

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CHRONICKÝM FAMILIÁRNÍM PEMFIGEM

Bakalářská práce

SIMONA ONDREJIČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová Ph.D.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

ONDREJÍČKOVÁ Simona
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 3. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým familiárním pemfigem

Nursing Process of the Patient with Chronic Familiar Pemfigus

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

ABSTRAKT

ONDREJIČKOVÁ, Simona. *Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým familiárním pemfigem*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D. Praha. 2011. s. 57.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým familiárním pemfigem. Teoretická část práce je charakterizována fyziologií nemoci, rozdělením puchýřnatých onemocnění, jejich specifikací, odlišnostmi a možnostmi léčby. Ošetřující personál a hlavně sestra, která je v každodenním styku s nemocným může svým působením a péčí ovlivnit průběh onemocnění a potřeby nemocných, nejenom z hlediska zdravotního, ale i z psychologického hlediska, a tím ovlivnit dopad na citový, společenský a ekonomický život jedince. Většinu nemocných, kromě nepříjemných pocitů při pohybu, svědění a bolestivosti, trápí jejich estetický vzhled, který se během onemocnění mění, a může hlavně u žen způsobovat velké psychologické bariéry a emocionální potíže, a to nejen v partnerských vztazích. Dochází ke snížení kvality života nemocných s tímto onemocněním, který je srovnatelný, nebo i horší, než u jiných chronických a závažných onemocnění. V empirické části práce je pak vypracována péče o pacienta s chronickým benigním familiárním pemfigem formou ošetrovatelského procesu. Nedílnou součástí práce je i edukace pacienta v péči o sebe, osvojení a upevnění si správných ošetrovatelských návyků v následné péči v domácím prostředí.

Klíčová slova: Edukace. Fyziologie. Ošetrovatelský proces. Psychologické bariéry. Sestra. Vzhled.

ABSTRACT

ONDREJIČKOVÁ, Simona. *Nursing Process for the Patient with Familial Chronic Pemphigus*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Degree: Bachelor Tutor: PhDr. Anna Mazalánová, Ph.D. Praha. 2011. p. 57.

The topic of my bachelor thesis is Nursing Process for the Patient with Familial Benign Chronic Pemphigus. The theoretical part of the thesis is about character of physiological disease, distribution of blister disease, specifications, distinctions and possibilities of treatment. Nursing staff and especially a nurse who is in daily contact with the patients may influence care during the course of the disease and the needs of patients, not only in terms of health but also from a psychological perspective. The impact may affect the emotional, social and economic life of the patients. Most patients suffer not only from unpleasant feeling during movement, itching and pain but also suffer from esthetic appearance which has been changed during illness, especially women may suffer from psychological barrier and emotional complaints, and it may also affect in their relationships. The quality of patient's life becomes the same or worse than other chronic and severe illness. In the empirical part of the thesis the care of the patients with familial benign chronic pemphigus is developed by the form of nursing process. An integral part of the thesis is also education for the patients to take care of themselves, adopt care procedures in their home care environment.

Key words: Education. Physiology. Nursing process. Psychological barrier. Nurse. Appearance.

PŘEDMLUVA

K napsání bakalářské práce s tímto tématem byl důvod, že mnoho sester, zdravotníků i lékařů, pečujících o pacienta na různých úrovních zdravotní péče, v ambulancích či na lůžkových odděleních, neznají toto onemocnění, které sice není příliš rozšířené, ale přesto se s ním může zdravotník setkat kdykoliv při své práci. Většina kožních chorob není nakažlivá a je proto třeba, aby ošetřující personál problematiku kožních chorob znal a náležitě se podle toho k pacientům choval. Neměl by mu nikdy dávat najevo pohrdání, štitivost či odpor. Proto je nutné si uvědomit závažnost tohoto onemocnění, pro nemocného, které ho omezuje fyzicky, psychicky, stresuje a obtěžuje ho v běžném životě, který pak není schopen prožívat naplno. Většina těchto nemocných trpí druhotnými obtížemi souvisejícími s léčbou jejich primárního onemocnění a proto se s nimi může zdravotník setkat na všech stupních zdravotní péče.

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit problematiku problému pacienta v jeho celém ošetrovatelském procesu, který by měl být důkladně promyšlen, naplánován a zrealizován, aby nebyl náhodný, ale cíleně veden k jednotlivým pacientům v souladu s jejich bio-psycho-sociálními potřebami s nutností edukace.

Výběr tématu bakalářské práce, byl zvolen a ovlivněn dlouholetou praxí na kožním oddělení, osobní zkušeností, a v neposlední řadě i z důvodů objasnit a seznámit širokou zdravotnickou veřejnost a hlavně ošetřující personál s tímto ne příliš známým onemocněním. Podklady pro zpracování jsem čerpala z odborných knih, časopisů a internetu.

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí diplomové práce PhDr. Anně Mazalánové Ph.D. za vedení, pomoc při zpracování a vyhodnocování této práce a za podnětné rady a podporu.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Klinická charakteristika chronického familiárního pemfigu Hailey Hailey a jiných puchýřnatých onemocnění	10
1.1 Fyziologie kůže.....	10
1.2 Patofyziologie onemocnění.....	11
1.3 Etiologie.....	11
1.4 Diagnostika	12
1.5 Projevy onemocnění	13
1.5.1 Rozdělení projevů	13
2 Léčba.....	14
2.1 Fáze léčby	14
2.1.1 Rizika kortikoidní léčby.....	15
3 Rozdělení puchýřnatých onemocnění	16
3.1 Skupina pemfigu	16
3.2 Skupina pemfigoidu	17
3.3 Dermatitis herpetiformis Duhring.....	18
3.4 Chronický familiární pemfigus (morbus Hailey-Hailey).....	19
EMPIRICKÁ ČÁST	22
4 Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým familiárním pemfigem Hailey – Hailey.....	22
4.1 Posouzení současného stavu ze dne 9. 3. 2010.....	26
4.2 Situační analýza	36
4.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit.....	37
4.4 Zhodnocení celkové ošetrovatelské péče.....	53
ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI.....body mass index

D.....dech

EKG.....elektrokardiogram

CHFP.....chronický familiární pemfigus

ICHDK.....ischemická choroba dolních končetin

ICHS.....ischemická choroba srdeční

MHH.....morbus Hailey Hailey

P.....puls

TK.....krevní tlak

TT.....tělesná teplota

ÚVOD

Autoimunitní puchýřnaté choroby, jsou velmi vážná onemocnění, u nichž dochází k tvorbě puchýřnatých změn na kůži a sliznicích. Za vznik takových projevů jsou zodpovědné autoprotilátky, které vazbou na určité antigenní struktury poškozují kůži a sliznice. Před zavedením kortikoidní terapie těchto nemocí byla jejich prognóza velmi vážná. I při podstatném zlepšení prognózy v dnešní době znamená diagnóza autoimunitního onemocnění vážný stav vyžadující dlouhodobou terapii a sledování nemocných. V populaci nemocných s puchýřnatými chorobami jsou nejčastější onemocnění skupiny pemfigu, skupiny pemfigoidu a herpetiformní dermatitidy.

Chronický familiární pemfigus, není onemocnění tak časté a obvyklé, ale lze se s ním v populaci setkat. Není to onemocnění, které by ohrožovalo pacienta na životě, ale sestra v tomto případě hraje nezastupitelnou roli v ovlivnění psychiky pacientů, která je velmi důležitá pro jejich komplexní péči.

Cílem mojí bakalářské práce je seznámit a přiblížit problematiku tohoto onemocnění, protože všechny puchýřnaté dermatózy ovlivňují život nemocných jak společensky, rodinně i pracovně, tak ho ovlivňují i z hlediska tělesného a estetického. Především ženy velice těžce nesou změny v souvislosti s dlouhodobou kortikoidní léčbou, jako je přibývání na váze, měsíčitý obličej, ukládání tuku v oblasti krku a břicha, tvorba strií a další. Vzhledem k těmto skutečnostem je péče o pacienta zaměřena tímto směrem a snaží se zmírnit závažnost jeho problémů, jako i osvojit si preventivní opatření před rizikem dalšího propuknutí choroby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika chronického familiárního pemfigu Hailey Hailey a jiných puchýřnatých onemocnění

V kožním lékařství je mnoho kožních chorob, které se projevují tvorbou puchýřků, puchýřů a bul. U některých je příčina vzniku známá, a podle toho se i léčí. Jde například o kontaktní alergické ekzémy, choroby z fyzikálního poškození kůže, choroby virové, nebo geneticky podmíněné dermatózy. Pro skupinu puchýřnatých chorob, které jsou zde uváděny jsou charakteristické puchýře které vznikají na základě změněných imunologických mechanismů uložením akantolytických puchýřů v epidermis, kdy se od sebe liší klinickým vzhledem, aktivitou celého procesu, průběhem i prognózou (Příloha A).

1.1 Fyziologie kůže

Kůže je nejrozsáhlejší oblastí lidského těla, je to hraniční orgán mezi vnitřním a zevním prostředím s mnoha významnými funkcemi. Působí jako bariéra proti mechanickým, chemickým a radiačním vlivům, brání pronikání infekčních zárodků, udržuje stálé vnitřní prostředí zamezuje ztrátám vody, elektrolytů, bílkovin a dalších látek. Epidermis má také důležitou imunologickou funkci, při které se uplatňují Langerhansovy buňky a keratinocyty produkované látky, zvané cytokiny. Další významnou úlohou je termoregulace - udržování tělesné teploty pomocí regulačních mechanismů, jakým jsou pocení a změny průtoku kožními cévami. Nervovými zakončeními kůže se zprostředkovává cití tepla, chladu, dotyku, svědění a bolesti. V kůži dochází ke vzniku vitamínu D účinkem UV záření. Pot obsahuje mimo jiné látky i urokánovou kyselinu, která představuje významný filtr proti UV záření (ZÁRUBA, 1994).

