



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Kateřina Cemperová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**EDUKACE NEMOCNÉHO S PSORIÁZOU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat lékařům soukromých kožních ambulancí v Plzni za možnost provedení výzkumu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Cemperová Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace nemocného s psoriázou

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: psoriáza – edukace – edukační proces

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou psoriázy a edukací pacientů, u kterých bylo onemocnění diagnostikováno. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na anatomii a funkci kůže, psoriázu a edukaci. Praktická část mapuje problematiku edukace pacientů s psoriázou. Pro získání informací, byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření.

## **Annotation**

Surname and name: Cemperová Kateřina

Department: Of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education of patients with psoriasis

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: 49

Number of appendices: 20

Number of literature items used: 33

Key words: psoriasis – education – educational process

### Summary:

The bachelor thesis deals with the issue of psoriasis and education, in whom the disease was diagnosed. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the anatomy, function of the skin, psoriasis and education. The practical part of the survey is on the education of patients with psoriasis. To obtain information, a chosen method of quantitative research using anonymous questionnaires was used.

## Obsah

ÚVOD .....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 KŮŽE .....	11
1.1 Stavba kůže.....	11
1.2 Funkce kůže.....	12
2 PSORIÁZA .....	13
2.1 Definice .....	13
2.2 Epidemiologie.....	13
2.3 Příčiny .....	13
2.4 Příznaky.....	13
2.5 Průběh onemocnění.....	13
2.6 Provokační faktory.....	14
2.7 Klinický obraz .....	14
2.8 Formy psoriázy .....	15
2.8.1 Psoriasis vulgaris .....	15
2.8.2 Psoriasis inverza .....	15
2.8.3 Psoriasis guttata .....	15
2.8.4 Psoriasis erythrodermica .....	15
2.8.5 Psoriasis pustulosa .....	16
2.9 Typy psoriázy .....	16
2.10 Diagnostika .....	17
2.11 Hodnocení rozsahu a aktivity nemoci .....	18
2.12 Léčba psoriázy .....	18
2.12.1 Lokální terapie.....	18
2.12.2 Celková terapie .....	20
2.12.3 Fototerapie.....	21

2.12.4	Biologická léčba .....	22
2.12.5	Podpůrná terapie .....	23
3	SPECIFIKA PÉČE U NEMOCNÉHO S PSORIÁZOU .....	25
3.1	Hygiena a oblékání .....	25
3.2	Výživa .....	25
3.3	Psychika .....	26
4	EDUKACE .....	27
4.1	Pojem .....	27
4.2	Komunikace součást edukace.....	27
4.3	Pojmy související s edukací .....	28
4.4	Edukační proces.....	29
4.5	Formy edukace .....	30
4.6	Edukační metody .....	30
4.7	Překážky v edukaci .....	31
4.8	Dokumentace edukace .....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
5	FORMULACE PROBLÉMU .....	32
6	CÍL VÝZKUMU .....	33
6.1	Hlavní cíl.....	33
6.2	Dílčí cíle .....	33
7	CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	34
8	METODA SBĚRU DAT .....	34
9	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	34
10	ANALÝZA ÚDAJŮ .....	35
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	52
12	DISKUSE .....	54
	ZÁVĚR .....	58



SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	59
SEZNAM GRAFŮ.....	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	64

## ÚVOD

Psoriáza je chronické autoimunitní a dědičné onemocnění, které postihuje kůži, nehty a klouby. Postižená místa kůže jsou červená, suchá a svědí. Prevalence psoriázy byla v roce 2012 v České republice téměř 100 000 nemocných, přičemž incidence se zvýšila o 12 561 nových nemocných. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012)

Velký vliv na vzniku a průběhu nemoci mají provokační faktory. Největší podíl na vzniku a průběhu tohoto onemocnění má stres. V dnešní hektické době stresu přibývá, což má negativní dopad na pacienty. Kromě stresu se za další rizikový faktor uvádí i negativní emocionální stav. Jedinci se většinou stydí nebo mají strach, že přijdou o partnera či práci. Psychický stav nijak nezlepšuje fakt, že psoriáza je léčitelné nikoliv však vyléčitelné onemocnění. Tato skutečnost znamená, že se pacienti budou s touto nemocí potýkat až do konce života. Nezbytné je i dodržování správné životosprávy, kterou ne každý pacient akceptuje.

Psoriáza významně snižuje kvalitu života zejména v případech, kdy postihuje viditelnou část kůže. Ve společnosti je stále mnoho předsudků. Možná z tohoto důvodu se nemocní straní společnosti a vyhýbají se místům, kde by se museli obnažovat. Pacienti nejsou postiženi jen psoriázou, ale často mají další přidružená onemocnění. V některých případech vzniká jako přidružené onemocnění psoriatická artritida.

Pro zlepšení kvality života pacientů s psoriázou, je nezbytná dostatečná a kvalitní edukace. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zmapovat problematiku edukace pacientů s psoriázou. Edukace by neměla být směřována jen na pacienta, ale i širokou veřejnost. Lepší osvěta by mohla zajistit, že lidé trpící psoriázou, nebudou diskriminováni a vyřazováni ze společenského života. Mnohdy se široká veřejnost mylně domnívá, že je psoriáza nakažlivé onemocnění, a tudíž s postiženými jedinci mnohdy omezují bezprostřední kontakt. Z důvodu nedostatečné informovanosti vznikl světový den lupénky, který připadá na 29. října. Cílem světového dne lupénky je informovat širokou veřejnost a omezit stigmatizaci nemocných.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KŮŽE

### 1.1 Stavba kůže

Kůže latinsky cutis, tvoří ochranou bariéru těla. U člověka o výšce sto sedmdesát centimetrů a váze sedmdesát kilogramů má rozsah sto sedmdesát centimetrů čtverečních. Rozsah povrchu kůže u jednotlivých částí těla je obvykle uváděn v procentech následovně hlava a krk jedenáct procent, trup třicet procent, horní končetiny dvacet tři procent a dolní končetiny třicet šest procent. Znalost těchto podílů je zásadní při hodnocení rozsahu popálenin. (Elišková, Naňka, 2006, s. 304)

Kůže je složena z pokožky neboli epidermis, škály latinsky označované jako dermis nebo corium a podkožního vaziva, které je nazýváno tela subcutanea. Součástí kůže jsou deriváty pokožky, chlupy a vlasy latinsky nazývané pili et capili, nehty neboli unguis a kožní žlázy. Rozlišujeme mazové, potní a mléčné žlázy. Pokožka je složena z mnohvrstevného dlaždicového rohovějícího epitelu. Keratinocyty jsou buňky, které jsou součástí pokožky. Ve spodní vrstvě epidermis se nacházejí kmenové buňky keratinocytů. Kmenové buňky se mohou dělit po celý život, čímž zajišťují trvalou obnovu kůže. U keratinocytů dochází k procesu, který se nazývá rohovatění nebo též keratinizace. Při tomto procesu se keratinocyty posouvají směrem k povrchu a zároveň dochází k přeměně vysokých cylindrických buněk na buňky ploché a bezjaderné. Proces keratinizace trvá tři až čtyři týdny. Dalšími buňkami pokožky jsou melanocyty. Melanocyty obsahují kožní barvivo, které se nazývá melanin. Funkce těchto buněk je ochrana kůže před UV zářením. Langerhansovy buňky se podílejí na imunitních dějích v kůži. Merkelovy buňky jsou ve spojení se zakončením nervových vláken a fungují jako mechanoreceptory. (Elišková, Naňka, 2006, s. 304 - 306)

Škára je silná asi jeden až tři milimetry. Tato vrstva je tvořena tuhým vazivem a obsahuje elastická a kolagenní vlákna. Funkce těchto vláken je zajišťování pevnosti a pružnosti kůže. Podkožní vazivo tvoří řídké kolagenní vazivo a jeho síla se pohybuje v rozmezí mezi půl až deseti centimetry. Podkožní vazivo je k podkladu připojeno silnými pruhy vaziva, mezi kterými jsou shluky tukové tkáně. Podkožní tuk funguje jako zásobárna energie, mechanická a tepelná izolace. (Hanzlová, Hemza 2007, s. 84)

## **1.2 Funkce kůže**

Kůže tvoří bariéru mezi vnitřním a zevním prostředím organismu. Dále zajišťuje zcela zásadní ochranu proti infekci. Poskytuje mechanickou ochranu hlouběji uloženým orgánům. Je sídlem smyslů pro vnímání bolesti, tepla, chladu, dotyku a podílí se na řízení tělesné teploty. Kůže funguje jako zásobní orgán pro tukové zásoby, vodu a soli. Podílí se na látkové výměně a tvorbě vitamínu D. Kožní žlázy produkují kyselý sekret, který brání rozmnožení většího množství bakterií na pokožce. (Hanzlová, Hemza, 2007, s. 84)

## **2 PSORIÁZA**

### **2.1 Definice**

Psoriáza neboli lupénka je chronické autoimunitní onemocnění postihující kůži po celý život. Název psoriáza pochází z řeckého psora, které v překladu znamená svědění nebo škrábat se. (Benáková a kol., 2007, s. 15)

### **2.2 Epidemiologie**

Výskyt psoriázy se u světové populace uvádí v rozmezí jednoho až dvou procent. Nejčastěji bylo toto onemocnění diagnostikováno u bílé rasy, menší výskyt přibližně půl procenta se udává u africké a asijské populace. Oproti této populaci, je vzácný výskyt u domorodců Jižní a Severní Ameriky. (Štolfa, Štork, 2007, s. 135)

Psoriáza se vyskytuje přibližně ve stejné míře a v každém věku u obou pohlaví. I když o něco málo vyšší výskyt je udáván u žen. (Gajdošová, 2013, s. 16-17)

### **2.3 Příčiny**

Odborníci dosud nenašli konkrétní příčiny onemocnění. Shodují se ale v tom, že psoriáza je autoimunitní onemocnění podmíněné genetickou predispozicí, v jehož průběhu dochází k narušení funkce bílých krvinek odborně označovaných jako T lymfocyty. Za normálních okolností vyžívají kožní buňky po dobu čtyř týdnů. U psoriázy je proces obnovy povrchu kůže urychlen na pouhé čtyři dny. U psoriatiků tak dochází k sedmkrát rychlejší obnově kůže. (Benáková, 2003, s. 13)

### **2.4 Příznaky**

Psoriáza se vyznačuje neobvykle rychlým dělením buněk, což má za následek rohovatění kůže. Na první pohled jsou viditelná hnědočervená ložiska s nánosem bílých šupin. Jedince, kteří trpí tímto onemocněním, mohou tato ložiska svědit. Tak jako u některých jiných onemocnění i u psoriázy jsou známá predilekční místa. Predilekčním místem nazýváme oblast, která je nejčastěji postižena danou chorobou. Predilekční místa při psoriáze jsou lokty, kolena, oblast kosti křížové, rozhraní vlasů a čela. (Kuklová a kol., 2011, s. 64)

### **2.5 Průběh onemocnění**

Při průběhu onemocnění lze rozlišovat akutní období, chronické a období latence. Za akutní období lze považovat vznik a rozšíření pupínků červené barvy, které jsou kryty

stříbřitými šupinami. Ke vzniku dochází převážně v oblastech, které jsou často drážděny. Příčina dráždění může mít charakter mechanický, chemický nebo fyzikální. Akutní forma vzniká nejčastěji po streptokokové infekci, infekci horních cest dýchacích nebo jakékoliv jiné zátěži. Pokud je akutní forma lupénky správně a včasně léčena, má tendence k výrazné regresi. Přesto je ale v některých případech vhodná hospitalizace. Za chronické období je považován stav, kdy se menší ložiska spojují do rozsáhlejších ložisek. V tomto období lze pozorovat výsev kolem loktů, kolen a kštic. (Buček a kol., 2003, s. 134)

Obdobím latence je nazývána doba, kdy zdravotní problémy související s psoriázou vymizí. Jedinec, který má diagnostikováno toto onemocnění nemá klinické problémy i několik let. Na loktech a kolenou mohou přetrvávat drobné výsevy. (Slezáková a kol., 2008, s. 58)

## **2.6 Provokační faktory**

Na vzniku psoriázy se podílí několik faktorů. Jednou z vyvolávajících příčin je dědičnost. Pokud touto nemocí trpí jeden z rodičů, bude mít potomek třiceti procentní pravděpodobnost, že u něj nemoc taktéž vznikne. Jestliže psoriázou trpí oba rodiče, je až sedmdesáti procentní předpoklad tohoto onemocnění u potomků. Pakliže je nemoc prokázána u sourozence, je až dvaceti procentní riziko onemocnění dalšího sourozence. Lidé s pozitivní rodinnou anamnézou, by se měli snažit o eliminaci vyvolávajících faktorů. Tyto faktory mohou onemocnění vyvolat, ale i zhoršit jeho průběh. Pokud se nemocný snaží o eliminaci provokačních faktorů, lze to považovat za prevenci. Jedinci, kteří mají genetické predispozice ke vzniku psoriázy, by se měli vyvarovat především stresu a dalších negativních emocionálních stavů. Závažné faktory, které se uplatňují při vzniku psoriázy, jsou hormonální změny v období puberty, přechodu a po porodu. Další faktory, které výrazně ovlivňují rozvoj příznaků, jsou záněty a některé infekční a interní onemocnění jako jsou diabetes mellitus a alergické choroby. Jako ostatní provokační faktory se uvádí například užívání určitých léků, porušení integrity kůže mechanickým nebo chemickým poškozením a v neposlední řadě nevhodná životospráva. Symptomy se u většiny nemocných zhoršují vlivem sezóních změn počasí. (Benáková, 2003, s. 17-22)

## **2.7 Klinický obraz**

Psoriáza je podle klinického vzhledu a průběhu dělena na několik forem. Formy jsou děleny z hlediska místa postižení, rozsahu, vzhledu a uspořádání kožních symptomů. Charakteristickými kožními projevy jsou místa s červenými skvrnami. Lidé trpící tímto

onemocněním subjektivně prožívají svědění přibližně v sedmdesáti procentech, pálení a bolesti se často vyskytují u ragád. U psoriázy jsou popsány některé fenomény. Auspitzův fenomén je jedním z klinických znamení. Je přítomen asi ve dvaceti pěti procentech případů. Škrábání postiženého místa nehtem, je přirovnáváno k drolení voskové svíčky. Pokud nemocný škrábe ztenčelá místa pokožky, může dojít k narušení kapilární stěny. Narušení kapilární stěny způsobí fenomén krvavé rosy. Relativně častým klinickým znamením je Koebnerův izomorfní fenomén. Pro tento fenomén je typický vznik primárních kožních projevů většinou v místě podráždění nebo poškození kůže. Pokud působí vyvolávající faktor, dochází k tvorbě primárních projevů. Prvotní projevy vznikají za jeden až čtyři týdny. (Benáková a kol., 2007, s. 23-36)

## **2.8 Formy psoriázy**

### **2.8.1 Psoriasis vulgaris**

Též označována jako obecná lupénka. U této formy jsou prvotními příznaky červené puchýře překryté šupinami bílé barvy. Tyto šupiny lze snadno odloučit. Predilekčními místy psoriasis vulgaris jsou místa vystavená častému tlaku. Mezi místa vystavená měnícímu se tlaku, řadíme kšticí, lokty, křížovou oblast a kolena. (Benáková a kol., 2007, s. 23-36)

### **2.8.2 Psoriasis inverza**

Bývá popisována jako obrácená forma lupénky. Nejčastěji postihuje oblasti kožních záhybů. Mezi často postižená místa patří zvučkovody, oblast za ušima, pod prsy a třísla. Touto formou trpí přibližně šest procent nemocných. (Benáková a kol., 2007, s. 24)

### **2.8.3 Psoriasis guttata**

Je akutní forma lupénky a může připomínat vyrážku. Je spojena s výsevem lézí, které připomínají kapky. Většinou se jedná o první příznak lupénky, který se objeví v dětství nebo mladém věku. Převážně vzniká po streptokokových infekcích. (Benáková a kol., 2007, s. 24)

### **2.8.4 Psoriasis erythrodermica**

Jedná se o velice závažnou formu lupénky. Kůže má červenou barvu a olupuje se. Příznaky jsou přítomny na téměř celém kožním povrchu. U nemocného je riziko poruchy termoregulace, ztráty proteinů a minerálů. Největší hrozbou pro nemocného je riziko

vzniku oběhového selhání. Může vzniknout jako prvotní forma lupénky, anebo přechodem z jiných forem. Postihuje méně než šest procent nemocných. (Benáková a kol., 2007, s. 24)

### 2.8.5 Psoriasis pustulosa

Tato forma je poměrně vzácná. Vyskytuje se přibližně ve třech procentech případů. Typický je vznik silně zánětlivých projevů s červenými lézemi a šupinami. Klasicky se vyskytuje i výsev sterilních intraepidermálních vředů s hnisavým středem. Pustulózní formu lupénky lze rozdělit na generalizovanou a lokalizovanou. Do generalizované formy řadíme psoriasis pustulosa generalisata acuta, což je akutní forma, charakterizovaná vlnami generalizovaných výsevů pustul, které se opakují. Jako celkové příznaky se uvádí postižení sliznice úst, kde hrozí nebezpečí vzniku sepse. Psoriasis pustulosa anularis je také řazena mezi generalizované formy. Má subakutní nebo chronický průběh. Projevuje se červeným zabarvením kůže připomínající prstenec. Možná je i přítomnost pustul, které se rychle mění v šupiny. Do lokalizované formy řadíme Psoriasis pustulosa palmoplantaris. Tato forma je typická dlouhodobými výsevy pustul, které postihují dlaně a plosky nohou. Na kůži se vyskytují erytémy, olupování a ragády. Většinou probíhá chronicky. Acrodermatitis continua je další z lokalizovaných forem psoriázy. Je charakterizována erytematoskvamózními projevy. Postihuje zejména končetiny. Nejčastěji postiženou oblastí na končetinách jsou bříška prstů. Někdy dochází až k trvalé ztrátě nehtů a k destrukci distálních článků prstů. Zvláštní formou psoriázy je psoriasis vulgaris cum pustulatione. Popisuje stav, kdy má nemocný diagnostikovanou jinou formu lupénky, ale zároveň u něj vznikají akutní exacerbace, které mohou tvořit i pustuly. Většinou vzniká z důvodu dráždivé terapie. (Benáková a kol., 2007, s. 23-29)

