

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Simona Fremrová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Simona Fremrová

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PODSTUPUJÍCÍ
FOTOTERAPII PŘI PSORIÁZE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

PLZEŇ 2022

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Fremrová Simona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hurtová

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 27

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

Souhrn:

V bakalářské práci se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči u pacientů podstupujících fototerapii při psoriáze. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá anatomí kůže a popisem jejich vrstev. Psoriázou a jejím dělením, hodnocením, diagnostikou, léčbou a negativními dopady na kvalitu života. Druhy fototerapií, ošetrovatelskou péčí, nežádoucími účinky, kontraindikacemi a popisem zápisu fototerapie do dokumentace.

Praktická část je vypracována pomocí kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo u tří participantů trpících psoriázou rozdílného věku, pohlaví a životního stylu. Cílem bakalářské práce je zmapování ošetrovatelské péče u pacientů podstupujících fototerapii při psoriáze.

Abstract

Surname and name: Fremrová Simona

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care for a patient undergoing phototherapy for psoriasis

Consultant: Mgr. Jitka Hurtová

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 27

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

Summary:

This bachelor's thesis focuses on nursing care for patients undergoing phototherapy for psoriasis. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the anatomy of the skin and the description of its layers. Furthermore, psoriasis and its classification, evaluation, diagnosis, treatment and negative effects on quality of life are detailed. Finally, the types of phototherapy, nursing care, side effects, contraindications and a description of the entry of phototherapy in the documentation is described.

The practical part is conducted using qualitative research using a semi-structured interview. The research was carried out on three participants of different ages, genders and lifestyles suffering from psoriasis. The aim of this bachelor thesis is to map nursing care for patients undergoing phototherapy for psoriasis.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Hurtové za odborné vedení práce, poskytování rad, vstřícnost a trpělivost. Dále děkuji své rodině za podporu během psaní bakalářské práce. A hlavně děkuji všem participantům, kteří se na tomto výzkumu podíleli a byli svolní k poskytování osobních informací.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 ANATOMIE	15
1.1 Kůže	15
1.2 Vrstvy kůže	15
1.2.1 Epidermis.....	15
1.2.2 Dermis	16
1.2.3 Tela subcutanea	16
1.2.4 Kožní adnexy	16
2 PSORIÁZA	18
2.1 Historie.....	18
2.2 Epidemiologie	18
2.3 Etiopatogeneze.....	19
2.4 Typy psoriázy	19
2.4.1 Chronická ložisková psoriáza.....	19
2.4.2 Psoriáza dlaňoprstová	19
2.4.3 Psoriáza intertriginózní.....	20
2.4.4 Akutní výsevová psoriáza.....	20
2.4.5 Erytrodemická psoriáza	20
2.4.6 Pustulózní psoriáza	20
2.4.7 Psoriáza kštice	21
2.4.8 Psoriáza nehtů.....	21
2.4.9 Psoriáza obličeje	21
2.4.10 Psoriatická artritida.....	22
2.5 Hodnocení psoriázy	22
2.6 Klinický obraz.....	23
2.7 Vyšetřovací metody	24
2.8 Diagnostika	24
2.9 Diferenciální diagnóza	25
2.10 Komorbidity	25
2.11 Kvalita života	26
2.12 Léčba	26
2.12.1 Lokální léčba	26
2.12.2 Systémová nebiologická terapie	28

2.12.3	Biologická léčba	30
3	FOTOTERAPIE	31
3.1	Typy fototerapie.....	31
3.1.1	UVB fototerapie	31
3.1.2	UVA	32
3.1.3	Fotochemoterapie PUVA	32
3.2	Ošetrovatelská péče u fototerapie	32
3.2.1	Ošetrovatelská péče před fototerapií	33
3.2.2	Ošetrovatelská péče během fototerapie	34
3.2.3	Ošetrovatelská péče po fototerapii	34
3.3	Nežádoucí účinky	34
3.4	Kontraindikace.....	35
3.5	Dokumentace	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
4	FORMULACE PROBLÉMU	37
5	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	38
5.1	Hlavní cíl.....	38
5.2	Dílčí cíle.....	38
5.3	Dílčí výzkumné otázky	38
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
7	METODIKA PRÁCE	40
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	41
9	ZPRACOVÁNÍ DAT	42
10	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	43
10.1	Participantka A.....	43
10.1.1	První výsev	43
10.1.2	Forma psoriázy	43
10.1.3	Rodinná anamnéza.....	43
10.1.4	Období remise	43
10.1.5	Období relapsu.....	44
10.1.6	Kvalita života.....	44
10.1.7	Komorbidity spojené s psoriázou	45
10.1.8	Fototerapie	45
10.1.9	První viditelné výsledky	45
10.1.10	Negativa a pozitiva fototerapie	46
10.1.11	Osobní zkušenosti s fototerapií.....	46
10.1.12	Postup fototerapie	46

10.1.13	Doplňková léčba	46
10.2	Participantka B	48
10.2.1	První výsev	48
10.2.2	Forma psoriázy	48
10.2.3	Rodinná anamnéza.....	48
10.2.4	Období remise	48
10.2.5	Období relapsu.....	49
10.2.6	Kvalita života.....	49
10.2.7	Komorbidity spojené s psoriázou	49
10.2.8	Fototerapie	49
10.2.9	První viditelné výsledky	50
10.2.10	Negativa a pozitiva fototerapie	50
10.2.11	Osobní zkušenosti s fototerapií.....	50
10.2.12	Postup fototerapie	50
10.2.13	Doplňková léčba	51
10.3	Participant C.....	52
10.3.1	První výsev	52
10.3.2	Forma psoriázy	52
10.3.3	Rodinná anamnéza.....	52
10.3.4	Období remise	53
10.3.5	Období relapsu.....	53
10.3.6	Kvalita života.....	53
10.3.7	Komorbidity spojené s psoriázou	54
10.3.8	Fototerapie	54
10.3.9	První viditelné výsledky	54
10.3.10	Negativa a pozitiva fototerapie	54
10.3.11	Osobní zkušenosti s fototerapií.....	55
10.3.12	Postup fototerapie	55
10.3.13	Doplňková léčba	55
	DISKUZE	56
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM LITERATURY	62
	SEZNAM PŘÍLOH	65
	PŘÍLOHY	66
	Příloha A – Povolení sběru informací ve FN Plzeň	66
	Příloha B – Informovaný souhlas	67
	Příloha C – Celotělová kabina	68

Příloha D – UV hřeben	69
Příloha E – Lokální UV zářič k ošetření dlaní a plosek nohou	70

SEZNAM ZKRATEK

ASLO	Anti-streptolysin O
ATB	Antibiotika
CRP	C-reaktivní protein
DIP	Distální interfalangeální
FN	Fakultní nemocnice
HIV	Human Immunodeficiency Virus
KO.....	Krevní obraz
MED.....	Minimální erytémová dávka
MPD.....	Minimální fototoxická dávka
NÚ.....	Nežádoucí účinky
PSAI index	Psoriasis area and Severity Index
UV	Ultrafialové záření
GIT.....	Gastrointestinální trakt
OCD.....	Obsessive-compulsive disorder

ÚVOD

S různými typy dermatóz se již setkal skoro každý z nás. Většina z nich nás neohrožuje na životě, ale oproti jiným typům onemocnění jsou kožní choroby poměrně nepříjemným estetickým problémem. Kvůli tomu se jedná o psychicky náročná onemocnění. Proto jsme si zvolily téma bakalářské práce ošetrovatelská péče u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze.

Psoriáza nebo také lupenka je chronické zánětlivé kožní onemocnění. Jedinci s tímto postižením nemají projevy lokalizované jen na pokožce, ale toto onemocnění zásadně ovlivňuje celkový život jedince trpící psoriázou. Lupenka je také spjata s řadou komorbidit. U 25 % pacientů onemocnění postihuje i klouby. U pacientů, kteří trpí tímto onemocněním se vyskytuje zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárních, metabolických a gastrointestinálních chorob. Lupenka má vliv i na psychiatrická onemocnění. To má negativní dopad na kvalitu života ve všech aspektech. Některé léčebné preparáty jsou účinné v omezené míře nebo mají mnoho nežádoucích účinků. Proto jsme se zaměřily na léčebnou metodu fototerapii, která je u většiny pacientů trpících lupenkou dobře tolerována a lze jednoduše sledovat její efekt a NÚ. Vzhledem k tomu, že psoriatici mají tímto onemocněním zhoršenou kvalitu života, je důležité se zaměřit na léčbu, která by jim život dokázala alespoň v rámci možností vylepšit.

Cílem bakalářské práce je zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze.

Teoretická část je tvořena třemi kapitolami. Anatomie kůže, psoriáza a fototerapie, které jsou podrobně popsány.

V praktické části jsme informace od participantů získávaly pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Naším záměrem bylo zhodnotit vnímání psoriázy a fototerapie od třech rozdílných participantů. Všichni trpí stejným onemocněním, avšak od sebe se odlišují věkem, pohlavím a životním stylem. V praktické části se zabýváme dvěma okruhy témat, zejména psoriázou a fototerapií.

Téma ošetrovatelská péče u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze jsme si zvolily z toho důvodu, že kožní onemocnění jsou poměrně opomíjená. Vzhledem k tomu, že je psoriáza spjata s řadou komorbidit, můžeme se s ní setkat téměř kdekoliv. Proto si

myslíme, že je důležité toto onemocnění a léčebnou metodu dostat do povědomí všech budoucích, ale i současných nelékařských zdravotních pracovníků.

Zdroje použité v této bakalářské práci jsme vyhledaly v Knihovně fakulty zdravotnických studií v Plzni, Studijní a vědecké knihovně v Plzni, internetových vědeckých článcích a kvalifikačních pracích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

1.1 Kůže

Kůže je nejtěžší a největší orgán lidského těla. Chrání naše orgány a organismus před škodlivými vlivy. Pokrývá celé naše tělo a jeho plocha činí 1,5-2 m². U mužů váží v průměru 4,8 kg a u žen 3,2 kg. Barva kůže je závislá na produkci melaninu, ale i zevních a vnitřních faktorech jako jsou prokrvení, množství hemoglobinu, saturace kyslíkem, tloušťka rohové vrstvy, barviva (např. keroteny). Povrch kůže je tvořen rýhami, tzv. kožním reliéfem. Kůže je složena se tří hlavních vrstev. Epidermis, dermis, tela subcutanea. (Hercogová et al, 2019; Resl, 2014; Pizinger et al., 2020, s. 5)

1.2 Vrstvy kůže

1.2.1 Epidermis

Epidermis je nejsvrchnější a nejtenčí část kůže. Na každé části těla se tloušťka epidermis liší. V oblasti víček je nejtenčí okolo 0,3mm a na dlaních nejsilnější 1,5mm. Epidermis je složen z vrstevnatého mnohvrstevného dlaždicového epitelu a skládá se ze dvou druhů buněk, cylindrické karatinocyty a dendritické buňky. Epidermis je složený z pěti vrstev. Stratum basale, spinosum, granulosum, lucidum patřící do zárodečné vrstvy. Statum corneum jako jediná do povrchové vrstvy. V zárodečné vrstvě se ukrývají melanocyty, Merkelovy, Langerhansovy buňky a vlastní buňky keratinocyty. (Fiala et al., 2015, s. 201; Pizinger and Fikrle, 2020, s. 6,7; Resl, 2014, s. 18)

Melanocyty vytvářejí pigment a chrání nás před UV zářením. V každé oblasti našeho těla se jejich počet liší, nejvyšší je na obličeji a genitálu. Langerhansovy buňky, jiným názvem dendritické buňky, jsou schopné rozpoznat a zapamatovat si cizí antigen s následným předáním informací lymfocytům. Podílejí se na imunitním systému. Merkelovy buňky se řadí mezi mechanoreceptory. Vyskytují se ve folikulu a nejhlubší vrstvě epidermis. Keratinocyty jsou základní buňky pokožky. Existují ve všech vrstvách epidermis a jejich velikost a tvar se mění podle vrstvy, ve které se právě nacházejí. Keratinocyty produkují skleroprotein keratin. (Fiala et al., 2015, s. 201; Pizinger and Fikrle, 2020, s. 7, 10; Resl, 2014, s. 18)

Statum basale je tvořeno cylindrickými keratinocyty, melanocyty a probíhá zde mitóza. Bazální vrstva je oddělena od škóry bazální membránou. Polymorfni buňky s cípovými výběžky se vyskytují ve statum spinosum. Jedná se tak o nejširší vrstvu. Ve svrchní části se keratinocyty přeměňují v keratin. Blíže k povrchu ve statum granulosum se buňky zplošťují. Statum lucidum rozděluje mezoderm a ektoderm. V povrchové vrstvě statum corneum se staré odumřelé buňky odlupují a nahrazují je nové. Fyziologicky tento proces trvá 28 dní, u psoriázy se ale může zkrátit na 4 dny. (Fiala et al., 2015, s. 201; Resl, 2014, s. 18; Pizinger and Fikrle, 2020, s. 6, 7)

1.2.2 Dermis

Dermis neboli škára je střední vrstva kůže. Její tloušťka činí 0,6-3 mm a tvoří ji dvě tenčí vrstvy. Povrchová vrstva se nazývá pars papillaris a hlubší pars reticularis. Škára obsahuje fibroblast, základní buňku dermis, která je důležitá pro tvorbu vaziva a elastických vláken. Díky tvorbě vazivových vláken škára podpírá nervy, kožní adnexy, rozličné buňky a krevní a lymfatické cévy. Vyskytují se zde nervová zakončení, která tvoří terminální nervová tělíska. Každé z tělísek vnímá něco jiného. Například Ruffiniho tělísko teplo, Krauseova chlad a Meissnerova dotek. (Fiala et al., 2015, s. 202; Resl, 2014, s. 19, 20)

1.2.3 Tela subcutanea

Tela subcutanea neboli podkožní vazivo je podle názvu převážně tvořeno z tuku. Tuková vrstva se též může nazývat panniculus adiposus. Tela subcutanea je dána třemi základními složkami. Cévy, fibrózní trámce, lipocyty. Tuk se u obou pohlaví ukládá v jiných místech. V tela subcutanea se vyskytují terminální tělíska vnímající tlak a tah nazývané Vaterova-Paciniho tělíska. (Fiala et al., 2015, s. 202; Pizinger and Fikrle, 2020, s. 9)

1.2.4 Kožní adnexy

Mezi kožní adnexy patří rohovějící deriváty jako nehty a chlupy a nerohovějící deriváty, kam spadají potní a mazové žlázy. Chlupy nebo také vlasy jsou složeny z kořene, vlasového folikulu a kmene. Vyvíjí se ve třech fázích. Primární ochlupení vymizí před porodem. Plod je pokryt lanugem. Sekundární ochlupení se objevuje již po narození. Spadají do něho jemné chloupky téměř po celém těle, vlasy, obočí a řasy. Terciální ochlupení se začíná vyskytovat v období puberty, přibývá ochlupení v genitální oblasti, v axilách nebo u mužského pohlaví v oblasti tváře. Kožní žlázy jsou tvořeny třemi druhy žláz. První jsou mazové žlázy. Patří do halokrinních žláz. Pokrývají celé tělo vyjma dlaní a plosek nohou. Na těle vytváří spolu s potem ochranný film. V pubertě, vlivem hormonů se aktivita mazových žláz zvyšuje.