Pro mnoho lidí je kůže jen jakýmsi krytem, málokdo si však uvědomuje, kolik různých vlivů na ni působí. Podvědomě ji škrábeme, pícháme, drhneme, holíme, štípeme, vystavujeme větru, slunci, chladu, horku, vlhku. Mnohokrát za den ji čistíme,

je pod vlivem saponátů, mýdel, odmašťovacích prostředků. S cílem ji dále zkrášlit, ji masírujeme, stříkáme spreji, vůněmi, natíráme krémy, mastmi. Je pochopitelné, že plné funkční uplatnění kůže jako orgánu je možné jedině tehdy, jsou-li všechny dílčí struktury kůže normálně vyvinuty.

1.2 Patofyziologie onemocnění

Autoimunitní puchýřnaté choroby jsou většinou závažné, chronicky probíhající choroby sliznic a kůže, charakterizované tvorbou cirkulujících autoprotilátek proti specifickým adhezivním molekulám v epidermis a v dermoepidermální funkční zóně. Vazba protilátek na cílové struktury vede v této oblasti k poruše adheze. Jednotlivé druhy choroby se od sebe liší jak klinickým vzhledem, průběhem i prognózou, tak i histopatologickými a imunologickými nálezy. Dělí se podle místa, kde k poruše adheze dochází, na choroby s poruchou intradermální adheze – skupina pemfigu a choroby s poruchou subepidermální adheze – skupina pemfigoidu, a dermatitis herpetiformis (ŠTORK, 2008).

Základním projevem onemocnění je tvorba puchýřů, které vznikají :

Imunologicky

Kongenitálně

Toxicky

Působením tepla, chladu, záření, vlivy mechanickými, působením mikrobů, virů, vlivy metabolickými apod.

„U imunologicky vznikajících puchýřnatých chorob dochází k tvorbě protilátek proti tělu vlastním tkáním. Jedná se o onemocnění skupiny pemfigus vulgaris, o pemfigoid a dermatitis herpetiformis Duhring (ZÁHEJSKÝ, 1994, s. 107).“

1.3 Etiologie

Choroby puchýřnaté je skupina chorob složité etiopatogenezy (autoimunitní choroby), většinou těžkého průběhu, složité diagnózy. Pro přesné zařazení je třeba histologického a imunofluorescenčního vyšetření (Příloha B). Z důvodů následné léčby,

a protože se může jednat o paramaligní onemocnění, je nutná hospitalizace. Udržovací léčba je pak možná pod dohledem dermatologa (RESL, 2002).

Puchýř, který je charakteristickým projevem puchýřnatých chorob, je různě veliká, různě utvářená a různým mechanismem vznikající dutinka v různých vrstvách epidermis nebo těsně pod ní. Ta obsahuje tkáňový mok, někdy s příměsí krve, nebo sekundárně zánětlivý exsudát. Na rozdíl od cysty nemá výstelku. Drobné puchýře označujeme jako vezikuly, větší jako buly (ARENBERGER, 1999).

1.4 Diagnostika

Pro sledování aktivity onemocnění má velký význam provádění metody nepřímé imunofluorescence (sledování množství cirkulujících autoprotilátek v séru nemocných). Interval vyšetření se provádí jednou týdně, později při dosažení remise jednou měsíčně. Poklesy titrů jsou paralelní s poklesem aktivity, a lze je pozorovat zejména u onemocnění skupiny pemfigu. Vyjímkou je léky indukovaný pemfigus. Dynamika změn titrů cirkulujících protilátek poskytuje mnohdy lepší prognostickou informaci než absolutní hodnoty titrů (SALAVEC, 2000)

Někteří doporučují vyšetření metodou přímé imunofluorescence (vyšetření vzorku odebrané tkáně) při dosažení klinické remise onemocnění. Je-li u pemfigu pozitivní nález autoprotilátek navázaných ve tkáni (kůže a sliznice) v takzvané intracelulární substanci (v epidermis), pak přetrvává i riziko relapsu a léčba by neměla být ukončena. Negativní imunofluorescenční nález znamená pouze dvacetipět procentní riziko relapsu po vysazení terapie.

Před rozhodnutím o léčbě autoimunitního puchýřnatého onemocnění, si musíme být naprosto jisti, že se o ně jedná. Je třeba provést všechna možná dostupná vyšetření k potvrzení diagnózy. Je vhodné posoudit tři nezávislé diagnostické postupy:

Klinický obraz

Histologický nález

Imunologické změny provázející onemocnění

Za nedostatečné se považuje vycházet pouze z cytologického nálezu subepidermálního puchýře, kdy se může jednat o více onemocnění. Za standardní vyšetřovací postup je dnes pokládáno imunofluorescenční vyšetření.

1.5 Projevy onemocnění

Některá onemocnění se vyskytují v určitých lokalizacích pro ně typických – predilekční lokalizace např intertriginózní – v kožních řasách, které jsou místem vlhké zapádky a kožních duplikatur jako jsou inguiny, perigenitální partie, axily, gluteální rýha, místa pod prsy a převislým břichem u otlých, v koutcích úst, pupku a meziprstí. Jsou to místa kde nejčastěji vznikají kvasinková a houbová onemocnění.

1.5.1 Rozdělení projevů

Na kůži popisujeme eflorescence neboli morfy - výkvětky:

Primární

Makula - skvrna - červená skvrna nevystupující nad rovinu kůže

Papula - pupen - kopřivkový solidní projev prominující nad kůži

Pustula - vřídek

Vezikula - puchýřek - dutinka vyplněná tkáňovým mokem

Bula - puchýř

Sekundární

Skvama - šupina - destička odlupující se rohoviny

Krusta - strup - zaschlý tkáňový mok, hnis, krev

Eschara - příškvár - odumřelá partie kůže – nekróza, gangréna

Ragáda - puklina - porušení kontinuity bez ztráty tkáně

Eroze - oděrka - povrchová ztráta epidermis či sliznice

Ulkus - vřed - ztráta tkáně minimálně do koria

Provádí se analýza projevů a na základě znalostí výskytu určitých eflorescencí se určuje diagnóza (JIRÁSKOVÁ, 2003).

2 Léčba

U puchýřnatých autoimunitních onemocnění je indikována dlouhodobá systémová kortikoidní léčba, která však není bez rizika, ale její zavedení znamená podstatný posun v péči o pacienty s těmito chorobami. „Dnes je rozpracována řada adjuvantních terapeutických režimů. Například užití cytostatických látek (cyklofosamid, metotrexát), imunosupresiv (azathioprin, cyklosporin), látek s protizánětlivým účinkem (preparáty zlata, sulfony typu dapsone, antimalarika) a konečně terapeutické režimy s imunomodulačním efektem (plazmaferéza, extrakorporální fotoferéza). Je kuriozní, že například cytostatické látky a imunosupresiva nepůsobí pokles sérových hladin imunoglobulinů, jak bychom při potlačení syntézy protilátkou odpovědi očekávali. Mechanismus, kterým by tyto látky mohly selektivně potlačit pouze syntézu protilátek, není znám. Takovéto látky mají četné efekty na buněčné funkce a jejich příznivé působení může být zprostředkováno neimunními mechanismy. Též účinky protizánětlivě působících látek nejsou přesně známy. Imunomodulující typy terapie mohou odstranit či snížit hladiny patogenních protilátek (SALAVEC, 2000, s. 1).“

2.1 Fáze léčby

Základem léčby autoimunitních puchýřnatých onemocnění je tedy nasazení systémových kortikoidů. Onemocnění skupiny pemfigu by měla být léčena ihned i při mírném rozsahu kožních změn, hrozí riziko generalizace a prognóza je bez terapie velmi špatná. Navíc terapeutický zásah v časném stadiu onemocnění znamená lepší kontrolu choroby. Léčba autoimunitních puchýřnatých onemocnění je rozdělena do tří fází:

Fáze kontroly onemocnění

Fáze konsolidace (upevňování,ustalování)

Fáze snižování potřebné dávky léků

2.1.1 Rizika kortikoidní léčby

Je nezbytně nutné trvale monitorovat vedlejší účinky dlouhodobě podávaných systémových kortikoidů. Provádí se pravidelně základní fyzikální interní vyšetření, kontrolují se hladiny minerálů, glykemie, provádí se denzitometrická vyšetření kostní tkáně ke zjištění stupně osteoporozy. Při jakémkoliv podezření na závažný vedlejší účinek systémově podaných kortikoidů, ale i imunosupresivní léčby, je nutná snaha o rychlé snížení, eventuálně vysazení této léčby (SALAVEC, 2000).

Celkově nasazené kortikoidy zůstávají základem terapie autoimunních puchýřnatých onemocnění. Po jejich zavedení klesla úmrtnost pod deset procent. Na druhé straně dlouhodobou systémovou léčbu kortikoidy provází riziko častého výskytu nežádoucích účinků. To vedlo k hledání alternativní léčby, která může dávku steroidů redukovat. Proto se dnes velmi často v léčbě závažných puchýřnatých autoimunních onemocnění, zejména pak u onemocnění skupiny pemfigu, využívá kombinovaných terapeutických režimů. Stanovit a vyhodnotit optimální léčebný režim je velmi nesnadné, poněvadž studované skupiny mají malý počet pacientů a protože v hodnocení závažnosti a průběhu onemocnění jsou četné variace. Problematický je i opožděný nástup efektu (čtyři až osm týdnů) některých terapeutických režimů, který činí obtíže v hodnocení klinických a statistických dat. Některé studie totiž vykazují kompletní remisi (pacient je bez projevů a nevyžaduje léčbu), některé udávají pouze částečnou remisi (pacient je bez projevů, ale vyžaduje udržovací terapii).

3 Rozdělení puchýřnatých onemocnění

Puchýřnatá onemocnění patří do skupiny autoimunitních onemocnění. Za jejich vznik mohou pozitivní protilátky proti bazální membráně epidermis. Základním projevem je tvorba puchýřů a bul intraepidermálně nebo subepidermálně, kdy hodnotíme velikost, lokalizaci a charakter puchýřů i erodovaných změn a podle vzhledu se snažíme o zařazení do určité kategorie (napjaté puchýře se známkami zánětlivého postižení spodiny a okolí u onemocnění skupiny pemfigoidu, nebo plihé puchýře na normální, nezápětivé kůži u typického pemfigu vulgaris, či erupce typických silně svědivých puchýřků herpetiformního vzhledu jednotlivě i ve skupinkách různé velikosti a stadia vývoje u dermatitis herpetiformis Duhring.