## 2.9 Typy psoriázy

Typy psoriázy lze dělit z hlediska lokalizace na psoriázu, která postihuje kštici, dlaně, plosky, nehty, sliznice a klouby. Psoriasis capilitii postihuje zejména kštici a je poměrně častá. Tento typ je diagnostikován u více jak osmdesáti procent nemocných. Typicky se vyskytují erytematoskvamózní ložiska na hranici vlasaté části hlavy. Na lézích se tvoří velké množství šupin, čímž může připomínat přilbu. Dlouhodobé postižení kštice může vést k vypadávání vlasů, které je vzácně trvalé. Psoriasis palmoplantaris typicky postihuje dlaně a plosky nohou. Výskyt se uvádí u dvanácti procent případů. Na dlaních a ploskách se mohou tvořit prasklinky, což omezuje nemocného v běžných činnostech. Psoriasis unguinum neboli psoriáza nehtů byla diagnostikována u více jak poloviny pacientů s lupenkou. Někdy se vyskytuje jako jediný příznak lupénky. U většiny



nemocných se vyskytuje dolíčkování nehtů. Na nehtových ploténkách může vzniknout nálezh, který svým vzhledem připomíná obtisk hlavičky špendlíku. Mezi další nálezh se řadí žlutavě olejové skvrny, které prosvítají pod nehtem. Tyto skvrny vznikají z důvodu postižení nehtového lůžka psoriázou. Skvrny se vyskytují u čtvrtiny nemocných. Jako další změna se uvádí nadměrné ztluštění a rohovatění kůže pod nehtem. Rohovatěním kůže zde vzniká drolivý materiál, který často vede k odloučení nehtu od nehtového lůžka. Tento stav nastává až v šedesáti sedmi procentech případů. Psoriasis mucosae je typ psoriázy, který vzácně postihuje dutinu ústní. Přibližně u dvou procent nemocných bývá zasažena oblast genitálií. Může se jednat o jediný projev nemoci. Na rozdíl od dětí není výskyt u dospělých příliš častý. Psoriasis arthropatica nepostihuje jen kůži, ale i klouby. S psoriatickým postižením kloubů úzce souvisí nemoc nazývaná artritida. (Benáková a kol., 2007, s. 23 - 36)

## **2.10 Diagnostika**

Konečnou diagnózu stanovuje zkušený dermatolog. Aby byla stanovena správná diagnóza, je nezbytné provést některá základní a speciální vyšetření. Anamnézu odebírá lékař. Dobře formulovanými otázkami získá základní informace týkající se nemoci. Lékař se zajímá o to, kdy se objevily první příznaky a jaký měly charakter. Další důležitou informací je, zda se nevyskytuje psoriáza u pacienta v rodině. Pokud nemocný potvrdí výskyt v rodině, pak se jedná o pozitivní rodinnou anamnézu. Diagnózu lze stanovit na základě typického průběhu nemoci. Pokud ale klinické vyšetření psoriázu s určitostí nepotvrdí, ani ji nevyloučí, je nutné provést další vyšetření. (Olejárová, Fialová, 2012, s. 19)

Nejčastěji je prováděno laboratorní vyšetření krve. Pro diagnózu psoriázy, ale nemá příliš velký význam. Spíše se provádí v průběhu léčby, když nemocný užívá léky, u kterých mohou vzniknout závažné vedlejší účinky. Zánětlivé parametry jako jsou sedimentace červených krvinek a C-reaktivní protein mají normální nebo mírně zvýšenou hladinu. Laboratorní vyšetření se indikuje, pokud je nutné odlišit psoriázu od kožních infekcí. (Dvořáková a kol., 2014)

V některých případech je pacient odeslán na vyšetření na ORL a do zubní ambulance, z důvodu zjištění ložisek chronické infekce. Kožní biopsie je speciálním vyšetřením. Provádí se, pokud psoriázu nelze diagnostikovat žádným z předešlých vyšetření. Podstatou biopsie je odebrání vzorku kůže z postiženého místa. Vzorek je

následně odeslán do laboratoře. Rentgenologické a revmatologické vyšetření je prováděno, pokud má lékař podezření na arthropatickou formu psoriázy. (Bělobrádek, 2011, s. 129)

## **2.11 Hodnocení rozsahu a aktivity nemoci**

Hodnocení rozsahu a aktivity nemoci, slouží ke stanovení optimálního léčebného procesu a zhodnocení účinnosti léčby. Ke zhodnocení rozsahu postižení a aktivity nemoci se používají skórovací systémy a indexy. Jejich vyhodnocení provádí zkušený dermatolog nebo revmatolog. Index PASI je zkratka vycházející z anglického spojení slov psoriasis area severity index. Slouží k určení závažnosti kožního onemocnění. Základem indexu je stanovení procentuálního postižení jednotlivých oblastí těla, stupeň začervenání, šupinatění a tloušťka jednotlivých lézí. Po získání těchto údajů se vypočítá hodnota PASI. Pokud je hodnota větší než deset, pak se jedná o středně závažnou až závažnou formu psoriázy. PASI index je dále využíván k hodnocení úspěšnosti léčby. Pokud je hodnota PASI devadesát, jde o zlepšení stavu o devadesát procent, oproti stavu před zahájením léčby. Test BSA vychází z anglického sousloví body surface area. Hodnotí závažnost psoriázy. Postižená plocha těla je stanovena v procentech. Index DLQI neboli dermatology life quality index slouží k hodnocení vlivu choroby na kvalitu života nemocného. Dotazník se skládá z deseti otázek. Otázky se týkají denních aktivit, práce a partnerských vztahů v souvislosti s onemocněním. Výsledek je v rozmezí nula až třicet. Pokud je hodnota vyšší než deset, pak se jedná o závažné ovlivnění kvality pacientova života. PsARC index slouží k hodnocení kloubního postižení. Hodnotí se množství bolestivých a oteklých kloubů, stupeň bolesti. Součástí indexu je zhodnocení pacientova stavu a funkčního stavu lékařem. Rovněž je nezbytné stanovit hodnoty zánětlivých laboratorních testů. Do těchto testů řadíme sedimentaci červených krvinek a hladinu C-reaktivního proteinu. (Olejárová, Fialová, 2012, s. 21)

## **2.12 Léčba psoriázy**

### **2.12.1 Lokální terapie**

Lokální terapie je u lehkých forem indikována samostatně, zatímco u středních až těžkých forem se aplikuje současně i celková léčba. Přípravky, které mají lokální účinek, lze rozdělit na podpůrné a diferentní. Podpůrné přípravky pomáhají při péči o kůži, která je postižena psoriázou. Diferentní přípravky obsahují určitou účinnou látku. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Emoliencia jsou zevně užívané masti, pasty a oleje. Účinkem emoliencií je hydratování a zvláčňování pokožky. Obsahují okluziva, které zabraňují ztrátě vody z pokožky. Dalšími složkami emoliencií jsou změkčovače, které zlepšují obnovu kůže a humektany, které vážou vodu v pokožce. Nejčastěji předepisovanými emoliencií jsou vazelína, cutilan, synderman a ambiderman a to ve formě magistraliter nebo jako masťový základ. Mezi další velice často užívané preparáty patří přísady do koupele, emulze, krémy a mléka. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Keratolytika napomáhají při změkčování a odstraňování odumřelých buněk. Často užívaným keratolytikem je pěti až desetiprocentní kyselina salicylová, která je součástí vazelíny nebo oleje. Má protizánětlivé účinky. Pokud aplikujeme kyselinu salicylovou nad dvacet procent tělesného povrchu, hrozí vznik celkové toxicity, proto je nutné edukovat pacienta o používání tohoto přípravku. U dětí se kyselina salicylová spíše neaplikuje. Další látky, které se řadí do skupiny keratolytik, jsou kyselina mléčná, kyselina glykolová a glycerin. Tyto látky ale mají slabší hydratační účinky. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Lokální kortikosteroidy patří mezi nejčastěji aplikované přípravky, a to i přes své možné nežádoucí účinky. Jsou indikovány při léčbě psoriázy kštice a nehtů. Lokální kortikosteroidy mají protizánětlivé a antiproliferativní účinky. Jejich účinkem je zmírnit projevy psoriázy. Důležitý je způsob podání, doporučuje se aplikovat jedenkrát denně večer. Typicky jsou aplikovány tři až čtyři dny po sobě a poté následuje tří až čtyř denní interval bez aplikace kortikosteroidů. Tato terapie se nazývá intervalová. V akutní fázi probíhá terapie sestupně, to znamená, že jsou nejprve aplikovány preparáty, které mají větší obsah kortikosteroidů. Dávky kortikosteroidů se postupně snižují. Mezi nejčastější nežádoucí účinky se řadí atrofie kůže, posun pigmentace a rebound fenomén. Rebound fenomén označuje stav, který je po skončení terapie horší než na začátku. Nežádoucí účinky lze snižovat používáním kombinovaných preparátů např. s kyselinou salicylovou. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Analoga vitamínu D3 se řadí mezi nejbezpečnější a nejúčinnější preparáty využívané v léčbě ložiskové psoriázy. Dnes jsou dostupné tři účinné látky, které se vyrábějí hromadně v různých lékových formách. První látka se nazývá kalcipotriol, který je nejčastěji ve formě mléka a masti. Druhou látkou je kalcitriol ve formě masti. Poslední látkou je takalcitol, který se používá ve formě masti a emulze. Doporučení pro aplikaci kalcipotriolu a kalcitriolu je dvakrát denně, zatímco takalcitol se aplikuje pouze jednou

denně. Lékař by měl pacienta poučit o aplikaci přípravků, a to pouze na psoriatická ložiska. I přestože jsou tyto přípravky nanášeny lokálně, může dojít k absorpci z kůže a tím k ovlivnění hladiny kalcia. Měly by být sledovány parametry kalcia, a to zejména při léčbě delší než jeden rok. Kalcipotriol lze použít i u dětí od šesti let, zatímco takalcitol může být indikován u dětí až od dvanácti let. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Lokální retinoidy mají antiproliferativní a protizánětlivé účinky. Při léčbě psoriázy se používá lokální retinoid zvaný tazaroten v gelové formě. Přípravek se aplikuje jedenkrát denně na noc a to výhradně na psoriatická ložiska. Z důvodu teratogenních účinků a kostní toxicity nesmí být předepisován těhotným ženám. V České republice není prozatím registrován žádný přípravek obsahující tazaroten. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Cignolin nebo jiným názvem ditranol a antralin způsobuje tzv. oxidační stres v buňkách psoriatických ložisek. Oxidační stres znamená, že léčebná látka produkuje volné kyslíkové radikály a poškozuje mitochondrie. Cignolin snadno oxiduje, proto musí být chráněn před světlem. Pacientům je většinou aplikován za hospitalizace. Při léčbě se začíná s preparátem o nižší koncentraci. Pokud je nemocný léčen Cignolinem, pak se jedná o tzv. minutovou terapii. Tato terapie začíná aplikací jednaprocentního preparátu na patnáct až dvacet minut. Délka léčby a koncentrace účinné látky je postupně zvyšována. Je nezbytné poučit pacienta, že Cignolin barví kůži, vlasy i oděv do hnědé barvy. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

Kamenouhelný dehet se využívá k léčbě psoriázy většinou za hospitalizace. Má protizánětlivé, protisvědivé a antimikrobiální účinky. Nejčastěji se používá v pětiprocentní koncentraci ve formě mastí a past. Dehet je často aplikován v kombinaci s kortikoidy nebo fototerapií. Nevýhodou dehtu je, že obarví kůži i oděv a silně zapáchá. Mezi nežádoucí účinky patří vznik akné a folikulitidy v místě aplikace. Tento přípravek nesmí používat těhotné a kojící ženy. Jiným, ale též užívaným dehtem je bituminózní dehet. Nejznámější představitel bituminózních dehtů je ichtamol. Tento přípravek je ve formě mastí, past a roztoků. Typický je rybí zápach. Má antiseptické a antimykotické účinky. (Kotulková, Mladá, 2011, s. 1-3)

### 2.12.2 Celková terapie

Celková terapie neboli systémová léčba je indikována u pacientů, kterým byla diagnostikována těžší forma psoriázy. (Aksamítová, 2012, s. 42)

Acitretin je aromatický retinoid, který je podáván na začátku léčby, a to v dávce pětadvacet miligramů za den. Tento lék je podáván jako první u pustulózní psoriázy. U těhotných a kojících žen se nesmí podávat z důvodu teratogenity. Je doporučováno užívat antikoncepci ještě dva roky po skončení léčby. Pokud je pacient léčen acitretinem není doporučováno, aby daroval krev. Současná aplikace acitretinu a tetracyklinu není doporučována, protože hrozí možný vznik nitrolební hypertenze. Další léky, které se nedoporučují podávat současně s acitretinem jsou methotrexát z důvodu hepatotoxicity a vitamín A z důvodu hypervitaminózy. (Aksamítová, 2012, s. 42)

Cyklosporin je imunosupresivní lék, který je indikován u těžkých forem psoriázy. Dávka, která se doporučuje podávat, je dva až pět miligramů na kilogram a den. Počáteční dávka je obvykle dvě stě miligramů za den. Cyklosporin se nesmí podávat při maligním onemocnění, u neuropatií a v graviditě. Kontraindikovány jsou také kalium šetřící diuretika. (Aksamítová, 2012, s. 42)

Methotrexát je opačně působící látkou kyseliny listové. Zvyšuje obranyschopnost organismu. Má proliferativní účinek. Je indikován u těžké ložiskové psoriázy a arthropatické psoriázy. Je dávkován jednorázově za týden nebo ve třech dávkách v jednom týdnu. Počáteční dávkování je většinou sedm a půl miligramů za týden. Dávkování se po čtyřech týdnech zvyšuje. Při náhlém vysazení hrozí vznik relapsu. Látka se nesmí podávat těhotným ženám, u hemopatií a infekčního onemocnění. (Aksamítová, 2012, s. 42)

### 2.12.3 Fototerapie

Před více než sto lety se začalo používat horské slunce k léčbě psoriázy. Dnes se používá bezpečnější UVB a UVA zařízení. Fototerapie úzce souvisí s termínem fotochemoterapie, který označuje aplikaci psoralenu před působením UVA spektra. Fototerapie snižuje pohyblivost Langerhansových buněk a zpomaluje aktivaci T lymfocytů. Může způsobit buněčnou smrt aktivovaných T buněk. Před začátkem této léčby je nutné vyloučit maligní kožní nádory a fotodermatózy. U jedinců trpících klaustrofóbií a kardiovaskulárním onemocněním není celotělové ozařování doporučováno. Před zahájením systémové fotochemoterapie je nutné provést kontrolu jaterních testů a oční vyšetření, aby byl vyloučen šedý zákal. Kontraindikací je gravidita a kojení. Při fototerapii je nezbytné chránit oči brýlemi a překrýt některé části těla jako například genitál. Kontrola účinnosti léčby lékařem probíhá většinou do dvou týdnů od první

aplikace, nebo pokud se objeví jakékoliv komplikace. Při nedostatečném účinku, je možné léčbu kombinovat s acitretinem. Každý pacient by měl během této léčby promazávat postižená místa emoliencii. Riziko vzniku kožních nádorů vzniká při dvousté až dvousté padesáté aplikaci. (Gkalpakiotis, Spyridon-Arenberger, 2011, s. 47)

UVB označuje fototerapii o vlnové délce tři sta jedenáct nanometrů. V léčbě lupénky je to nejčastěji využívaný druh fototerapie. Před první fototerapií je nezbytné určit fototyp pacienta a minimální erytémovou dávku. Tato dávka se stanovuje fototesty, které se dělají na zádech pacienta a jsou odečítány za osm až dvacet čtyři hodin. Prvotní dávka by měla být sedmdesát procent minimální erytémové dávky. Dávku lze při dalších sezeních postupně zvyšovat. Cyklus fototerapie trvá většinou čtyři až šest týdnů. Četnost záření za týden je tři až pět. (Gkalpakiotis, Spyridon-Arenberger, 2011, s. 47)

Monochromatická excimerová fototerapie využívá záření UVB o vlnové délce tři sta osm nanometrů. Nejvíce se využívá při léčbě psoriasis vulgaris. Tento typ fototerapie může být aplikován laserem, čímž je léčba cílená přímo na psoriatická ložiska. Pokud je nutné aplikovat léčbu na větší plochu, je vhodné použít spíše excimerovou lampu. (Gkalpakiotis, Spyridon-Arenberger, 2011, s. 47)

Fotochemoterapie PUVA spočívá v podávání fotosenzibilizujícího psoralenu a současné aplikaci UVA záření. V České republice je podáván OxSORALEN ve formě kapslí jednu až dvě hodiny před aplikací záření. Psoralen lze také rozpustit ve vodě, pak se jedná o koupelové PUVA. Psoralen může být součástí krému, léčba s touto formou psoralenu se nazývá krémová PUVA. Krém je nezbytné aplikovat jednu až dvě hodiny před zářením. Fotosenzitivita po aplikaci psoralenu trvá ještě šest až osm hodin, proto by se měl pacient chránit před slunečním zářením. V některých případech může dojít ke vzniku bolestivého začervenání kůže, pak se musí léčba zastavit. Po úplném skončení léčby je nezbytné zkontrolovat hodnoty jaterních testů a provést oční vyšetření. (Gkalpakiotis, Spyridon-Arenberger, 2011, s. 47-48)

#### 2.12.4 Biologická léčba

Biologická léčba je cílená a velice efektivní. Indikací k aplikaci biologické léčby je těžká až středně těžká ložisková psoriáza, psoriatická artropatie a revmatoidní artritida. Léčba je realizována v centrech biologické léčby. Tato centra jsou součástí krajských a univerzitních dermatovenerologických oddělení. (Macháčková, 2011, s. 30)