Potní žlázy se dělí na ekrinní (malé) a apokrinní (velké). Ekrinní potní žlázy pokrývají téměř celé tělo. Apokrinní kožní žlázy se též nazývají aromatické. Tyto žlázy se tvoří převážně v axile a kolem konečníku a mají specifický zápach. Mezi tyto žlázy patří i mléčná žláza. (Fiala et al., 2015, s. 203; Hercogová et al, 2019, s. 57, 58; Resl, 2014, s. 21; Pizinger and Fikrle, 2020, s. 9)

2 PSORIÁZA

Psoriázu nebo také lupenku můžeme definovat jako chronickou zánětlivou dermatózu. Řadí se mezi nejčastější kožní onemocnění. Typickým projevem jsou zánětlivá ložiska, jejichž povrch je pokryt stříbrnými šupinkami. Psoriáza není život ohrožující onemocnění, avšak velmi zásadně zasahuje do každodenního života. Výrazně ovlivňuje fyzické, psychické i sociální zdraví nemocného. V případě těžších forem lupenky se řadí na druhé místo ihned za depresi v žebříčku negativních dopadů chorob na kvalitu života. Lupenka nepostihuje jen povrch kůže, ale je spojována i s řadou komorbidit. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 13; Kuklová et al., 2011, s. 62; Vašků, 2020, s. 11)

2.1 Historie

První zmínky o psoriáze se objevily v Ebersonově papyru již v období 1500 př.n.l. Popisuje zde tehdejší léčebné postupy s využitím zvířecích výkalů, směsi mořské soli nebo z odvaru z cibule. Mezi roky 460-377 př.n.l. Hippokrates poprvé popsal erytematoskvamózní změny. Nazýval je „lopoi“ a odpovídají jak psoriáze, tak i lepre. Termín „psora“ poprvé použil Galén kolem roku 100 př.n.l. Název pochází ze starořečtiny a měl by znamenat svědění a olupování. Byl také přesvědčen o blahodárném vlivu vařených zmijí v zeleninové směsi. Tato metoda se dochovala do roku 1783, kdy se o ní zmínil Turner. Ten i popisuje terapii masti s obsahem rtuti. V této době měli lidé o tomto onemocnění spoustu domněnek. Někteří si mysleli, že je to Boží trest, jiní, že se takto zkažené duše čistí. Na přelomu 18. a 19. století doporučoval Robert Willan lázeňskou léčbu na chronickou formu psoriázy. Zatímco J. L. Alibert vyzdvihoval účinky olova, oxidu zinku nebo vápníku. Psoriázu tímto označením poprvé pojmenoval Ferdinand von Hebra v 19. století. Narodil se v Brně a stál u vzniku moderní dermatologie. V 70. letech 20. století došlo k převratu s hypotézou, že se jedná o autoimunitní onemocnění. S touto úvahou přišel Beutner. Roku 1978 Guilha a Meynadier přišli s tím, že psoriáza má spojitost s T-lymfocyty. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 14; Vašků, 2020, s. 11-13)

2.2 Epidemiologie

Psoriáza se vyskytuje u 2 % populace. Nejčastěji u bílé rasy. V dospělosti postihuje obě pohlaví ve stejné míře. Psoriázu dělíme do dvou typů. První typ se objevuje u pacientů před 40. rokem věku. Nejčastěji v pubertě po prodělané streptokokové infekci společně s antigenem HLA Cw6. Druhý typ se vyznačuje výskytem až po 40. roce věku bez nebo s částečnou asociací. Pokud má jedinec jednoho z rodičů, u nějž se vyskytuje psoriáza, je u něj

14 % šance k rozvoji onemocnění. Pokud se vyskytuje u obou rodičů, je šance 41 %. Onemocnění je geneticky podmíněné, ale ne dědičné. (Vašků, 2020, s. 16, 17)

2.3 Etiopatogeneze

„Jedná se o tzv. imunitně zprostředkované onemocnění, při němž dochází k dysregulaci imunitního systému a na základě produkce prozánětlivých cytokinů nastává hyperaktivace keratinocytů a vznik psoriatických ložisek.“ (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 15)

Aby se onemocnění spustilo, musí být jedinci predisponováni. Spouštěčů je celá řada. Trauma od poranění kůže, spálení od sluníčka nebo po velké fyzické zátěži. Nejčastěji streptokokové, ale i virové infekty, zvláště těžký průběh mají pacienti HIV pozitivní. Ke vzplanutí onemocnění můžou pomoci různé léky jako betablokátory, antimalarika nebo inhibitory ACE. Rizikovým faktorem ke vzniku onemocnění u ženského pohlaví jsou hormonální změny. Nejčastěji se první projevy vyskytnou v období puberty. Můžeme si ale všimnout změn i v období těhotenství. U 40 % žen se projevy zhorší, u dalších 40 % se zlepší a u 14 % jsou stejné jako před otěhotněním. Zhoršujícím faktorem je u 60 % pacientů stres. Alkohol a kouření mohou způsobit horší průběh onemocnění, ale nevyvolávají ho. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 15; Vašků, 2020, s. 23-25)

2.4 Typy psoriázy

2.4.1 Chronická ložisková psoriáza

Chronická ložisková psoriáza je ze všech nejčastější. Nazývá se také psoriasis vulgaris chronica. Predilekční místa se vyskytují v oblastech nad kolena a lokty, v křížové krajině nebo ve kštici. Podle názvu jde poznat, že se jedná o chronická ložiska. To znamená, že ke zhoršení nebo zlepšení dochází pozvolna. Tento typ je typický výsevem červeně cihlových ložisek pokryté stříbrnými šupinkami. Šupinky mohou tvořit silnější vrstvy, které se dají snadno odstranit. Ložiska bývají často ostře ohraničena. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 26; Vašků, 2020, s. 13)

2.4.2 Psoriáza dlaňoprstová

O psoriázu dlaňoprstovou se jedná v případě, pokud se ložiska objevují v oblasti dlaní a plosek nohou. Nazývá se též palmoplantární psoriáza. Šupiny se u tohoto typu netvoří v takové míře. (Vašků, 2020, s. 13)

2.4.3 Psoriáza intertriginózní

Jiným názvem psoriasis inversa se vyznačuje atypickým výsevem v oblastech častějšího zapaření. Jedná se o třísla, podpaží, vnitřní stranu stehen, oblast genitálií, kožní záhyby. Nejčastěji postihuje diabetiky a řadí se mezi chronické formy. Ložiska bývají lesklá a jen mírně pokryta šupinkami. Ohraničení je zde pozvolnější než u chronické psoriázy. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 37,38; Vašků, 2020, s. 14)

2.4.4 Akutní výsevová psoriáza

Akutní výsevová psoriáza nebo také psoriasis guttata. Nejčastěji se vyskytuje u dětí a adolescentů po streptokokové angíně. Typickým znakem jsou papuly kapénkového tvaru. Velikost papul může být od pár milimetrů do 1 centimetru. Tento typ se vyskytuje nejčastěji mimo predilekční místa. V některých případech je snadno zaměnitelný s toxoalergickým exantémem po požití antibiotik. Řadí se do akutní formy a můžeme se zde setkat s Koebnerovým fenoménem. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 30; Vašků, 2020, s.14)

2.4.5 Erytrodemická psoriáza

Výskyt erytrodemické psoriázy není tak častý. Projevy jsou typické olupováním a začervenaním více jak 90 % těla. Problém nastává, pokud není zjištěna diagnóza psoriázy před výsevem erythrodermie. Toto začervenaní pokožky se totiž vyskytuje i u jiných onemocnění jako například atopický ekzém. Stanovit správnou diagnózu je proto obtížnější. Před léčbou si tedy musíme ověřit diagnózu histologicky, aby se předešlo neúčinnosti léčby v důsledku špatné diagnózy onemocnění. V souvislosti s tímto typem můžeme zaznamenat febrilii nebo zduření lymfatických uzlin. (Čelakovská, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 31)

2.4.6 Pustulózní psoriáza

Pustulózní psoriáza se projevuje ložisky s pustuly. Tento typ se nevyskytuje moc často. Dělí se do čtyř forem. Lokalizovaná forma, generalizovaná forma, acrodermatitis continua Hallopeau. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 31-35)

Lokalizovaná forma se vyskytuje v oblasti dlaní a plosek nohou. Projevuje se erytematoskvamózními ložisky se sterilními pustulami. Obvykle je ložisková forma velmi bolestivá a má nepříjemný průběh. Nemocní jedinci si stěžují i na pálení v oblasti ložisek. Výrazně zhoršuje i kvalitu života. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 32)

U generalizované formy se tvoří pustuly v zánětlivých ložiskách. V některých případech se vyskytuje i v kombinaci s exfoliativní dermatitidou. Jedná se o velmi vážnou formu psoriázy. Průběh může být pozvolný chronický, ale může se jednat i o život ohrožující

stav. Příčina není zcela známa, jsou ale zaznamenány některé spouštěče. Poléková reakce, infekční onemocnění nebo ukončení systémové léčby. U laboratorního vyšetření se vyskytují abnormální hodnoty jako elevace C reaktivního proteinu, neutrofilie, zvýšená sedimentace erytrocytů nebo leukocytóza. Tato forma se ještě rozděluje do čtyř variant. Generalizovaná pustulózní psoriáza von Zumbusch je akutní forma a projevuje se zimnicí, horečkou a bolestivostí kůže. Infantnilní/juvenilní forma, nazývána též psoriasis pustulosis annularis. Lokalizovaná forma jiným názvem psoriasis cum pustulatione. Pustulózní psoriáza v těhotenství. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 32-35; Vašků, 2020, s. 26)

2.4.7 Psoriáza kštice

Výskyt psoriázy ve kštici je častý. Udává se, že 25 % jedinců s psoriázou zaznamenali první projevy právě na kštici. Dalších 50 až 80 % nemocných trpí psoriázou ve kštici. Ložiska bývají začervenalá a mohou prostupovat až k oblasti čela. Někdy se vyskytuje i tinea amiantacea, která se projevuje silnou vrstvou šupin. Léčba bývá problematická, protože se masti přes vlasy k pokožce dostávají obtížně. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 35-36)

2.4.8 Psoriáza nehtů

Psoriáza nehtů postihuje oblast nehtů. Psoriázou nehtů trpí až 50 % psoriatiků. V některých případech může být spojena s psoriatickou artritidou. Častěji se vyskytuje na nehtech rukou. Může jít o lehkou, ale i těžkou formu, která velmi zasahuje do běžného života. Nehty mohou být silné nebo naopak slabé, odlupují se. Pacienti často trpí bolestmi. Psoriáza nehtu zasahuje buď matrix nehtu nebo nehtové lůžko. Projevy matrixu mohou být drolení nehtové ploténky, dolíčkování, leukonychie nebo červené skvrny v oblasti lunuly. V případě nehtového lůžka se může jednat o třískovité hemoragie, onycholýzu, olejové skvrny nebo hyperkeratózu nehtového lůžka. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 38-39; Vašků, 2020, s. 15)

2.4.9 Psoriáza obličeje

Psoriáza obličeje postihuje 17 až 46 % psoriatiků. Ve většině případů spíše děti a pacienti trpící těžkou formou lupenky. Podle lokalizace výskytu rozdělujeme typ na tři klinické jednotky. Centrofaciální psoriáza se vyskytuje v seboroické oblasti. Jedná se o těžkou variantu, která spadá do generalizované formy. Periferofaciální typ se lokalizuje v oblasti čela. Tento typ je zařazen do těžké formy psoriázy kštice. Smíšený typ se vyskytuje v obou oblastech již zmíněných. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 37)

2.4.10 Psoriatická artritida

Psoriatická artritida postihuje klouby. Obě pohlaví postihuje ve stejné míře. Vyskytuje se u 25 % pacientů s těžší formou psoriázy. Při neléčení psoriatické artritidy dochází k rozvoji disability a deformitám kloubů. Pacienti s tímto postižením častěji trpí diabetem mellitus, kardiovaskulárním onemocnění nebo malignitami. Klinický obraz není vždy jasný. Lokalizace bolesti se nevyskytuje jen v oblasti kloubů, ale i v oblasti zad, hrudníku nebo úponu Achillovy šlachy. Dle klinického obrazu rozdělujeme onemocnění do pěti základních typů. (Skácelová and Horák, 2020)

Nejčastěji se vyskytující formou je symetrická polyartritida. Postihuje především distální interfalangeální klouby. Asymetrická oligoartritida postihuje drobné a střední klouby. Pro tento typ je typická ranní ztuhlost a bolest během ranních a odpoledních hodin. Klouby jsou nafialověle zabarvené. DIP forma se může vyskytovat společně s ostatními formami. Postiženy jsou nehty. Axilární postižení přichází nenápadně. Bolest je lokalizována v zádech nebo alternující v hýždích. Potíže se zhoršují v druhé polovině noci. Na bolesti pomáhá cvičení. Typickým projevem je přeskokování obratlů páteře. Důsledkem postižení kloubů s erozivním průběhem je mutilující artritida. Dochází při ní k deformitám kloubů na ruku a na nohu. Typickým projevem jsou „teleskopické prsty“. Ty se vyznačují zkrácením postižených prstů, v důsledku toho se nadbytečná kůže nařasí na prst. (Skácelová and Horák, 2020)

2.5 Hodnocení psoriázy

Psoriázu můžeme vyhodnotit pomocí hodnotících škál.

V roce 1987 byl navržen PSAI index (Psoriasis area and Severity Index) na zhodnocení psoriázy a míru pokrytí těla jedince. Hodnotí se zvláště hlava, trup, horní i dolní končetiny. Sleduje se zde infiltrace, deskvamace ložisek (olupování kůže) a erytém. Postižení kůže se hodnotí od 0 do 72. Pacient nad 10 trpí středně těžkou psoriázou a je indikován na systémovou léčbu nebo fototerapii. Od 0 do 4 dle závažnosti se hodnotí deskvamace, infiltrace a erytém. 0 znamená žádné postižení, 4 velmi výrazné postižení. Využití nacházíme u vyhodnocení účinnosti dané léčebné metody (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 26-28; Hercogová et al, 2019, s. 173)

Další používanou škálou je NAPSÍ skóre (Nail Psoriasis Severity Index). U této se hodnotí nehtový matrix a nehtové lůžko v kvadrantech na všech čtyřech končetinách. U nehtového matrixu se sledují červené skvrny v oblasti lunuly, drobení nehtů, dolíčkování a

leukonychie. U nehtového lůžka zase subunguální hyperkeratóza, onycholýza, olejové skvrny nebo třískovitá hemoragie. V každém kvadrantu se tedy hodnotí osm symptomů. Za každý přítomný příznak se přičítá 1 bod. Rozsah hodnocení je od 0 do 160. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 39-40)

V roce 2007 byla vytvořena optimalizovaná verze NAPSI s názvem mNAPSI. Tato metoda je složitější a v běžných případech se nepoužívá. Zmodernizovaná verze spočívá v tom, že každý symptom je podle závažnosti ohodnocen 0-3 body. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 40)

Pro rozsah projevů se využívá škála BSA (Body Surface Area). Hodnocení se udává v procentech. Výpočet se provádí pacientovo dlaní, rozsah jedné pacientovo dlaně značí 1 %. O těžkou formu psoriázy se jedná nad 10 %. (Fialová and Kojanová, 2020)

Na to, jak moc onemocnění ovlivňuje kvalitu života, se využívá škála DLQI (Dermatology Life Quality Index). Hodnotící skóre je od 0-30. Hodnoty nad 10 značí velký vliv na kvalitu života. (Fialová and Kojanová, 2020)

2.6 Klinický obraz

Jako u každého onemocnění rozdělujeme symptomy na objektivní a subjektivní. (Vašků, 2020, s. 25)