3.1 Skupina pemfigu

Mezi choroby skupiny pemfigu se řadí většinou život ohrožující dermatózy kůže a sliznic, u nichž je vznik puchýřů podmíněn ztrátou soudržnosti keratinocytů (akantolýzou). Za tento jev jsou odpovědné autoprotilátky namířené proti adhezivním molekulám desmosomů epidermálních keratinocytů, jejichž přítomnost v séru pacienta se dá prokázat nepřímou imunofluorescencí a v epidermis pak imunofluorescencí přímou (ŠTORK, 2008).

Jedná se o chronické puchýřnaté onemocnění, rozšířené po celém světě, postihující muže i ženy. Ve výskytu onemocnění jsou regionální rozdíly a uvádí se větší výskyt onemocnění u židovské rasy. Onemocnění se nejčastěji vyskytuje ve středním věku, není však neobvyklé ani u dětí. Primárním projevem na kůži je puchýř, který vzniká ztrátou soudržnosti keratinocytů, akantolýzou, za kterou jsou zodpovědné autoprotilátky, které zároveň inhibují tvorbu nových buněčných spojení. Puchýře se tvoří ve spodních vrstvách pokožky (suprabazálně). Příčina vzniku tvorby protilátek proti vlastním tkáním nebyla doposud odhalena.

Jsou to závažná získaná onemocnění, kdy nedochází spontánně k zhojení a při neléčení mohou vést k smrti. U více než poloviny nemocných s pemfigus vulgaris (Příloha C), se první změny objevují na sliznici dutiny ústní, kde první záchyt onemocnění vidí stomatolog. Tyto změny mohou předcházet řadu měsíců před kožními

projevy. Puchýře na sliznici obvykle nezastihneme, protože rychle praskají, ale zůstávají plošné, bolestivé eroze s minimální tendencí k hojení. Kožní projevy se mohou objevit buď izolovaně v jedné oblasti nebo na více místech současně.

Klinický obraz

Charakteristickým znakem jsou větší plíhové puchýře, s čirým obsahem, který se během dvou až tří dnů zkalí. Vysévají se na zcela neporušené kůži, puchýře se pod lehkým tlakem prstu rozšiřují do okolí. Na zdánlivě zdravé kůži je možné lehkým tlakem způsobit vznik nového puchýře, to se nazývá Nikolského fenomén (Příloha D). Snadno praskají a vznikají bolestivé eroze, kryté krvavými, nebo při sekundární infekci hnisavými strupy s nasládlým zápachem. Hojení probíhá bez jizev a zanechává hyperpigmentace (ZÁHEJSKÝ, 1994).

Puchýře se mohou objevit kdekoliv, nejčastějšími místy je však obličej, vlasatá část hlavy a místa vystavená tlaku, jako jsou třísla, jamky podpažní a okolí nehtů. K rozšíření onemocnění na rozsáhlejší puchýřnaté plochy kůže dochází u většiny nemocných za 4 – 12 měsíců od prvních příznaků. Puchýře, které po stržení krytu vytvářejí rozsáhlé obnažené bolestivé plochy jsou zdrojem infekce. Pacient těmito obnaženými plochami bez pokožky ztrácí mnoho tekutin a bílkovin.

Léčba

V době, kdy nemocné s pemfigem nebylo možné léčit kortikosteroidy, umírala polovina nemocných do 2 let od vzniku prvních kožních příznaků. Dnes je mortalita všech typů pemfigu okolo 5 % a příčinou úmrtí jsou především komplikace imunosupresivní terapie. Léčba musí být dlouhodobá, většinou celoživotní. Pokud hrozí vážné nežádoucí reakce nebo nemoc nereaguje na samotnou léčbu kortikosteroidy, podávají se další imunosupresiva, a to cyklosporin A, azathioprin, cyklofosfamid, mykofenolát mofetil, popřípadě metotrexát.

3.2 Skupina pemfigoidu

Choroby zařazené do této skupiny jsou klinicky velmi podobné pemfigu, odlišují se však místem vzniku puchýřů. Puchýře vznikají subepidermálně následkem poruchy koheze mezi epidermis a korielem. Je to nejčastější onemocnění ze skupiny puchýřnatých chorob, postihující starší lidi ve věku nad 60 let, charakterizované výsevem napjatých puchýřů na normální nebo zarudlé spodině (ŠTORK, 2008).

Klinický obraz

Pemfigoid obvykle začíná jako necharakteristické zarůžovění kůže na končetinách i na trupu, nebo může mít kopřivkovitý nebo ekzémový charakter (Příloha E). Puchýře se začínají objevovat po různě dlouhé době. Mohou delší dobu přetrvávat jen na ohraničeném místě, nebo se mohou v krátké době objevit generalisovaně. V krátké době bývá postiženo celé tělo. Jedná se o větší puchýře s napjatým krytem, které se vysévají na zánětlivě změněné kůži. Vzhledem k poměrně pevnému krytu puchýře snadno nepraskají, ale jejich obsah žlutne a tuhne v důsledku koagulace fibrinu. Po prasknutí puchýřů vznikají eroze, které se na rozdíl od pemfigu poměrně rychle hojí bez jizev, ale zůstávají pigmentace na kůži. Slizniční změny se vyskytují poměrně málo (ZÁHEJSKÝ, 1994).

Léčba

Léčba je zaměřena na celkové podávání kortikoidů, obvykle v nižších dávkách než u pemfigu a je snaha o snižování těchto kortikoidů na udržovací dávku v kombinaci s azatrioprinem.

3.3 Dermatitis herpetiformis Duhring

Je benigní, vleklé, recidivující onemocnění s tvorbou subepidermálních puchýřů, postihující spíše lidi mladšího věku mezi 30-40 lety, může začít i v dětství. Různé laboratorní nálezy svědčí pro autoimunitní i alergickou povahu. Je doprovázeno intenzivním bolestivým pálením nebo svěděním.

Klinický obraz

„Je polymorfní, na červených až urtikárních ložiskách nepravidelného tvaru se vysévají drobné papulky až puchýřky s napjatou kryptou a čirým obsahem buď ve skupinkách, nebo uspořádané při kraji ložisek (JIRÁSKOVÁ, 2003, s. 158).“ Nachází se symetricky nad extensory končetin, na hýždích, na ramenou a v sakrální oblasti (Příloha F). Při generalisaci se projevy šíří do kštic a na obličej. Protože intenzivně pálí a svědí, jsou brzy rozškrábány. Po zhojení zůstávají na kůži hyperpigmentace, depigmentace, atrofie nebo lichenifikace. Eroze často druhotně hnisají, nemoc připomíná zanedbaný svrab. Sliznice dutiny ústní není postižena. V krvi a obsahu puchýřků jsou eosinofily. Pozoruhodný je častý vztah dermatitis herpetiformis

k malnutričním syndromům, k fokální infekci, lymfomům nebo jiným zhoubným nádorům (paraneoplastický syndrom). U některých nemocných je možné pozorovat nápadné zhoršení po vnitřním podání látek obsahující jód.

Léčba

Možná léčba je systémová i lokální, vhodné je zkusit neslanou dietu a eventuelně bezglutenovou dietu, sůl bez jódu, vyvarovat se ryb ve stravě. Při celkovém podávání sulfonů, je nebezpečí vzniku methemoglobinémie až anemie, kdy jsou nutné pravidelné kontroly během léčby, zevně se podávají protisvědivé léky nebo kortikoidy.

3.4 Chronický familiární pemfigus (morbus Hailey-Hailey)

Toto onemocnění se liší od pemfigu klinickým obrazem, průběhem i prognózou a především nepřítomností cirkulujících protilátek.

„Jde o hereditární, recidivující vezikulózní dermatózu, nemající vztah k pemfigu. Onemocnění se vyskytuje v každé generaci postižených rodin. Typ dědičnosti je autosomálně dominantní s neúplnou penetrací genu. Nejčastěji jsou postiženi lidé v časně dospělosti, před pubertou se onemocnění nevyskytuje (ZÁRUBA, 1994, s. 127).“

Klinický obraz

V intertriginózní oblasti, především v axilách (Příloha G), v třísech (Příloha H), pod prsy a také po stranách krku se včasné fázi tvoří malé, často splývající puchýřky, izolované nebo ve skupinkách které mokvají a rychle přecházejí v ostře ohraničená, erodovaná, krustami se pokrývající ložiska. Ta se v centru hojí a na periferii šíří. Časné období choroby je provázeno svěděním, později převažuje spíše bolestivost. Spouštěcím a zhoršujícím se faktorem je mechanická zátěž, UV záření, pocení, tření, infekce, alergická, toxická nebo seboroická dermatitida. Vliv má i psychické vypětí a stres. Podněty k projevům onemocnění bývají horší v letních měsících, ale neplatí to ve všech případech.

Onemocnění vzniká nejčastěji mezi 30. - 40. rokem života stejně u obou pohlaví. Je charakterizované výsevy erodujících vezikul nejčastěji ve flekčních ohbích. Rodinná predispozice je udávána u 70 % nemocných. Vzácně byly pozorovány formy MHH s postižením kůže napodobující seboroickou dermatitidu, s postižením perianálním

vzhledu kandidózy a vulvárním podobným leukoplakii, včetně formy erythrodermické. Postižení sliznice (vaginální, jícnu, úst, laryngu) je vzácné. Často dochází k bakteriální a kvasinkové superinfekci. Na nehtech asi u 70% nemocných bylo pozorováno mnohočetné asymptomatické podélné bílé proužkování (Příloha I) . V mnohaletém průběhu dochází k několikaměsíčním až několikaletým remisím. Někdy je patrné zlepšování choroby s přibývajícím věkem.

Diagnóza

V histologickém průkazu se nachází akantolytický intradermální puchýř s částečnou koherencí uvolněných keratinocytů (přirovnává se k rozpadající se cihlové zdi), z nichž některé vykazují známky předčasné keratinizace (ARENBERGER, 1999).

Imunopatologie

Pempfigové protilátky nejsou v kůži ani v séru. Imunofluorescenční vyšetření je negativní.