V České republice jsou používány preparáty obsahující látky, které blokují tumor nekrotizující faktor. Dalším typem preparátů, které se aplikují při biologické léčbě, jsou látky blokuující interleukin. Interleukin se podílí na regulaci imunitních reakcí. Názvy preparátů používaných při biologické léčbě jsou adalimumab, infliximab a etanercept. Než bude zahájena léčba, je nezbytné provést podrobné klinické a laboratorní vyšetření. U biologické léčby bylo zjištěno méně nežádoucích účinků oproti jiné celkové terapii. Preparáty využívající se při této léčbě zasahují do vzniku a vývoje psoriázy na úrovni T lymfocytů. Biologickou léčbu je možné aplikovat dlouhodobě. Preparáty pro biologickou léčbu jsou podávány parenterálně injekčním perem, podkožní injekcí nebo nitrožilními infúzemi. Nitrožilní infúze jsou podávány po dvě hodiny ve zdravotnickém zařízení. Pokud je pacient důkladně edukován a zvládá techniku aplikace, může si všechny ostatní formy přípravku aplikovat sám v domácím prostředí. Frekvence aplikace je udávána jednou až dvakrát za týden podle typu přípravku. Léčba je hodnocena dle PASI a je považována za úspěšnou, pokud dojde ke zlepšení o padesát procent oproti vstupním hodnotám. Těhotenství, laktace, nádorová onemocnění, postižení ledvin, jater a alergie na lék jsou uváděny jako kontraindikace biologické léčby. (Macháčková, 2011, s. 30)

#### 2.12.5 Podpůrná terapie

Balneoterapie označuje léčivé postupy, které jsou aplikovány zdravotnickým personálem. Využívá přírodních léčivých zdrojů pro navrácení funkce organismu. Nejčastěji využívanými přírodními zdroji jsou minerální vody, plyny, peloidy a klima. Tyto vody se využívají k regeneračním koupelím. Balneoterapie je indikována nejen u dermatologických onemocnění, ale i u kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění postihujících močový systém, pohybový aparát a dýchací systém. Balneoterapie zvyšuje odolnost proti stresu. Má účinky na obranyschopnost organismu. Podporuje látkovou výměnu, proto je vhodné indikovat tuto léčbu u nemocných s psoriázou. Klimatoterapie je jedním typem balneoterapie. Označuje příznivý vliv změny klimatu na organismus. Thalasoaterapie je léčba mořským podnebím, která zmírňuje projevy onemocnění. S thalasoaterapií úzce souvisí helioaterapie neboli léčba slunečním zářením. Mořské klima a sluneční záření má příznivý vliv na psoriázu i psychický stav pacienta. (Jandová, 2009, s. 7, 184)

Psychoterapie je činnost, jejímž cílem je dosáhnout dostatečné změny, která by vedla k rozvoji duševního zdraví. Zabývá se životními příběhy a vztahy k sobě samému i okolí. Projevy na kůži souvisí s psychickým stavem nemocného. Jakékoliv nevyřešené

problémy mohou zhoršit průběh onemocnění. V těchto případech může být psychoterapie přínosem. Pokud bude nemocný klidný, vyrovnaný a nebude ve stresu, nemusí docházet ke zhoršování nemoci. (Kalina, 2013, s. 24)

Ichtyoterapie je léčba pomocí rybek rodu *Garra rufa*. Rybky obrušují kůži okusováním, čímž odlučují nadbytečné a odumřelé buňky. Ditranol je enzym, který je obsažen v dutině ústní těchto rybek. Tento enzym je vypouštěn při okusování kůže do ranek, čímž brání vzniku infekce. Zmíněný enzym podporuje obnovení pokožky. (Stecker, 2013)

Dále má ichtyoterapie pozitivní vliv na ekzémy, akné a suchou kůži. Turecké lázně Kangal Fish Spring jsou specializované na tuto terapii. Součástí léčebné procedury je dietní režim a dvakrát za den čtyřhodinové koupele. Léčba ichtyoterapií trvá dvacet jedna dní. V České republice je dle dostupných informací možné aplikovat ichtyoterapii i v domácím prostředí. Speciální druhy rybek je možné zapůjčit v Praze a Chrástu u Plzně. (Jírová, 2007–2008)



## **3 SPECIFIKA PÉČE U NEMOCNÉHO S PSORIÁZOU**

### **3.1 Hygiena a oblékání**

Nedílnou součástí péče o nemocného s psoriázou je i správně prováděná hygiena. Základem správné hygieny je použití vhodných mycích prostředků. U nemocných s psoriázou je vhodné používat mýdla, která nevysušují pokožku. Po každém umytí, ale i během dne je nezbytné kůži pravidelně promazávat nedráždivými krémy. Vhodným prostředkem, který kůži dostatečně promašťuje, je vazelína. Pokud by nemocný používal energické mycí prostředky, mohlo by dojít k porušení jinak kyselého kožního pláště a tím i ke snadnějšímu vzniku infekce. Nadměrné a intenzivní mytí spolu s některými mycími prostředky může způsobit odmaštění, přesušení až popraskání pokožky. Zvláštní péči by měla všeobecná sestra věnovat místům vlhké zapáčky. Tato místa musí být po omytí pečlivě osušena a zasypána např. antiseptickým zásypem. Součástí hygieny je i péče o vlasy a nehty. U nemocných s psoriázou se doporučují kratší účesy, protože umožňují snadnou aplikaci zevních léků na postižená ložiska. Nehty je vhodné ostříhat na krátko. Nehty by měly být udržovány v čistotě, aby se zamezilo vzniku infekčních chorob. Všeobecná sestra by měla nemocného poučit o nošení zejména bavlněného oblečení. Moderní tkaniny, které jsou z lipofilních umělých vláken, nesají pot a mohou tak způsobit vznik kvasinkových onemocnění v místě ragád. (Jirásková, 2003, s. 63 – 65)

### **3.2 Výživa**

Lékař by měl současně se sdělením diagnózy poučit nemocného o dodržování určité diety. Součástí dietního režimu u psoriázy je přestat s kouřením a pitím alkoholu. Vynechání alkoholu je nezbytné, protože zatěžuje játra a tím zpomaluje detoxikaci organismu. Dietní opatření pro nemocné s psoriázou spočívá ve vyloučení nebo nahrazení živočišných tuků, jednoduchých cukrů, červeného masa a sýrů. Měla by být omezena i konzumace mléka. Živočišné tuky lze nahradit rostlinnými. Místo jednoduchých cukrů je vhodné používat polysacharidy. Vhodnými potravinami jsou celozrnné obiloviny, luštěniny a zelenina, která je tepelně upravená. Z jídelníčku by měla být naopak vynechána příliš sladká, pálivá, slaná, tučná a kořeněná jídla. Slané a tučné sýry nejsou doporučovány, protože obsahují kasein, který může zhoršovat projevy psoriázy. Uzeniny obsahují poměrně velké procento soli, proto se také nedoporučují. Mezi další potraviny, které nejsou doporučovány konzumovat u tohoto onemocnění, patří instantní potraviny, ovocné šťávy, exotické ovoce, arašidy a chipsy. Tepelně upravená jídla, jsou vhodné ke zmírnění

intenzity kožních projevů. Nemocný by měl konzumovat přiměřené porce a neměl by se přejídat. Aby byl dietní režim dodržován co nejdéle, je vhodný pestrý jídelníček, správný způsob přípravy a kombinace jídel. Vhodná je polévka nevýrazné chuti a zelenina vařená v páře. Koření do jídel lze nahradit bylinkami. Dietoterapie zahrnuje i pitný režim. U nemocného s psoriázou je důležitý dostatečný pitný režim, protože napomáhá k odvádění škodlivých látek z těla. Vhodnými tekutinami jsou bylinné čaje a voda. Naopak se nedoporučují sladké nápoje, černá káva a aromatizované čaje. Nemocný by měl být informován, že v prvních dnech dodržování těchto dietních opatření může dojít ke zhoršení příznaků lupénky. Zároveň je nezbytné vysvětlit nemocnému, že zhoršení bude pouze přechodné a vzniká v důsledku eliminace tělu neprospěšných látek. (Lužná, Vránová, 2007, s. 263 – 292)

### **3.3 Psychika**

Psoriáza má negativní vliv na psychiku člověka. Častý je i vznik emocionálních reakcí. Nemocní se cítí trapně, bojí se ztráty partnera, anebo závidí ostatním zdravou kůži. Negativní emoce nebo stres jsou rizikovými faktory pro vznik a rozvoj tohoto onemocnění. Nemocní mívají deprese, pocit viny, méněcennosti a ve vyšší míře se objevuje i agresivní chování. U některých případů byly prokázány i aktivní sebevražedné myšlenky. Pokud nemocný pociťuje beznaděj, zlobu anebo frustraci, je důležité o těchto pocitech hovořit. Nemocný se nejčastěji svěří rodině, blízkým přátelům a zdravotnickému pracovníkovi. Pro zdravotnické pracovníky je důležité získat důvěru nemocného, protože se pak snáze svěří. Zdravotnický pracovník by měl projevit zájem o problémy a starosti nemocného aktivním nasloucháním. V některých případech je ale nezbytná konzultace s psychologem. Psycholog nejčastěji využívá metody psychoterapie, behaviorální terapie a kognitivní terapie. Nezbytné je snížení stresu, kterému napomáhá biofeedback. Sezení u psychologa může být individuální, skupinové, rodinné anebo párové. Sezení mírní deprese, sebevražedné myšlenky, pocity úzkosti a pomáhají nemocnému změnit narušené vnímání vlastního těla. (Javůrková, Raudenská, 2013, s. 77)

I změna prostředí z důvodu hospitalizace může být pro některé nemocné stresovou událostí. Je důležité eliminovat strach nemocného, a to tak, že lékař podá dostatečné informace o léčbě. Sestra by měla najít pokoj s vhodnou sestavou nemocných. Sestra by měla respektovat stud nemocného a měla by zajistit dostatečné soukromí. Důležitá je i psychická podpora nemocného. (Slezáková a kol., 2008, s. 60)

## 4 EDUKACE

### 4.1 Pojem

Každý člověk je odlišný. Má rozdílné zkušenosti, znalosti, postoje a návyky. Slovo edukace vychází z latinského pojmu *educare*, *educare*, které znamená vychovávat nebo vést. Edukace je proces neustálého ovlivňování, čímž se snaží kladně ovlivnit vědomosti, postoje, návyky a dovednosti jedince. (Schindlerová, Fišarová, 2013, s. 138)

### 4.2 Komunikace součást edukace

Komunikaci lze rozdělit na verbální a neverbální. Sestra při rozhovoru hodnotí obě složky této komunikace. Verbální komunikace je dorozumívání užitím slov nebo znakových symbolů. Aktéři komunikace jsou mluvčí a posluchač. Mluvčí předává informace a posluchač dané sdělení přijímá. Kontextem nazýváme situaci, ve které se komunikace odehrává. U verbální komunikace si může všeobecná sestra povšimnout rychlosti řeči, hlasitosti, pomlky, výšky hlasu, přítomnosti embolických slov a intonace, která může vypovídat o pacientově stavu. Rychlost řeči se odvíjí od znalosti tématu, od potřeby rychle hovor ukončit nebo ze strachu, že pacient nestihne sdělit sestře vše, co chce. Vyšší hlasitost je volena, pokud jsme ve větších prostorách a chceme zaujmout. Naopak nižší hlasitost volí pacient při rozhovoru na nepříjemné a intimní téma. Pomlky jsou součástí téměř každého rozhovoru. Sestra dává krátkým odmlčením čas pacientovi na přemýšlení a odpočinek. Ve výšce tónu se odráží naše emoce. Nepříjemně mohou působit tóny o vyšší výšce hlasu. Zvláště při edukaci je nezbytná srozumitelnost, kterou mohou narušit často se opakující slova nebo zvuky, které jsou v řeči navíc. S významem sdělení souvisí intonace. Pokud chceme něco zdůraznit, změníme intonaci. Délka projevu se odvíjí od obsahu sdělení a věku posluchače. Verbální komunikace by měla být jednoduchá, stručná, zřetelná a vhodně načasovaná. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 19-24)

Neverbální komunikace neboli řeč těla, je považována za upřímnější typ komunikace než verbální. Tento druh komunikace slouží k podpoře, nahrazení řeči, k vyjádření emocí a interpersonálních postojů. Mimikou neboli výrazem obličeje můžeme rozpoznat pacientův emoční stav. Proxemikou označujeme vzdálenost, kterou si lidé mezi sebou udržují. Čím je vzdálenost menší, tím si jsou lidé bližší. Sestra by měla brát v úvahu, že při vyšetřeních vstupuje do zóny pacienta, která je jinak určená pro pacientovi blízké osoby. Haptika je vyjádření pomocí dotyků. V souvislosti s haptikou je nejčastěji popisován stisk ruky. Stisk by měl být střední a přiměřeně dlouhý. Posturologie je řeč

pomocí postojů a držení těla. Při rozhovoru s pacientem upoutaným na lůžko je vhodné, aby sestra seděla. Pokud má edukant a edukátor stejnou polohu, pak se jedná o rovnocennou komunikaci. Pojem kinetika označuje rychlost, trvání a prostorové ohraničení pohybu. S kinetikou úzce souvisí gesta. Gesta v některých případech nahrazují slova a zdůrazňují řečený názor nebo obsah. Gesta lze rozdělit na vědomé a nevědomé. Nevědomá gesta se provádějí např. u lhaní. Sestra by měla při rozhovoru udržovat oční kontakt. U pohledů se můžeme zaměřovat na délku a četnost pohledů. Příliš dlouhý a upřený pohled může být nemocnému nepříjemný. Do neverbální komunikace je zahrnuta i úprava zevnějšku, protože první dojem může výrazně ovlivnit následnou komunikaci. Sestra by se měla starat o svůj zevnějšek, ale i o čistotu prostředí. V dnešní době je výhodou nošení uniforem, protože umožňují formální zařazení. Náplní sesterské práce je i úprava pacientova zevnějšku, čímž zajišťuje i jeho důstojnost. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 39-54)

### **4.3 Pojmy související s edukací**

Edukant je osoba, která je vychovávána nebo poučována o určitém problému. Nejčastějším edukantem bývá nemocný nebo zdravý klient. Každý člověk má jedinečné a odlišné fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti. Do fyzických vlastností je řazen věk, pohlaví a zdravotní stav. Motivace a postoje např. k léčbě řadíme mezi afektivní vlastnosti. Základem edukace jsou kognitivní vlastnosti, kam patří schopnost učit se. Edukaci významně ovlivňuje etnická příslušnost, víra a sociokulturní podmínky edukovaného klienta. Edukatorem je nazývána osoba, která vysvětluje, učí a mění postoje klienta. Ve zdravotnickém zařízení zaujímá roli edukátora nejčastěji lékař a všeobecná sestra. Edukační konstrukty jsou standardy a zákony, kterými se řídíme při edukaci. Jako konstrukty jsou uváděny i edukační materiály, kam řadíme např. brožury. Edukačním prostředím nazýváme místo, kde edukace probíhá. Ergonomickými podmínkami jsou osvětlení, hluk, prostor, sociální klima a atmosféra edukace. Edukační standard je závazná norma, která bývá většinou vydávána zdravotnickým zařízením (např. FN Plzeň). Slouží k udržení určité úrovně edukace. Standardy jsou naplánované předem a v některých případech i specializované pro klienty s konkrétním onemocněním. (Juřeniková, 2010, s. 10-11)

## 4.4 Edukační proces

Edukační proces bývá často srovnáván s ošetrovatelským procesem. Jednotlivé fáze jsou shodné na rozdíl od cílů a záměrů. Ošetrovatelský proces vychází z tělesných a psychosociálních potřeb nemocného, oproti tomu edukační proces staví na edukačních potřebách pohotovosti a stylu učení. Pokud dojde k uspokojení tělesných a psychosociálních potřeb, pak bylo dosaženo cílů ošetrovatelského procesu. Aby byly splněny edukační cíle, musí dojít ke změnám ve zručnosti, vědomostech a postojích. Edukaci lze rozdělit podle toho, v jaké fázi onemocnění probíhá. Edukací úvodní prochází nemocný např. před hospitalizací nebo plánovaným operačním zákrokem. Prohlubující edukace se koná pokaždé, pokud u nemocného doplňujeme další informace o daném onemocnění. Kontinuální edukace probíhá nejčastěji před propuštěním do domácí péče. Pokud nedojde ke splnění edukačních cílů, je nezbytné provést reedukaci. Reedukace znamená znovu posouzení a nacházení příčin a důvodů, kvůli kterým se nedaří dosáhnout stanovených cílů. (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 25-26)

Před zahájením edukace by měla sestra zhodnotit vstupní determinanty. Determinanty edukačního procesu jsou faktory, které ovlivňují průběh edukace a dosažení stanovených cílů. Mezi tyto determinanty patří fyzické determinanty, poznávací procesy, aktivačně psychické procesy, vlastnosti osobnosti a podpora rodiny. Jako fyzické determinanty se udávají závažnost diagnózy, schopnost sebezpeče nebo tělesné poškození. Mezi poznávací procesy řadíme poruchy zraku a sluchu, bolest a stupeň soustředění. City, vůle a ochota učit se spadají do skupiny aktivačně psychických procesů. Na edukaci mají vliv i vlastnosti osobnosti, kde sestra zohledňuje temperament, zájmy a specifické schopnosti. Na překonání nemoci, ale i zvládnutí edukačního procesu má značný vliv podpora rodiny. (Hlinková, Nemčková, 2007, s. 146)

Edukační proces je plánovaný a skládá se z pěti fází. První fáze se nazývá posouzení. V této fázi by se sestra měla seznámit s pacientem, popřípadě rodinnými příslušníky, které bude edukovat. Sestra zjišťuje jejich potřeby na edukaci, styl učení a bariéry pro učení. Druhou fází je edukační diagnostika. Vychází z předešlé fáze edukačního procesu. Sestra určí edukační diagnózy, podle zjištěných deficitů v oblasti vědomostí, zručnosti a postojů. Plánování edukace je třetí fází edukačního procesu. V plánování je nezbytné stanovit priority, neboli o čem poučit nemocného nejdříve a co může být náplní další edukace. Dalším krokem v plánování je stanovení jasného, měřitelného cíle a výsledná kritéria edukace, která by měly být orientována na kognitivní,

psychomotorické a afektivní dovednosti. Součástí plánování je výběr místa, kde bude edukace prováděna. Sestra musí mít rozmyšleno, jak dlouho bude edukace probíhat, jaké bude používat pomůcky a techniky. Edukátor by měl znát počet účastníků edukace. Předposlední fází edukačního procesu je realizace edukačního plánu. Realizace se člení do čtyř fází na motivační, expoziční, fixační a hodnotící. V motivační fázi se edukátor snaží o navození zájmu o danou problematiku. V expoziční části realizace jsou pacientovi předávány informace a postupy. Ve fixační fázi s pacientem procvičujeme postupy, čímž se vylepšují i jeho poznatky. V hodnocení zkoumáme, co se pacient naučil, jestli se změnil jeho názory a postoje k nemoci, a jakým způsobem zvládl nácvik zručnosti. Poslední fází celého edukačního procesu je vyhodnocení. Edukátor hodnotí, zda byly cíle splněny úplně, částečně nebo nebyly splněny vůbec. (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 25-26)

#### **4.5 Formy edukace**

Forma edukace je souhrn organizačních podmínek a rozdělení výuky při průběhu vzdělávacího procesu. Formy edukace lze dělit z hlediska časového uspořádání, organizačního uspořádání a interakce edukant, edukátor. Podle organizačního uspořádání dělíme edukaci na individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální edukace se užívá ve zdravotnictví nejčastěji. Edukant se nachází v úzkém kontaktu s edukátorem. Výhodou této formy je příprava edukačního plánu speciálně dle potřeb jedince. Zároveň se tato forma vyznačuje vysokou efektivitou učení a přizpůsobením tempa a obsahu edukovaného. Další forma edukace je skupinová, kdy edukace probíhá ve skupině. Do skupin jsou účastníci přiřazováni podle diagnózy, věku, pohlaví a vědomostí. Optimální počet osob ve skupině je tři až pět. Hromadná forma edukace se využívá, pokud chceme sdělit velké množství informací více osobám. Ideální metodou pro hromadnou formu edukace jsou přednášky. (Juřeníková, 2010, s. 34-36)

#### **4.6 Edukační metody**

Edukační metoda je způsob, kterým vede edukátor edukanta k naplnění stanovených cílů. Je nezbytné zvolit vhodnou metodu edukace s ohledem na vědomosti, dovednosti a zkušenosti edukanta. Edukační metody členíme na teoretické, praktické a teoreticko-praktické. Mezi teoretické řadíme přednášku, přednášku ex cathedra, cvičení a seminář. Výhodou přednášky je předání velkého množství informací v ucelené podobě. Termínem přednáška ex cathedra označujeme přednášku, jejíž součástí je doslovné čtení z knihy. Diskuze může být součástí přednášky. Probíhá na konci přednášky nebo během ní.

