delší doba hojení ran
- steroidní akné a tvorba strií
- hypertrichóza (nadměrné ochlupení)
- tachyfylaxe (ztráta účinku léčby)
- rebound fenomén (zhoršení stavu po ukončení léčby na stav horší než při zahájení léčby)

Nežádoucí účinky kamenouhelného dehtu:

- kancerogenní účinky
- fototoxické účinky
- nefrotoxické účinky
- další negativa jsou zápach, podráždění a obarvení kůže i oblečení (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2011)

Podpůrné léčebné prostředky mezi které patří promazávací masti či koupele jsou blahodárné, poskytují úlevu, ale zřídka jsou dostatečně účinné, aby samostatně mohly vést ke zhojení psoriázy. Z tohoto důvodu je zapotřebí spojit je s účinnými léky. Mezi podpůrné léčebné prostředky patří:

- **promazávací přípravky tzv. emolienta** mající změkčující, zvláčňující, hydratující a rovněž ochranný účinek na kůži

- k hygieně žádoucí **koupelová emoliencia**, což jsou speciální olejové přípravky, které kůži umyjí, ale zároveň i promastí a zklidní (např. slunečnicové, olivové či sojové oleje) (Benáková, 2007)

Péče o psoriázu kůže:

- vhodné lékové formy jsou **roztoky, lotia, šampony**, eventuelně gely a pěny
- v **začátku terapie** můžeme použít **keratolytika**, který urychlují a zvyšují následnou penetraci léčiv do zánětem postižené pokožky (Tichý a Ditrichová, 2010)
- v **podobě šamponů** na vlasy se **užívají dehty** (puroifikované či odbarvené), **kyselina salicylová, urea** či **šampony s obsahem přírodních látek** jako jsou např. mořské řasy, byliny či mořská sůl
- podstatou léčebného účinku je **dostatečně dlouhá doba působení na pokožce**, která činí zhruba 20 minut (Peňázová, 2007)
- u více rezistentních forem je příhodné terapii doplnit o **phototerapii UVB hřebenem** (Tichý a Ditrichová, 2010)

Péče o kůži s psoriatickými projevy na tváři a dekoltu:

- především u žen je možné **použití krycích a korekčních prostředků**
- lze zakoupit v **lékárně**
- **hypoalergenní krycí make-upy a korektory**
- na nehty je možné použít **výživné krycí laky na nehty**

I když se jedná o ryze estetickou terapii, pro psychickou pohodu nemocných je její hodnota bez pochyby zásadní (Macháčková, 2011).

2.3 Psychika a tělesný komfort

Dopadem tohoto kožního onemocnění bývají **poškozené mezilidské vztahy** v rodině, ve škole nebo v zaměstnání a snížená sociální aktivita nemocného (Nedorostová, 2010). Lidé postižení psoriázou, a zejména ženy, svou nemoc snášejí dost obtížně. Mají **pocity studu** při nošení oblečení, které odhaluje zasažená místa na těle, ať už jde o trička s krátkým rukávem či sukně. **Straní se kadeřníkům,**

pedikérům, mají **pocit méněcennosti** a sužuje je pocit, že na ně ostatní koukají a štítí se jich (Žilková, 2008). Nejen proto jsou častými multimorbiditami u psoriázy **úzkost (30 %) a deprese (22 %)** (Skálová, 2015).

Pomoc pacientovi s psoriázou v oblasti psychiky:

- **podstatné je neuzavírat se do sebe a vyrovnat se s tím**, že nemoc sice není vyléčitelná, ale její příznaky lze zmírnit
- **navázání vztahů se stejně nemocnými lidmi**, se kterými si mohou vyměnit své zkušenosti
- **naučit se kombinovat oblečení** tak, aby odpoutali pozornost od partií zasažených psoriázou (Žilková, 2008)
- významnou roli mohou představovat také aktivní pacientské organizace (v ČR existuje **společnost SPAE = Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků**) rozvíjející vlastní aktivitu, zejména edukační (Vašků, 2015)

Intervence všeobecné sestry v oblasti psychiky:

- **bio-psycho-sociální přístup** v ošetrovatelství je podstatným prvkem pro kontakt s pacientem (vytvářet vzájemnou důvěru a informovat pacienta o možnostech ošetření)
- **umění naslouchat** - pacientovi to přináší úlevu a lékaři mnohdy významné informace
 - při komunikaci s nemocným dbáme na oční kontakt
 - zjišťujeme, jak onemocnění vnímá, jak se s ním vypořádává a jaké jsou na něj reakce jeho okolí
 - porovnáme, zda jeho náhled na závažnost a kvalitu života odpovídá objektivnímu nálezů
- **ptáme se:**
 - jak hodnotí sám sebe
 - jaká je jeho nynější životní situace, zda se objevuje nějaký zdroj stresu
 - jak ustává každodenní obtíže v běžném životě (doma, ve škole či na pracovišti)
 - jaký má postoj k problému (aktivní, pasivní, úzkostní či dokonce hostilní) (Benáková, 2007)