Diferenciální diagnostika

Je třeba odlišit bakteriální a houbové infekce.

Léčba celková

Velmi důležité je odstranění vyvolávajících příčin. Terapie je namířena proti sekundární bakteriální infekci. U těžších forem se podávají glukokortikoidy celkově ve středních dávkách, antibiotika a zkouší se i isotretinoidy. Současné podání imunopresiv dokáže snížit tvorbu protilátek, a tak snížit dávku kortikoidů. Každé dlouhodobé léčení je třeba opatrně zvážit, vedle možného prospěchu léčby je nutné si uvědomit i možné vedlejší nežádoucí účinky. Kortikosteroidy jsou většinou morbidostatika, která onemocnění potlačí, odstraní příznaky, ale nevyléčí příčinu. Působením kortikoidů dochází ke snížení odolnosti organismu k různým infekcím, hrozí nebezpečí exacerbace latentní infekce jako například tuberkulózy. Ve vyšších dávkách způsobují klinicky významné metabolické změny jako jsou retence sodíku a vody, vyúsťující v otoky, ztráty draslíku, zvýšení krevního tlaku a Cushingův syndrom. Mají také diabetogenní účinek, způsobují osteoporózu až vznik spontánních fraktur, zvyšují tendenci k tromboembolickým komplikacím, mohou způsobit gastritidu, vznik vředové choroby až k perforaci žaludečního vředu, rozvoj glaukomu a psychických poruch. Způsobují atrofii kůže katabolickým vlivem na kolagen, zpomalené hojení ran, vznik

strií a snadné krvácení do kůže. Pacienty je třeba během podávání kortikoidů sledovat vzhledem k možnému objevení se nežádoucích komplikací, pravidelně tedy kontrolovat krevní tlak, váhu, glykosurii, na začátku léčby provést rtg vyšetření plic a vyloučit plicní tuberkulózu, při dlouhodobé léčbě vyšetřovat rtg kostí páteře pro možnou osteoporózu. Především je důležité nemocné důrazně varovat před náhlým přerušáním léčby, protože poté dojde ke vzniku život ohrožující nedostatečnosti nadledvinek, jejichž činnost je při dlouhodobé terapii potlačena. Léčbu je nutno ukončovat postupně.

Kortikoidy je možné používat perorálně, nitrožilně či nitrosvalově, největší dávka se vzhledem k cirkadiálnímu rytmu podává vždy ráno mezi 6. a 8. hodinou, nejnižší večer. Po dosažení léčebné odpovědi se snažíme rychle vysoké dávky snížit a dosáhnout optimální nízké udržovací dávky, pokud nelze léčbu úplně ukončit. U vysokých dávek se současně podávají antacida, inhibitory H₂ receptorů, strava bohatá na draslík, občas i anabolika pro zabránění vzniku osteoporózy. Další léky, které se používají v kožním lékařství pro svůj imunosupresivní účinek jsou azathioprin, nově i cyklosporin. Přidáním imunosupresiv při podání kortikoidů umožní snížení dávek obou preparátů, a tím lze teoreticky dosáhnout zmenšení rizika nežádoucích účinků (SALAVEC, 2000).

Léčba místní

Lokálně se aplikují kortikoidní externa s antibiotiky, koupele KMnO₄. Důležitá je ochrana před slunečním zářením, třením, chladem a bakteriální infekcí. V některých případech může být docíleno uzdravení komplexní excizí postižené kůže a následnou transplantací.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Ošetrovatelský proces u pacienta s chronickým familiárním pemfigem Hailey – Hailey

Ke zpracování péče o pacienta s CHFBP jsem použila metodu ošetrovatelského procesu, kdy „ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojení těchto potřeb.

Ošetrovatelský proces je cyklický, což znamená, že jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, ale ve stejném čase může být v činnosti více než jedna složka (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).“

Identifikační údaje

Jméno příjmení : Z.R.	Pohlaví : muž
Datum narození : 18.5.1930	Věk : 80 let
Adresa bydliště a telefon : xxxxxx	Pojišťovna : xxxxxx
Adresa příbuzných : xxxxxx	Zaměstnání : důchodce
R.Č. xxxxxx	Státní příslušnost : ČR
Vzdělání : vyučen	Typ přijetí : akutní
Stav: ženatý	Ošetřující lékař : xxxxxx
Datum přijetí : 8.3.2010	Den pobytu : 2.
Oddělení : kožní	Ošetrovatelský den : 2.

Důvod přijetí : Akutní zhoršení projevů kožního onemocnění

Medicínská diagnóza hlavní : Pemphigus chronicus familiaris benignus –
M. Hailey-Hailey – akutní exacerbace s defekty reg. inguinalis et axillaris

Medicínské diagnózy vedlejší: ICHS s chronickou fibrilací síní s vyrovnanou
odpovědí komor, oběhově kompenzován s trvalou
warfarinizací, sledován u PL
ICHDK stav po fem. Popl. bypassu v 6/03
Vředová choroba v anamnestickém klidu
Stav po extirpaci polypů na kolonoskopii 10/05
Hypertenzní choroba v péči PL
DM na dietě
Hyperlipemie na dietním režimu

Vitální funkce při přijetí

TK : 140/80	Výška : 165 cm
P : 71/min	Hmotnost : 71 kg
D : 15/min	BMI : 26
TT : 36,4°C	Pohyblivost : neporušená
Stav vědomí : při vědomí	Krevní skupina : A Rh pos.

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: + v 58 letech na srdeční selhání

Otec: + v 75 letech na ca prostaty

Sourozenci: bratr neví, nestýkají se

Děti: 2 dcery, obě CHFP

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: ICHS s chronickou fibrilací síní
ICHDK stav po bypassu
Vředová choroba v anamnestickém klidu
Stav po extirpaci polypů na kolon 10/05
Hypertenzní choroba v péči PL
DM na dietě
Hyperlipémie

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Prednison	tbl	5 mg	1-0-0	Glukokortikoid
Piramil	tbl	2,5 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
KCl	tbl		1-0-0	Kaliový přípravek
Euphylin	kapsle	200 mg	1-0-0	Antiaistmatikum
Symbicort T	turbuhaler	200 ug	2 vdechy ráno	Antiaistmatikum
Ventolin MDI	turbuhaler		dle potřeby	Bronchodilatans
Atrovent MDI	turbuhaler		4 x 2 vdechy	Bronchodilatans
ACC long	tbl eff		dle potřeby	Expektorans
Warfarin	tbl	2 mg	1-0-0	Antikoagulans

Hospitalizace a operace: 6/03 fem. Popl. bypassu nezdařený pokus o PTA s průvodním komplikovaným rozsáhlým krvácením do LDK

Úrazy: 0

Alergologická anamnéza: neguje

Abúzy: 0

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekouří od 50 let

Káva: nepije

Jiné drogy: neguje

Urologická anamnéza: stav po operaci prostaty v roce 1991 pro benigní nádor endoskopicky
Na kontroly nechodí, semeníky nevyšetřuje

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: Žije v rodinném domku společně s manželkou a dospělou vnučkou.

Vztahy, role, interakce v rodině: Je pradědeček, dědeček, manžel, vztahy v rodině jsou dobré.

Záliby: Dříve chodil na fotbal, dnes již ojediněle, spíše se dívá doma na televizi hlavně na sportovní přenosy a zprávy. Ve volném čase pomáhá manželce s různými činnostmi okolo domu a zahrádky. Rád se podílí na přípravě jídla, pomáhá krájet a loupat a jinak připravovat suroviny. Chodí společně na krátké procházky s pejskem. Občas luští křížovky v novinách, které musí denně dojít koupit.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučený číšník

Pracovní zařazení : dříve byl vedoucím pohostinství, v 59 letech odešel do invalidního důchodu pro opakující se kožní onemocnění, která ho sužovala asi od 30 let.

Vztahy na pracovišti: Pracovní kolektiv byl malý a vztahy byly dobré, přátelské.

Ekonomické podmínky: Přiměřené

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky : Je nevěřící

4.1 Posouzení současného stavu ze dne 9. 3. 2010

Popis fyzického stavu

Hlava a krk:

Subj: Hlava mě nebolí, někdy mám problémy s otáčením hlavy, mám brýle na čtení, jinak nemám žádné problémy.

Obj: Velikost lebky normocefalická, tvar je mezocefalický, na poklep hlava nebolestivá, víčka bez patologického nálezu, zornice izokorické, skléry bílé, spojivky růžové, oční bulby ve středním postavení, nos bez sekrece, rty růžové (popraskané), jazyk mírně povleklý, plazí ve střední čáře, horní i dolní snímatelná protéza, dásně sestouplé, uzliny nehmatné, nebolestivé, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvýšená, šíje nevázne.

Hrudník a dýchací systém:

Subj: Chodím pravidelně na kontroly na plicní, kde mi dělají vyšetření na dýchání a paní doktorka mi předepisuje spreje na lepší dýchání. Při chůzi se obvykle nezadýchávám.

Obj: Tvar hrudníku hyperstenický (krátký vyklenutý hrudník u podsaditých až obézních lidí), dýchání je bez obtíží s normální dechovou frekvencí – eupnoe, dýchací pohyby jsou symetrické, dýchání čisté sklípkové, chropy suché (lehká obstrukční ventilační porucha), prsy symetrické, rezistence 0.

Srdcovo – cévní systém :

Subj: Mám prý vysoký tlak, beru na to léky.

Obj: Srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, TK 140/80, akce srdeční pravidelná 70', ozvy ohraničené, na obou dolních končetinách patrné vyklenuté varixy, zčervenání v průběhu žíly 0, bez známek povrchového zánětu, Homansův test 0, Plantární test 0.

Břicho a GIT :

Subj: Břicho ani žaludek mě nebolí, problémy se zažíváním nemám, jím pravidelně.

Obj: Břicho obtížně prohmatné, nebolestivé, fialové strie, borborygmy přítomné, játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, reflux negativní.

Močovo – pohlavní systém:

Subj: Trápí mě častější močení, ale nic mě nebolí ani nepálí, moč má normální barvu a nezapáchá.