Mezi teoreticko-praktické metody řadíme diskuzní metody a projektové metody. Výhodou projektových metod je, že si účastník osvojí informace i pomocí obrázků. Jako praktické metody jsou uváděny instruktáž, stáž a exkurze. Výhoda exkurze spočívá v tom, že účastník vnímá informace sluchem, zrakem, ale může si určité postupy i vyzkoušet. (Juřeníková, 2010, s. 37-43)

#### **4.7 Překážky v edukaci**

Neefektivní edukace může být způsobena překážkami na straně sestry, nemocného nebo zdravotnického systému. Překážkami u sester jsou jejich nedostatečné znalosti. Některé sestry nevěří, že edukace může ovlivnit uzdravovací proces. Zdravotnický pracovník, který vede edukaci, nezohledňuje individuální rozdíly jedinců ve vztahu k učení. Sestry nedostatečně zapisují do dokumentace provedené edukační úkony. Překážkami na straně nemocného je většinou strach a úzkost, které brání edukaci. Charakter a temperament také ovlivňují průběh edukace, protože se pacient nemusí chtít vzdělávat. Nedostatek soukromí a sociální izolace má vliv na aktivitu nemocného. Nemocný se tak může méně zapojovat do procesu edukace. Jako překážky na straně zdravotnického systému se uvádí nedostatek času na proces edukace z důvodu brzkého propuštění pacienta domů. Tento problém se nejčastěji vyskytuje ve zdravotnických zařízeních s jednodenní chirurgií. I nevhodné prostředí, kde bude edukace probíhat, patří mezi překážky v edukaci. Proto by měla sestra věnovat dostatek času výběru místa pro edukaci. (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 28-29)

#### **4.8 Dokumentace edukace**

Edukace je součástí péče o nemocné a tak musí být proveden zápis do dokumentace o jejím průběhu. Do dokumentace se zapisuje plán, realizace a výstup edukace. Výstupem označujeme, čeho pacient dosáhl a jeho reakce na edukační proces. Správně vedená a srozumitelná dokumentace zaručuje, že nemocný nebude edukován na stejné téma dvakrát. Záznamy ukazují zdravotnickým pracovníkům vývoj, průběh a komplikace edukace. Vedení dokumentace chrání zdravotnické pracovníky. Správně vedená edukace a dokumentace napomáhá při tvorbě standardů pracoviště. (Špirudová a kol., 2006, s. 128)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

V posledních letech je edukace relativně diskutované téma. Edukace nejčastěji probíhá po sdělení lékařské diagnózy, při hospitalizaci, ale měla by probíhat i před zahájením léčby. U nemocných s psoriázou, kteří jsou léčeni v soukromých kožních ambulancích, ale neprobíhá edukace tak často jako během hospitalizace. Pokud bere lékař a sestra edukaci jako nepodstatnou součást léčebného režimu, může dojít k tomu, že edukace neproběhne vůbec. Je edukační proces na kožních ambulancích vhodně uzpůsoben a přináší pacientům dostatečné informace?



## **6 CÍL VÝZKUMU**

### **6.1 Hlavní cíl**

**Zmapovat problematiku edukace pacientů s psoriázou.**

### **6.2 Dílčí cíle**

**Mají pacienti dostatečné znalosti o psoriáze?**

**Cíl 1:** Ověřit, zda mají pacienti dostatek znalostí o psoriáze.

**Předpoklad 1:** Předpokládám, že více než polovina respondentů má dostatečné znalosti o psoriáze.

**Otázky č. 3, 4, 5, 6, 7**

**Kritérium pro dostatečné znalosti:** Respondenti odpoví správně na 3 ze 4 vědomostních otázek.

**Jaký je nejčastěji využívaný zdroj pro získávání informací u pacientů s psoriázou?**

**Cíl 2:** Zmapovat, jaké zdroje informací nemocní nejčastěji využívají pro získání informací o psoriáze.

**Předpoklad 2:** Předpokládám, že více než polovina respondentů uvede internet za klíčový zdroj pro získání informací.

**Otázky č. 8, 9, 10**

**V jakých rovinách probíhá edukace pacientů?**

**Cíl 3:** Zjistit v jakých rovinách probíhá edukace pacientů s psoriázou.

**Předpoklad 3:** Předpokládám, že více než polovina nemocných uvede, že jejich edukace probíhá v teoretické rovině.

**Otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17**

## **7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU**

Vzorek respondentů tvořilo 80 nemocných. Kritéria pro výběr respondentů byla diagnostikovaná psoriáza, léčba probíhající v soukromých kožních ambulancích v Plzni a ochota vyplnit dotazník. Ve výběru respondentů jsem nezohledňovala věk, pohlaví ani dosažené vzdělání.

## **8 METODA SBĚRU DAT**

Pro získání informací jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu formou strukturovaného dotazníku. Dotazník, (viz. příloha č. 1) obsahoval 17 otázek. 16 otázek bylo uzavřených a 1 otázka byla polouzavřená. První otázky jsou demografické se zaměřením na pohlaví a délku onemocnění. Zbylé otázky jsou zaměřeny na znalosti a vědomosti o psoriáze a edukaci. Pro zpracování získaných údajů jsem použila počítačové programy Microsoft Word a Microsoft Excel. Data byla poté znázorněna v grafech pro lepší interpretaci výsledků. Každý graf je označen a popsán. Výsledky byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa s ohledem na zachování co největší vypovídající hodnotu průzkumu.

## **9 ORGANIZACE VÝZKUMU**

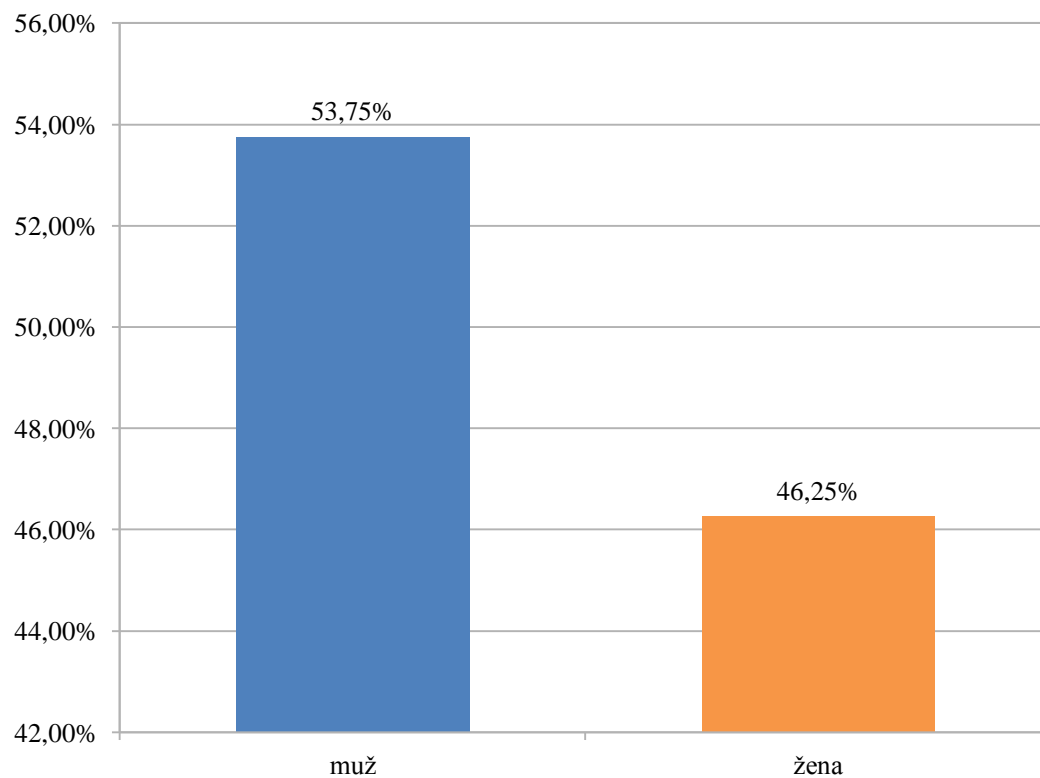
Dotazníky rozdávaly sestry po předchozí domluvě v pěti soukromých kožních ordinacích. Dotazníky jsem dále rozdala svým přátelům a příbuzným, kteří splňují předem stanovená kritéria. Výzkum byl realizován v období od září do října 2013. Tištěné dotazníky byly anonymní. Pro zajištění anonymity jsem do každé ambulance umístila papírovou schránku, kam pacienti vhazovali vyplněné dotazníky. Dotazníky, které jsem předala svým přátelům a příbuzným, byly pro dodržení anonymity odevzdávány v papírových obálkách. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, návratnost činila 67 %, což odpovídá 80 dotazníkům.

## 10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky (Otázky č. 1 a 2 zjišťovaly pohlaví respondentů a délku trvání nemoci)

Otázka č. 1: Pohlaví

**Graf 1 Pohlaví respondentů**

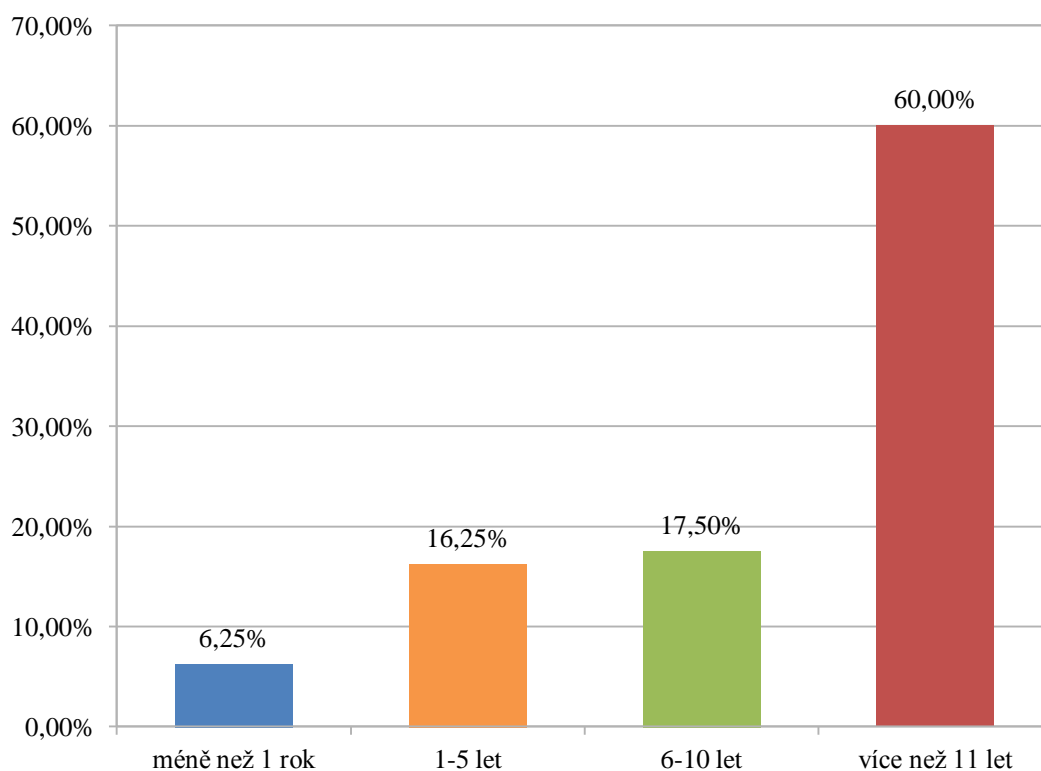


Zdroj: vlastní

K výzkumu bylo celkem použito 80 (100 %) vyplněných dotazníků, z čehož bylo 43 mužů (53,75 %) a 37 žen (46,25 %).

Otázka č. 2: Před kolika lety Vám byla psoriáza diagnostikována?

**Graf 2 Délka onemocnění**



Zdroj: vlastní

Do výzkumu se zapojilo 48 (60,00 %) respondentů, u kterých psoriáza trvá více než 11 let. U 14 (17,50 %) respondentů byla psoriáza diagnostikována před 6 až 10 lety. Od 1 do 5 let trvá psoriáza u 13 (16,25 %) respondentů. Před méně než rokem byla psoriáza diagnostikována u 5 (6,25 %) dotazovaných.

**Cíl 1:** Ověřit, zda mají pacienti dostatek znalostí o psoriáze.

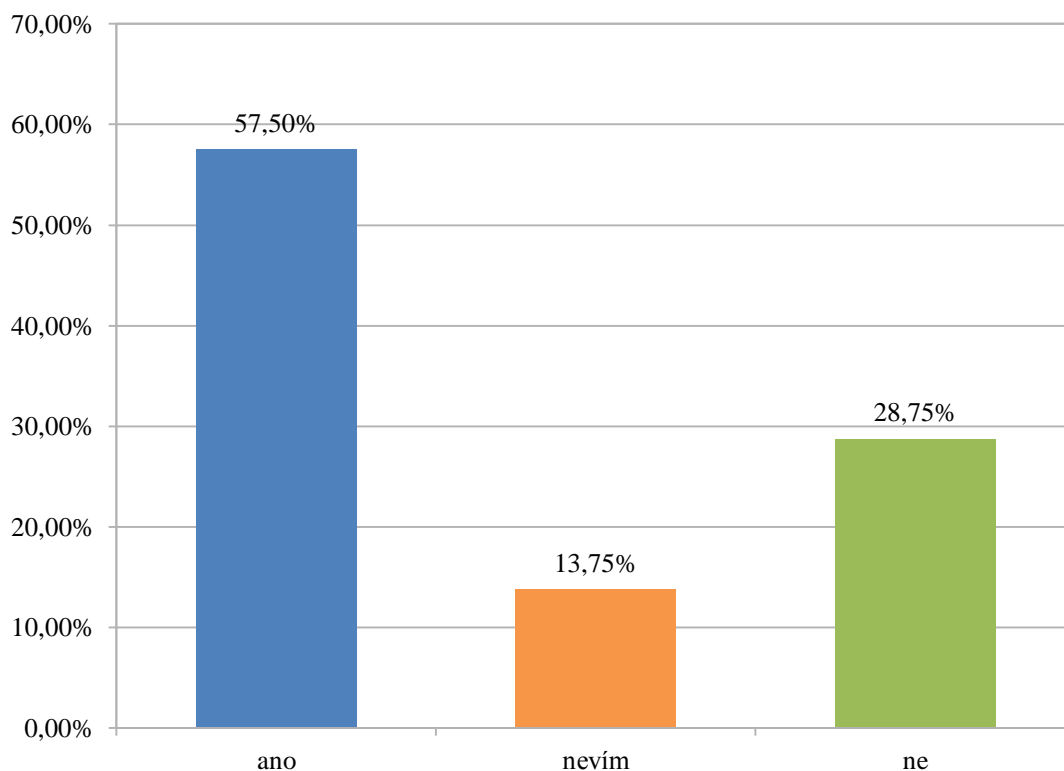
**Předpoklad 1:** Domnívám se, že více než polovina respondentů má dostatečné znalosti o psoriáze.

**Otázky č. 3, 4, 5, 6, 7**

**Kritérium pro dostatečné znalosti:** Respondenti odpoví správně na 3 ze 4 znalostních otázek.

Otázka č. 3: Myslíte si, že máte dostatečné znalosti o psoriáze?