Subjektivní potíže nezávisí na závažnosti onemocnění. I menší postižení může mít velký dopad na nemocného jedince po psychické stránce. Pacienti si stěžují na svědění a pálení v místě výskytu lupenky. Psoriatici s popraskanou kůží mohou pociťovat bolest. V případě erythrodermické psoriázy nebo závažnější, rozsáhlejší formy lupenky se obvykle vyskytuje pocit tepla a chladu. (Vašků, 2020, s. 25)

Objektivní příznaky vidíme na první pohled. U ložisek postižených psoriázou si lze všimnout výskytu zánětu. Akutní a chronickou formu lupenky lze snadno rozpoznat. V případě akutní formy se vyskytuje jen malé množství šupin. U chronické formy bývá míra zašupění různá, ale zejména u rupoidní psoriázy se vyskytuje velký nános šupin. Auspitzův fenomén sledujeme nejčastěji při akutních projevech papulózního typu. Ten je typický bodovitým krvácením po mechanickém seškrábnutí šupin. (Vašků, 2020, s. 25)

2.7 Vyšetřovací metody

Ke stanovení diagnózy převážně postačí klinické vyšetření, v případě nejasností histopatologické vyšetření nebo vyšetření dermatoskopem. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 41)

Klinické vyšetření provádíme pohledem. Musíme podrobně znát pacientovu rodinnou a osobní anamnézu. Výskyt psoriázy v rodině, období výskytu prvních příznaků a jejich lokalizace, co předcházelo onemocnění, zaznamenání období a zhoršení výskytu, výskyt Koebnerova a Auspitzova fenoménu atd. Pacient se poté svleče jen do spodního prádla k dokončení vyšetření. Zkontrolují se predilekční místa psoriázy jako je kštice, lokty nebo kolena. Nesmí se opomenout genitál a nehty. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 41)

Histopatologické vyšetření se provádí v případě nejasných klinických symptomů lupenky. Obvykle se vyšetření využívá u akutní výsevové psoriázy, u této formy se vyskytují nespecifické projevy a psoriázu nemůžeme jen klinickým vyšetřením prokázat. Při pozitivním zjištění můžeme z vyšetření zpozorovat vymizení statum granulosum z epidermis. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 41-42)

Dermatoskopické vyšetření využíváme u pigmentových projevů nebo zánětlivých dermatóz. U psoriatických pacientů můžeme pod dermatoskopem sledovat červené flíčky na erytematózním podkladě. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 44)

U laboratorních výsledků můžeme nalézt zvýšené hodnoty urey a snížené hodnoty kyseliny listové. U případě výskytu infekce v těle, můžeme zaznamenat zvýšené CRP, zvýšenou sedimentaci erytrocytů, změny v krevním obraze (leukocytóza) nebo zvýšené hodnoty ASLO. (Vašků, 2020, s. 26)

Pomocná vyšetření se provádí po laboratorním screeningu. Vyšetřují se infekční fokusy, reakce na UV záření před fototerapií, před nasazením biologik vyšetření pro vyloučení latentní tuberkulózy, před celkovou léčbou retinoidy se zjišťují hodnoty lipidů. Pokud je nutné, je třeba zajistit psychologické či psychiatrické vyšetření. (Vašků, 2020, s. 26)

2.8 Diagnostika

U psoriázy je diagnostika jednoduchá. Většinou si vystačí jen s klinickým vyšetřením. Důležitá je rodinná anamnéza k prokázání lupenky v rodinném kruhu. Zjišťujeme lokalizaci, sezónní výsev nebo zhoršující faktory. Charakteristickým jevem u psoriatiků je výskyt Auspitzova fenoménu a Koebnerova izomorfního fenoménu. V případě

nejasnosti prokážeme onemocnění histopatologickým vyšetřením. Auspitzův fenomén je typický bodovitým krvácením po poškrábání ložisek. U Koebnerova fenoménu můžeme zpozorovat výskyt psoriatických ložisek po traumatizaci kůže. (Kuklová et al., 2011, s. 69; Vašků, 2020, s. 28)

2.9 Diferenciální diagnóza

V některých případech mají různé dermatózy podobné symptomy. Psoriasis gutta se může podobat pityriasis lichenoides chronica. Musíme odlišit pityriasis rubra pilaris od psoriatické erythrodermie a generalizované formy psoriázy. Ložiskovou psoriázu také nesmíme zaměnit za mycosis fungoides. Chronická psoriáza může připomínat Morbus Bowen. Palmoplantární psoriázu vyskytující se na dlaních a ploskách nohou můžeme zaměnit za tinea pedis a manus. Pokud se u pacienta vyskytne náhlá těžká forma psoriázy, je nutné zvážit nákazu infekcí HIV. (Kuklová et al., 2011, s. 70; Vašků, 2020, s. 33-35)

2.10 Komorbidity

Psoriáza není jen onemocnění kůže, ale je spjata i s řadou komorbidit. Velmi často, u zhruba 25 % pacientů s psoriázou, jsou postiženy klouby, tzv. psoriatická artritida. Toto onemocnění se zejména projevuje u lidí až po výsevu lupenky na pokožce. U některých pacientů to může být naopak. (Gkalpakiotis, 2017)

Lupenka je rizikovým faktorem pro rozvoj metabolických chorob, mezi které patří diabetes mellitus, dyslipidemie, metabolické syndromy a obezita. U psoriatických se častěji vyskytuje diabetes mellitus 2. typu. Ve srovnání se zdravou populací tímto onemocněním lidé s lupenkou trpí 2krát častěji. Navíc je u nich vyšší výskyt makro i mikrovaskulárních komplikací. Z některých studií je patrné, že samotná dyslipidemie je významným rizikovým faktorem vzniku psoriázy. Obezita se vyskytuje více u pacientů s těžší formou lupenky. (Gkalpakiotis, 2017; Rob and Hercogová, 2019)

Mezi nejzávažnější komorbidity spojené s psoriázou patří kardiovaskulární onemocnění. Rozvoj hypertenze je poměrně častým jevem. Lupenka je také rizikovým faktorem pro cévní mozkovou příhodu nebo akutní infarkt myokardu. Závažnost těchto komorbidit přímo souvisí se závažností psoriázy. (Rob and Hercogová, 2019)

Mezi další komorbidity patří onemocnění gastrointestinálního ústrojí. Zejména pak ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Z močového systému to pak může být chronické

onemocnění ledvin. Je prokázáno 2krát vyšší riziko úmrtí na choroby ledvin. Psoriáza je rizikovým faktorem k rozvoji selhání ledvin.(Gkalpakiotis, 2017; Rob and Hercogová, 2019)

V poslední řadě má lupenka vliv i na psychiatrické choroby. Vzhledem k tomu, že onemocnění zhoršuje kvalitu života, není divu, že ovlivňuje psychické zdraví psoriatika. 80 % pacientů s lupenkou má potíže s navazováním sociálních vztahů. S tím je spojen strach a deprese z negativních emocí od běžné populace vůči jim samotným. Typickým jevem je vážnoucí oční a slovní kontakt, přehnaná péče o kůži, nízké sebevědomí a pocit viny. (Gkalpakiotis, 2017)

2.11 Kvalita života

Psoriáza není život ohrožující onemocnění, ale zásadně zasahuje do běžného života psoriatika. Ovlivňuje psychické, fyzické i sociální zdraví nemocného jedince. V žebříčku negativního dopadu na kvalitu života se řadí ihned za depresi spolu s kardiovaskulárními chorobami a revmatoidní artritidou. Typickými jevy u jedinců s lupenkou jsou psychopatologické rysy jako deprese, OCD, vztahovačnost, nervozita nebo úzkost. U psoriatiků jsou zjišťovány pocity stigmatizace a zhoršení kvality života. (Balašík, 2011; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 18)

V roce 1990 byl založen Spolek psoriatiků a atopických ekzematiků (SPAЕ). Jedinci s těmito onemocněními si zde mohou vyměňovat informace a navzájem si pomáhat v tíživých situacích. Spolek pořádá ozdravné pobyty a společenské schůzky. Jedná se o celostátní institut, ale jejich regionální kluby například sídlí v Brně, Ostravě, Pardubicích, Praze. (SPAЕ, 2022)

2.12 Léčba

Léčba psoriázy je velmi individuální. Musíme zohlednit pacientův věk, zaměstnání, pohlaví nebo komorbidity. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 98)

2.12.1 Lokální léčba

Před zahájením léčby musíme pacientovi vysvětlit výhody a nevýhody léčby. Zeptat se jaké vehikulum preferuje. U akutní exantematické formy máme na výběr měkké pasty, krémy nebo mléka. Při chronické formě se využívají masti a v oblasti kštice pěny, mléka, roztoky, oleje, šampony nebo gely. Aby docházelo k pozitivním výsledkům, je nutné léčiva používat pravidelně. Po viditelném zlepšení se mohou dávky léčiv snížit. Důležité je také edukovat pacienta o množství a dávkování aplikovaného léčiva. Nejčastěji se lokální léčba

využívá u lehkých forem psoriázy. U těžších se kombinuje s fototerapií nebo systémovou léčbou. Pokud se dodržuje doporučené dávkování jedná se o velmi bezpečnou terapii. (Fialová and Kojanová, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 98-99)

Kortikoidy mají protizánětlivý, imunosupresivní, antiproliferativní a vazokonstrikční efekt, proto jsou nedílnou součástí léčby psoriázy. Podle síly účinku je dělíme do čtyř skupin, od slabých po velmi silné. Kortikoidy neléčí příčinu, jen odstraňují projev onemocnění. Proto je nikdy neaplikujeme na zdravou kůži, jen na psoriatická ložiska, abychom se vyhnuli nežádoucím účinkům. Mezi NÚ patří atrofie kůže, folikulitida, purpura, akné nebo strie. Vysazování tohoto léku musí probíhat pozvolna. (Fialová and Kojanová, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 101-102)

Ichtamol je bituminózní dehet. Nazývá se též ichtyol. Má střední účinnost a lze ho používat ve spojení s jinou terapií. Užívá se koncentrovaný 2-10% ve formě past, mastí, roztoků nebo šamponu. Můžeme ho znát v tmavé i světlé variantě. Využívají se převážně jen v nemocničních zařízeních. (Fialová and Kojanová, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 103, 106)

Cignolin je přírodní látka získávána ze stromu *Andira araroba* nacházejícího se v Brazílii. Jeho účinky jsou protizánětlivé a antiproliferativní. Využívá se v případech, kdy selže léčba kortikosteroidy, samostatně nebo společně s deriváty vitamínu D3. Aplikuje se vždy jen na psoriatická ložiska. Kontraindikované oblasti pro aplikaci léčiva jsou obličej a intertriginózní oblast. Kontraindikací je též pustulózní a erythrodermická psoriáza. Cignolin zabarvuje pokožku a nehty dohněda. Koncentrace cignolinu činí od 0,01-5 % a podává se společně s kyselinou salicylovou, která slouží jako stabilizátor. Při zahájení léčby závisí výška koncentrace na času, kdy se cignolin nechá na pokožce. V případě dlouhé časové dotace (12-24 hodin) se podává co nejnižší koncentrace (0,01 %). Naopak u krátké časové dotace (15 minut) se podávají vyšší koncentráty (1 %). S delším užíváním se koncentrace navyšují. (Fialová and Kojanová, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 103, 106)

Do skupiny analogů vitamínu D3 patří kalcitriol, kalcipotriol a takalcitol. Tato léková skupina slouží k terapii pustulózní a palmoplantární psoriázy, chronické ložiskové psoriázy nebo psoriázy ve kštici. Má prodiferenční, imunomodulační a antiproliferativní účinek. Využívá se ve formě mastí. Denní dávka by neměla překročit 15 g přípravku a maximálně 30 % ošetřené pokožky z důvodu hyperkalcemie. Kontraindikace je pro pacienty s renální insuficiencí a poruchami metabolismu kalcia. Mezi nežádoucí účinky řadíme pálení

a erytém. Účinek těchto léčiv se navyšuje v kombinaci s lokálními kortikosteroidy. Většinou kalcipotriol společně s betamethason-dipropionátem v podobě gelu nebo pěny. Pozitivum této kombinace je aplikace jen 1krát denně po dobu 4 týdnů. Gel se může aplikovat na pokožku až 8 týdnů mimo kštici. Nástup účinku je rychlý a má dobrou snášenlivost. (Fialová and Kojanová, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 104)

2.12.2 Systémová nebiologická terapie

Tato léčebná varianta ve využívá u pacientů, kdy lokální léčba selhala, je kontraindikována, špatně snášenlivá nebo u těžších forem. Spadá do ní fototerapie, nebiologická a biologická léčba. Z vědeckých studií je dokázáno, že pokud se začne se systémovou léčbou co nejdříve, výrazně snižuje riziko vzniku komorbidit. Součástí léčby by měla být i režimová opatření, do kterých spadá pohybová aktivita, správná životospráva a vyhýbání se spouštěcím faktorům. Před zavedením léčby je vhodné zohlednit fenotyp, pohlaví, věk, komorbiditu, závažnost onemocnění, ale i plánování gravidity. Během léčby je nutné docházet na klinické a laboratorní kontroly. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 108-109)

Fototerapie viz 3. kapitola

Metotrexát je nejdéle využívaný preparát ze všech v systémové léčbě. Indikuje se u středně těžkých a těžkých forem psoriázy (erythrodermická, pustulózní a ložisková psoriáza v přítomnosti psoriatické artritidy). Má imunosupresivní a antiproliferační účinky. V počátku se podává dávka 5-15 mg, u seniorů 2,5 mg. Aplikuje se 1krát týdně, nalačno nebo 1 až 2 hodiny po jídle, příležitostně ve třech dávkách po dvanácti hodinách. Podává se parenterálně, subkutánně, intramuskulárně nebo perorálně. Parenterální podání se využívá při vyšších dávkách, má lepší toleranci a silnější účinnost. Vzhledem k tomu, že toto léčivo je hepatotoxické, užívá se 24 hodin po podání kyselina listová v tabletách ke zlepšení snášenlivosti. Pokud GIT potíže přetrvávají, může se 24 hodin před další dávkou metotrexátu podat tableta kyseliny listové, tím se ale může účinnost léčiva snížit. Dávka se postupně navyšuje, pokud nejsou do osmi týdnů vidět uspokojivé výsledky, může se dávka navýšit až na 20 mg. Ve srovnání s dalšími použitými léky ze systémové léčby vyšlo najevo, že viditelné výsledky se dostavují nejpomaleji u metotrexátu. Jako u každého léku, tak i u tohoto, se vyskytují nežádoucí účinky od velmi častých až po velmi vzácné. Mezi NÚ patří vypadávání vlasů, nauzea, gastrointestinální vředy, deprese, nefrotoxicita, jaterní cirhóza nebo alveolitida. Jak jsme již zmínily výše, tento lék může mít hepatotoxické a imunosupresivní účinky. Proto je nutné provést před zahájením léčby, po první dávce a poté každé 2 až

4 měsíce vyšetření. Kontroluje se KO, jaterní testy, močový sediment, diferenciál a kreatinin. Aby se předešlo těmto nežádoucím účinkům, je nutné zvážit, pro které pacienty je nevhodný a s jakými léčivými se může kombinovat. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 114-119)