Obj: Močový měchýř nezvětšen, na pohmat nebolestivý, uretra bez výtoku, scrotum nebolestivé, zduření 0, nykturie 4-5 x, moč čirá, bez zápachu. Je dvacet let po operaci prostaty.

Kostrovo - svalový systém:

Subj: Občas mě bolí záda a klouby, při špatném počasí, ale jinak se cítím dobře.

Obj: Páteř kyfotická, omezená hybnost krční páteře, pohyb v kloubech vážně, omezení v pohybu hlavně hlezna, svaly a šlachy rovnoměrně vyvinuté, atrofické, nebolestivé, lymfatické uzliny nehmatné, nebolestivé, šlachové reflexy oboustranně výbavné.

Nervovo – smyslový systém:

Subj: Problémy nemám žádné, pouze špatně vidím na čtení.

Obj: Pacient při vědomí, orientován časem i prostorem, reflexy zachovány.

Endokrinní systém:

Subj: Se štítnou žlázou jsem nikdy problémy neměl, před několika lety mi zjistili zvýšený cukr, tak se snažím nejíst tolik sladké.

Obj: Endokrinní systém bpn., štítná žláza nezvětšena, Diabetes mellitus na dietě.

Imunologický systém:

Subj: V poslední době jsem nebyl vážněji nemocný, bývám tak 2x do roka nachlazený.

Obj: Alergie 0, jiná specifická vyšetření nebyla dělána, nemocnost přiměřená, vzhledem ke kortikoidní léčbě je snižena imunita.

Kůže a její adnexa:

Subj: Mám velká kožní ložiska v podpaží a tříselech, která mokvají, při pohybu bolestivě pálí, jak se kůže o sebe tře, nemám chuť k pohybu, dělá mi velké potíže.

Obj: Turgor kůže přiměřený, zánětlivé začervenalé vezikulózní eflorescence v oblasti axil, v kožních rýhách známky kvasinkové infekce, směrem ven kůže se zaschlými krustami a lézemi, taktéž v oblasti třísel ložiska ve velikosti 15x 10 cm oboustranně, ložiska na zánětlivé spodině se známkami mokvání, zevně se zaschlými krustami, na zadní části krku eflorescence velikosti 2,5 x 1 cm mokvající s nepatrnou lézí uprostřed.

Vlasy jsou krátké, čisté, kůže na dolních končetinách trofická, místy šupinkovitá, ochlupení chybí, dekubity 0, nehty na ruce krátké s podélnými bílými rýhami, nehty na palcích dolních končetin zhrubělé, postižené plísní, mezi prsty bílé olupující se plochy.

Varikózně změněné žíly v povodí v. saphena magna, v. saphena parva, bolest 0.

Aktivity denního života**Stravování:**

Subj: Jím tak 5x denně, v poledne pravidelně teplé jídlo s polévkou, večere mívám studené, chleba, pečivo a tak, občas odpoledne na svačinu polévka od oběda.

Obj: Dieta č. 9 – diabetická, sní celou porci, chuť k jídlu dobrá, BMI 26.

Příjem tekutin:

Subj: Piju málo, většinou stolní vodu, ovocný čaj, nebo vodu se šťávou asi tak něco přes litr, nemívám pocit žízně. Někdy si dám nealkoholické pivo po obědě.

Obj: Nedostatečný pitný režim, zvýšit příjem alespoň na 1,5 – 2 l tekutin denně.

Vylučování moče:

Subj: Močím tak asi 10 krát za den, v noci 4 –5 krát, jiné potíže nemám.

Obj: Nykturie 4-5 krát, inkontinencí netrpí.

Vylučování stolice:

Subj: Stolicí mívám tužší, ale celkem pravidelně denně nebo obden.

Obj: Problémy se stolicí nemá.

Spánek a bdění:

Subj: Doma jsem problémy se spánkem neměl, do půlnoci jsem se koukal na televizi, pak jsem spal do půl osmé s občasným probuzením na WC. Každý den jsem šel po obědě spát tak zhruba na hodinu a půl. Spím sám ve svém pokoji. Jsem zvyklý na klid. V nemocnici mám problémy s usínáním, budí mě bolest při otáčení na posteli, chrápání spolupacientů, pak nemohu zabrat, ráno jsem jak otřeštěný, unavený, usínám pak během dne.

Obj: Spánek během noci narušený. Často chodí na WC, budí se pro somatickou povrchovou bolestí z kožních projevů a pro hluk na pokoji, kde jsou ještě další dva pacienti. Spánkový deficit se snaží dohnat během dne pospáváním. Léky na spaní či bolest zatím odmítl.

Aktivita a odpočinek:

Subj: Jsem v důchodu, takže mám dost času, ale vnitřně jsem popoháněn ke spěchu. Když mohu, to znamená, že mě neobtěžuje moje kožní onemocnění, dělám drobné práce okolo domu, máme zahrádku chováme slepice a to je práce celoroční.

Obj: Zdržuje se na posteli a podřimuje, pohybuje se jen po oddělení.

Hygiena:

Subj: Hygienu zvládám sám, nemám s tím žádný problém doma ani tady v nemocnici. Sprchuji se denně bez použití mýdla, používám olejovou emulzi, tak si nemusím kůži po osprchování ničím natírat, holím se tak dvakrát do týdne jednorázovým strojkem, nehty na ruce si stříhám sám, na nohou mi je stříhá dcera jednou měsíčně.

Obj: V oblasti hygieny je pacient zcela soběstačný.

Samostatnost:

Subj: Jsem samostatný, ale většinu organizování přenechávám manželce, jako je objednávání k lékaři, nákupy, kam se půjde na procházku, vyřizování věcí na úřadech a podobně.

Obj: Pacient je samostatný v běžném životě a v běžných denních činnostech, ale velmi závislý na manželčině aktivitě.

Posouzení psychického stavu**Vědomí:**

Subj: Uvědomuji si co se se mnou děje.

Obj: Pacient je plně při vědomí.

Orientace:

Subj: Vím kolikátého je, který den, měsíc i rok, kolik je hodin a kde jsem.

Obj: Pacient je orientován časem, místem i prostorem.

Nálada:

Subj: Mám špatnou náladu, protože jsem se strašně zhoršil, nevím co bude dál, manželka má jít na operaci, chtěl bych být s ní.

Obj: Pacient je nervózní, lítostivý, má obavy o své a manželčino zdraví a úzkost z budoucnosti.

Paměť:

Subj: Celkem dobře si vybavuji vše z dávné minulosti. samozřejmě že zapomínám, nepamatuji si jména. S novopamětí je to už trochu horší, to je to stáří. Kdy byste se mě zeptala co jsem měl včera k obědu tak si nevzpomenu, nebo s velkou obtíží, ale snažím se trénovat paměť hraním pexesa s tříletou pravnučkou.

Obj: Paměť přiměřená věku, vše si vybavuje, horší vstíplivost.

Myšlení:

Subj: Myšlení mám již pomalejší, déle mi trvá než něco vstřebám.

Obj: Myšlení a reakce na otázky jsou pomalejší, ale přiměřené věku a okolnostem.

Temperament:

Subj: Mám rád již svůj klid, ale protože žijeme ve společné domácnosti s dospělou vnučkou a její tříletou dcerou, není u nás o rozruch nouze. Také nás navštěvují obě dcery s vnuky a přátelé naší rodiny. Jsem spíše pesimista.

Obj: Pacient je částečný introvert, ale má rád společnost své rodiny.

Sebehodnocení:

Subj: Nevnímám sebe moc dobře, když jsem to nechal dojít tak daleko, ale mám obavy o manželku, když ji našli tu rakovinu, moc jsem o tom přemýšlel a trápím se, ale tak aby to neviděla. To asi způsobilo i mé zhoršení nemoci, říkají, že to má na to vliv, myslím ten stres a to vypětí. To zhoršení přišlo tak pozvolna, že si to člověk ani neuvědomoval.

Obj: Pacient se slabým sebevědomím. Nehodnotí sebe moc pozitivně, citově velmi vázán na manželku.

Vnímání zdraví:

Subj: Zdraví je to nejcennější co člověk má, ale většinou si to uvědomí až když je pozdě.

Obj: Pacient má kladný vztah ke svému zdraví.

Vnímání zdravotního stavu:

Subj: Chtěl bych být zdravý, ale chtění mi obyčejně nestačí.

Obj: Pacient akceptuje svůj zdravotní stav.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:

Subj: Viděl jsem, že se začínají zhoršovat kožní projevy, ale to se nedalo zastavit, měl jsem starosti. V minulosti vždycky byly chvíle , kdy jsem byl skoro bez vyrážky a zase chvíle kdy se vyrážka objevila.

Obj: Pacient si uvědomuje projevy onemocnění, není s tím smířen, ale akceptuje ho.

Reakce na hospitalizaci:

Subj: Víím, že můj stav vyžaduje léčení v nemocnici, ale raději bych byl doma s manželkou.

Obj: Pacient je smířený s hospitalizací a uvědomuje si závažnost stavu.

Adaptace na onemocnění:

Subj: Se svým onemocněním jsem se už smířil, ale vždycky mě překvapí nové projevy choroby, ale to už patří k tomu.

Obj: Pacient je relativně adaptován na své onemocnění.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):

Subj: Mám strach jak bude léčení pokračovat, vždycky to trvá strašně dlouho a teď manželce objevili rakovinu tlustého střeva a má jít na operaci, mám strach co bude dál, jak bych to zvládal.

Obj: Pacient má strach z průběhu a délky léčby, obavy o nemocnou manželku, je úzkostný a ve stresu z budoucí situace.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací:

Subj: Už roky jsem neležel v nemocnici na kožním, jenom na interně a chirurgii, když mi dělali bypass, byli na mě moc hodní a pomohli mi, vždycky se to zvládlo doma, ale teď se to nějak nahnulo, manželka měla hodně starostí se sebou a já jsem to nějak podcenil.

Obj: Pacient byl spokojen s předcházející hospitalizací.

Komunikace:

Subj: Komunikace mi nedělá problémy, byl jsem zvyklý na lidi.

Obj: Verbální komunikace nečiní pacientovi žádné problémy, reaguje pomaleji vzhledem k okolnostem, věku a zdravotnímu stavu. Neverbální komunikace je přiměřená, pacient udržuje zrakový kontakt.