**Graf 3 Informovanost o psoriáze**

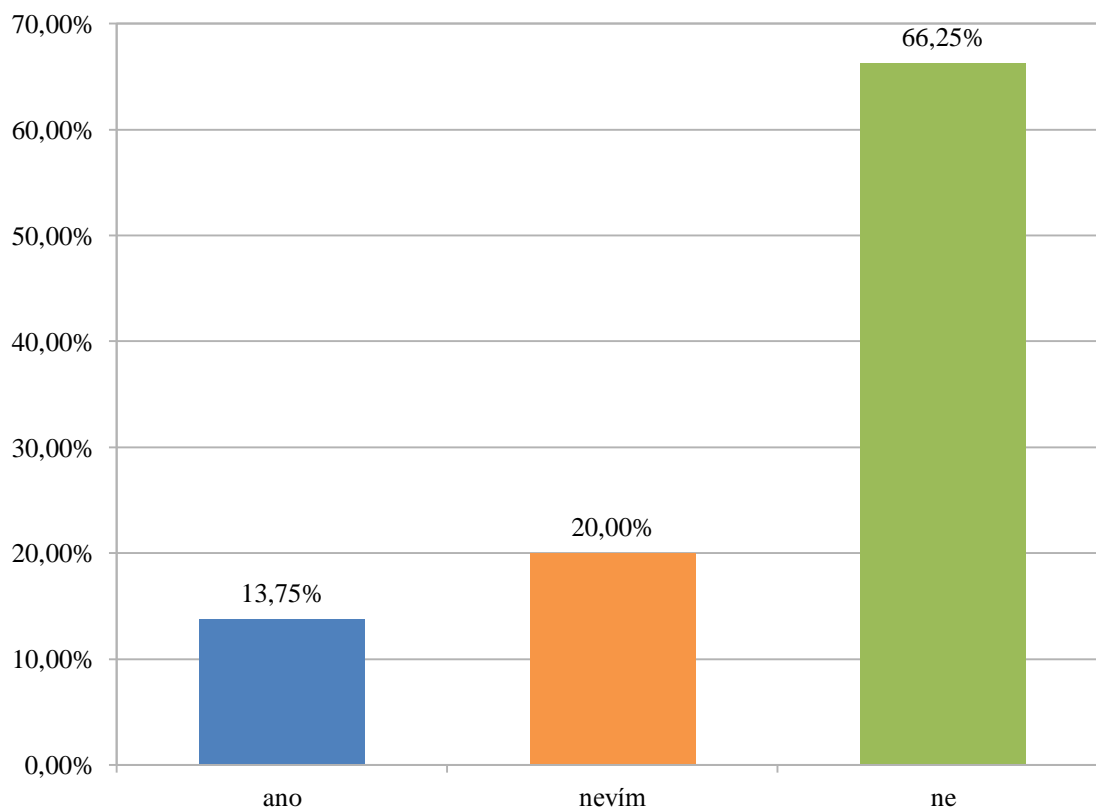


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných se 46 (57,50 %) respondentů domnívá, že má dostatečné znalosti o psoriáze. Nedostatečné znalosti uvádí 23 (28,75 %) respondentů a 11 (13,75 %) dotazovaných neví, nebo nedokáží posoudit své znalosti.

Otázka č. 4: Domníváte se, že je psoriáza vyléčitelné onemocnění?

**Graf 4 Vyléčitelnost psoriázy**

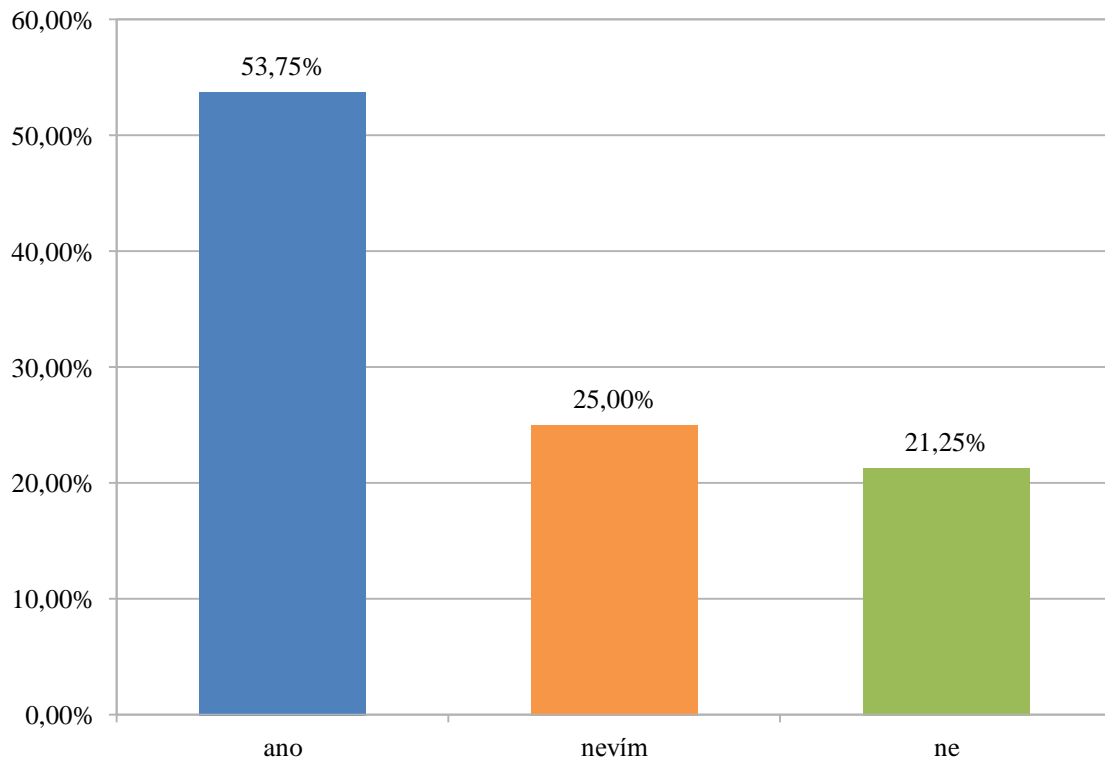


Zdroj: vlastní

Z odpovědí vyplynulo, že si 11 (13,75 %) respondentů myslí, že je psoriáza vyléčitelné onemocnění. Naopak 53 (66,25 %) respondentů se domnívá, že není vyléčitelné a 16 (20,00 %) neví.

Otázka č. 5: Řadí se psoriáza mezi dědičné onemocnění?

**Graf 5 Dědičnost psoriázy**

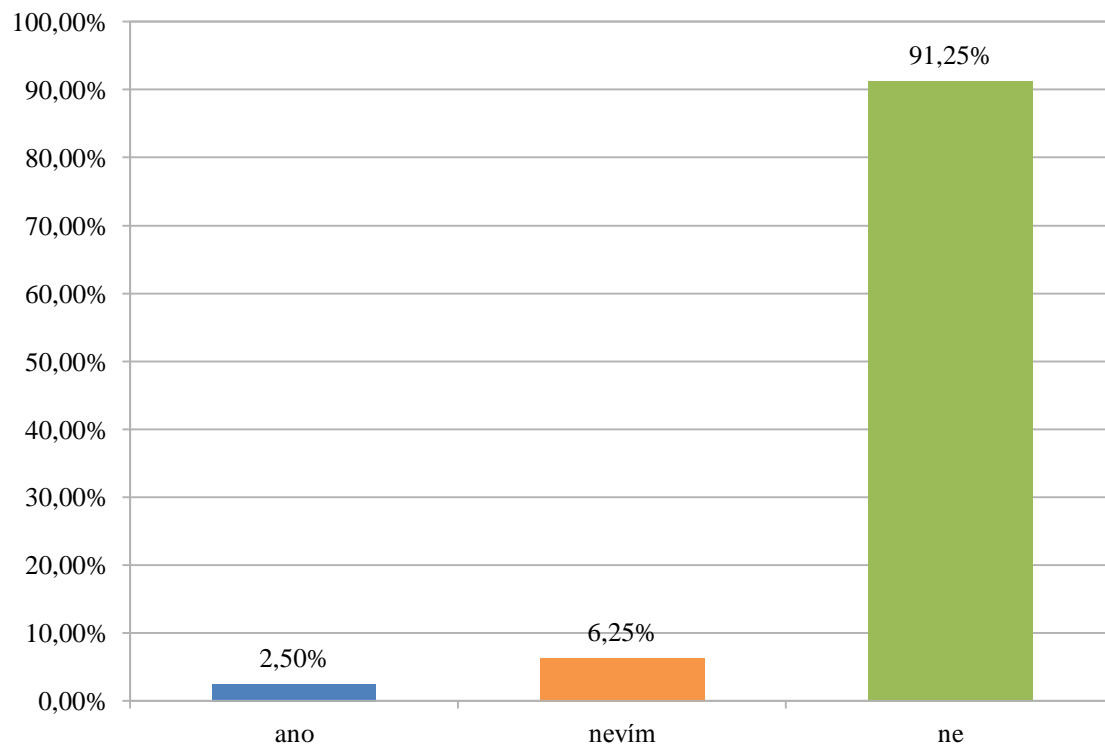


Zdroj: vlastní

S tvrzením, že psoriáza je dědičné onemocnění, souhlasí 43 (53,75 %) respondentů. Opačný názor uvedlo 17 (21,25 %) respondentů. Odpověď „nevím” označilo 20 (25,00 %) dotazovaných.

Otázka č. 6: Řadí se psoriáza mezi přenosné onemocnění?

**Graf 6 Infekčnost psoriázy**



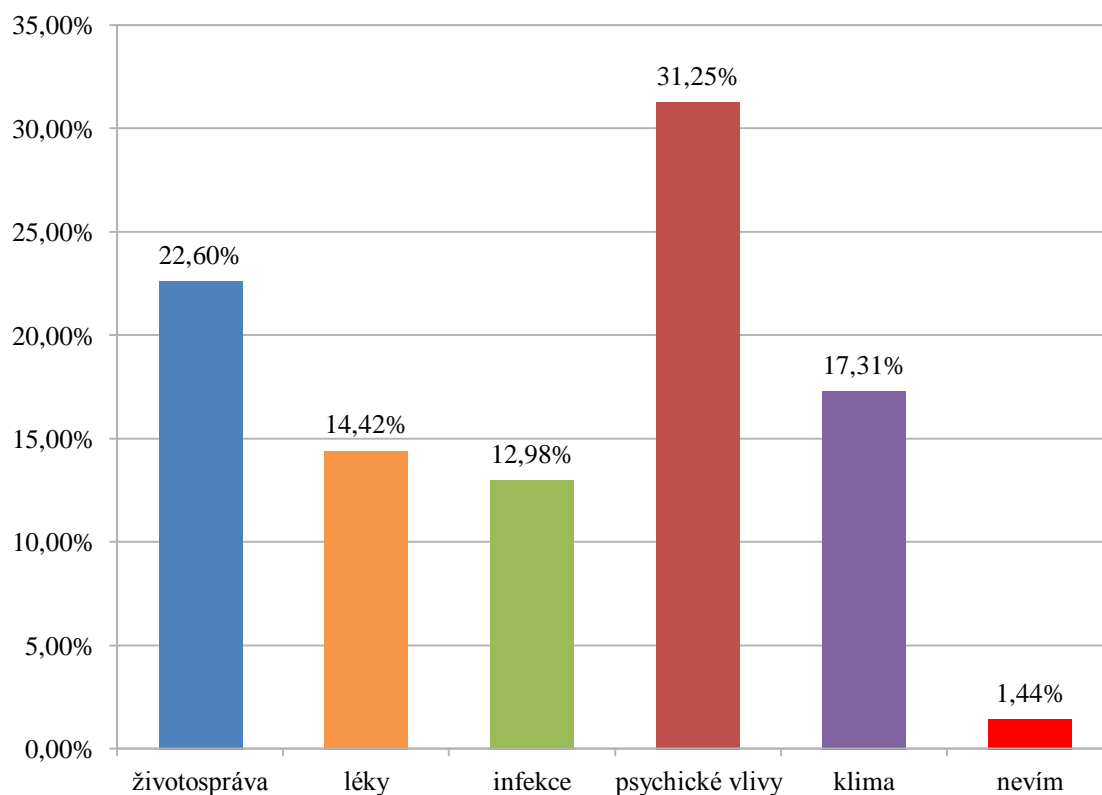
Zdroj: vlastní

Psoriáza nepatří mezi přenosné onemocnění, s tímto správným tvrzením souhlasí 73 (91,25 %) respondentů. Z celkového počtu se 2 (2,50 %) jedinci domnívají, že je psoriáza nakažlivá a 5 (6,25 %) neví.



Otázka č. 7: Jaké jsou možné vyvolávající faktory psoriázy?

**Graf 7 Rizikové faktory**



Zdroj: vlastní

V této otázce byla možnost více odpovědí, ale za nejčastější rizikový faktor jsou označovány psychické vlivy a to až v 65 (31,25 %) odpovědích. Životospráva byla v dotazníkovém šetření vyznačena 47 krát (22,60 %) a léky 30 krát (14,42 %). Odpověď infekce byla označena za rizikový faktor 27 krát (12,98 %), klima 36 krát (17,31 %). Odpověď „nevím” byla vyznačena 3 krát (1,44 %).

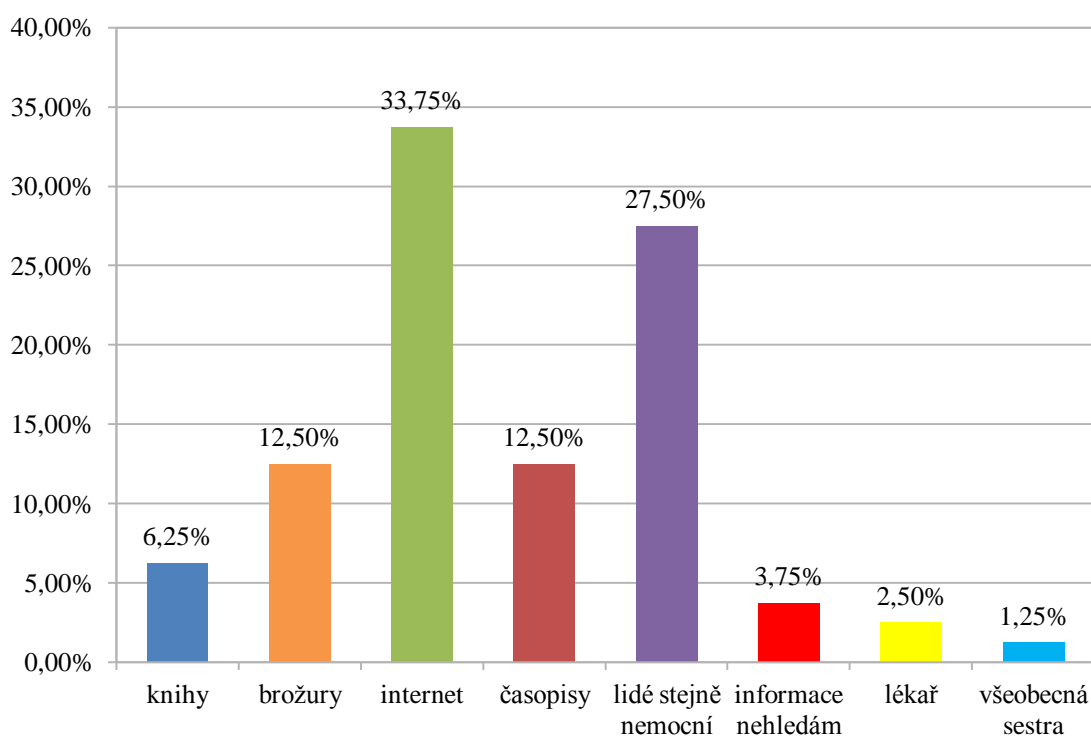
**Cíl 2:** Zmapovat, jaké zdroje informací nemocní nejčastěji využívají pro získání informací o psoriáze.

**Předpoklad 2:** Domnívám se, že více než polovina respondentů uvede internet za klíčový zdroj pro získání informací.

**Otázky č. 8, 9, 10**

Otázka č. 8: Odkud čerpáte informace o psoriáze?

**Graf 8 Zdroj informací**

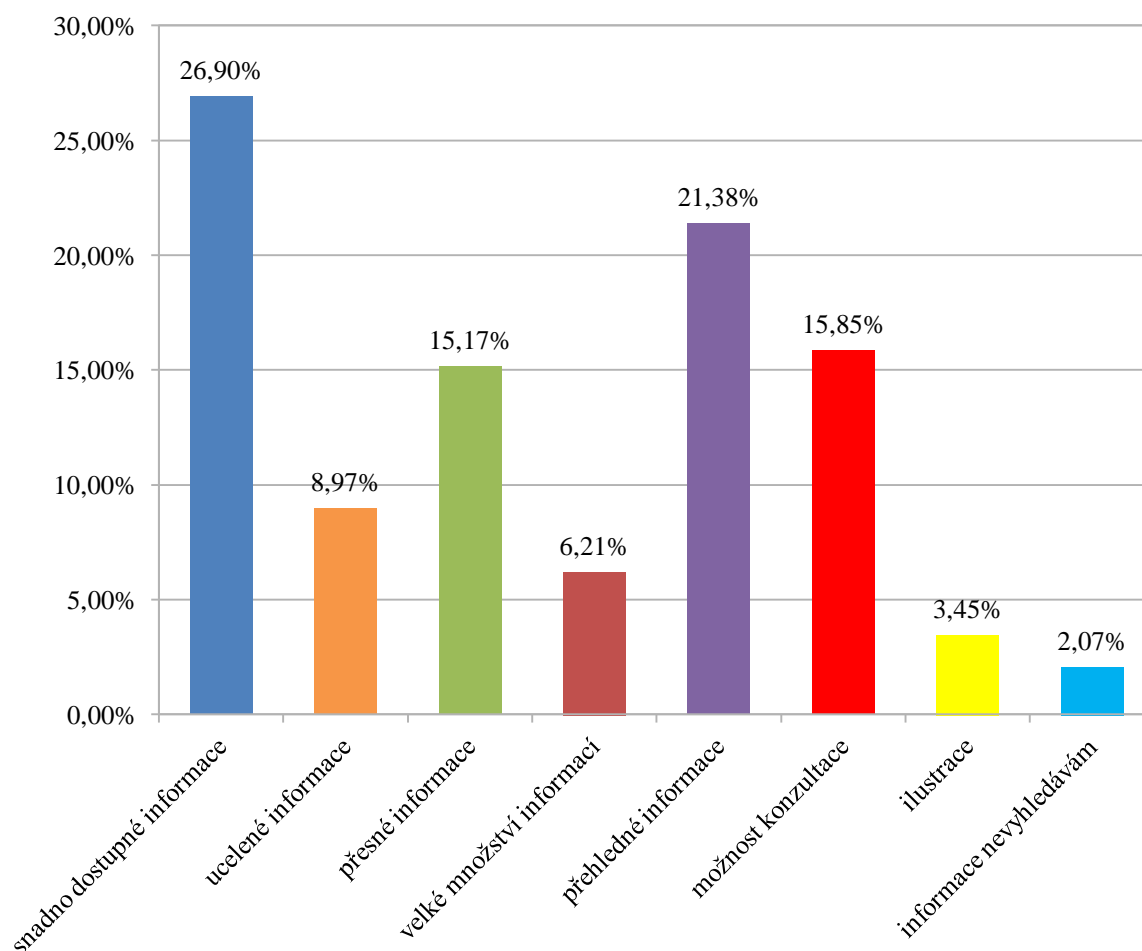


Zdroj: vlastní

Knihu jako zdroj informací využívá 5 (6,25 %) z 80 respondentů. 10 (12,50 %) dotazovaných využívá k získání informací brožury anebo časopisy. Za nejčastěji využívaný zdroj informací byl označen internet, a to u 27 (33,75 %) respondentů. Velice často získávali respondenti informace od lidí se stejným onemocněním konkrétně u 22 (27,50 %). 3 (3,75 %) dotazovaní informace nevyhledávají. Naopak 2 (2,50 %) respondentům postačí informace od lékaře a 1 (1,25 %) dotazovaný získává další informace od všeobecných sester.