Cyklosporin je nejmladší antipsoriaticum. Využívá se ve formě mikroemulze u pacientů s erythrodermickou, dlaňoprstovou, pustulózní a těžkou ložiskovou psoriázou. Řadí se mezi selektivní imunosupresiva, jeho výhodou je tedy to, že pacienti nejsou v takové míře náchylní k infekcím jako je tomu u běžných imunosupresiv. Terapie probíhá krátkodobě v rozmezí 3 až 6 měsíců, výjimečně až 2 roky. Lék se podává ráno a večer nalačno. Při ustálení zdravotního stavu je vhodné postupně snižovat dávku. První viditelné výsledky se projeví již po 2 až 4 týdnech. Lze ji využívat společně s lokální léčbou. Před a během léčby je nutné kontrolovat hodnoty laboratorních výsledků (KO, diferenciál, elektrolyty, jaterní testy, močový sediment), stav sliznice a kůže, bolesti kloubů, neurologické a GIT symptomy. Mezi časté nežádoucí účinky patří hypertenze, parestezie, bolesti hlavy nebo porucha funkce ledvin. U seniorů, obézních pacientů nebo pacientů užívajících nefrotoxické léky bychom si měli dát pozor na nefrotoxicitu. Absolutní kontraindikací této léčby mají pacienti s malignitami, poruchou funkce ledvin, neléčenou arteriální hypertenzí. Léčba cyklosporinem by se neměla kombinovat s fototerapií, metotrexátem, biologickou léčbou a retinoidy. (Fialová and Kojanová, 2020; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 119-125)

Acitretin patří mezi lékovou skupinu retinoidů. Není imunosupresivní a využívá se v případech, kdy selhala lokální léčba a fototerapie. Podává se ve formě kapslí, každý den při jídle. Vzhledem k tomu, že má acitretin teratogenní účinek, je nutné čekat na otěhotnění minimálně tři roky po ukončení léčby. Během této doby je vhodné chránit se dvěma druhy kontracepce. Jako u ostatních léků ze systémové léčby se provádí před zahájením léčby i během ní vyšetření krve. Do preventivního opatření během léčby spadá zákaz alkoholu a nízkotučná dieta. Acitretin je vhodné kombinovat s fototerapií. Jejich výhodou je lepší účinnost, nižší dávky užívaného acitretinu a s tím i spojené mírnější nežádoucí účinky. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 125-130)

Apremilast je využíván v perorálním podání k léčbě ložiskové psoriázy a psoriatické artritidy. Podává se po dvanácti hodinách 30 mg ráno a večer. Tento lék je hrazen jen u pacientů s PSAI nad 10, kteří již měli zkušenost alespoň s jedním z předchozích zmíněných léků ze systémové léčby nebo jsou kontraindikováni pro léčbu metotrexátem. Laboratorní

testy a monitoring během léčby není nutný. Preparát lze užívat dlouhodobě. Je vhodný i pro obézní pacienty s komorbiditami. Nežádoucím účinkem jsou psychiatrické poruchy (insomnie, deprese), bronchitida, migréna, diarrhoea nebo zvracení. Po dobu léčby je vhodné u žen v plodném věku užívat antikoncepci. (Gkalpakiotis et al., 2020, s 130-134)

2.12.3 Biologická léčba

Tato léčba se indikuje u většiny typů psoriázy, zejména u středně těžkých a těžkých forem. Některé preparáty lze použít i u dětí. Využívá se zejména u pacientů, u kterých selhaly všechny léčebné metody zmíněné výše. Jak pro svoji neúčinnost, tak kvůli možným kontraindikacím a nežádoucím účinkům. Biologická léčba cílí na určité molekuly imunitního systému. Před zahájením léčby je nutné provést anamnézu, zejména zjistit komorbidity s psoriázou spojené, laboratorní a klinické vyšetření. Využívají se také hodnotící škály k vyhodnocení závažnosti onemocnění. Během léčby by se nemělo zapomínat na možnost vyššího výskytu infekcí. Mezi léky, které blokují aktivitu TNF- α patří etanercept, adalimumab, infliximab a certolizumab. První ze zmíněných preparátů je vhodný k terapii těžké psoriázy u dětí starších 6 let. Mezi monoklonální protilátka IgG1 κ patří ustekinumab spadající do skupiny anti-IL-12/23. Dalšími skupinami biologické léčby jsou anti-IL-17 a anti-IL-23. Jedná se o poměrně účinnou, ale finančně náročnou metodu léčby psoriázy, proto se využívá až jako poslední možnost. (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 140-142; Machovcová, 2017; Nevoralová, 2013)

3 FOTOTERAPIE

Fototerapie je druh léčebné metody, při níž se využívá ultrafialové záření. Zejména záření vydávané zářiči nebo přirozené UV z přímořských pobytů. Jedná se o velmi bezpečnou a účinnou variantu léčby psoriázy. Využití nachází převážně u středně těžké až těžké formy lupenky, kdy selhala lokální léčba. Často se provádí v kombinaci s jinou terapií. (Banáková, 2012; Hickman, 2020; Kuklová et al., 2011, s. 70; Wong et al., 2013)

3.1 Typy fototerapie

3.1.1 UVB fototerapie

Existují dva typy UVB záření. Úzkopásmové UVB 311 nm a širokospektré UVB. V dnešní době se nejčastěji využívá úzkopásmové UVB 311 nm, též zvané NBUVB. Je více účinné, má méně dlouhodobých nežádoucích účinků a nižší erytemogenní účinek. (Bernardová, 2011)

U UVB fototerapie musíme brát v potaz MED neboli minimální erytemovou dávku. Ta se u každého fototypu liší. U světlejších typů se začíná s nižší dávkou než u tmavších typů. Proto je síla ošetření u každého individuální. Při první návštěvě se začíná na 50 % MED a dávka se postupně navyšuje. Ošetření se provádí 3 až 5krát týdně. Dávka se každý den nebo obden upravuje. Pokud je pokožka bez erytému, může se dávka zvýšit o 30 %. Při výskytu minimálního erytému se dávka zvýší o 20 %. Pokud se na pokožce vyskytuje přetrvávající erytém, dávku ponecháme. Jestliže se u pacienta vyskytne bolestivý erytém, je nutné přerušit léčbu a pokračovat v ní se sníženou dávkou až po vymizení symptomů. (Bernardová, 2011; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 111; Röcken et al., 2018)

Fototerapie se většinou provádí v kombinaci s jinou léčbou, avšak některá léčiva v kombinaci s UVB se nedoporučují v ambulantní péči z důvodu časové náročnosti, nepříjemným kosmetickým vlastnostem nebo v případě dehtu nefrotoxickým účinkům. Proto jsou tyto kombinace vhodné spíše u hospitalizovaných psoriatiků. Mezi ně například patří Goeckermanova metoda. Ta spočívá v aplikaci dehtového externa na pokožku a následném ozáření UVB. Vhodnou možností je kombinace UVB a derivátů vitamínů D3, která je ve většině případů dobře snášena. Další kombinací je metoda nazývaná Ingramova, při níž se aplikuje 0,5-3% cignolinu a následně ozáří UVB zářením. Těmito kombinacemi bychom měli dosáhnout vyšší účinnosti a tím pádem docílit lepších výsledků. (Banáková, 2012; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 110)

3.1.2 UVA

UVA záření se řadí mezi dlouhovlnné nebo také blízké pásmo. Tento typ fototerapie se dělí na UVA1 (340-400 nm) a UVA2 (320-340 nm). UVA1 se aplikuje ve třech dávkách. Nízká dávka činí 10-30 J/cm², střední dávka 40-70 J/cm² a vysoká 80-130 J/cm². Nejčastěji se však využívá nejnižší dávka. Nejprve by se však mělo stanovit MED. UVA terapie ozařuje pokožku až do hlubších vrstev, přesněji koria. To může ovlivnit imunitní děje, pojivové a cévní reakce. Tím pádem se podílí na vzniku rakoviny kůže a vrásek. Vzhledem k tomu, že nezpůsobuje progresi HIV infekce, využívá se v léčbě kožních onemocnění u HIV pozitivních pacientů. (Bernardová, 2011; Ettler, 2014; Navrátil et al., 2019, s. 135)

3.1.3 Fotochemoterapie PUVA

PUVA terapie spočívá v kombinaci širokospektrého UVA záření a fotosenzibilizátoru místního nebo celkového, nazývaného se psoralen. V České republice se využívá jen jediný fotosenzibilizátor a to 8-metoxypsoralen, jiným názvem též oxoralen, avšak ten má nyní výpadek v obou variantách. Perorální psoralen se podává 1 až 2 hodiny před UVA zářením. Možné je také místní podání ve formě koupele nebo krému s příměsí daného fotosenzibilizátoru. Podávaná dávka UVA záření je individuální, závisí na fototypu a MPD pacienta. MPD znamená minimální fototoxická dávka a odečítá se 72 hodin. Hodnoty se ve většině případů pohybují v rozmezí 0,3-1,0 J/cm². Pokud se u pacienta po ozáření nevyskytnou akutní nežádoucí účinky, zvyšuje se dávka každý týden v průměru o 30 %. Fotochemoterapie se provádí v cyklu 4krát týdně, celkem 25 ošetření. Udržovací kúra může probíhat ještě 2krát týdně 1 měsíc a poté 1krát týdně 1 měsíc. Tato terapie se však nemůže provádět celoživotně. Nejvyšší povolená dávka je 1000 J/cm². Vyšší dávky mohou mít karcinogenní účinky. Pacient musí být edukován o ochraně genitálu a obličeje během ozáření a minimálně 12 hodin po proceduře je nutná ochrana očí slunečními brýlemi i v prostorách budov z důvodu katarakty. Při léčbě psoriázy se využívá i chemofotochemoterapie v případech, kdy klasická fotochemoterapie selhala. Ta je specifická kombinací PUVA terapie a chemoterapeutikem, nejčastěji retinoidem. (Bernardová, 2011; Gkalpakiotis et al., 2020, s. 110; Vašků, 2020, s. 48-49)

3.2 Ošetřovatelská péče u fototerapie

Ve FN Plzeň v ambulanci fototerapie se využívají celotělové kabiny, lokální zářiče na plosky nohou a dlaní a UVB hřeben. Fototerapie se nejvíce používá k léčbě psoriázy a ekzémů, avšak lepší účinky má při terapii psoriázy. Nejvíce se provádí fototerapie úzkopásmovým UVB. UVA nebo PUVA jen ojediněle. Během prvních ošetření se nastavují

nižší dávky, aby se předešlo vzniku erytému, které se postupně navyšují. U celotělových kabin se začíná na 0,2 J/cm² plochy těla, u dětí 0,1 J/cm². Při každé další návštěvě se navyšuje o 0,5 J/cm². Konečná dávka je 2 J/cm², což přibližně činí 10 minut. Během každé návštěvy je nutné, aby si pacient nasadil speciální brýle na oči. Od poloviny návštěv, kdy je záření silnější je vhodné si obličej a u mužů pokožku hlavy a genitálie krýt ručníkem. Vzhledem k tomu, že kabina je uzpůsobena tak, že se pacient drží opěrných tyčí a stojí, není možné, aby se ozářily dlaně a plosky nohou. V případě, kdy má pacient zasažena i tato místa, je vhodné využívat lokální zářiče. Začíná se na 30 sekundách. Při dalších návštěvách se navyšuje čas o 30 sekund. Nejvyšší možná dávka činí 5 minut. UVB hřeben je možné aplikovat při léčbě psoriázy ve kštici. Hřebenem se zajíždí pod vlasy přímo k pokožce hlavy.

Délka těchto ošetření je však individuální, závisí hlavně na fototypu pacienta. Ať se jedná o UVA, UVB nebo PUVA, je nutné se během celého cyklu ošetření chránit před slunečním zářením. Na fototerapii se musí docházet alespoň 2 až 3 měsíce. První měsíc 3krát týdně a zbylé měsíce 2krát týdně. Pacienti před prvním ošetřením podepisují informovaný souhlas, ve kterém jsou popsány všechny důležité body léčebné metody.

3.2.1 Ošetřovatelská péče před fototerapií

Před zavedením této léčebné metody je nutné vyšetření kůže dermatologem. Proveďte anamnézu, zejména rodinná, k vyloučení výskytu fotosenzibilizační poruchy a rakoviny kůže v rodině. Některé druhy antibiotik, chemoterapeutik nebo retinoidy mohou způsobit citlivější pokožku na UV záření, proto je vhodné provést i farmakologickou anamnézu. Musí se zvážit kontraindikace, stanovit MED a pacientův fototyp. Před PUVA terapií je nutné vyšetření oftalmologa. (Bernardová, 2011; Hickman, 2020)

Délka návštěv fototerapie závisí na závažnosti onemocnění a typu použité fototerapie. První ošetření většinou trvá jen pár sekund, ale každou další návštěvou se časová dotace navyšuje. Nejdéle může trvat několik minut. Délka ošetření závisí také na fototypu, síle použitého světla a toleranci k ošetření. Cyklus fototerapie se provádí do té doby, než je pokožka bez známek psoriázy. Poté se preventivně provádí udržovací kúra, aby znovu nedošlo ke vzplanutí onemocnění. (Hickman, 2020)

Před zahájením léčby je nutné pacienta edukovat o průběhu léčby, ochrany obličeje, očí a genitálu a nepodstupování dalších UV expozic, jako solária nebo slunění během fototerapie. Pacient je poučen a podepisuje informovaný souhlas. (Bernardová, 2011)

Před fototerapií jsou vhodné hydratační koupele. Diferentní léky musí být před léčbou smyty a další aplikace může proběhnout až 2 hodiny po ozáření. Bezprostředně před léčbou se odšupí ložiska s deskvamací. (Bernardová, 2011)

3.2.2 Ošetřovatelská péče během fototerapie

Těsně před terapií si pacient musí svléknout veškeré oblečení co zakrývá postiženou pokožku. Pacient si na oddělení může vypůjčit brýle na ochranu očí, kryt na mužské genitálie a opalovací krém na ochranu rtů, krku, hřbetu rukou a prsních bradavek. (Hickman, 2020)

V případě potřeby všeobecná sestra pacientovi aplikuje před fototerapií na postiženou pokožku dehet. Psoralen se užívá perorálně 1 až 2 hodiny před terapií. Pokud se ošetřuje velká plocha pokožky PUVA terapií, je nutné naložení pacienta na pár minut do lázně s roztokem psoralenu. (Hickman, 2020)

Po této přípravě se pacient přesune do lightboxu. K dispozici existují celotělové přístroje k ozáření (kabiny, lehátka, stojany, paravány), ale také menší zářiče k ozáření plosek nohou, dlaní, nehtových lůžek a kůže ve kšticí. Po proceduře si může pacient stěžovat na mírné pálení pokožky jako od sluníčka. V tuto chvíli všeobecná sestra jen zkontroluje stav pokožky. Poté se už pacient může převléknout. (Hickman, 2020; Obstová, 2016)

3.2.3 Ošetřovatelská péče po fototerapii

Prvních 24 hodin po proceduře je nutné vyhnout se slunečnímu záření. Pacienti by měli být edukováni ohledně těchto čtyř opatření. (Hickman, 2020)

V případě svědění pokožky mohou pomoci antihistaminika a hydrokortizonový krém. Minimálně 1krát denně hydratovat pokožku hydratačním krémem bez parfemace. Minimálně prvních 24 hodin je nutné chránit oči slunečními brýlemi. PUVA terapie totiž může způsobit kataraktu. Po dobu pobytu venku je vhodné si zahalit ošetřovanou pokožku. Například dlouhým rukávem i kalhotami, kloboukem, opalovacím krémem a slunečními brýlemi. (Hickman, 2020)

Po dobu léčby jsou nutné pravidelné kontroly. Lékař by je měl provádět každý týden a všeobecná sestra před každým ošetřením. Je vhodné dokumentovat nežádoucí účinky pacienta, účinky léčby a dávkování terapie. (Bernardová, 2011)