Informovanost o onemocnění, diagnostických metodách, o léčbě a dietě a délce hospitalizace:

Subj: Nevím jak dlouho tu budu, ale musím se dostat z nejhoršího, abych byl schopen se o sebe postarat. Doktor mi toho moc neřekl.

Obj: Pacient nebyl dostatečně informován o onemocnění, diagnostických metodách, o léčbě a pravděpodobné délce hospitalizace.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:

Primární (role související s věkem a pohlavím):

Subj: Jsem muž, 80 let starý. Nemoc mě velice ovlivňuje, jsem unavený, nemám chuť do života. Radši bych byl doma u manželky.

Obj: Pacient není smířený se svou nemocí, cítí se unavený, bez chuti do života, stýská se mu po manželce.

Sekundární (role související s rodinou a společenskými funkcemi):

Subj: Nepociťuji, že by má nemoc ovlivňovala vztahy v rodině. Vztahy máme dobré, dříve jsem se cítil omezený nemocí, protože když mě to mokvalo nemohl jsem nikam chodit, styděl jsem se, lidé koukali, někdy se ptali co to mám, bylo to nepříjemné.

Obj: Pacient žije se svou manželkou v rodinném domku společně s dospělou vnučkou a její 3 letou dcerkou, vztahy v rodině jsou dobré, trpěl negativními pocity somatickými i psychickými.

Terciální (role související s volným časem a zálibami):

Subj: Doma pomáhám manželce s domácími pracemi a okolo domu, chodíme na procházky, luštím křížovky, čtu noviny, dívám se na zprávy a sport v televizi.

Obj: Pacient tráví volný čas četbou novin, dívá se na televizi, chodí na procházky, luští křížovky, pomáhá v domácnosti a okolo domu. Pacient si udržuje aktivitu.

Medicínský management

Ordinovaná vyšetření: KO, moč + sediment, Na, K, Cl, Urea, Kreatinin, ALT, GMT, ALP, AST, Glykemie, CRP.

Denně náběr náběr iontů glykemie po dobu infúzní kortikoidní léčby.

Výsledky:

Erytrocyty	4,95 x 10 ¹² /l
Leukocyty	6,7 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	156 x10 ⁹ /l
Hemoglobin	158 g /l
Hematokrit	0,47 g /l
Na	142 mmol /l
K	4,5 mmol /l
Cl	105mmol /l
Urea	5,6 mmol /l
Kreatinin	85 umol /l
ALT	0,54 ukat /l
GMT	1,0 ukat /l
AST	0,52 ukat /l
ALP	2,2 ukat /l
Glykemie	6,8 mmol /l
CRP	5,8 mg /l
PPTT	56 s
Quickův test	19 s
Moč + sediment	v normě
Vyšetření krve i moče je v normě.	

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 9 – diabetická **Pohybový režim:** neomezený **Výživa:** nadváha

Medikamentózní léčba:

Per os: Prednison tbl 20mg	1-1-0
KCl tbl	2-2-1
Piramil tbl 2,5mg	1-0-0
Warfarin tbl 2mg	1-0-0
Euphylin cps 200mg	1-0-0
Mycomax cps 50mg	3-2-2
Symbicort T 200ug	2 vdechy ráno
Ventolin MDI	dle potřeby
Atrovent MDI	4 x 2 vdechy

Intra venózní: 1.-3. den: Solu-Medrol 80mg v 1/1 fyziologickém roztoku 100ml i.v.

4.- 6. den: Solu-Medrol 40mg v 1/1 fyziologickém roztoku 100ml i.v.

Per rectum: 0

Místní léčba: Prontosan roztok k omývání a obkladům postižených, mokvajících míst

2x denně (podpaží, třísla)

Belogent krém na erytematózní projevy v podpaží a tříslech 2x denně

Pevaryl krém do tříselné a podpažní rýhy 2x denně

Batrafen roztok potírat nehty na nohou 1x denně

Mycosolon mast do meziprstních prostor na dolních končetinách 1 denně

Vlažná sprcha s Balneum hermal Plus 1x denně

4.2 Situační analýza

2. den hospitalizace 9.3.2010

Pacient přijatý na kožní oddělení s akutně zhoršenými projevy chronického familiárního pemfigu morbus Hailey-Hailey, k infúzní léčbě kortikoidy. V této chvíli sám péči o kožní projevy doma nezvládá. Byl dlouhodobě léčen ambulantně. Při vyšetření v podpaží jsou vidět vlhká vyvýšená ložiska s macerovanou spodinou, které mají nasládlý zápach, a v obou tříselech jsou patrné mokvající, začervenalé bolestivé plochy s krustami, na povrchu a na periferii s náznaky krytby puchýřků, což pacientovi způsobuje nepříjemnou, somatickou, povrchovou bolest při pohybu. Má zavedenou periferní žilní kanylu na levé horní končetině pro potřeby infúze. Pacient je ve špatném psychickém stavu, projevuje se u něj nervozita, bojí se budoucnosti, je přecitlivělý a lítostivý, má obavy o manželčino zdraví, ta má jít na operaci s karcinomem tlustého střeva, je na ní citově i fyzicky velmi vázán, má kruhy pod očima a je unavený.

4.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Vzhledem k problémům pacienta, posouzení jeho stavu, zhodnocení situace jsem stanovila nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy 2. ošetrovatelský den.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Vzhledem k rozsahu práce byly rozpracovány ošetrovatelské diagnózy č. 1 – 7

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Bolest (00132), nepohodlí v souvislosti s postižením kůže drobnými, mokvajícimi trhlinkami, projevující se stížnostmi, podrážděností a odmítáním pohybu.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Kožní integrita porušená (00046) v souvislosti s kožními lézemi, projevující se povrchovými kožními defekty, šupinatěním, mokváním, krustami a fisurami.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Úzkost (00146) střední v souvislosti se změnou zdravotního stavu a prostředí, projevující se nespavostí, znepokojením, slovním vyjádřením obav, ustaraností a nervozitou.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Strach (00148) ze zhoršení choroby v souvislosti se selhávající a neúspěšnou ambulantní léčbou, projevující zvýšeným psychickým napětím a sklonem k somatickým projevům.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Spánek porušený (00095) v souvislosti s pobytem v nemocnici, z nedostatku denních činností, projevující se špatným usínáním, buzením v průběhu noci a zhoršením jeho kvality.

Ošetrovatelská diagnóza č. 6

Obraz těla porušený (00118) v souvislosti s nevzhlednými kožními lézemi, projevující se negativními pocity nad vlastním tělem, skrýváním postižených partií, pocity bezmoci a změnou ve společenském zapojení.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Deficit informací (00126) o nemoci, o léčebném režimu, možných komplikacích a délce hospitalizace v souvislosti se zdravotním stavem pacienta projevující se verbalizací. (neuvědomuje si závažnost varovných příznaků)

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza č. 8

Infekce riziko vzniku (00004) v souvislosti s nedodržením aseptického postupu při aplikaci lokálních léčiv na kůži.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

Infekce riziko vzniku (00004) v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

Tělesné tekutiny, riziko deficitu (00028) v souvislosti s kožními projevy, pokročilým věkem nemocného, ztrátou pocitu žízně, duševním rozpoložením.

1. Bolest, nepohodlí (00132) v souvislosti s postižením kůže drobnými mokvajícími trhlinkami, projevující se stížnostmi, podrážděností a odmítáním pohybu.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient sníží intenzitu bolesti ze stupně 4 na stupeň 2 do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient je seznámen s příčinami bolesti do 2 dnů.

Pacient se naučí způsoby, jak zmírnit bolest do 4 dnů.

Pacient je klidný do 2 dnů.

Pacient bude mít dostatek odpočinku a spánku do 24 hodin.

Pacient verbalizuje nepřítomnost bolesti do týdne.

Intervence:

Zjistí intenzitu bolesti, posudí škálování pacienta - sestra ve službě.

Zjistí zhoršující faktory bolesti - sestra ve službě.

Uznej přítomnost bolesti - sestra ve službě.

Seznam pacienta s příčinami bolesti - sestra ve službě.

Uklidni pacienta, zajisti dostatek informací o jeho bolesti - sestra ve službě.

Zajisti pacientovi dostatek odpočinku a kvalitní spánek - sestra ve službě.

Zajisti pacientovi odpoutání od bolesti (rozhovor, televize a jiné aktivity) - sestra ve službě.

Nacvičuj sebepěči pro odeznění bolesti - sestra ve službě.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře - sestra ve službě.

Sleduj účinky léků pokaždé po podání léku - sestra ve službě.

Nauč pacienta neinvazivní způsoby, jak zmírnit bolest (relaxace, úlevová poloha) - sestra ve službě.

Realizace:

11:00 Zjistila jsem intenzitu bolesti za použití VAS, kde pacient udává stupeň 4 – sestra ve službě.

11:05 Bolest se u pacienta projevuje podrážděností, neklidem, nechutí k pohybu a únavou.

11:10 Ukázala jsem pacientovi jak zmírnit bolest při tření založením záložky s mastí do podpaží a třísel – sestra ve službě.

11:10 Zajistila jsem pacientovi dostatek odpočinku a spánku – sestra ve službě.

11:10 Analgetika jsem podávala na vyžádání pacienta – sestra ve službě.

11:30 Sledovala jsem, jestli analgetika působí pacientovi zmírnění bolesti – sestra ve službě.

Hodnocení:

Pacient uvádí během 4 dnů zmírnění bolesti na škále VAS na stupeň 2, je klidnější. Pohyb už pacientovi nečiní takové potíže. Cíl byl splněn.

2. Kožní integrita porušená (00046) v souvislosti s kožními lézemi, projevující se povrchovými kožními defekty, šupinatěním, mokváním, krustami a fisurami.

Priorita střední

Cíl:

Pacient je seznámen s faktory , které zhoršují projevy nemoci do 14 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient se aktivně účastní léčebného programu do 24 hodin.

Pacient má neporušenou kůži a nevyskytují se na ní trhliny do 1 měsíce.

Pacient bude mít zhojené léze a obnoví se celistvost kůže do 1 měsíce.