Otázka č. 9: Podle čeho volíte zdroj informací?

**Graf 9 Charakter informací**

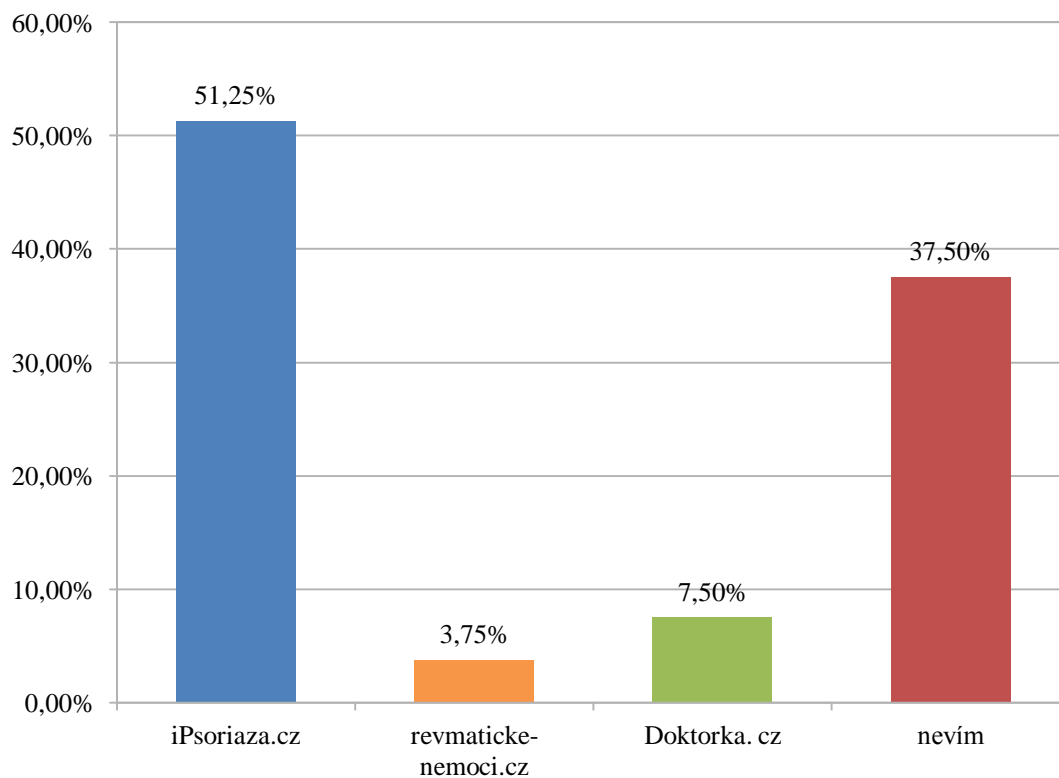


Zdroj: vlastní

U této otázky byla možnost více odpovědí. Snadno dostupné informace byly označeny 39 krát (26,90 %) a ucelené informace 13 krát (8,97 %). 22 krát (15,17 %) byly uvedeny přesné informace a 9 krát (6,21 %) velké množství informací. Přehledné informace byly zaznamenány u 31 (21,38 %) odpovědí a možnost konzultace u 23 (15,85 %) odpovědí. Ilustrace byla označena u 5 odpovědí (3,45 %). Odpověď „informace nevyhledávám“, byla zaznamenána 3 krát (2,07 %).

Otázka č. 10: Jak se nazývá odborná internetová stránka o psoriáze?

**Graf 10 Název odborné stránky**



Zdroj: vlastní

Portál iPsoriaza.cz považuje 41 (51,25 %) respondentů za odbornou webovou stránku. Revmaticke-nemoci.cz považují za odbornou stránku 3 (3,75 %) dotazovaní. 6 (7,50 %) respondentů považuje za odbornou webovou stránku Doktorka.cz. 30 (37,50 %) dotazovaných neví název webových stránek, které se týkají psoriázy.

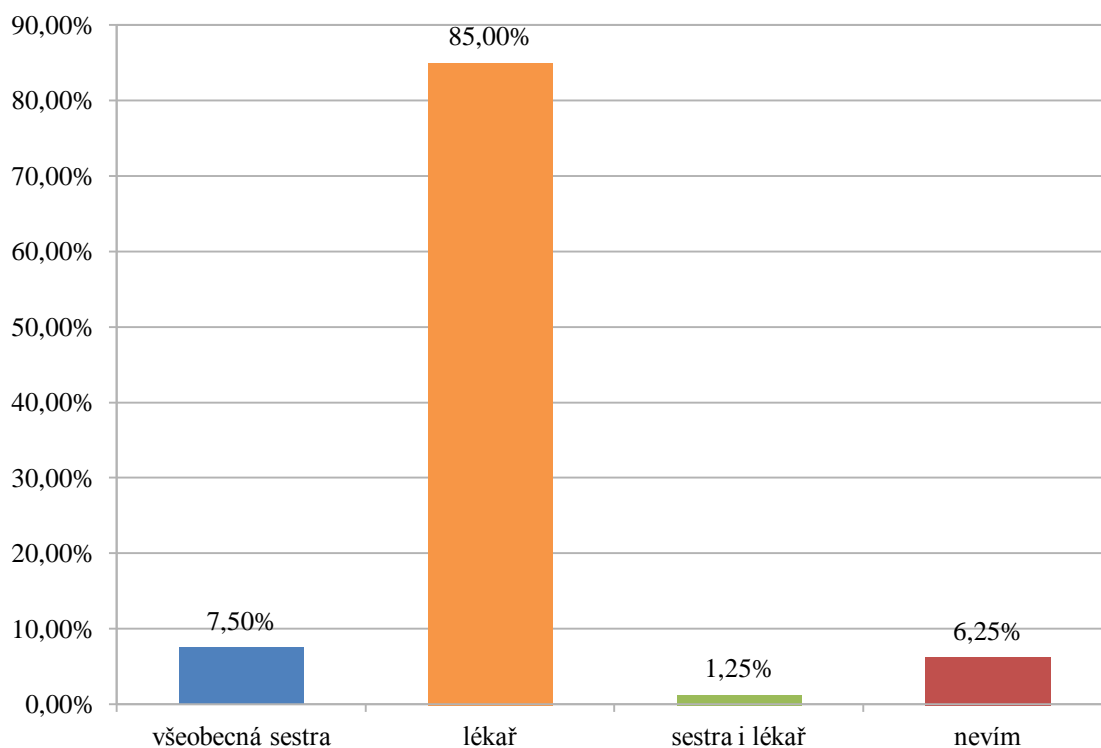
**Cíl 3:** Zjistit v jakých rovinách probíhá edukace pacientů s psoriázou.

**Předpoklad 3:** Předpokládám, že více než polovina nemocných uvede, že jejich edukace probíhá v teoretické rovině.

**Otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17**

Otázka č. 11: Když Vám byla diagnostikována psoriáza, kdo Vám podal potřebné informace?

**Graf 11 První edukátor**

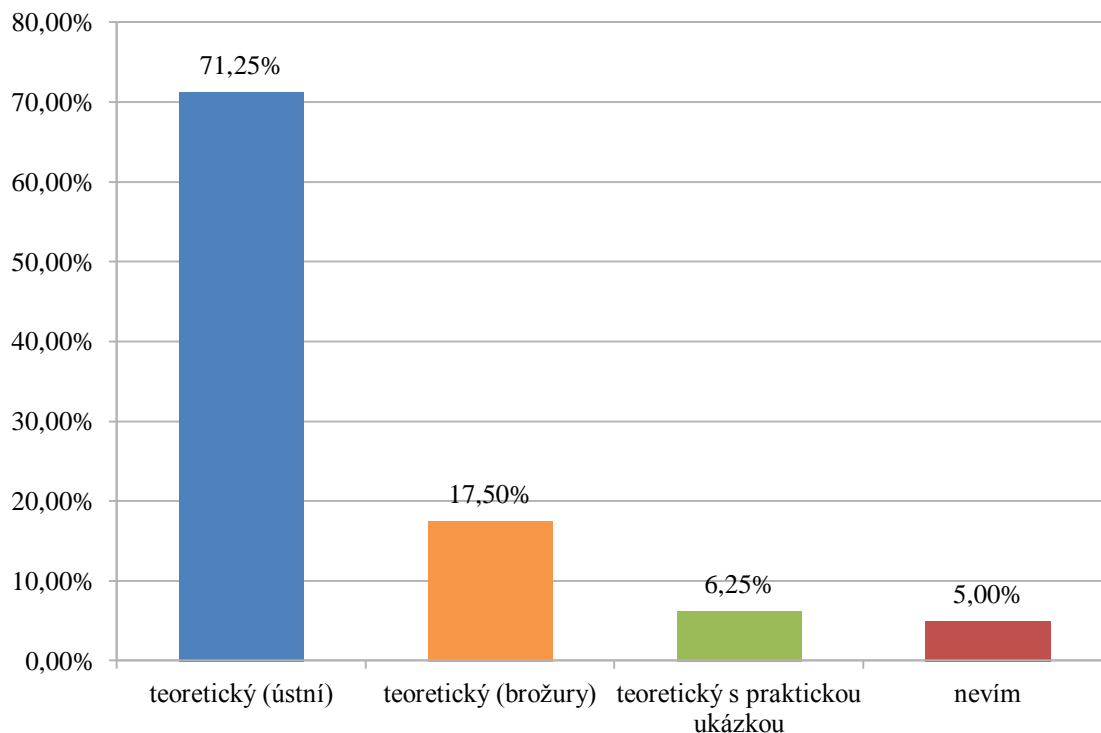


Zdroj: vlastní

Pouze 6 (7,50 %) respondentů uvedlo, že prvním edukátorem byla všeobecná sestra. Největší počet dotazovaných 68 (85,00 %), získalo první informace od lékaře. Sestru i lékaře označil 1 (1,25 %) respondent. 5 (6,25 %) dotazovaných neví, kdo jim podal první informace o psoriáze.

Otázka č. 12: Jaký charakter měly informace, které Vám byly podány ve zdravotnickém zařízení?

**Graf 12 Charakter informací**

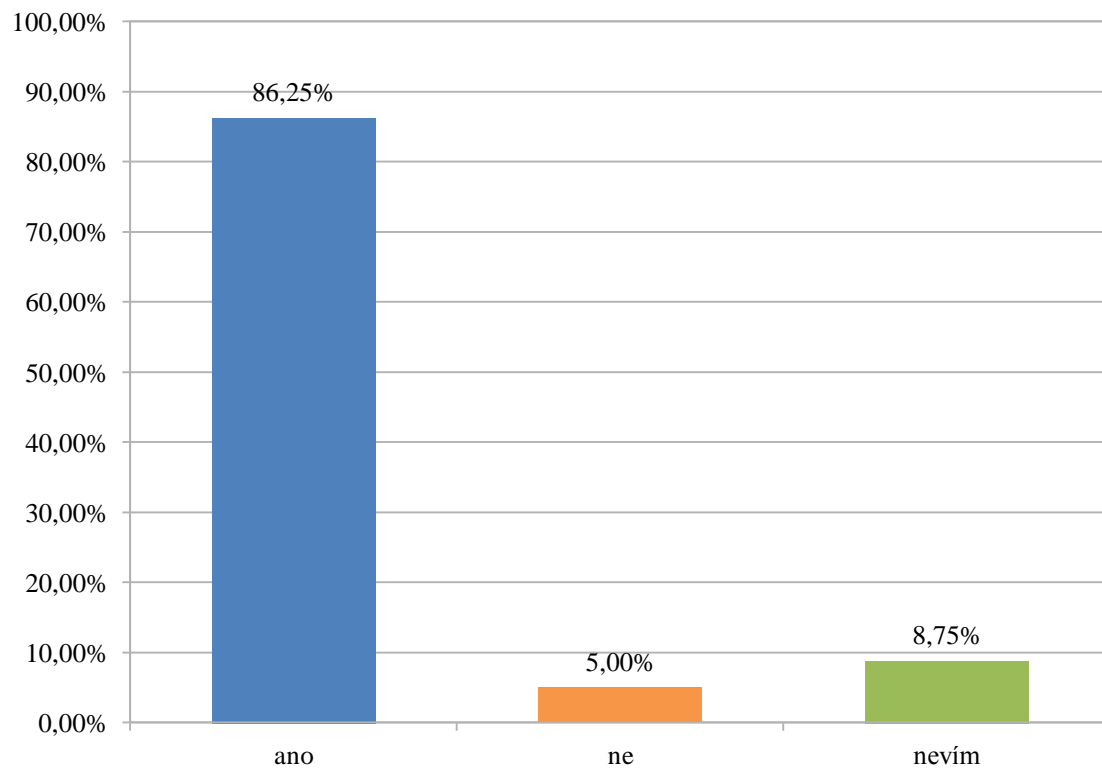


Zdroj: vlastní

Teoreticky neboli ústně bylo poučeno 57 (71,25 %) respondentů. Variantu „teoretická edukace za použití brožur“ označilo 14 (17,50 %) dotazovaných. Teoretické poučení i s praktickou ukázkou absolvovalo 5 (6,25 %) respondentů. 4 (5,00 %) účastníci dotazníkového šetření neví, jaký charakter měly podané informace.

Otázka č. 13: Dozvěděl/a jste se současně s diagnózou, jak pečovat o kůži?

**Graf 13** Současná edukace a péče o kůži

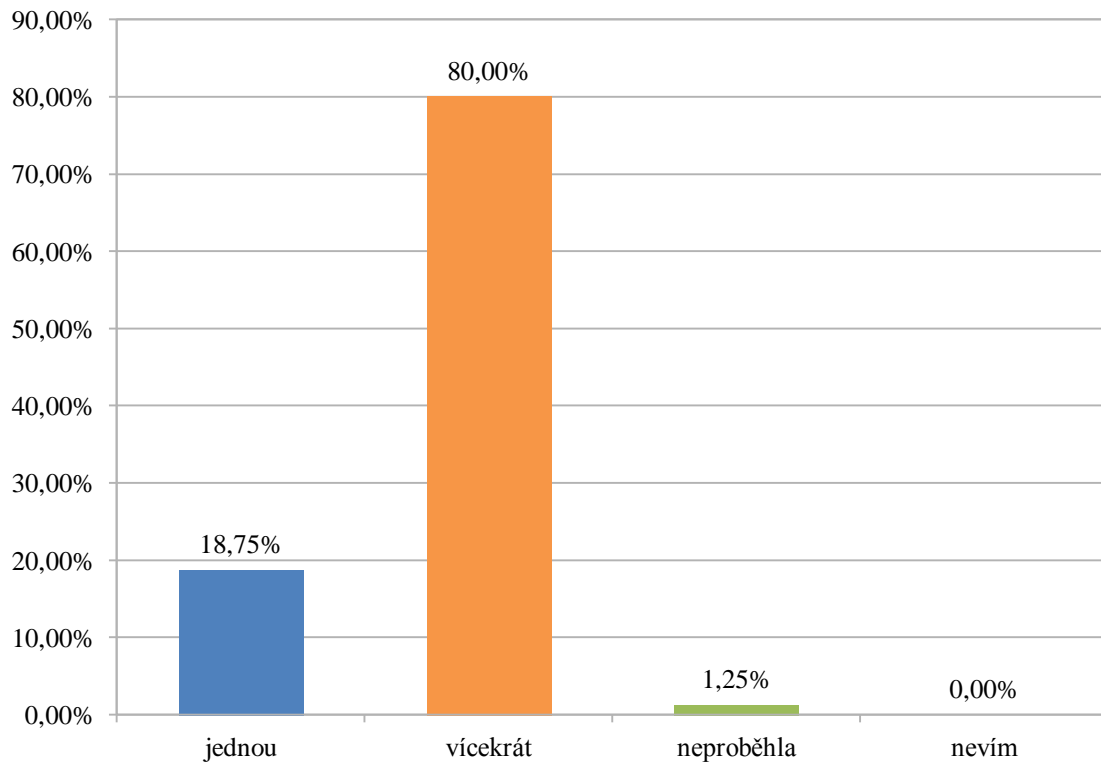


Zdroj: vlastní

U 69 (86,25 %) respondentů proběhlo současně s edukací i poučení, jak pečovat o kůži. U 4 (5,00 %) dotazovaných proběhla samostatná edukace. Odpověď „nevím” označilo 7 (8,75 %) respondentů.

Otázka č. 14: Kolikrát jste byl/a edukován/a?