3.3 Nežádoucí účinky

Nežádoucí účinky fototerapie se dělí na akutní a chronické. Mezi akutní nejčastější nežádoucí účinek fototerapie patří erytém, ten se na pokožce vyskytuje při předávkování UV

zářením. V nejhorším případě se mohou na pokožce vyskytnout i puchýře a otoky. V případě požívání fotosenzibilizujících medikamentů jako jsou neuroleptika, antibiotika, chemoterapeutika a další je nutné léčbu ihned přerušit z důvodu fototoxicity a fotoalergické reakce. U PUVA se může vyskytnout bolest kůže, svědění, GIT obtíže nebo hepatotoxicita. Mezi chronické nežádoucí účinky patří z důvodu častého ozařování rychlejší stárnutí pokožky, podporuje také suchost pokožky a elastoidní degeneraci kůže. Je zde i vyšší pravděpodobnost vzniku spinaliomu, basaliomu a ojediněle melanomu. U PUVA bychom si také měli dát pozor na vyšší riziko vzniku katarakty. (Ettler, 2014)

3.4 Kontraindikace

I přes relativně bezpečnou metodu léčby psoriázy se i zde vyskytují kontraindikace. Fototerapie je nežádoucí pro pacienty užívající fotosenzibilizující potravinové doplňky a léky. Kontraindikací je i výskyt erythrodermické a akutní exantematické formy lupenky. Vyloučit tuto léčbu by měli pacienti s kožní prekancerózou, rakovinou, fototypem I. typu, epilepsií, množstvím pigmentových névů, závažnými interními chorobami, fotodermatózami, duševními chorobami, závislostmi na návykových látkách, ale také pacienti nespolupracující, užívající imunosupresiva a trpící klaustrofobií. (Obstová, 2016)

3.5 Dokumentace

Během docházení pacientů na fototerapii se všechny potřebné informace zaznamenávají do dokumentace. Na každém pracovišti se postup zaznamenání informací vypisuje odlišně. Někde je výpis prováděn přímo do karty pacienta, někde do vlastně vytvořených záznamových protokolů. Výhodou druhé zmíněné varianty je lepší orientace a menší riziko ztráty celé karty. Ve Fakultní nemocnici Plzeň se však používá elektronická zdravotnická dokumentace. Karta se záznamy je spolu s informovaným souhlasem po ukončení terapie skenována do databáze Medicalc 4. Náležitosti záznamu fototerapie se zaznamenávají do tří kategorií. První je hlavička, ve které jsou uvedeny osobní údaje o pacientovi, stanovená diagnóza, fototyp a MED nebo MPD pacienta, spektrum UV a druh zářiče, který je u daného jedince využíván. Do druhé kategorie spadá záznam všeobecné sestry. Je zde uvedeno pořadové číslo sezení, datum a přesná dávka a čas ozáření. V případě nutnosti se zde uvádí nežádoucí reakce s následným podpisem dané zdravotní sestry. V poslední řadě je povinností sestry zapsat do dokumentace celkový počet sezení a celkovou kumulativní dávku. Do poslední kategorie spadá záznam lékaře. Zde se zaznamenávají využitě hodnotící škály ke stanovení závažnosti onemocnění před i během fototerapie ke

zhodnocení účinnosti léčby. Lékař zde také ukládá stručný záznam z lékařské kontroly, zejména tolerance a efekt léčby nebo požadavky pro všeobecnou sestru. (Benáková and Ettler, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Psoriáza neohrožuje jedince s touto chorobou na životě, ale má výrazný negativní dopad na kvalitu života. Lidé s lupenkou trpí v každodenním běžném životě, často čelí nepříjemným pohledům a dotazům, zda jsou nakažliví. Nemoc jim zasahuje do pracovního života, často negativně ovlivňuje partnerské i přátelské vztahy. Velká část pacientů má kvůli onemocnění snížené sebevědomí a potýká se se zhoršeným psychickým stavem, úzkostmi i depresemi. Když člověk psychicky strádá, je i obtížnější zbavit se tělesných projevů. Stav pokožky psoriatika může kolísat dle duševního stavu. Stres, zhoršená psychika znamená zhoršení nemoci. Vzhledem k tomu, že se jedná o autoimunitní onemocnění, není možné ji zcela vyléčit. Proto jsme se zaměřily na léčbu fototerapií, která příznivě ovlivňuje příznaky onemocnění. Díky této metodě můžeme docílit co nejdélejší remise onemocnění po ukončené léčebné kúře a tím výrazně zlepšit kvalitu života pacientů s lupenkou. Jedná se o poměrně bezpečnou, lehce proveditelnou a ekonomicky nenáročnou terapii, která se může provádět opakovaně. U jedinců s tímto onemocněním se však musí využívat holistický přístup. Proto jsme se také chtěly zaměřit na jejich prožívání onemocnění a jejich omezení v běžném životě. Zhodnotit účinky této terapie a zlepšení kvality života po absolvování léčebné kúry.

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

5.1 Hlavní cíl

Zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze.

5.2 Dílčí cíle

1. Zjistit v jaké míře ovlivňuje psoriáza a následná fototerapie kvalitu života.
2. Zhodnotit výhody a nevýhody fototerapie.
3. Zjistit, zda jsou participanti edukováni o průběhu fototerapie.
4. Zjistit po jak dlouhé době se objevují na pokožce první viditelné výsledky fototerapie.
5. Zjistit, zda participanti kombinují fototerapii i s jinou léčbou.

5.3 Dílčí výzkumné otázky

1. V jaké míře ovlivňuje psoriáza kvalitu života z psychického, fyzického a sociálního hlediska?
2. Zlepšuje fototerapie kvalitu života psoriatika?
3. Jaké jsou výhody a nevýhody fototerapie?
4. Převyšují pozitiva nad negativy při léčbě fototerapií?
5. Byli participanti edukováni o průběhu fototerapie?
6. Jaké zásady se musí dodržovat před, v průběhu a po fototerapii?
7. Po jak dlouhé době se projeví viditelné výsledky fototerapie na pokožce?
8. Kombinují participanti fototerapii i s jinou léčbou?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro naši bakalářskou práci byl výběr participantů záměrný. Během praxe ve Fakultní nemocnici Plzeň na Dermatovenerologické klinice v ambulanci fototerapie jsme oslovily tři participanty s diagnostikovanou psoriázou podstupující fototerapii. Jedná se o ženu 54 let, ženu 35 let a muže 23 let. Na věkovou kategorii ani závažnost onemocnění nebyl kladen důraz. Před zahájením výzkumu jsme participanty seznámily s průběhem rozhovoru a anonymitou osobních údajů. Všichni s výzkumem souhlasili a dobrovolně podepsali informovaný souhlas. Rozhovor s jednotlivými participanty netrval déle než hodinu. Následná komunikace probíhala přes email a SMS zprávy.

7 METODIKA PRÁCE

Pro naši praktickou část bakalářské práce jsme zvolily kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaného rozhovoru.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2016, s. 46)

Metodu k získávání sběru dat jsme zvolily případovou studii složenou z polostrukturovaného rozhovoru. Obsahoval dva okruhy témat. Psoriáza a fototerapie. Zaměřily jsme se na fyzické, psychické i sociální zdraví participantů a následně na jejich postoj k fototerapii. Zejména na výhody a nevýhody fototerapie.

Rozhovor se skládal z otevřených otázek s následným dotazováním. Se souhlasem participantů byl záznam nahráván na diktafon a následně přepisován do elektronické podoby. V případě nejasností nebo doplnění informací jsme s participanty komunikovaly pomocí mailu a SMS zpráv.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Participanty jsme oslovily ve Fakultní nemocnici Plzeň v období od 21.6.-9.7. 2021. Následný výzkum probíhal od prosince 2021 do ledna 2022. Rozhovory probíhaly mimo Fakultní nemocnici na neutrálním místě. Před zahájením výzkumu jsem participanty informovala o anonymitě a možnosti odstoupení od rozhovoru. Následně byl se všemi participanty podepsán před výzkumem informovaný souhlas. Rozhovor netrval déle než hodinu. Následná komunikace probíhala přes mail a SMS zprávy. Záznam rozhovoru byl nahráván na diktafon a následně přepisován do elektronické podoby.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Zpracování dat bude probíhat pomocí přepsání rozhovoru nahraného na diktafon do elektronické podoby. K analýze textu byla využita metoda kódování a kategorizace dat.

Seznam kategorií: ovlivnění kvality života, výhody a nevýhody fototerapie, vhodná edukace, účinnost fototerapie, kombinace s jinými léčebnými metodami

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

10.1 Participantka A

Participantce A je 54 let. Bydlí v rodinném domě nedaleko Plzně s manželem a dospělým synem. Vystudovala obchodní akademii a žije jako účetní. Psoriázou trpí od svých tří let a přibližně dvanáct let dochází do Fakultní nemocnice Plzeň na fototerapii UVB zářením.

10.1.1 První výsev

Vzhledem k tomu, že participantka A trpí psoriázou od útlého dětství, přesné období prvního výsevu si sama nepamatuje. Podle maminky však lupenkou trpí od tří let, spouštěč si ovšem neuvědomuje. „*Já si myslím, že to přišlo spontánně, že snad teda v tomhle věku asi spouštěč žádný nebyl, nevím o ničem.*“

10.1.2 Forma psoriázy

Participantka A udává, že si není jistá svojí diagnózou, z lékařských zpráv si vybavuje jen název psoriasis vulgaris. „*V každém případě je jediná výhoda asi to, že je to forma, která **není svědivá**. Mám jen šupinky po celém těle s tím, že v **mládí to takhle zásadní nebylo**. Řekla bych, že se to zhoršilo až v **posledních deseti letech**.*“ Závažnou formou však netrpí. Během 51 let co musí onemocnět snášet, nepotřebovala hospitalizační péči. „*Přesto, když jsem byla mladá, tak mi dokonce **dali ZTP průkaz na lupenku, ale já jsem ho vůbec nepoužívala**.*“ Participantka A se také obávala, aby netrpěla psoriatickou artritidou, tou však netrpí. „*Mám za sebou i vyšetření kostí a všeho dalšího a **všechno vypadá v pořádku**.*“

10.1.3 Rodinná anamnéza

O nikom konkrétním se stejným onemocněním v rodině participantka A neví. Je ráda, že její děti psoriázou netrpí. Myslí si však, že sklony k tomuto onemocnění měl její dědeček a otec, protože měli hodně lupů. Nicméně potvrzené to nemá. „*Oni říkají, že lupy s tím můžou někdy hodně souviset.*“

10.1.4 Období remise

Participantce A prý nejvíce pomáhá kombinace léta, moře a sluníčka. „*Abych měla pokoj, musela bych **bydlet u moře**. K moři jezdíme každý rok, ale je to krátkodobá záležitost, protože tam nejsme zase tak dlouho, ne déle než na 14 dní. I když pak jezdíme třeba opakovaně, já bych potřebovala být u moře **minimálně měsíc v kuse**, abych měla tu kombinaci toho moře a sluníčka.*“

10.1.5 Období relapsu

„Já si myslím, že to zhoršení je ve dvou obdobích. **Podzim a jaro**. Ale nejsem si samozřejmě jistá, protože bych řekla, že ten výsev je **pořád poměrně stejný**. Snažím se na to neupínat.“ Participantka A také uvedla, že v nějaké míře ji pokožku ovlivňuje i stres. „Podtextově tam určitě bude, i když se mu snažím vyhýbat. Už to tak chodí, že vám život do cesty přinese věci, kterým se ani nejde vyhnout.“ Sama přesto neví, do jaké míry jí stres ovlivňuje lupenku. I když se ho snaží maximálně korigovat, někdy jí to okolnosti nedovolí. „V rodině nás potkala tragická událost. Takže bych řekla, že **stres je taky důležitý**.“ Minulý rok 2021 byl pro participantku A plný velmi nepříznivých, ale naštěstí také příjemnějších změn. Podle ní se na jejím zdraví všechny události podepsaly. Příjemnou změnou bylo přestěhování se z panelového domu do rodinného domku na okraji Plzně. Vzhledem k tomu, že si rodina v domku sama topí, je participantka A zvědavá, jestli i to nemůže mít vliv na psoriázu. „Ono je tady úplně jiné klima než třeba v tom paneláku, tak si říkám, jestli i to teplo nemůže mít **vliv na lupenku**. Protože tohle mnohem **víc vysušuje**. My spíme nahoře a to teplota jde všechno nahoru, takže jsme docela v teple, takže i když se snažím hodně pít, tak jestli to na to taky nemá vliv.“ Participantka také v březnu 2021 prodělala Covid-19. Podle ní se na zhoršení lupenky koronavirus rozhodně podepsal. „Říká se, že se **vrazí do hodně slabého místa** a u mě to ta **kůže určitě byla**.“ V poslední řadě participantku A potkala tragická událost. Po dlouhé, těžké nemoci jí zemřela dcera a tato mimořádně zátěžová situace a dlouhodobý stres způsobily zhoršení nemoci.

10.1.6 Kvalita života

Participantka A je velmi vděčná za svoji maminku. Ta podle ní onemocnění nebagatelizovala a snažila se své dceři pomoci s onemocněním hned od začátku. „Už od malička jsem doma **stála na horském sluníčku** a co nejčastěji, jak to jen šlo, jsme jezdili k moři.“ Vzpomíná si, že v dětství s onemocněním problém neměla. Několik let hrála závodně tenis a podle jejích slov si ložisek lupenky nevšímala. „Zřejmě to bylo **sem tam nějaké ložisko**, ale zásadní výsevy po těle to nebyly. To sto procentně ne.“ V pubertě se onemocnění trochu zhoršilo, ale nijak zásadně. V rané dospělosti taktéž. „Samozřejmě v dospělosti už to takový klid není, jako býval. V kročíte do manželství, dvě děti, hormonální záležitosti. Takže se to **pomaličku stupňovalo a zhoršovalo**.“ Participantka A popsala, že prvních 40 let jí psoriáza kvalitu života neomezovala. Zhoršení se dostavilo až v posledních deseti letech. „Omezilo mě to **až teď v posledních letech**, kdy mám **problém s létem**. To znamená, že se **nechci nikde ukazovat**, nechci tohle dávat do vínku. Takže raději volím **volné a slabé oblečení**.“ Participantka A udává, že se proto vždy na jaře spoléhá na fototerapii. „Snažím

se to trochu vyfiltrovat časově, **abych to léto přežila a mohla si vzít krátké sukně, rukávy a kraťasy.**“ Ze sociálního hlediska jí onemocnění zásadně neomezuje, jelikož pracuje z domova. Negativní chování vůči její osobě prý moc nezaznamenává. Na podporu od svých blízkých si nemůže stěžovat. „**Rodina to bere ještě líp než já. Vlastně mi ještě vynadají, proč si kraťasy nebo sukně nevezmu. Takže z tohoto hlediska je to úplně super. Já bych řekla, že je to akorát takový ten pohled, jako má každá ženská, že je to jen vizuální záležitost.**“

10.1.7 Komorbidity spojené s psoriázou

Participantka A se obávala možných onemocnění spojených s lupenkou. Proto se nechala celkově důkladně vyšetřit. „*Všechny lékařské prohlídky, co mám za sebou, byly v pořádku. Nikdo nic nenašel.*“ Kromě psoriázy netrpí žádným jiným onemocněním a je plně zdravá. Léky také žádné nebere.