Pacient se bude o sebe přiměřeně starat a získá vědomosti o postupu a zvládání kožních projevů do 2 týdnů.

Pacient má dostatek vědomostí o místní i celkové léčbě onemocnění do 24 hodin.

Pacient zná přesný postup lokální léčby a sám si ji aplikuje 2x denně.

Pacient bude dodržovat správné a pravidelné podání celkové léčby 3x denně.

Intervence:

Posuď, do jaké míry postihují kožní projevy psychiku pacienta, společenskou interakci - sestra ve službě.

Sleduj proces hojení kožních lézí a ošetřuj je dle ordinace lékaře - sestra ve službě.

Zachovávej aseptické postupy při ošetřování kožních defektů, na postižená místa aplikuj lokální léčiva - sestra ve službě.

Prováděj častou výměnu osobního i ložního prádla, dbej na to, aby lůžkoviny nebyly drsné, pyžamo bavlněné - sestra ve službě.

Pomáhej pacientovi překonávat jeho pocity méněcennosti - sestra ve službě.

Realizace:

9:30 Seznámila jsem pacienta se zásadami samoošetřování a aplikací lokálních léčiv na kůži - sestra ve službě.

9:35 Ukázala jsem aplikace lokálních léčiv na kůži - sestra ve službě.

9:45 Zdůraznila jsem preventivní opatření k zabránění zhoršení kožních projevů - sestra ve službě.

9:50 Pohovořila jsem o vyřazení nevhodných činností, které mohou zhoršit projevy nemoci - sestra ve službě

9:55 Instruovala jsem pacienta v péči o celkovou hygienu - sestra ve službě.

10:00 Zhodnotila jsem úroveň sebepéče - sestra ve službě.

Hodnocení:

Kožní léze byly částečně zhojeny, cíl splněn částečně, pokračuje se v intervencích.

3. Úzkost střední (00146) v souvislosti se změnou zdravotního stavu a prostředí, projevující se nespavostí, znepokojením, slovním vyjádřením obav, ustaraností a nervozitou.

Priorita: střední

Cíl:

Dojde ke zmírnění úzkosti do 48 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient se bude snažit o uvolnění a snížení úzkosti na zvládnutelnou míru do 48 hodin.

Pacient si uvědomí a slovy popíše pocity úzkosti do týdne.

Pacient nalezne zdravý způsob, jak si poradit s úzkostí a jak ji vyjádřit do týdne.

Pacient se naučí využívat všech druhů podpory a pomoci do 2 týdnů.

U pacienta nebude docházet ke stavům úzkosti do 2 týdnů.

Pacient se naučí jak řešit problémy do 2 týdnů.

Intervence:

Udělej si přehled o rodinných a zdravotních faktorech, které se mohou podílet na vzniku úzkosti - sestra ve službě.

Všímej si chování pacienta z hlediska úzkosti - sestra ve službě.

Všímej si neklidu, podrážděnosti, nespavosti u pacienta - sestra ve službě.

Vytvoř terapeutický vztah plný vstřícnosti a opravdového respektu - sestra ve službě.

Buď k dispozici, naslouchej pacientovi, hovoř s ním - sestra ve službě.

Podej pacientovi přesnou informaci o situaci a pomoz mu pochopit její reálný základ - sestra ve službě.

Realizace:

13:00 Zjistila jsem rodinné a zdravotní faktory podílející se na vzniku úzkosti - sestra ve službě.

13:30 Vytvořila jsem s pacientem terapeutický vztah plný vstřícnosti a respektu - sestra ve službě.

13:30 Pohovořila jsem s pacientem o jeho obavách a snažila se ho uklidnit - sestra ve službě.

13:35 Všímala jsem si jeho reakcí, neklidu, podrážděnosti - sestra ve službě.

13:40 Ubezpečila jsem pacienta o tom, že jsem připravená kdykoliv vyslechnout jeho pocity, stížnosti a stesky a pochopit je - sestra ve službě.

13: 50 Podala jsem pacientovi přesnou informaci o situaci a pomohla mu pochopit její reálný základ, pacient ochotně vyplnil Beckovu sebesuzovací stupnici deprese a Stupnici hodnocení psychického zdraví - sestra ve službě.

Hodnocení

Projevy úzkosti se podařilo na základě intervencí sestry částečně zmírnit, pacient je klidnější, navázal se sestrou zdravý terapeutický vztah, nervozita ustoupila. Cíl byl splněn částečně. Intervence pokračují.

4. Strach ze zhoršení choroby (00148) v souvislosti se selhávající a neúspěšnou ambulantní léčbou, projevující zvýšeným psychickým napětím a sklonem k somatickým projevům.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient si uvědomuje příčinu strachu do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient reálně zhodnotí danou situaci i všechny okolnosti do 12 hodin.

Pacient bude umět popsat strach ze zhoršení projevů choroby do 12 hodin.

Pacient dává najevo přiměřené spektrum citů a zmírněný strach do 24 hodin.

Pacient se naučí techniky ke zvládnutí strachu do 24 hodin.

Pacient účinným jednáním a využíváním zdrojů prokáže pochopení strachu do 24 hodin.

Pacient pochopí strach, umí o něm mluvit, rozezná zdravý strach od nezdravého do 24 h

Intervence:

Pobízej pacienta , aby slovně vyjádřil své pocity - sestra ve službě.

Uznej užitečnost strachu v péči o svou osobu a přiměřenou komunikací s pacientem se jej snaž eliminovat a zmírnit - sestra ve službě.

Snaž se vysvětlit vztahy mezi příznaky a propuknutím choroby - sestra ve službě.

Dej najevo, že pacient je tím kdo je odpovědný za řešení a posiluj jeho smysl pro kontrolu nad věcí - sestra ve službě.

Realizace:

9:00 Pacientovi byla nabídnuta možnost konzultace s psychoterapeutem a možnost zapojit se aktivně do činností terapeutické skupiny.

9:05 Bylo pacientovi ke zvážení nabídnuta možnost psychofarmakologické intervence po konzultaci s ošetřujícím lékařem.

9:15 Povzbudila jsem pacienta ke kontaktu s ostatními nemocnými na oddělení s podobnými problémy.

Hodnocení:

I když stávající léčbou byly projevy nemoci zlepšeny a stabilizovány, přetrvává strach z jejího stálého zhoršování. Cíle bylo dosaženo částečně, ošetřovatelská diagnóza trvá, intervence pokračují.

5. Spánek porušený (00095) v souvislosti s pobytem v nemocnici, z nedostatku denních činností, projevující se špatným usínáním, buzením v průběhu noci a zhoršením jeho kvality.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient si zlepší spánek a odpočinek do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacient slovně vyjádří pochopení poruchy spánku do 24 hodin.

Pacient chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku do 24 hodin.

Pacient nespává během dne do 24 hodin.

Pacient ví o možnosti požádat o léky na spaní ihned.

Pacient má fyziologický spánek do týdne.

Pacient spí celou noc bez probouzení do 2 týdnů.

Pacient má celkové zlepšení pocitu pohody a odpočatosti do 2 týdnů.

Intervence:

Sleduj průměrnou délku spánku pacienta - sestra ve službě.

Zabezpeč nerušený spánek pacienta - sestra ve službě

Sleduj účinnost a efektivnost léků na spaní - sestra ve službě.

Umožni pacientovi před spaním činnosti, na které je zvyklý - sestra ve službě.

Realizace:

19:00 Pacient má vyvětraný pokoj - sestra ve službě.

19:15 Pacient byl poučen o odstranění vnějších rušivých faktorů (správně upravené lůžko, ochrana proti zevnímu hluku, přiměřená teplota místnosti) - sestra ve službě.

19:30 Pacient byl seznámen s dodržováním spánkové hygieny (maximálně 4 hodiny před usnutím omezit fyzickou aktivitu, tekutiny, jen lehká večeře, nepožívat černý čaj nebo čokoládu) - sestra ve službě

21:00 Pacient měl možnost léku na spaní, ten však odmítl - sestra ve službě.

Hodnocení:

Nespavost byla ovlivněna částečně, cíle byly splněny částečně, ošetrovatelská diagnóza trvá.

6. Obraz těla porušený (00118) v souvislosti s nevzhlednými kožními lézemi, projevující se negativními pocity nad vlastním tělem, skrýváním postižených partií, pocity bezmoci a změnou ve společenském zapojení.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient zahrne změny obrazu těla, sebepojetí, realistickým způsobem bez pocitu méněcennosti do 2 týdnů.

Výsledná kritéria:

Pacient bude otevřeně diskutovat o svých pocitech a o svém vzhledu do 2 týdnů.

Pacient bude akceptovat sám sebe v dané situaci do 2 týdnů.

Pacient bude chápat vlivy tělesných změn do týdne.

Pacient bude hledat informace a aktivně usilovat o překonání problémů do 2 týdnů.

Pacient uzná vlastní odpovědnost za sebe sama do 2 týdnů.

Intervence:

Posuď psychický vliv nemoci na emoční stav pacienta - sestra ve službě.

Všimni si chování pacienta, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy - sestra ve službě.

Povzbud' pacienta , aby popsal sám sebe, včetně svých pozitivních a negativních stránek - sestra ve službě.

Posuď pacientovu současnou úroveň adaptace a pokroku - sestra ve službě.

Pomoz pacientovi zvládnout základní problémy, aby se podpořilo hojení - sestra ve službě.

Vytvoř terapeutický vztah naplněný starostlivou péčí a vzájemnou důvěrou - sestra ve službě.

Realizace:

10:00 Pohovořila jsem s pacientem o jeho problémech a zaměřila se na jeho přijetí role pacienta a pokus o sebereflexi základního kožního onemocnění v maximální možné míře s respektováním jeho individuality - sestra ve službě.

10:15 Vyslechla jsem pacientovy stesky a podpořila ho v jeho úsilí o sebekpěči - sestra ve službě.

10:20 Respektovala jsem stud nemocného - sestra ve službě.

10:25 Zajistila jsem, aby pacient s rozsáhlým postižením kůže, při lokálním ošetřování ložisek měl intimitu, ošetření proběhlo bez přítomnosti ostatních pacientů - sestra ve službě.