**Graf 14 Počet edukací**



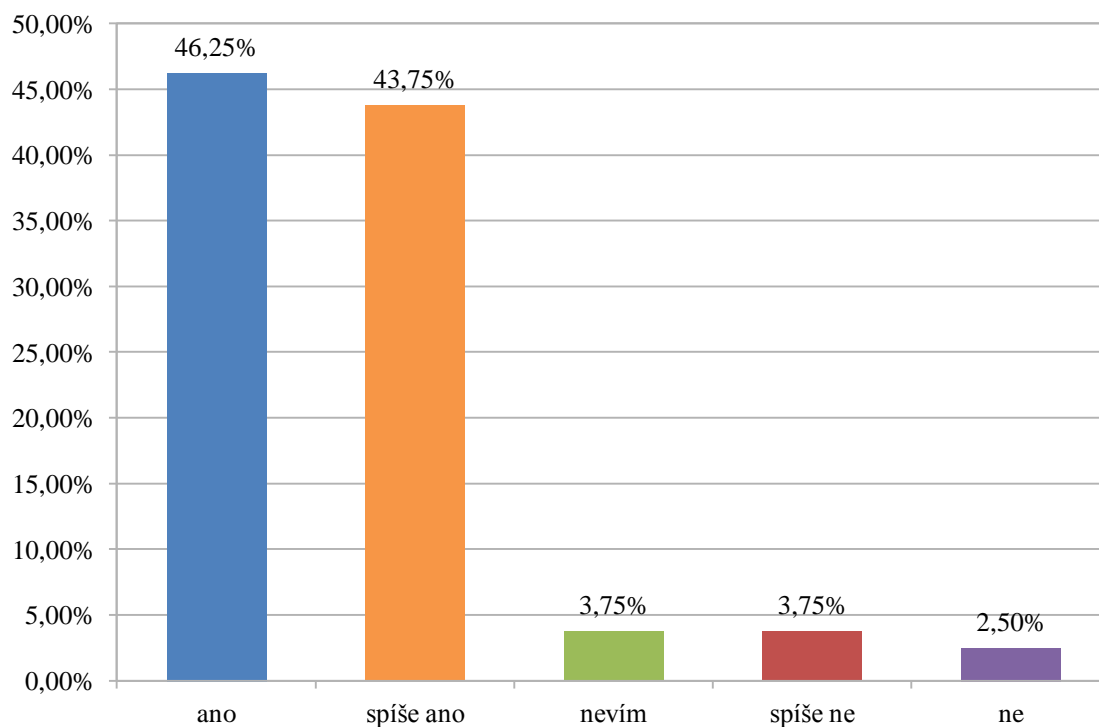
Zdroj: vlastní

Edukace byla provedena jednou u 15 (18,75 %) dotazovaných. Vícekrát bylo edukováno 64 (80,00 %) respondentů. U 1 (1,25 %) účastníka dotazníkového šetření edukace vůbec neproběhla. Žádný respondent neoznačil odpověď „nevím“.



Otázka č. 15: Dovedl/a jste se po edukaci postarat o kůži?

**Graf 15 Schopnost péče o kůži**

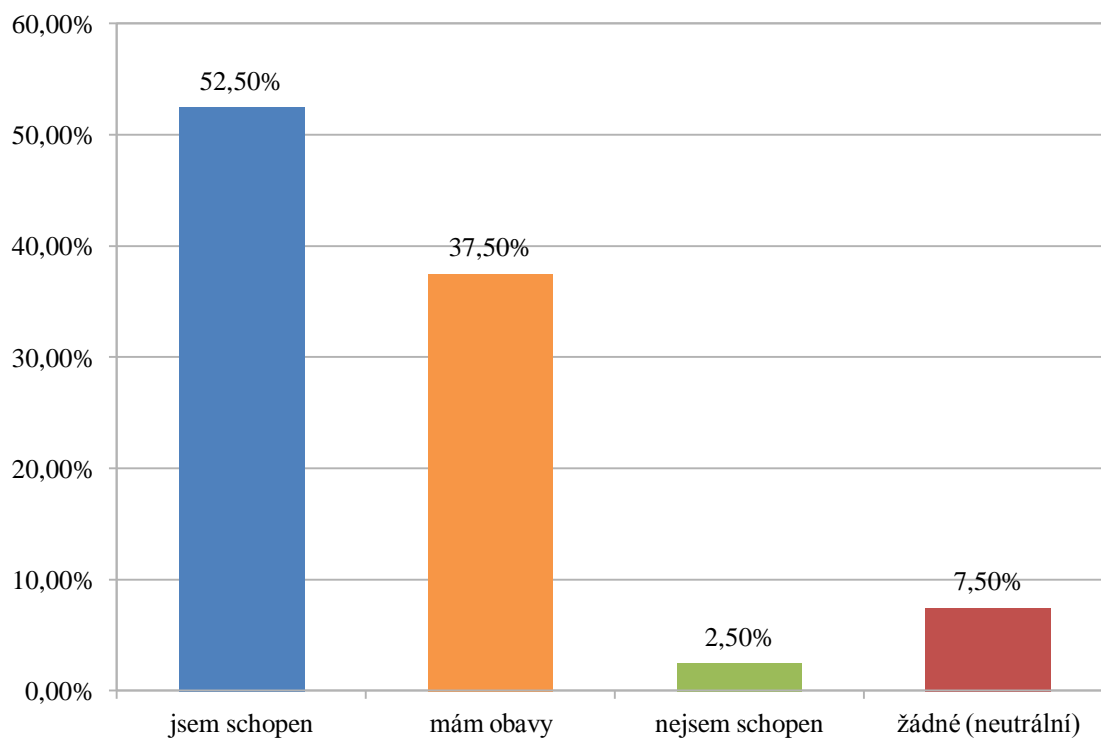


Zdroj: vlastní

Po edukaci se dokázalo o kůži postarat 37 (46,25 %) respondentů. 35 (43,75 %) dotazovaných bylo spíše schopno pečovat o kůži. 3 (3,75 %) respondenti označili odpověď „nevím“, stejný počet dotazovaných označilo možnost „spíše ne“. Navzdory edukaci nebyli 2 (2,50 %) respondenti schopni pečovat o kůži.

Otázka č. 16: Jaké pocity u Vás převládaly po edukaci?

**Graf 16 Pocity po edukaci**

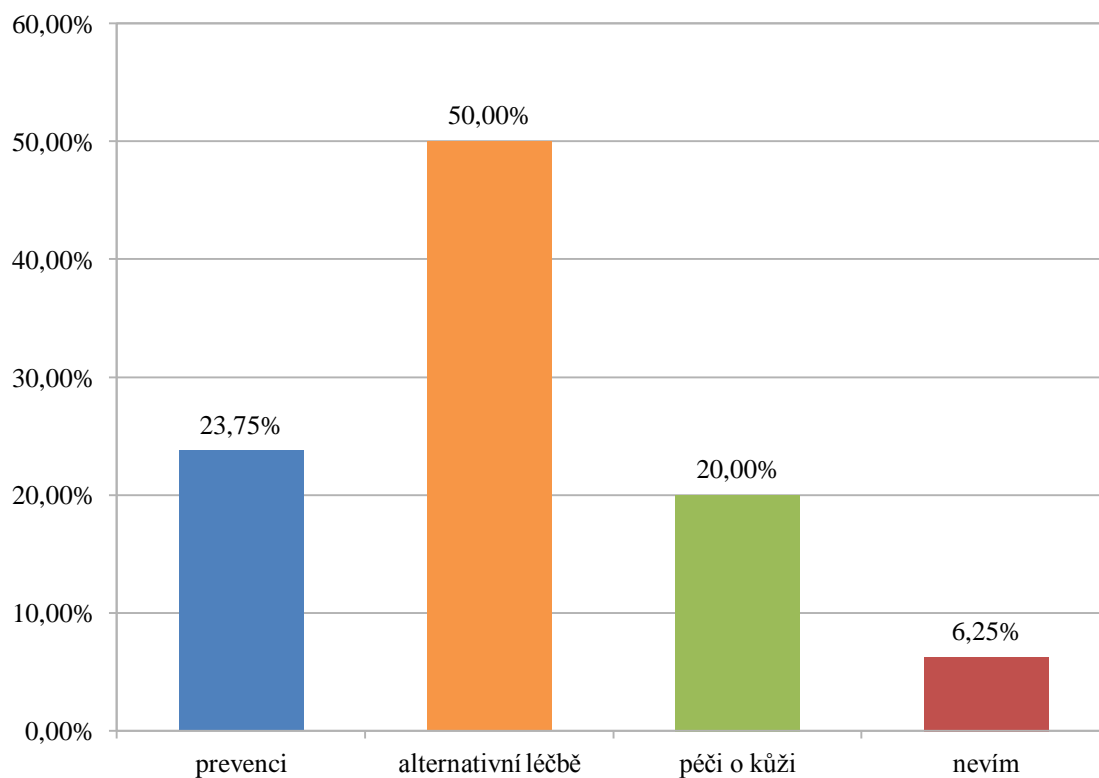


Zdroj: vlastní

Kladné pocity po edukaci vyjádřilo 42 (52,50 %) respondentů a naopak 30 (37,50 %) dotazovaných má obavy. U 2 (2,50 %) účastníků dotazníkového šetření převládal pocit, že nejsou schopni postarat se o kůži postiženou psoriázou. Neutrální pocity popisuje 6 (7,50 %) respondentů.

Otázka č. 17: Při edukaci bych uvítal/a více informací o:

**Graf 17 Oblasti vyšší informovanosti**



Zdroj: vlastní

Respondenti by uvítali více informací o prevenci a to v 19 (23,75 %) případech. 40 (50,00 %) dotazovaných by chtělo více informací o alternativní léčbě. V péči o kůži by uvítalo vyšší míru edukace 16 (20,00 %) respondentů. 5 (6,25 %) respondentů neví, v jaké oblasti by chtěli více informací.

# 11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

## Cíl 1: Ověřit, zda mají pacienti dostatek znalostí o psoriáze.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7. Těmito otázkami jsem zjišťovala znalosti pacientů o psoriáze.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1**: Předpokládám, že více než polovina respondentů má dostatečné znalosti o psoriáze.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 4, kdy jsem zjišťovala, zda pacienti vědí, jestli je psoriáza vyléčitelné nebo nevyléčitelné onemocnění. Správně odpovědělo 53 (66,25 %) respondentů. Otázkou č. 5 jsem zkoumala, zda pacienti vědí, že je psoriáza dědičné onemocnění. Správně odpovědělo 43 (53,75 %) respondentů. Otázka č. 6 je zaměřena na to, zda patří psoriáza mezi přenosné onemocnění. Se správným tvrzením souhlasilo 73 (91,25 %) respondentů. Otázkou č. 7 jsem zjišťovala, zda pacienti znají rizikové faktory, které mají značný podíl na vzniku psoriázy. U této otázky byla možnost více odpovědí. I přesto, že byly všechny varianty správné, žádná z odpovědí nebyla vyhodnocena na více než 50 %. Otázka č. 3 byla pouze doplňující.

### **Předpoklad č. 1 se mi potvrdil.**

## Cíl 2: Zmapovat, jaké zdroje informací nemocní nejčastěji využívají pro získání informací o psoriáze.

K cíli jsou přiřazeny otázky č. 8, 9, 10. Těmito otázkami jsem zkoumala, jaký je nejčastěji využívaný zdroj pro získání informací. Kritérium pro hodnocení otázky č. 8 je, že více než 50 % respondentů označí za nejčastěji využívaný zdroj internet. Kritérium pro hodnocení otázky č. 9 je, že více než 50 % zvolí minimálně 3 z nabízených možností. Podmínkou pro vyhodnocení otázky č. 10 je, že více než 50 % respondentů označí odbornou webovou stránku o psoriáze.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 2**: Předpokládám, že více než polovina respondentů uvede internet za klíčový zdroj pro získání informací.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 8, kdy jsem zjišťovala, odkud respondenti čerpají informace. Za nejčastěji využívaný zdroj byl označen internet, ale pouze ve 33,75 %. Otázkou č. 9 jsem zjišťovala, jaký charakter by měly mít informace, které

respondenti vyhledávají. Snadno dostupné informace byly označeny v necelých 26,90 %. Dalším kritériem pro zdroj jsou přehledné informace a to ve 21,38 %. Možnost konzultace je specifickým pro výběr zdroje informací v 15,85 %. Portál iPsoriaza.cz uvedlo 51,25 % respondentů za kvalitní odbornou webovou stránku.

**Předpoklad č. 2 se mi nepotvrdil.**

**Cíl 3: Zjistit v jakých rovinách probíhá edukace pacientů s psoriázou.**

K cíli č. 3 se vztahovaly otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Stěženi pro potvrzení nebo vyvrácení předpokladu, byly otázky č. 12, 13, 14. Těmito otázkami jsem zkoumala, v jakých rovinách a jakým způsobem probíhá edukace u pacientů s psoriázou. Zbylé otázky jsou pouze doplňující. Kritériem pro hodnocení otázky č. 12 je, že u více než 50 % respondentů probíhá edukace v teoretické rovině a to ústní formou. Kritériem pro otázku č. 13 je, že více než 50 % respondentů se současně s diagnózou dozvědělo, jak pečovat o kůži. Kritériem pro otázku č. 14 je, že u více než 50 % respondentů proběhla edukace více než jedenkrát.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 3** : Předpokládám, že více než polovina nemocných uvede, že jejich edukace probíhá v teoretické rovině.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 12, kdy jsem zjišťovala, jaký charakter měly podané informace. Teoreticky, ústní formou probíhala edukace u 71,25 % respondentů. V otázce č. 13 mne zajímalo, zda byli pacienti současně s diagnózou poučeni, jak pečovat o kůži. Kladně odpovědělo 86,25 % respondentů. Otázkou č. 14 jsem zjišťovala četnost edukací. Vícekrát proběhla edukace u 80,00 % respondentů.

**Předpoklad č. 3 se mi potvrdil.**

## 12 DISKUSE

Tématem bakalářské práce je edukace nemocného s psoriázou. Proces edukace probíhá nejen ve zdravotnických zařízeních a školách, ale je součástí i školení s různým zaměřením. V bakalářské práci zohledňuji především edukaci ve zdravotnickém zařízení. Dříve byla edukace považována za nepodstatnou součást léčebného režimu. V dnešní době je však na ni kladen velký důraz. Edukace probíhá nejen při přijetí, během hospitalizace, ale i před propuštěním nemocného do domácího ošetření. O každém poučení musí být proveden záznam do dokumentace, který podepíše nejen edukovaný ale i edukátor. Pacient s psoriázou dochází na kontroly nejčastěji do kožních ambulancí. V tomto případě lékař napíše zprávu, která končí souslovím „pacient byl poučen“. Proto jsem se rozhodla zmapovat problematiku edukace u pacientů s psoriázou léčených v soukromých kožních ambulancích za pomoci anonymního dotazníkového šetření.

První dílčí cíl měl ověřit, zda mají pacienti dostatečné informace o psoriáze. Zaměřovala jsem se na vědomosti o vyléčitelnosti, dědičnosti, infekčnosti a rizikových faktorech psoriázy. Někteří autoři uvádějí, že je psoriáza léčitelná ne však vyléčitelné onemocnění. Mnohdy se však vyléčitelnost zaměňuje za pojem léčitelnost, a to především u široké veřejnosti. I přes pokrok medicíny, velké množství léčivých přípravků a biologickou léčbu, nelze zatím psoriázu zcela vyléčit. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 66,25 % nemocných ví, že se budou s nemocí potýkat až do konce života. Pro srovnání jsem zvolila diplomovou práci, která byla napsána v roce 2008, kdy odpovědělo o 7,75 % více respondentů, že se psoriáza nedá vyléčit. (Sládková, 2008, s. 48) K otázce č. 4 se vztahuje i otázka č. 2, která zjišťuje délku onemocnění. Lze předpokládat, že čím déle bude respondent psoriázou trpět, tím vyšší by měla být úroveň znalostí. Již při první návštěvě u lékaře by měl nemocný vědět, že je psoriáza dědičné onemocnění. Pod touto větou, si řada nemocných představuje, že pokud lupénkou trpí sami, s určitostí vznikne nemoc i u jejich potomků. Ve skutečnosti se nedědí nemoc, ale pouze sklon k této chorobě. Dědičnost psoriázy označilo 53,75 % respondentů. Přesto je ale velké procento nemocných, kteří se mylně domnívají, že lupénka není dědičné onemocnění. Tento základní fakt je přitom uveden v každé odborné literatuře, brožurách a na webových stránkách. S dědičností psoriázy úzce souvisí rizikové faktory. Pokud nemocný eliminuje rizikové faktory, významně se tak snižuje pravděpodobnost vzniku psoriázy. Aby se mohl pacient snažit o prevenci psoriázy, je nezbytné poučit nejenom jeho, ale i jeho příbuzné o rizikových faktorech. Na tyto faktory byla zaměřena otázka č. 7 a výsledky byly

nečekané, protože pouze 12,98 % respondentů označilo všechny uvedené rizikové faktory. To, že nemocní neznají provokační faktory, je překvapující, protože nemocného člověka většinou zajímá, zda mohl nemoci předejít a k tomu je nezbytné znát vyvolávající faktory, které zohledňují v předpokladu č. 1, kdy předpokládám, že více než polovina respondentů má dostatečné znalosti o psoriáze. Předpoklad č. 1 se mi potvrdil.