10.1.8 Fototerapie

Participantka A dochází na fototerapii už velmi dlouho, přibližně dvanáct let. Celou dobu chodí na světloléčbu do Fakultní nemocnice Plzeň. Opakovací cykly u participantky A probíhají v období těsně před létem. „*Před létem ve stejnou dobu nastoupím, nespíchám s tím. Vím, že ostatní chodí třeba už na jaře, ale já s tím nespíchám, protože když s fototerapií skončím, tak ten výsev se za chvíli zase objeví.*“ Vzhledem k tomu, že pracuje z domova, fototerapie jí nijak časově neomezuje. „*Někdy jsem chodila dokonce i 5krát do týdne, tento rok pouze 3krát v týdnu. Je to pro mě úplně bezproblémové, protože sednu do auta a odsluníčkuju si. A ta víze na konci, že moje tělo bude vypadat dobře, za to stojí. Takže pro mě to žádný problém není.*“ Participantka A dochází na celotělovou fototerapii, UV hřeben prý nevyužívá. „*Pravda je, že se mi ta lupenka v hlavě objevila, ale nikdy jsem na tom hřebenu nebyla.*“ Také si vzpomíná, že změna boxu ve Fakultní nemocnici nastala. „*Ta kabina je teď určitě lepší, ale už si nepamatuji, před kolika lety se změnila.*“

10.1.9 První viditelné výsledky

První změny na pokožce se dostávají už po 14 dnech. Opravdu viditelné výsledky přicházejí do dvou měsíců po započetí léčebné kúry. „*Ale není to nikdy 100%.*“ Participantka A uvádí, že ihned po dokončení léčebného cyklu odjíždí s rodinou k moři na doléčení. „*Tam je to v pohodě, ale řekla bych, že teď ty poslední dva roky, kdy prožívám ten nejhorší výsev, mi to moc dlouho nevydrží. Takže už třeba za ty tři týdny tam zase vidím ten postup k tomu zhoršení.*“ Vzhledem k tomu, že participantka A se snaží vyhýbat většině přípravků k léčbě psoriázy a využívá jen fototerapii před létem, výsev od podzimu do jara setrvává nebo se zhoršuje. „*Vždycky na konci toho všeho je ta fototerapie.*“

10.1.10 Negativa a pozitiva fototerapie

Participantka A je s fototerapií nadmíru spokojená. Žádná negativa nenašla. „*Já si myslím, že je to všechno pozitivní. Já se na to vždycky tak těším a upínám se k tomu jako k šanci. Že se to tělo trošku nebo víc vyčistí. Já mám hodně pigmentu, dobrou schopnost opalování se, takže my tam s těma dávkami nemáme problém. Dojedeme až do konce a nikdy spálení nepřijde.*“

10.1.11 Osobní zkušenosti s fototerapií

Participantka A měla již od dětství kladný vztah ke sluníčku, který jí vydržel až dodnes. „*Možná to pramení z toho, že když jsem byla malá, tak moje mamina měla vyfiltrované, že to sluníčko opravdu pomáhalo. Vidím to jako dnes, jak jsem stála doma na horském sluníčku. Pět minut zepředu a pět minut zezadu.*“ V dětství byla dokonce 2krát na přímořském táboře v Jugoslávii. „*Mamka se o moje onemocnění vždy zajímala a snažila se mi pomoc, proto mě přihlásila na tábor Balnea někdy v deseti letech. Byla jsem tam pokaždé na měsíc.*“ I dnes se tedy participantka A snaží zařazovat sluníčko k léčbě psoriázy v jakékoliv formě. To jí dle jejích slov pomáhá nejvíce. Fototerapii si nemůže vynachválit. „*Pro mě je to jednoznačně taková letní výhra.*“

10.1.12 Postup fototerapie

Vzhledem k tomu, že participantka A pracuje z domova, plánuje si fototerapii na ranní hodiny, kdy není na silnicích moc velký provoz. Aby se v objednaných termínech lépe orientovala, dostává kartičku s předepsanými termíny alespoň na čtrnáct dní dopředu. „*Sestřičky chtějí na čtrnáct dní a pak se zase uvidí jak dál.*“ Většinou dochází 3krát v týdnu po dobu dvou měsíců. Počet ošetření závisí také na tom, jestli má participantka A naplánovanou dovolenou u moře po ukončeném cyklu ošetření. „*Každý rok před nástupem mi sestřičky všechno podrobně vysvětlí a podepíšu informovaný souhlas.*“ Před fototerapií má dovoleno trošičku promastit pokožku emulzí. Byla také edukována o vyhýbání se sluníčku po dobu docházení na fototerapii.

10.1.13 Doplnková léčba

Za 51 let co onemocněním trpí, vyzkoušela nepřeberné množství léčebných přípravků. Přes čaje, bylinky až po bahenní zábaly. „*Z mého pohledu to samozřejmě není porucha kůže, ale je to porucha uvnitř. Nikdo Vám ale nedokáže říct z čeho. Takže těžko se vlastně soustředíte, co se týká konkrétně bylinek, na to, co tomu tělu nejvíce dát.*“ Kladný postoj má již ke zmíněným bahenním zábalům z mrtvého moře a mořské soli. Naopak podle participantky A zásadně jí nepomáhají podpurné čaje. Celkově se však řídí zdravým

životním stylem. Nejenom kvůli danému onemocnění, ale i pro lepší psychické zdraví a kondici. Participantka A několikrát týdně s kamarádkami cvičí power jógu a snaží se dodržovat dietnější přístup ke všemu. Věří, že i strava se podtextově podepíše na celkovém stavu. „*Neříkám se k tomu úplně upínat, to já zase neumím, ale snažím se hodně ty **informace čerpat i co se týká stravy. Neříkám úplné vyléčení, ale zlepšení by nastat mohlo.***“ Na promazání pokožky participantka A používá Enstilar a emulze.

10.2 Participantka B

Participantce B je 35 let. Bydlí v panelovém domě v Plzni s manželem a třemi dětmi. V současné době je na mateřské dovolené. Psoriázou trpí od svých devíti let a na fototerapii, přesněji na UVB záření dochází od listopadu 2021 do Fakultní nemocnice Plzeň. Kromě psoriázy také trpí diabetem mellitus 1. typu a hypofunkcí štítné žlázy.

10.2.1 První výsev

Participantce B se první výsev psoriázy objevil přibližně v devíti letech. Lupenkou tedy trpí již 26 let. Spouštěč si však nepamatuje. „*Mně prostě řekli, že je to dědičné.*“

10.2.2 Forma psoriázy

Participantka B netuší, jaký má typ lupenky. Šupinatá ložiska se jí vyskytují v oblasti loktů, kolen, kštic a oblasti zad. Psoriáza jí postihuje i oblast nehtů, u kterých dochází k postupnému roztřepení a odlamování nehtového ložiska. „*Bojím se, že o ty **nehty úplně přijdu**. Chvillemi mi úplně přestaly růst. Že mi třeba narostou trošku, pak se roztřepí a právě ulomí. Ale teď se mi to trošku **srovnalo s Belosalicem** co si kapu na ruce.*“ Participantka B prý trpí těžší formou psoriázy. Za svůj život byla několikrát hospitalizována. „*Když jsem byla menší, jako dítě, tak jsem byla **na léčeních**, ale **nic z toho nepomohlo**.*“ Zde ve Fakultní nemocnici v Plzni však hospitalizována nebyla. „*Já jsem ze Slovenska, takže jsem jezdila tam.*“

10.2.3 Rodinná anamnéza

Participantka B udává, že od dětství trpí psoriázou i její otec. Ten však podle jejích slov má o něco těžší formu. „*Ten to má snad všude. Na ruku, nohu, na zádech... Skoro po celém těle.*“

10.2.4 Období remise

Participantka B udává, že v zásadě jí v nějaké větší míře nic nepomáhá. „*To léto je **určitě lepší**. Trošku mi pomáhá i **sluníčko**, ale **není to žádná sláva**, že by se to nějak vyléčilo, ale trošku lepší to je.*“ Podle jejích slov jí nejvíce pomohlo moře, u kterého byla naposledy před více než deseti lety. „*Byla jsem u moře jednou, takže to byl asi ten **největší účinek**. Ale pak, když jsem se vrátila, tak to bylo ještě léto, takže to bylo dobrý. Ale později, jak začal podzim, tak se to zase **začalo vracet do starých kolejí**, takže žádná sláva.*“ Kvůli finanční situaci a svým malým dětem se ale k moři nemá možnost v nejbližší době znovu podívat. „*Je to podle možností.*“

10.2.5 Období relapsu

Jako snad u každého psoriatika, tak i participantce B nedělá dobře zimní období. Do dalších zhoršujících faktorů patří jakékoliv infekční onemocnění a návštěvy plaveckých bazénů. „*Ten chlor mi úplně vysuší kůži, takže to mi dělá hodně špatně. Proto se mu snažím vyhýbat obloukem.*“

10.2.6 Kvalita života

Participantka B udává, že jí lupenka ovlivňuje život již od vzplanutí choroby. Tížilo jí, že nemůže vykonávat běžné činnosti jako její vrstevníci. „*Občas to nebylo nic příjemného. Pořád jsem se musela zahalovat a bylo mi smutno, když jsem viděla ty holky ve škole v sukýnkách.*“ Participantka B udává, že již od začátku měla psoriázu v těžší formě, proto pro ni bylo velmi psychicky náročné zvládnout letní tábory. „*Vždycky pro mě bylo trauma, když mě rodiče dali někam na týden.*“ Vždy přes léto se snažila lupenku schovávat a nikdy nechodila s kamarádkami k vodě. „*Nechtěla jsem, aby to bylo vidět.*“ Na tělesnou výchovu si dokonce nechala napsat celoroční omluvenku. „*Stranila jsem se kdekoliv, kde bylo více lidí, takže převlíkání s holkami pro mě bylo nepříjemné. Proto jsem necvičila vůbec.*“ I v dospělosti se onemocněním hodně trápí. Participantka B přiznává, že nejvíce jí lupenka ovlivňuje kvalitu života z psychického a sociálního hlediska. „*Přes zimu to člověk schová, ale v létě je to obtížnější. Kdybych si měla vzít krat'asy, tak bych se styděla. Do dvoudílných plavek jsem v životě nešla. To nejde se takhle někde vystavovat.*“ Vzhledem k tomu, že je participantka B na mateřské dovolené a momentálně nepracuje, je pro ni onemocnění lépe snášené než dříve. „*Ale je to pořád nepříjemné.*“ Je však ráda, že lidem v jejím blízkém okolí lupenka nevadí a nevíšimají si jí. „*Nějak si na to zvykli, protože to viděli u mého táty.*“

10.2.7 Komorbidity spojené s psoriázou

O žádných komorbiditách spojených s lupenkou participantka A neví. Byla na různých vyšetřeních a psoriatickou artritidou netrpí. Léčí se však s hypofunkcí štítné žlázy a cukrovkou 1. typu. „*Tu mám ale poděděnou.*“

10.2.8 Fototerapie

Participantka B dochází na fototerapii jen krátkou dobu, od listopadu 2021. Právě je přibližně za polovinou ošetřujícího cyklu. „*Já jsem chodila jenom chvíli, protože jsem to potom musela přerušit z důvodu nemoci. Brala jsem antibiotika a paní doktorka říkala, že se to nesmí kombinovat.*“ Proto se od ledna 2022 snaží chodit co nejčastěji. „*Já jsem tam byla poprvé asi 6krát a pak jsem měla kontrolu, kde mi paní doktorka řekla, že je to málo a*

musím pokračovat. A teď od ledna teda pokračujeme. Všechno všude jsem byla na fototerapii 20krát.“ Vzhledem k tomu, že participantka B zatím bydlí v Plzni, dojíždění na fototerapii jí nedělá problém. *„Teď, když bydlím v Plzni, tak jsem tam za deset minut, to je v pohodě.“* Jejím plánem je přestěhovat se v únoru 2022 více než 40 kilometrů od Plzně, směrem ke Karlovým Varům. *„My tam máme barák, ale kvůli těm lékařům jsme se přestěhovali do Plzně, ale teď jedeme zase zpátky.“* Z tohoto důvodu již participantka B nebude moci docházet na fototerapii.

10.2.9 První viditelné výsledky

I když má za sebou participantka B přibližně 20 ošetření, viditelné výsledky nezaznamenává. *„Mně přijde, že je to pořád stejný.“* Podle ní je fototerapie zklamáním. Nevěří, že by za těch pár minut v kabině mohlo dojít ke zlepšení. *„Já jsem dřív zkoušela taky solárko přes zimu. Stejně, když přestanete chodit, tak ono se to udělá spíš ještě jednou tolik. Jak si to tělo na to zvykne a pak to nemá.“*

10.2.10 Negativa a pozitiva fototerapie

Podle jejích slov prý žádné výraznější pozitivum nezaznamenala. *„Kdybych tam třeba byla deset minut nebo až budu někde na konci cyklu a bude to silnější, tak to možná nějaký účinek a pozitiva bude mít, ale zatím nic nevidím.“* Participantka B zaznamenala i celkem běžný vedlejší účinek. *„Ono se to správně nemá, ale jak jsem byla nemocná, tak jsme to chtěli dohnat a šla jsem dva dny po sobě a díky tomu jsem měla trošku spálený obličej.“* Prý to však nebylo nic hrozného, a kromě obličeje si jí erytém jinde po těle neobjevil.

10.2.11 Osobní zkušenosti s fototerapií

Participantka B k fototerapii nemá příliš kladný vztah. Dochází na léčbu teprve krátce. *„Nezaregistrovala jsem zatím výraznější výsledky.“*

10.2.12 Postup fototerapie

Participantka B tedy dochází na fototerapii od listopadu 2021. V důsledku stěhování v únoru 2022 bude muset léčbu ukončit. Na ošetření nyní dochází 3krát do týdne. Participantka B dochází jak do klasické kabiny, tak i na UV hřeben. *„Je to chvilka, přijdu tam a jsem tam čtyři minuty. Pak jdu na hřeben, ze kterého mi ta kůže spíše svědí. Říkala jsem to i sestřičce a ta říkala, že je to v pořádku.“* Participantka B byla řádně edukována o průběhu fototerapie a podepsala informovaný souhlas. *„Na tu fototerapii musím dojít osprchovaná a nenamazaná.“* Jelikož na fototerapii dochází v zimním období, nemusí se obávat a vyhýbat slunečnímu záření.

10.2.13 Doplnková léčba

Participantka B za svůj život vyzkoušela nepřehledné množství léčivých přípravků a metod. Dříve zkoušela mořskou sůl, černé mýdlo nebo kortikoidy. „*Ty kortikoidy jsem brala málo, protože mi to paní doktorka nedoporučovala z důvodu ztenčení kůže a nevhodnosti užívání v mladém věku. Takže jsem jich moc nevyzkoušela.*“ Nejvíce jí prý pomohly dehtové preparáty. Od dehtových šampónů po dehtové mastičky. „*Já si teda nepamatuju všechny ty názvy, ale bylo to určitě neúčinnější ze všeho, co jsem kdy vyzkoušela. Akorát to nepříjemně zapáchalo a ničilo věci a oblečení.*“ V dnešní době už prý využívá jen Enstilar a na nehty Belosalic. Otec participantky B začal v nedávné době podstupovat biologickou léčbu. „*Ted' jsem slyšela, že jsou nějaké nové prášky, které táta začal používat a hodně se zlepšil. Já jsem ty prášky taky hned chtěla, ale paní doktorka mi řekla, že nejprve musíme vyzkoušet fototerapii a že když to nezabere, tak že mi je napíše.*“

10.3 Participant C

Participant C je 23 let a trpí těžkou formou psoriázy, která pokrývá téměř celé jeho tělo. Na fototerapii dochází do Fakultní nemocnice Plzeň na UVB záření. Z důvodu psoriázy nemohl dokončit střední odbornou školu, obor zámečnický, proto si studium dodělával dálkovou formou. Žije v bytě v Plzni se spolubydlícími a živí se jako hlavní kontrolor kvality.