- u indikovaných pacientů **zajistíme profesionální intervence - psychoterapie** (autosugesce, relaxační techniky, autogenní trénink, hypnóza, meditace či skupinová psychoterapie) (Hercogová, 2011)

Pacientovi doporučujeme:

- každé ráno se **osprchovat chladnou vodou** (zmírňuje svědění a pozitivně působí na psychiku)
- pravidelně **používat hydratační promazávací krémy** (zajistí hydrataci pokožky)
- **vyvarovat se pracím práškům, avivážím, mýdlům, deodorantům či parfémům**, které mu působí obtíže (můžeme doporučit používání mýdel s neutrálním pH)
- **nezdržovat se v klimatizovaných prostorech** (je-li to možné)
- **aby se neškrábal a nesnažil se násilím odstranit šupiny na kůži** (tím psoriázu jen aktivuje)
- **pokožku ochránit před poraněním a třením** (např. nošením volného a bavlněného oblečení)
- **slunění**, které obvykle na psoriázu působí dobře (ale zdůrazníme škodlivost spálení)

Nutností je dodržovat léčebný plán - pravidelně a svědomitě užívat předepsaná léčiva. Pokud pacient není schopen ho přesně dodržet, poradíme mu, aby to nezamlčoval a sdělil to ošetřujícímu lékaři. Společně budou hledat východisko tohoto problému (Peňázová, 2007).

2.4 Aktivita a odpočinek

Důležitost zvolení vhodných koníčků a zejména výběr patričního povolání bývá dospívajícími i rodiči často podceňována (Benáková, 2007).

Nevhodná zaměstnání pro psoriatiky:

- profese s velkým žárem či pocením (sklářský průmysl)
- profese s častým zraňováním, třením či dřením (automechanik)

- profese, kde působí velký chlad a voda (stavební průmysl)
- profese, kde se pracuje s chemikáliemi

Záleží vždy na typu práce, používání ochranných pomůcek i na projevech a průběhu choroby samotné (Benáková, 2007).

Nevhodné aktivity pro psoriatiky:

- aktivity, při kterých působí tlak, tření či další mechanické provokační faktory nebo může docházet ke zraňování (Nevoralová, 2013)
- např. kontaktní sporty jako box, fotbal, hokej apod. (Benáková, 2007)

Vhodné aktivity pro psoriatiky:

- plavání a vodní sporty
- lyžování a zimní sporty
- turistika, jízda na kole
- posilování, tanec, jóga atd. (Benáková, 2007)

Při domácích pracích je vhodné používat **gumové rukavice**, protože pokud přijde kůže zasažená psoriázou do styku s **prostředky na praní nebo mytí nádobí**, může dojít k jejímu podráždění nebo zánětu. Někdy mohou podráždění zapříčinit i gumové rukavice samotné, a to již po několika minutách nošení. Proto se doporučuje pod ně nosit vždy **pár bavlněných rukavic**, které zabrání zapaření i podráždění kůže (Pagano, 2012).

Odpočinek u psoriatiků:

- důležitý je **dostatek spánku a relaxace** (Macháčková, 2011)
- **relaxační techniky** se využívají v prevenci i léčbě, protože stres se častokrát uplatňuje jako kauzální či komplikující faktor psoriázy (Nešpor a Babková, 2012)
- nejdříve se doporučuje **zhluboka dýchat a uvolnit veškeré svalstvo**, poté **nechat cíleně pracovat svou fantazii** - představovat si, jak projevy psoriázy mizí a kůže se hojí nebo jak se sluníme na pláži apod. (Peňázová, 2007)



Psoriáza je jedno z nejčastějších chronických zánětlivých a neinfekčních onemocnění kůže, které vyžaduje dlouhodobou péči. V evropských státech trpí psoriázou kolem 2 % obyvatel. Z toho vyplývá, že v České republice toto onemocnění postihuje odhadem 250 000 lidí (Olejárová a Fialová, 2012). Ačkoli psoriáza je nemocí, kterou nelze plně vyléčit, je v možnostech moderní dermatologie co nejvíce ulehčit a zkvalitnit život psoriatikům. Důležitou roli v péči o pacienta zastává všeobecná sestra. I přesto, že dermatologie poskytuje celou řadu léčebných metod, tak lidský empatický přístup, umění pozorně naslouchat a komunikovat jsou nezbytnou součástí úspěšné terapie (Klomínková, 2008).