Druhý dílčí cíl měl zmapovat, jaké zdroje nemocní nejčastěji využívají pro získání informací. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 8, 9, 10. Každý nemocný je holistická bytost s odlišnými potřebami a preferencemi. Někdo informace vyhledává více, jiný méně a využívá k tomu nejrůznějších zdrojů. Nejčastěji využívaným zdrojem je internet, který používá 33,75 % nemocných pro získání nebo doplnění znalostí o psoriáze. Výhodou internetu jsou snadno dostupné údaje, které se vztahují k nemoci. Za nevýhodu lze považovat to, že si nemocný sice zjistí vše o své nemoci, ale záleží, jestli čerpá informace z kvalitních odborných webových stránek. Výsledky, které zohledňovaly zdroje informací lze porovnat s bakalářskou prací na téma Role sestry při péči o klienta s psoriázou. Výsledky byly o 23,05 % nižší oproti méj kvalifikační práci. Tento markantní rozdíl lze přisuzovat tříletému rozdílu, kdy byly obě práce napsány. (Soldánová, 2010, s. 71) Podle výsledků z otázky č. 10 je zřejmé, že nemocní znají a využívají kvalitní a odborné internetové stránky, protože 51,25 % respondentů označilo za takovou stránku iPsoriaza.cz. Každý zdroj obsahuje informace určitého charakteru. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že nemocní upřednostňují dostupné informace 26,90 %, přehledné informace 21,38 % a možnost konzultace 15,85 %. Možnost konzultace, kterou mohou pacienti využívat přes internet, má tu výhodu, že může nemocného uklidnit a poradit mu, jaké další kroky by měl podniknout. Jedním a pokud možno prvním krokem, který by měl být nemocnému doporučen je, aby osobně navštívil zkušeného dermatologa. Protože psoriáza se převážně diagnostikuje na základě klinického obrazu. Nemocní si i přesto sami stanoví diagnózu podle příznaků, které si zjistili na internetu. Toto jednání je však chybné, protože jdou nemocní k lékaři až tehdy, když se příznaky psoriázy rozšíří a velice svědí. Podobný problém vzniká, když nemocný získává informace od lidí se stejnou diagnózou. Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že si tak rozšiřuje své znalosti 27,50 % respondentů. Ve velkých městech vznikly kluby, kde se můžou psoriatici scházet. Na vzniku těchto klubů má značný podíl Společnost psoriatických a atopických ekzematiků (dále jen SPAE). SPAE je dobrovolné neziskové občanské sdružení. Cílem činnosti SPAE je nejen získání a výměna informací mezi nemocnými, ale zároveň se snaží o osvětu široké

veřejnosti. (Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků ČR, 2010) Informace o psoriáze jsou dostupné nejen v odborné literatuře, ale i na internetových stránkách, proto předpokládám, že více než polovina respondentů uvede internet za klíčový zdroj pro získání informací. Tento předpoklad se mi nepotvrdil

Třetí dílčí cíl má za úkol zjistit, v jakých rovinách probíhá edukace pacientů s psoriázou. Současně jsem zjišťovala četnost edukací, a kdo je prováděl. Edukace je proces, který by měl být proveden při diagnostikování jakéhokoliv onemocnění. K tomuto dílčímu cíli se vztahují otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Zabývala jsem se charakterem informací, které byly pacientovi podány ve zdravotnickém zařízení. Teoretickou, ústní formou byly předány informace 71,3% respondentům. Za výhodu teoretické, ústní edukace lze považovat předání velkého množství informací za krátký časový úsek. Pokud je ovšem psoriáza diagnostikována u starších pacientů, je vhodné, aby edukace proběhla opakovaně, protože sdělení diagnózy může mnohdy pacient prožívat jako stresovou situaci, což snižuje úroveň informací, které je pacient schopen, si v takové chvíli zapamatovat. Tento fakt si uvědomují i lékaři, kteří se nejčastěji vyskytují v postavení edukátora. O četnosti edukací svědčí i výsledky otázky č. 14, kdy 80,00 % respondentů potvrdilo, že poučení bylo provedeno opakovaně. Edukace je poté rozdělena na několik částí, čímž není nemocný zahlcen novými poznatky a informace si tak lépe zapamatuje. Edukace v soukromých kožních ambulancích probíhá zpravidla při pravidelných kontrolách nebo při jakýchkoliv problémech. Při sdělení diagnózy se 86,25 % respondentů dozvědělo, jak vhodně pečovat o postiženou kůži. Pocity po edukaci jsou u každého pacienta odlišné. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 52,50 % nemocných cítilo po poučení, že jsou schopni se o nemocnou kůži postarat. Pokud je nemocný dostatečně poučen, pak efektivně pečuje o psoriatickou kůži, čímž dojde ke zmírnění příznaků a tím i k lepšímu psychickému stavu. I přestože jsou nemocní kvalitně, efektivně a dostatečně edukováni, existují oblasti, ve kterých by pacienti uvítali více informací. K této problematice se vztahovala otázka č. 17, ze které po vyhodnocení vyplynulo, že by 50,00 % dotazovaných chtělo více informací o alternativní léčbě. Tento fakt poukazuje na to, že se nemocní snaží podílet na léčebném procesu. Ošetřující lékař by měl být informován o aplikaci alternativní léčby, protože by mohlo dojít k nežádoucí interakci farmakoterapie a této léčby. Jako příklad bych uvedla, že nemocný, který je léčen kortikoidy, nemůže podstoupit ichtyoterapii, protože hrozí zahubení speciálních rybek. V žádném případě by ale lékař neměl zavrhnout alternativní léčbu, protože v ní nemocný vidí východisko, jak zmírnit projevy své nemoci. Lékař by



měl naopak nemocného podpořit a navrhnout mu, jaká varianta z možností této léčby by byla tou nejvhodnější. Většinu poučení provádí lékař pouze ústně, proto jsem si stanovila předpoklad, že více než polovina nemocných uvede, že jejich edukace probíhá v teoretické rovině. Předpoklad se mi potvrdil.

### **Doporučení pro praxi**

Přestože výsledky dotazníkového šetření dopadly kladně, doporučovala bych včetně ústní edukace předat nemocným i brožuru, kde jsou základní, přehledné a srozumitelně psané informace. Výstupem bakalářské práce je vytvoření edukčního letáku (viz. příloha č. 2) se zaměřením na základní pravidla, které by měl nemocný s psoriázou dodržovat, aby léčba probíhala efektivně. K vytvoření tohoto edukačního letáku mě vedl fakt, že nemocní musejí dodržovat určitá doporučení, aby byl efekt léčby cílený a úspěšný.

Při hledání informací do mé bakalářské práce jsem zjistila, že v Plzni zcela chybí kluby, kde by se mohli nemocní s psoriázou scházet a předávat si osobně informace. Jako alternativa těchto klubů vznikly fóra na internetových stránkách. Přesto se domnívám, že osobní kontakt stejně nemocných by vedl nejen k prohloubení informovanosti o psoriáze, ale pomohl by i v tom, že by pacienti se stejnou diagnózou mohli mluvit o svých pocitech, strachu a problémech s lidmi, kteří prožívají podobné situace. Proto bych doporučovala, aby za tímto účelem vznikl i klub v Plzni.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku edukace nemocného s psoriázou. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Na začátku teoretické části popisují anatomii a funkci kůže. Nejrozsáhlejší kapitolou celé teoretické části je popis psoriázy. V této kapitole shrnuji informace o epidemiologii, příčinách, příznacích a průběhu onemocnění. Součástí druhé kapitoly jsou také rizikové faktory, klinický obraz, formy psoriázy, diagnostika, hodnocení nemoci a její léčba. V kapitole specifiky péče u nemocného s psoriázou poukazují na oblasti, ve kterých musejí psoriatici učinit některé změny, nezbytné pro úspěšný průběh léčebného procesu. V poslední kapitole jsem se zaměřila na edukaci. V této kapitole je vysvětlen pojem edukace, edukačního procesu a formy edukace. Zároveň poukazují na možné překážky v edukaci a na důležitost dokumentování průběhu edukace.

Praktickou část tvořili informace, které jsem získala dotazníkovým šetřením. Dotazník obsahoval 17 otázek. Otázky se vztahovaly k předem stanoveným cílům. Hlavním cílem bylo, zmapovat problematiku edukace pacientů s psoriázou. Hlavní cíl jsem doplnila dílčími cíli. Celkem byly vytvořeny tři dílčí cíle, které se zaměřovaly na znalosti nemocných o psoriáze a na zdroje, ze kterých získávají informace. Poslední dílčí cíl zjišťuje, jakým způsobem probíhá edukace v soukromých kožních ordinacích. Z mého šetření vyplynulo, že pacienti jsou opakovaně edukováni lékařem, a to ústní formou. Většina nemocných se současně s diagnózou dozvěděla, jak pečovat o psoriatickou kůži. Po edukaci se nemocní cítili schopni a dokázali se vhodně postarat o pokožku narušenou psoriázou. Z mého šetření dále vyplývá, že pacienti mají dostatečné informace o psoriáze. I přesto jsem při vyhodnocování zjistila nedostatečné znalosti nemocných v oblasti rizikových faktorů, proto by s nimi měli být pacienti více seznámeni.

Psaní bakalářské práce mě utvrdilo v tom, že edukace je nezbytnou a nedílnou součástí léčby každého pacienta. Jedině poučený a dostatečně informovaný pacient může být plnohodnotný účastník léčebného procesu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AKSAMÍTOVÁ, Helena. Cílená terapie v dermatologii - psoriáza a biologická léčba. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2012, roč. 54, č. 2, s. 39 - 46. ISSN 1213 - 9106.
- BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 215 s. ISBN 978-807-3452-216.
- BENÁKOVÁ, Nina a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007, 190 s. ISBN 978-80-7254-966-5.
- BENÁKOVÁ, Nina. *Lupénka v otázkách a odpovědích: příručka pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 128 s. ISBN 80-725-4392-X.
- BUČEK, Milan a kol. *Kapitoly z dermatovenerologie: část A*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 158 s. ISBN 80-244-0592-X.
- DVOŘÁKOVÁ, Martina a kol. Diagnostika lupénky. *Psoriáza-Revmatické nemoci* [online]. 2014 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.revmaticke-nemoci.cz/diagnostika>
- ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 309 s. ISBN 978-802-4612-164.
- GAJDOŠOVÁ, Jana. Lupénka. *Ošetrovatelská péče*. Brno: SIVILIANIA s.r.o. 2013, roč. 14, č. 1, s. 16-17. ISSN 1213-2330.
- GKALPAKIOTIS, SPYRIDON – ARENBERGER, Petr. Psoriáza- fototerapie a klasická systémová léčba. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2011, roč. 53, č. 2, s. 44-50. ISSN 1213 - 9106.
- HANZLOVÁ, Jitka a Jan HEMZA. *Základy anatomie soustavy dýchací, srdečně cévní, lymfatického systému, kůže a jejich derivátů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 309 s. ISBN 978-802-1043-602.
- HLINKOVÁ, Edita a Mária NEMČEKOVÁ. *Nové prístupy k systematickému posúdeniu v edukačnom procese*. In: Ošetrovatel'stvo – telia, výskum a vzdelávanie. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta. 2007, s. 146 – 168. ISBN: 978-80-88866-43-5. Dostupné z:

[http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/editors/Oset\\_Files/oset\\_martin\\_2007.pdf](http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2007.pdf)

JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 404 s. ISBN 978-80-247-2820-9.

JAVŮRKOVÁ, Alena a Jaroslava RAUDENSKÁ. Psychoterapeutický přístup u pacienta s psoriázou. *Dermatologie pro praxi*. 2013, roč. 7, č. 2, s. 77- 78. ISSN: 1802-2960.

JIRÁSKOVÁ, Milena. *Dermatovenerologie: učební texty pro bakaláře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 223 s. ISBN 80-246-0636-4.

JÍROVÁ, Dagmar. *Informace SZÚ k možnosti používat ryby rodu *Garra rufa* v relaxačním zařízení pro veřejnost*. Státní zdravotní ústav [online]. 2007-2008 [cit. 2013-10-27].

Dostupné z: <http://www.szu.cz/informace-szu-k-moznosti-pouzivat-ryby-rodu-garra-rufa-v>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KOTULKOVÁ, Matina a Jana MLADÁ. Farmakoterapie psoriázy. *Farmakoterapeutické informace: Měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. Praha: Ambit Media, 2011, roč. 11, č. 2, s. 1-4. ISSN 1211 - 0647.

KUKLOVÁ, Ivana a kol. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011, 158 s. ISBN 978-80-87553-28-2.

LUŽNÁ, Dagmar a Dagmar VRÁNOVÁ. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel II*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, c2007, 335 s. ISBN 978-80-7263-421-7.

MACHÁČKOVÁ, Kateřina. Moderní léčba psoriázy. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 30-31. ISSN 1210 - 0404.

NEMCOVÁ, Jana a HLINKOVÁ, Edita. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 39 s. ISBN 978-80-204-2804-2.

SCHINDLEROVÁ, Marie a Světlana FIŠAROVÁ. Edukace pacientů na urologii. *Urologie pro praxi*. Olomouc: SOREN s.r.o. 2013, roč. 14, č. 3, s. 138. ISSN 1803 – 5299.

SLÁDKOVÁ, Tereza. *Psoriáza jako stigma* [online]. 2008 [cit. 2014-02-15]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Sylva Bártlová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/2y705b/>>.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 213 s. ISBN 978-802-4725-062.

SOLDÁNOVÁ, Kateřina. *Role sestry při péči o klienta s psoriázou* [online]. 2010 [cit. 2014-02-15]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Markéta Blažková. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/jhse7q/>>.

Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků ČR. kluby. *SPAЕ – CZ*. [online]. 2010 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://spae-cz.webnode.cz/kluby/>

STECKER, Luděk. Jak léčí Garra rufa. *Fajná rybka*. [online]. 2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.fajnarybka.cz/cs/jak-leci-garra-rufa>

ŠPIRUDOVÁ, Lenka a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠTOLFA, Jiří a Jiří ŠTORK. *Psoriatická artritida a psoriáza*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 168 s. ISBN 978-807-3450-021.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-02-09]. ISBN 978-80-7472-063-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-lecebne-preventivni-pece-2012>

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

## SEZNAM ZKRATEK

s.	strana
č.	číslo
atd.	a tak dále
např.	například
ORL	otorhinolaryngologie
tzv.	tak zvaně
PASI	psoriasis area severity index
BSA	body surface area
DLQI	dermatology life quality index
PsARC	psoriatic arthritis response kriteria
UVB	ultrafialové záření B
UVA	ultrafialové záření A
PUVA	psoralen ultrafialové záření A
FN	Fakutní nemocnice

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	35
Graf 2 Délka onemocnění .....	36
Graf 3 Informovanost o psoriáze .....	37
Graf 4 Vyléčitelnost psoriázy .....	38
Graf 5 Dědičnost psoriázy .....	39
Graf 6 Infekčnost psoriázy .....	40
Graf 7 Rizikové faktory .....	41
Graf 8 Zdroj informací .....	42
Graf 9 Charakter informací .....	43
Graf 10 Název odborné stránky .....	44
Graf 11 První edukátor .....	45
Graf 12 Charakter informací .....	46
Graf 13 Současná edukace a péče o kůži .....	47
Graf 14 Počet edukací .....	48
Graf 15 Schopnost péče o kůži .....	49
Graf 16 Pocity po edukaci .....	50
Graf 17 Oblasti vyšší informovanosti .....	51

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1    Dotazník

Příloha č. 2    Edukační leták pro pacienty s psoriázou



Dobrý den, jmenuji se Kateřina Cemperová a jsem studentkou Fakulty Zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který je zcela anonymní. Tento dotazník bude sloužit výhradně pro zpracování mé bakalářské práce, jejíž téma je edukace pacientů s psoriázou. Do dotazníku zakroužkujte tvrzení, s kterým souhlasíte. U některých otázek je možnost více odpovědí, tyto otázky jsou označené.

Děkuji Vám za Váš čas a poskytnuté informace.

### 1. Pohlaví

- Muž
- Žena

### 2. Před kolika lety Vám byla psoriáza (lupénka) diagnostikována?

- Méně než 1 rok
- 1 - 5 let
- 6 -10 let
- více než 11 let

### 3. Myslíte si, že máte dostatečné znalosti o psoriáze (lupénce)?

- Ano
- Nevím
- Ne

### 4. Domníváte se, že je psoriáza (lupénka) vyléčitelné onemocnění?

- Ano
- Nevím
- Ne

**5. Řadí se psoriáza (lupénka) mezi dědičné onemocnění?**

- Ano
- Nevím
- Ne

**6. Řadí se psoriáza (lupénka) mezi přenosné onemocnění?**

- Ano
- Nevím
- Ne

**7. Jaké jsou možné vyvolávající faktory psoriázy (lupénky)?**

• **Možnost více odpovědí**

- Životospráva
- Psychické vlivy
- Léky
- Klima
- Infekce
- Nevím

**8. Odkud čerpáte informace o psoriáze (lupénce)?**

- Knihy
- Časopisy
- Brožury
- Lidé se stejným onemocněním
- Internet
- Informace nevyhledávám

Jiné (prosím vypište).....

**9. Podle čeho volíte zdroj informací?**

• **Možnost více odpovědí**

- Snadno dostupné informace
- Ucelené informace
- Přesné informace
- Velké množství informací
- Přehledné informace
- Možnost konzultace
- Ilustrace
- Informace nevyhledávám

**10. Jak se nazývá odborná internetová stránka o psoriáze (lupénce)?**

- iPsoriaza.cz
- revmaticke – nemoci. cz
- Doktorka.cz
- Nevím

**11. Když Vám byla diagnostikována psoriáza (lupénka), kdo Vám podal potřebné informace?**

- Sestra
- Lékař
- Lékař i sestra
- Nevím

**12. Jaký charakter měly informace, které Vám byly podány ve zdravotnickém zařízení?**

- Teoretický (ústní)
- Teoretický (brožury)
- Teoretický s praktickou ukázkou
- Nevím

**13. Dozvěděl/a jste se současně s diagnózou, jak pečovat o kůži?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**14. Kolikrát jste byl/a edukován/a (poučen/a)?**

- Jednou
- Vícekrát
- Neproběhla
- Nevím

**15. Dovedl/a jste se po edukaci (poučení) postarat o kůži?**

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

**16. Jaké pocity u Vás převládaly po edukaci (poučení)?**

- Jsem schopen
- Mám obavy
- Nejsem schopen
- Žádné (neutrální)

**17. Při edukaci (poučení) bych uvítal/a více informací o:**

- Prevenci
- Alternativní léčbě
- Péči o kůži
- Nevím

# Efektivní léčba lupénky

## Co můžete udělat sami?

**VYHÝBEJTE SE STRESU.**

**OMEZTE PITÍ ALKOHOLU.**

**VYVARUJTE SE KOŘENĚNÝM POKRMŮM.**

**NEKUŘTE.**

**PRAVIDELNĚ PEČUJTE O VAŠI POKOŽKU.**

**DODRŽUJTE LÉČBU DOPORUČENOU VAŠÍM  
LÉKAŘEM.**

Zdroj: LUŽNÁ, Dagmar a Dagmar VRÁNOVÁ. *Makrobiotický léčebný talíř, aneb, Nemoc není nepřítel II.* Olomouc: ANAG, c2007, 335 s. ISBN 978-80-7263-421-7.

Zdroj obrázku: [www.google.com](http://www.google.com)