10.3.1 První výsev

Participant C si vzpomíná, že se u něho první výsev projevil přibližně ve 13 letech. „*Už je to tedy deset let.*“ Prý se onemocnění spustilo po prodělané angíně.

10.3.2 Forma psoriázy

Participant C trpí velmi těžkou formou psoriázy. Svoji přesnou diagnózu však nezná. „*Lupenku mám na ruce, nohou i ve vlasech.*“ Ve svých 13 letech, kdy mu diagnostikovali psoriázu, měl na těle jen pár tmavých teček. „*Zašli jsme k doktorovi a tam to neřešili, že prý je to malinký, že to zmizí samo od sebe.*“ Do svých 16 let prý nezaznamenával žádné změny, onemocnění měl lokalizované jen v oblasti loktů a kolen. V 17 se však psoriáza začínala náhle zhoršovat až do stádia, kdy byl participant C poprvé hospitalizován. „*Do měsíce se mi osypalo celé tělo. V té době mě tedy poslali do nemocnice a táhlo se to se mnou další tři roky. Možná se to zhoršilo po stresu, možná ze školy, to nevím. Zaznamenal jsem to až po dvou týdnech. Já jsem si ani nevšiml, že to tak roste.*“ Participant C byl poté každý rok na tři týdny hospitalizován ve Fakultní nemocnici v Plzni. Poté na nějakou dobu onemocnění ustoupilo, ale projevilo se znovu v březnu minulého roku. „*Já jsem potom chytil covid a od té doby to začalo všechno znova. Do té doby jsem byl úplně čistý.*“ Přes léto se kožní projevy zlepšily, ale od podzimu se psoriáza projevila v plné síle.

10.3.3 Rodinná anamnéza

Psoriázou také trpí i matka participanta C. Je přesvědčený o tom, že onemocnění zdědil po ní. „*Mamka lupenkou trpí celý život, takže přes 40 let.*“ Participant C však udává, že jeho forma onemocnění je mnohem vážnější než u jeho matky. „*Ona trpí jen lupenkou v oblasti kolen a loktů převážně.*“ Zatímco participant C musí 2krát do roka podstupovat fototerapii a 3krát byl s psoriázou hospitalizovaný, jeho matka má onemocnění poměrně bezproblémové. „*Mamka na fototerapii nechodí. Ona se léčí jenom mastičkami. Já to mám mnohem horší.*“

10.3.4 Období remise

Období zlepšení participant C zaznamenává v letních obdobích. Připisuje to nedávno ukončenému ošetřujícímu cyklu fototerapie, sluníčku a vlhčímu podnebí oproti zimním měsícům. Kvůli pracovní vyčerpání v dnešní době nemá čas na sportovní aktivity. Dříve mu ale mírně pomáhaly ke zlepšení psoriázy. „*Ted' už žádný sport nedělám, ale dělal jsem fotbal, gymnastiku a tenis.*“

10.3.5 Období relapsu

U participanta C se psoriáza převážně zhoršuje v zimních obdobích a při infekčních onemocněních. Vzhledem k tomu, že je velmi pracovní vyčerpán a v zaměstnání je permanentně vystavován stresovým situacím, není si jistý, zda na zhoršení onemocnění u něho má vliv i stres. „*Já jsem kontinuálně pod stresem, takže pochybuji. Pracuji jako hlavní kontrolor kvality a mám pod sebou lidi, kteří mě stresují. Navíc pracuji již čtvrtým týdnem každý den bez víkendu. Kdyby měl u mě na lupenku vliv stres, tak bych musel být úplně celý obalený.*“ Participant C udává, že onemocnění v takové formě do svých 17-18 let neměl. Neuvedomuje si však, co k takovému zhoršení přispělo. Participant C je zaměstnaný ve firmě s prašným prostředím, to mu však psoriázu nezhoršuje.

10.3.6 Kvalita života

Až na kontinuální promazávání pokožky a pocitu mastné kůže mu onemocnění po fyzické stránce nedělá problémy. Musel si zvyknout na zvýšenou každodenní péči o pokožku. „*Celkově to onemocnění není problémové. Ložiska svědí, ale na to si člověk zvykne. Když se nenamažu, tak mi ložiska popraskají, ale tomu se snažím vyvarovat tím, že jsem permanentně mastný.*“ Vzhledem k tomu, že participant C psoriázou trpí již deset let, dokázal se již s onemocněním v rámci možností smířit. Proto mu již po psychické stránce v takové míře onemocnění kvalitu života neovlivňuje. „*Do psychiky ta lupenka zasahuje hodně, ale člověk z toho vyroste a už neposlouchá řeči ostatních. Čím jsem starší, tím je mi to více jedno.*“ Podle jeho slov mu nemoc nejvíce vadí ze sociálního hlediska. Pohledy od ostatních lidí mu nejsou příjemné. Stále existují lidé, kteří věří, že je to nakažlivé onemocnění, nebo že je lupenka způsobena nedostatečnou hygienou. „*Já už tu lupenku neukazuji, i přes léto nosím dlouhé rukávy. Dříve si ostatní odsedali a zvláště se dívali, proto se zahaluji.*“ S odstupem času vidí, že nejhorším obdobím pro něj bylo to strávené ve školní lavici. „*Děti na základní škole jsou zlé.*“ Participant C přiznává, že by zahalovat pokožku nemusel, ale cítí se takto příjemněji. Vzhledem k tomu, že není sám, kdo onemocněním v rodině trpí, tak se ho snaží všichni v rodině podpořit. „*V rodině to známe*

všichni od mamky, takže to bylo **bez problémů**.“ Díky častým hospitalizacím od 17 do 19 let mu psoriáza negativním způsobem ovlivnila kvalitu života ze vzdělávacího hlediska. „*Musel jsem přerušit školu z důvodu častých návštěv nemocnice, takže jsem si potom musel dodělat školu dálkově.*“

10.3.7 Komorbidity spojené s psoriázou

Od útlého dětství, přibližně od osmi let participant C trpí depresemi a úzkostmi. „*Při prvních projevech lupenky se moje **deprese ještě o něco zhoršily, ale teď je to lepší.***“ Participant C udává, že mu na depresivní stavy nejvíce pomáhá práce. „*Dokud to jde a mám na to psychickou sílu, tak chci do práce chodit co nejvíce. Mně ta **práce pomáhá se odreagovat od těch depresí.** Myslím na práci a čím dýl tam jsem, tím líp se cítím uvnitř.*“ Až na alergii na kočky žádným jiným onemocněním netrpí.

10.3.8 Fototerapie

Participant C dochází na fototerapii od svých 18 let, přibližně tedy pátým rokem. „*Vždy **chodím na jaře a na podzim, zhruba na dva až tři měsíce. První dva měsíce 3krát týdně a poslední měsíc 2krát týdně. Většinou mi ten **výsledek vydrží pár měsíců.*****“ Participant C k léčbě psoriázy využívá kabinu a UV hřeben. Udává, že během pěti let se kabina jednou změnila. „*Je teď modernější a příjemnější.*“

10.3.9 První viditelné výsledky

Vzhledem k tomu, že participant C již na fototerapii dochází několik let, stihl zaznamenat, po jak dlouhé době se u něho projeví první viditelné výsledky světloléčby. „*Po měsíci už je to poznat, po těch dvou **už je to opravdu lepší.***“ Participant C si však zatím představit, že bude muset léčbu podstupovat po zbytek života. „*Ono se to projeví po nějaké době, **není to napořád a chodit tam celý život je hrozná představa.***“

10.3.10 Negativa a pozitivita fototerapie

Participant C je s fototerapií opravdu spokojený a nemůže si jí vynachválit. Díky tomu, že se jedná o poměrně bezpečnou metodu léčby psoriázy, je rád, že se na ní každý rok může spolehnout. „*Jedině ta **fototerapie mi opravdu pomáhá.***“ Během těch několika let, co na fototerapii dochází, zaznamenal jen jeden nežádoucí účinek. „*Párkrát jsem se **spálil. Hlavně, když jsem byl hospitalizovaný a **chodil jsem každý den. To jsem byl spálený často.*****“ Participant C ještě udává, že jediné, co mu chybí ke komfortu při této léčbě je nedostatečné teplo v ordinaci. „*Topení tam chybí nebo spíš netopí. Vždycky je tam zima.*“

10.3.11 Osobní zkušenosti s fototerapií

Zkušenosti participanta C s fototerapií jsou jen kladné. „*Já jsem spokojený, perfektní. Je to jediná věc, co mi pomáhá.*“ Je i velmi spokojený s přístupem všeobecných sester na pracovišti. „*Hlavně jsou flexibilní s časem.*“

10.3.12 Postup fototerapie

Na fototerapii dochází 2krát do roka v opakujících se cyklech po 2 až 3 měsících. Přibližně od ledna do března a od srpna do října. První ošetření trvá zhruba několik desítek sekund. Na konci ošetřovacího cyklu se délka ošetření navýší až do deseti minut. Návštěvy si plánuje podle toho, jaké směny ho čekají v zaměstnání. „*Vždycky si to naplánuji podle směn v práci. Ráno nebo odpoledne, podle toho, jak mi to vyjde práci. Je super, že mi sestřičky vždy vyjdou vstříc.*“ Participant C je řádně edukován o průběhu fototerapie a je obeznámen o tom, co musí před, během i po dodržovat. Před ošetřením podepisuje informovaný souhlas. „*Před tou fototerapií nesmím používat mastičky s kortikoidy a být namazaný jakoukoliv vrstvou.*“

10.3.13 Doplnková léčba

Kromě fototerapie participant C využívá pro domácí použití některé mastičky. Na vlasy užívá speciální šampon na vlasy. Na promazání pokožky používá vazelinu salicylovou. Kromě těchto zmíněných používá Enstilar a Belosalic na obličej. Vzhledem k tomu, že oba tyto přípravky spadají do lékové skupiny kortikosteroidů, z dlouhodobého hlediska již participantovi C nevyhovují. „*V poslední době mám z těch kortikoidů migrény, takže už se je snažím tolik nepoužívat.*“ Během svých prvních dvou hospitalizací kombinoval fototerapii s dehtovým přípravkem a běžnými mastičkami. „*Ten mi ještě trochu pomohl.*“ Při poslední návštěvě nemocnici u něho byla využívána kombinace fototerapie s cignolinem. Tento lék však podle jeho slov neměl žádné kladné účinky. Dříve docházel na preventivní prohlídky k lékařce, tam však odmítl nabízenou léčebnou kúru metotrexátem vzhledem k rozsáhlým nežádoucím účinkům a nadále chodí jen na ambulanci. „*Zatím do sebe nechci dávat takové věci. Uvidíme, jak bude nadále pomáhat fototerapie.*“

DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsme se zaměřily na ošetrovatelskou péči u pacientů podstupující fototerapii při psoriáze. Pro výzkumné šetření jsme zvolily tři participanty, kteří trpí tímto onemocněním a docházejí na fototerapii. Praktickou část máme zhotovenou pomocí tří polostrukturovaných rozhovorů. Vzhledem k tomu, že léčba fototerapií je časově náročná a musí se na ni dojíždět ambulantně několikrát do týdne, chtěly jsme zjistit, zda participantům tato léčebná metoda v terapii psoriázy vyhovuje. Rozpoznat, zda zlepšuje jejich stav a jestli jim nechybí něco ke komfortu při samotné léčbě.

V našem prvním dílčím cíli jsme si stanovily zjistit, v jaké míře ovlivňuje psoriáza a následná fototerapie kvalitu života. Všichni tři participanti onemocněli psoriázou již v raném dětství, mezi 3-13 lety. Tento věk prvního výsevu není pro psoriázu úplně typický. Gkalpakiotis et al. (2020) udává, že nejčastěji se psoriáza u I. typu vyskytuje mezi 20-30 rokem věku. Dětská psoriáza je méně častá a převládá přibližně jen u 0,7 % jedinců s tímto onemocněním. Všichni tři tedy s tímto onemocněním musí bojovat téměř celý život. Každý z nich měl dokonce někoho blízkého v rodině, kdo tímto onemocněním trpí nebo k němu měl predispozice. Vladimír Vašků (2020) ve své knize popisuje, že pokud onemocněním trpí alespoň jeden z rodičů, je 14% možnost přenosu na dítě. Pokud onemocněním trpí oba rodiče, zvyšuje se tato možnost až na 41 %. Z rozhovorů vyšlo najevo, že onemocnění lépe snášejí, když ví, že někdo z jejich blízkého okolí je na tom podobně a dokáže je vyslechnout. Díky tomu se v rodinném kruhu cítí příjemněji. Výsledky průzkumu ukázaly, že participantům onemocnění ovlivňuje kvalitu života hlavně ze sociálního hlediska. Z toho, jak se k tomu staví okolí, mají největší obavy. Participantka B by si i po 26 letech od propuknutí onemocnění neoblékla dvoudílné plavky. Participant C dokonce i v parném létě nosí zahalené ruce i nohy. Dříve se ale takto neomezoval. Popisuje, že ho k tomu donutila společnost. Ze studie Keřkové (2018) vyplývá, že 42 % respondentů zaznamenalo negativní reakce kvůli svému onemocnění.

Participantka A dochází na fototerapie přibližně dvanáct let, participant C okolo pěti let. Oba si na časté dojíždění nestěžují a jsou přesvědčeni, že je to jediná záchrana před letním obdobím. Participantka A se mimo jiné snaží také dodržovat zdravý životní styl a nepoužívá léčebné preparáty s mnoha vedlejšími účinky, proto se upíná na fototerapii. Za 51 let co onemocněním trpí, jí fototerapie vyhovuje nejvíce a nevádí jí časová náročnost této léčebné metody. Díky fototerapii se v takové míře nebojí přes léto odhalovat. A po

psychické stránce je ráda, že se na ni může každým rokem spolehnout. Participant C má těžší formu psoriázy než participantka A a byl už mnohokrát hospitalizovaný. V nemocničním zařízení byl léčen různými preparáty, ale přesto se vždy vrací k fototerapii.