- Co to je psoriáza?
- Vymenujte rizikové faktory vzniku psoriázy.
- Vymenujte charakteristické projevy psoriázy.
- Popište diagnostický proces psoriázy, se zaměřením na ošetrovatelskou diagnostiku.
- Popište lokální a celkovou léčbu psoriázy.
- Vymenujte vhodné a nevhodné potraviny pro pacienta s psoriázou.
- Vymenujte nežádoucí účinky kortikosteroidů.
- Co to jsou tzv. emolienca?
- Jak můžeme pomoci nemocnému s psoriázou?
- Vymenujte nevhodná zaměstnání a aktivity pro psoriatika.



Seznam použité literatury

ARENBERGEROVÁ, Monika, 2010. Psoriáza čili lupénka. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin*. 12(14), 4-6. ISSN 1805-2355.

BĚLOBRÁDEK, Michal, 2011. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-221-6.

- BENÁKOVÁ, Nina, 2007. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-966-5.
- BUČKOVÁ, Hana a Stanislava POLÁŠKOVÁ, 2013. Psoriáza u dětí. *Česko-slovenská dermatologie*. **88**(2), 59-71. ISSN 0009-0514.
- DIABELKOVÁ, Jana a Kvetoslava RIMÁROVÁ, 2015. Vplyv fajčenia na kvalitu kože, starnutie kože a vybrané kožné ochorenia. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. **60**(2), 56-57. ISSN 1802-6281.
- FIALOVÁ, Jorga a Jana HERCOGOVÁ, 2010. Psoriáza. *Postgraduální medicína*. **12**(4), 435-442. ISSN 1212-4184.
- HERCOGOVÁ, Jana, 2011. Psoriasis. *Česká dermatovenerologie*. **1**(1), 8-20. ISSN 1805-0611.
- KLOMÍNKOVÁ, Lenka, 2008. Lupénka je řešitelný problém. *Sestra*. **18**(4), 51-52. ISSN 1210-0404.
- MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2008. Možnosti balneoterapie v současné farmakoterapii chronických dermatóz. *Dermatologie pro praxi*. **2**(1), 37-38. ISSN 1802-2960.
- MACHÁČKOVÁ, Kateřina, 2011. Moderní léčba psoriázy. *Sestra*. **21**(11), 30-31. ISSN 1210-0404.
- NAVRÁTILOVÁ, Marie a Jana MIKLÍKOVÁ, 2011. Psoriáza - možnosti léčby, edukace pacienta. *Dermatologie pro praxi*. **5**(4), 230-231. ISSN 1802-2960.
- NEDOROSTOVÁ, Běla, 2010. Dětská kožní onemocnění a jejich léčba. *Zdravotnické noviny*. **59**(1-2), 19-21. ISSN 1805-2355.
- NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4402-5.
- NEŠPOR, Karel a Alžběta BABKOVÁ, 2012. Co uvolnit a proč? *Česko-slovenská pediatrie*. **67**(2), 133-135. ISSN 0069-2328.
- NEVORALOVÁ, Zuzana, 2013. Lokální léčba lupénky. *Praktické lékařství*. **9**(2), 59-62. ISSN 1801-2434.
- OBSTOVÁ, Iva, 2016. Terapie psoriázy. *Praktické lékařství*. **12**(1), 12-15. ISSN 1801-2434.

OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ, 2012. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaši*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2804-2.

PAGANO, John O. A., 2012. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-556-5.

PENÁZOVÁ, Veronika, 2007. *Lupénka*. *Dermatologie pro praxi*. **1(4)**, 184-187. ISSN 1802-2960.

SKÁLOVÁ, Andrea, 2015. *Výdaje na léčbu lupénky stouply, pacienti však žijí kvalitněji*. *Zdravotnictví a medicína*. **17(11)**, 49. ISSN 2336-2987. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vydaje-na-lecibu-lupenky-stouply-pacienti-vsak-ziji-kvalitneji-480516>

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, 2011. *Farmakoterapie psoriázy*. *Farmakoterapeutické informace*. **2011(2)**, 1-4. ISSN 1211-0647.

ŠTOLFA, Jiří a kol., 2007. *Psoriatická artritida a psoriáza*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-002-1.

TICHÝ, Martin a Dagmar DITRICHOVÁ, 2010. *Psoriáza kůže a aktuální léčebné možnosti*. *Dermatologie pro praxi*. **4(3)**, 131-134. ISSN 1802-2960.

VAŠKŮ, Vladimír, 2015. *Psoriáza: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. *Farmakoterapie pro praxi*. ISBN 978-80-7345-430-2.

ŽILKOVÁ, Blanka, 2008. *Kazuistika pacientky s lupénkou*. *Sestra*. **18(4)**, 52-53. ISSN 1210-0404.