Druhým dílčím cílem bylo zhodnotit výhody a nevýhody fototerapie. Participantka A a participant C byli s fototerapií nadmíru spokojeni. Při standartních návštěvách ambulance, tedy 3krát týdně nedocházelo k rozvoji erytému a žádným jiným nežádoucím účinkům. Participantka B, která však na fototerapii docházela jen krátkodobě, s výsledky příliš spokojená nebyla. Vzhledem k tomu, že v polovině ošetření onemocněla a měla předepsaná ATB, musela léčbu přerušit. Následně se léčbu snažila co nejvíce urychlit a došlo u ní k erytému v oblasti obličeje. Na základě rozhovoru s ní jsme dospěly k názoru, že participantka B si ani nepřipouštěla, že by fototerapie mohla fungovat. Domnívá se, že když bude docházet na fototerapii, bude ji v budoucnu možno ordinovat biologickou léčbu. Nicméně všem participantům nevadí časté dojíždění na ambulanci, všichni mají trvalé bydliště v Plzni. Až na občasnou zimu v ambulanci fototerapie jim ke komfortu nic nechybí. Jsou velmi rádi za možnou flexibilitu při objednávání. I přes to, že participantka A a participant C pracují a participantka B je na mateřské dovolené, udělají si na fototerapii čas. Proto si myslíme, že i když je jakákoliv léčba velice individuální záležitost, tato léčebná metoda je jednou z účinných možností, jak zlepšit kvalitu života těchto pacientů. Participantka A a participant C trpí onemocněním již delší dobu a mají spoustu zkušeností s jinými léčebnými metodami, ale přes časovou náročnost fototerapie se k ní stále vracejí.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou participanté edukováni o průběhu fototerapie. Všichni tři participanté před prvním ošetřením a poté při každém dalším cyklu podepisují informovaný souhlas, ve kterém je vše podrobně vysvětleno. Byli edukováni o nepromašřování pokožky před fototerapií. Do ambulance musí přijít umytí. Ví, že si musí nasadit ochranné brýle a po ošetření se vyhýbat slunečním paprskům. Všichni tři docházejí na úzkopásmové UVB, a proto je jejich edukace totožná. Z výzkumného článku do Niny Benákové Karla Ettlera (2020) je jasné, že lékaři z 81 % nejvíce doporučují a preferují úzkopásmové UVB, které je využito u všech zmíněných respondentů.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, po jak dlouhé době se objevují na pokožce první viditelné výsledky fototerapie. Participantka A dochází na fototerapii tři měsíce, přibližně 2 až 3krát týdně. Ze své zkušenosti udává, že prvotní zlepšení již nastává po čtrnácti dnech. Na opravdu výrazné výsledky si musí počkat dva měsíce. Participantka B během výzkumu

docházela na fototerapii přerušovaně dva až tři měsíce. Dle jejích slov podstoupila přibližně 20 ošetření, které však neměly téměř žádný účinek. Z výzkumného článku od Niny Benákové a Karla Ettlera (2010) je však patrné, že počet sezení při jednom cyklu se pohybuje okolo 20 až 30. Vychází to tedy stejně jako u participantky B, jako každá léčba, tak i tako je velice individuální. Participant C na fototerapie dochází 2krát do roka po dobu dvou až tří měsíců. Ve výzkumném článku od Niny Benákové a Karla Ettlera (2010) se dočteme, že 60 % lékařů omezuje léčebné cykly maximálně 2krát ročně. Dle participantových slov se první výsledky fototerapie projeví po jednom měsíci. Opravdu viditelné se dostaví po dvou měsících pravidelného docházení na tuto léčebnou metodu.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda participanti kombinují fototerapii i s jinou léčbou. Participantka A se snaží vyhýbat preparátům s mnoha nežádoucími účinky a raději vsází na přírodní produkty. Snaží se svoje tělo očistit bylinnými čaji. Využívá sílu bahenních zábalů, moře a v domácím prostředí mořské soli. Mimo uvedené využívá jen Enstilar na promaštění. Participantka B za svůj život vyzkoušela spoustu možných preparátů od kortikoidů po dehet. V dnešní době už však používá jen lokální terapii, mezi kterou patří Belosalic na oblast nehtů a Enstilar, který využívá i participantka A. Participant C trpí těžkou formou psoriázy. Během svých hospitalizací v nemocničním zařízení vyzkoušel i různé kombinace spojené s fototerapií. Mimo to se promazává vazelínou salicylovou, Enstilarem a Belosalicem jako předchozí participantka. Z důvodu častých migrén se snaží vysadit kortikoidy. Participantovi C byl nabízen metotrexát, ten však odmítl kvůli rozsáhlým nežádoucím účinkům. Všichni tři participanti v boji proti psoriáze využívají především sílu fototerapie a lokální terapie. Musíme tedy souhlasit s vědeckým článkem od Niny Benákové a Karla Ettlera (2020) z jejichž výzkumu vyplývá, že 93 % pacientů kombinuje fototerapii s lokální léčbou.

Pomocí dílčích cílů jsme se snažily odpovědět na náš hlavní cíl. Zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze. Jelikož všichni tři docházeli na fototerapii do FN Plzeň na UVB 311 nm, probíhala u nich stejná ošetrovatelská péče. Na fototerapii docházeli umytí, během fototerapie si kryli oči, obličej a genitál a po ozáření se vyhýbali sluníčku. Díky všeobecným sestřám pracujících v ambulanci fototerapie byli o všem řádně edukováni a potěšila je možnost flexibility návštěv.

LIMITY VÝZKUMU

Jelikož většina psoriatiků dochází na fototerapii těsně před létem, nebylo možné vysledovat jejich celkovou proměnu v průběhu léčebného cyklu. Proto jsme se upínaly jen na to, co nám particianti vypověděli.

Dalším limitem výzkumu dle našeho názoru byla nemožnost provést kvantitativní výzkum, kterým by bylo možné najít mnohonásobně více respondentů a tím docílit spolehlivějších výsledků. Vzhledem k tomu, že do Fakultní nemocnice Plzeň nedochází takové množství pacientů na fototerapii, nebylo možné tolik respondentů vyhledat. Kdyby byla možnost skloubit oba druhy výzkumu, došly bychom k přesnějším výsledkům.

Přesně k této problematice bylo velice obtížné vyhledat podobné kvalifikační práce ke srovnání s našimi výsledky. Většina z nich nebyla prováděna pomocí kvalitativního šetření nebo byla praktická část prováděna za jiným účel zjištění, proto jsme alespoň porovnali náš výzkum s kvantitativními výzkumy.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Lidé, kteří trpí lupenkou, často bojují s tím, že o této nemoci veřejnost příliš neví. Dodnes je také ještě u spousty lidí zakořeněn mýtus, že psoriáza je nakažlivá nemoc a odmítají jakýkoliv kontakt s psoriatiky. Všichni participant se v rozhovoru zmínili, že se setkali s negativním postojem ve společnosti. Domníváme se proto, že by se tato problematika měla dostávat do povědomí co nejvíce lidí. Mělo by se o tomto informovat již například na základních školách, aby nedocházelo k různým problémům a šikanám z důvodu neznalosti a mylných informací o lupence.

Psoriáza má výrazný negativní dopad na kvalitu života. Jedinci s tímto onemocněním mají problém s hledáním partnerských vztahů nebo zaměstnání. S tím je spojeno i nízké sebevědomí. Proto bychom lidem s lupenkou doporučily navštěvovat Spolek psoriatiků a atopických ekzematiků, kde si mohou navzájem vyměňovat informace. Jak už o léčebných metodách, tak získaných zkušenostech o onemocnění. Díky tomu, že budou v kontaktu s jinými lidmi, kteří sdílí stejný problém, budou si vědomi, že na to nejsou sami.

Vzhledem k tomu, že všichni tři participant nebyli obeznámeni o svém typu psoriázy, bylo by vhodné pacienty o jejich onemocnění více edukovat.

SEBEREFLEXE

Fototerapie je určitě důležitá při léčbě psoriázy. Jako každá léčebná metoda nebo léčebný preparát, tak i fototerapie je dle mého názoru velice individuální záležitost. Myslím si, že každý psoriatik by tuto metodu měl během svého života vyzkoušet, protože pokud danému jedinci fototerapie vyhovuje, je možné tuto léčbu podstupovat spoustu let kvůli její bezpečnosti. Bylo pro mě překvapením, že participantům nevadilo časté dojíždění do ambulance fototerapie, ale to se nejspíše odvíjelo od skutečnosti, že všichni participanti bydlí v Plzni. Rozhovory s participanty pro mě byly velice emočně náročné. Bylo těžké prožívat jejich životní osudy s nimi. Povzbuzující bylo ale zjištění, že pacienti léčbu fototerapií velmi dobře snášejí a její účinky jim přináší úlevu a zlepšení stavu.

ZÁVĚR

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze.

Teoretickou část jsme rozdělily do tří kapitol. V první kapitole jsme se zaměřily na anatomii kůže. Popsaly jsme zde rozdíl mezi kůží zdravého jedince a psoriatika. Ve druhé kapitole jsme definovaly lupenku, popsaly historii, její vznik, rizikové faktory vzniku a druhy psoriázy. Dále jsme se zaměřily na diagnostiku, hodnotící škály, komorbidity a možnosti léčby psoriázy, zejména jejich indikace, dávkování a nežádoucí účinky. Ve třetí kapitole samostatně podrobně popisujeme fototerapii. Jaké jsou typy, ošetrovatelskou péči, nežádoucí účinky, kontraindikace a zápis fototerapie do dokumentace.

V praktické části jsme se snažily odpovědět na náš hlavní cíl bakalářské práce, zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze. K dosažení informací jsme využily kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaného rozhovoru. K výzkumnému šetření přistoupili tři participanti, dvě ženy a jeden muž. Všichni tři k onemocnění přistupovali podobně. Vzhledem k tomu, že všichni docházeli na stejný typ fototerapie, probíhala u nich stejná ošetrovatelská péče. Před ošetřením museli být čistí a nenamazaní. Během fototerapie si kryli oči speciálními brýlemi, obličej ručníkem a muž genitál. Po celou dobu ošetřujícího cyklu se měli kromě fototerapie vyhýbat slunečním paprskům. Dva participanti A a C dochází na fototerapii již několik let a léčba jim vyhovuje, proto je neomezuje ani časová náročnost fototerapie. Z výzkumného šetření je patrné, že se k fototerapii vrací každý rok a léčba jim po každé ošetřující kúře zmírňuje fyzické příznaky lupenky a tím zmírňuje dopady nemoci na jejich každodenní život, práci, vztahy, psychiku. Zlepšuje celkovou kvalitu života. Na všechny naše výzkumné otázky jsme si odpověděly v diskuzi.

SEZNAM LITERATURY

BALAŠTÍK, Drahomír, 2011. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 5(4) [cit. 20.3. 2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/07.pdf>

BENÁKOVÁ, Nina a ETTLER, Karel, 2010. Fototerapie v České republice. *Česko-slovenská dermatologie*. [online]. 85(3) [cit. 12. 3. 2022]. ISSN 1805-448X. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2010-3/fototerapie-v-ceske-republice-32288>

BENÁKOVÁ, Nina, 2012. Postavení fototerapie v ambulantní léčbě psoriázy. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 6(2) [cit. 20. 2. 2022]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/02/03.pdf>

BERNARDOVÁ, Jana, 2011. Fototerapie ultrafialovým světlem. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 5(2) [cit. 30.12. 2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/02/13.pdf>

ČELAKOVSKÁ, Jarmila, 2020. Psoriáza – přehled o onemocnění a indikace k biologické léčbě. Zkušenosti s léčbou adalimumabem. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 14(4) [cit. 4.11.2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2020/04/02.pdf>

ETTLER, Karel, 2014. Fototerapie v dermatologii. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 8(4) [cit. 30.12. 2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/04/05.pdf>

FIALA, Pavel a kolektiv. 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-2693-2.

FIALOVÁ, Jorga a KOJANOVÁ, Martina, 2020. Komplexní léčba psoriázy. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 14(2) [cit. 4.11.2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2020/02/01.pdf>

GKALPAKIOTIS, Spyridon a kolektiv. 2020. *Psoriáza od teorie k praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-5574-1.

GKALPAKIOTIS, Spyridon, 2017. Komorbidity psoriázy. *Časopis lékařů českých* [online]. 156(3) [cit. 13. 2. 2022]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-3/download?hl=cs>

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. vyd. Praha: Portál, s. r. o.. ISBN: 978-80-262-0982-9

HERCOGOVÁ, Jana et al., 2019. *Klinická dermatovenerologie*. 1. díl. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-5321-1.

HICKMAN, Ruth, 2020. Phototherapy for Psoriasis. UV Light Therapy for Moderate to Severe Cases. *Dotdash Media, Inc.* [online] [cit. 20. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.verywellhealth.com/phototherapy-for-psoriasis-4154025#before-phototherapy>

KEŘKOVÁ, Martina, 2018. *Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vlastimila SEMENCOVÁ

KUKLOVÁ, Ivana a kolektiv. 2011. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Dr. Josef Raabe. ISBN: 978-80-87553-28-2.

MACHOVCOVÁ, Alena, 2017. Co je nového v biologické léčbě psoriázy. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 11(2) [cit. 20. 3. 2022]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2017/02/02.pdf>

NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv. 2019. *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.. ISBN: 978-80-271-0478-9

NEVORALOVÁ, Zuzana, 2013. Celková léčba lupenky. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 7(4) [cit. 4.11.2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/04/04.pdf>

OBSTOVÁ, Iva, 2016. Terapie psoriázy. *Praktické lékařství*. [online]. 12(1) [cit. 30.12. 2021]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2016/01/03.pdf>

PIZINGER, Karel a FIKRLE, Tomáš, 2020. *Dermatovenerologie*. Plzeň: Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova. ISBN: 978-80-88120-29-2

Rešl, Vladimír, 2014. *Dermatovenerologie: přehled nejdůležitějších znalostí a zkušeností pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. V Plzni: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-261-0387-5.

ROB, Lukáš a HERCOGOVÁ, Jana, 2019. Komorbidity psoriázy a jejich management. *Remedia*. [online]. 29(1) [cit. 13. 2. 2022]. ISSN 2336-3541. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2019/1-2019/Komorbidity-psoriazy-a-jejich-management/e-2Fq-2Fu-2Hk.magarticle.aspx>

RÖCKEN, Martin a kolektiv. 2020. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.. ISBN: 978-80-271-0106-1

SKÁCELOVÁ, Martina a HORÁK, Pavel, 2020. Projevy psoriatické artritidy u pacientů s psoriázou. *Dermatologie pro praxi*. [online]. 14(3) [cit. 4.11.2021]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2020/03/05.pdf>

SPAЕ. Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků. [online]. [cit. 20. 3. 2022]. Dostupné z: <https://spae.cz/o-nas>

VAŠKŮ, Vladimír, 2020. *Psoriáza – Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-638-2.

WONG, Tami et al., 2013. Phototherapy in Psoriasis: A Review of Mechanisms of Action. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* [online]. 17(1), 6-12 [cit. 20. 2. 2022]. doi: 10.2310/7750.2012.11124

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Povolení sběru informací ve FN Plzeň
- Příloha B – Informovaný souhlas
- Příloha C – Celotělová kabina
- Příloha D – UV hřeben
- Příloha E – Lokání UV zářič k ošetření dlaní a plosek nohou

PŘÍLOHY

Příloha A – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetřovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
alej Svobody 88, 304 60 Plzeň - Lochovice
IČO 08469936 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Simona Fremrová

Studentka oboru Všeobecné ošetřovatelství

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše šetření na *Dermatovenerologické klinice (KOŽNÍ) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetřovatelská péče u pacienta podstupujícího fototerapii při psoriáze*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů s pacienty KOŽNÍ.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra KOŽNÍ souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- Sběr informací budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Hurtová Jitka, Mgr., vrchní sestra KOŽNÍ FN Plzeň.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

7. 12. 2021

Příloha B – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PODSTUPUJÍCÍ FOTOTERAPII PŘI PSORIÁZE

STUDENT

Simona Fremrová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: fremrovs@students.zcu.cz

VEDOUcí BP

Mgr. Jitka Hurtová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: hurtovaj@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat ošetrovatelskou péči u pacienta podstupující fototerapii při psoriáze.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: vlastní zpracování (inspirováno informovaným souhlasem FZS ZČU)

Příloha C – Celotělová kabina



Zdroj: vlastní zdroj

Příloha D – UV hřeben



Zdroj: vlastní zdroj

Příloha E – Lokální UV zářič k ošetření dlaní a plosek nohou



Zdroj: vlastní zdroj