Hodnocení:

Kožní projevy léčbou zmírněny, pocity bezmoci se změnou společenského uplatnění odstraněny.

Cíl byl splněn.

7. Deficit informací (00126) o nemoci, o léčebném režimu, možných komplikacích a délce hospitalizace v souvislosti se zdravotním stavem pacienta projevující se verbalizací. (neuvědomuje si závažnost varovných příznaků)

Priorita: střední

Cíl:

Pacient má dostatek informací do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient chápe závažnost svého stavu ihned.

Pacient zná léčebné postupy a pravděpodobnou délku pobytu v nemocnici do 2 hodin.

Pacient spolupracuje na léčbě do 2 hodin.

Pacient chápe stav nemoci a léčby do 12 hodin.

Pacient zná potřebné změny životního stylu po propuštění z nemocnice do 24 hodin.

Intervence:

Zjistí současnou úroveň znalostí pacienta - sestra ve službě.

Zjistí jeho schopnost přijímat nové poznatky - sestra ve službě.

Poskytni informace, které se vztahují k nynějšímu onemocnění - sestra ve službě

Urči priority pro pacienta v dané situaci - sestra ve službě.

Využij schopnosti edukace pacienta - sestra ve službě.

Realizace:

9:30 Jsem s pacientem vedla rozhovor ke zjištění jeho dosavadních znalostí - sestra ve službě.

9:35 Zjistila jsem pacientovu ochotu učit se novým poznatkům a motivaci při dožadování se informací o svém onemocnění a o životním stylu po propuštění do domácího ošetřování -sestra ve službě.

9:40 Jsem pacienta poučila o dietním režimu, životním stylu, postupech při ošetřování, eventuálních komplikacích a pravděpodobné délce pobytu v nemocnici - sestra ve službě.

9:45 Dotazováním jsem zjistila úroveň jeho znalostí, aby v případě potřeby byly informace doplněny nebo zopakovány - sestra ve službě.

Hodnocení:

Pacient má dostatek informací o svém onemocnění, eventuálních komplikacích a režimových opatřeních po propuštění z nemocnice. Efekt úplný, cíl se splnil.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

8. Infekce riziko vzniku (00004) v souvislosti s nedodržením aseptického postupu při aplikaci lokálních léčiv na kůži.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient nemá známky infekce v kožních záhybech do týdne.

Výsledná kritéria:

Pacient pochopí individuální rizikové faktory do 24 hodin.

Pacient najde způsoby, jak předcházet infekci, nebo jak snížit riziko jejího vzniku do 2 dnů.

Pacient se naučí technikám či změní navyklé způsoby ošetřování, tak aby byla odstraněna rizika vzniku infekce do týdne.

Pacient usiluje o včasné zhojení kožních projevů do týdne.

Pacient nemá infekci po dobu hospitalizace.

Intervence:

Všímej si známek infekce v místech kožních projevů – sestra ve službě.

Pátrej po místních známkách infekce – sestra ve službě.

Dbej na aseptické ošetření kožních projevů – sestra ve službě.

Dbej na pravidelnou výměnu obvazového materiálu – sestra ve službě.

Pravidelně vyměň ložní a osobní prádlo – sanitárka.

Aplikuj léky lokálně a sleduj jejich působení – sestra ve službě.

Pouč pacienta o způsobech ochrany kůže před rozšířením infekce a péči o kožní projevy – sestra ve službě.

Realizace:

Kontrolovala jsem zda nejsou známky infekce v místech kožních projevů, hlavně v kožních rýhách 2x denně sestra ve službě.

Ošetřování kožních projevů probíhalo za aseptických podmínek 2x denně sestra ve službě.

Sledovala jsem působení lokálních léčiv při jejich aplikaci na postižená místa 2x denně sestra ve službě.

Poučila jsem pacienta o způsobech ochrany kůže – ihned sestra ve službě.

Ukázala jsem pacientovi jak ošetřovat postižená místa, aby nevznikla infekce – ihned sestra ve službě.

Hodnocení:

Během mého ošetřování u pacienta nedošlo k infekci kožních ložisek ani k celkovým projevům infekce.

9. Infekce riziko vzniku (00004) v souvislosti se zavedením periferního žilního katétru.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient nemá známky infekce v místě zavedení periferního žilního katétru do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

Pacient pochopí individuální příčiny vzniku infekce do 24 hodin.

Pacient bude umět předcházet nebo snižovat riziko infekce do 24 hodin.

Pacient změní navyké způsoby tak, aby byla odstraněna rizika vzniku infekce do 24 hodin.

Pacient nebude mít infekci po dobu zavedení žilního katétru.

Intervence:

Kontroluj místo zavedení žilního katétru 5x denně – sestra ve službě.

Převazuj místo zavedení katétru za aseptických podmínek 1x denně – sestra ve službě.

Všímej si příznaků začínající infekce při každém kontaktu a při jejich objevení včas informuj lékaře – sestra ve službě.

Zajisti pacientovi pomoc při celkové hygieně v okolí zavedení katétru dle potřeby – sestra ve službě.

Kontroluj, zda má pacient čisté osobní prádlo a lůžkoviny denně – sestra ve službě.

Pouč pacienta, jak se má s katétreem pohybovat, aby nedošlo ke kontaminaci do 2 hodin – sestra ve službě.

Realizace:

Kontrolovala jsem 5x denně místo zavedení žilního katétru - sestra ve službě.

Za aseptických podmínek jsem převazovala místo vpichu 1x denně – sestra ve službě.

Měřila jsem pacientovi tělesnou teplotu 2x denně – sestra ve službě.

Zajistila jsem potřebnou pomoc pacientovi a poučila ho o možnostech volného pohybu po oddělení 1x denně – sestra ve službě.

Hodnocení:

Pacient se s permanentním žilním katétreem volně pohyboval, pokud nebyla puštěna infúze. Nevyskytly se žádné známky infekce, katetr byl funkční a po 6 dnech bez komplikací odstraněn, efekt úplný.

10. Tělesné tekutiny, riziko deficitu (00028) v souvislosti s kožními projevy, pokročilým věkem nemocného, ztrátou pocitu žízně, duševním rozpoložením.

Priorita: střední

Cíl:

Pacient chápe nutnost přijímat více tekutin do 24 hodin.

Výsledná kritéria:

Pacient pochopí individuální rizikové faktory deficitu tělesných tekutin do 24 hodin.

Pacient bude dbát na přijatelné množství tekutin do 24 hodin.

Pacient si povede deník příjmu tekutin do 24 hodin.

Pacient nebude mít známky deficitu tělesných tekutin po celou dobu hospitalizace.

Intervence:

Vysvětlili pacientovi nutnost přijímat alespoň 2 l tekutin denně – sestra ve službě.

Zjistí, které nápoje pacient preferuje a zajistí jejich dostatek po celý den – sestra ve službě.

Kontroluj stav kůže a sliznic – sestra ve službě.

Při každém kontaktu pobízej pacienta k pití – sestra ve službě.

Kontroluj příjem a výdej tekutin za 24 hodin – sestra ve službě.

Doporuč pacientovi vést si deník příjmu tekutin za 24 hodin – sestra ve službě.

Realizace:

Vysvětlila jsem pacientovi nutnost přijímat dostatečné množství tekutin za den ihned – sestra ve službě.

Zajistila jsem pacientovi konvici s ovocným čajem na noční stolek a stolní vodu bez bublin ihned – sanitárka.

Zkontrolovala jsem kožní turgor a stav sliznic a pobídla pacienta k popíjení tekutin ihned – sestra ve službě.

Přinesla jsem pacientovi papír a tužku k zaznamenávání příjmu tekutin a seznámila ho s potřebou sběru moče za 24 hodin do sběrného džbánu na WC ihned – sestra ve službě.

Doporučila jsem pacientovi, aby měl stále nalité tekutiny ve skleničce na nočním stolku ihned – sestra ve službě.

Hodnocení:

Pacient pochopil, že musí začít více pít, do 24 hodin začal přijímat až 2 l tekutin denně a nepocítuje žízeň. Příjem a výdej tekutin je vyvážený. Pacient nejeví známky deficitu tělesných tekutin. Cíl splněn.

4.4 Zhodnocení celkové ošetrovatelské péče

Během ošetrovatelské péče o pacienta s chronickým familiárním pemfigem se mi podařilo navázat s ním i jeho rodinou přátelský vztah. Častým rozmlouváním s pacientem se mi dařilo pomoci překonat pacientův počáteční strach z budoucnosti a získat jeho důvěru, což bylo velmi důležité pro získávání informací, které následně vedly ke kvalitnější ošetrovatelské péči, aktivní spolupráci pacienta a zdárnému průběhu léčby. Vždy jsem se snažila o zajištění dostatečného množství srozumitelných informací. Pacienta jsem motivovala ke spolupráci a chválila za každý úspěch, a tím posilovala jeho sebevědomí, které zpočátku bylo velmi malé. Všechny ošetrovatelské problémy se nám společně podařily vyřešit, nebo alespoň zmírnit, a tím zabránit komplikacím léčby. S pacientem byla velmi dobrá spolupráce, stejně tak i s rodinou, která jej denně navštěvovala a také motivovala.

Rodina i pacient ke všemu přistupovali zodpovědně a aktivně se zajímali o všechny informace týkající se nejen zdravotního stavu, ale i následných režimových opatřeních a možnostech samoošetřování v domácím prostředí. Po počátečních psychických problémech, které se nám podařilo odstranit, byl pacient v dobrém psychickém i fyzickém stavu a dostatečně edukován do budoucna, o varovných příznacích zhoršování kožních projevů.

Doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce byla napsána s úmyslem seznámit se a přiblížit problematiku tohoto onemocnění u jednotlivého pacienta, a poukázat na množství problémů, které s sebou přináší toto onemocnění v každodenním životě člověka. Zdravotničtí pracovníci, sestry, lékaři a v neposlední řadě i studenti ošetrovatelství a i jiných zdravotnických oborů, by měli vědět o možnosti setkání s nemocnými s tímto onemocněním, měli by alespoň okrajově znát jak k takovým nemocným přistupovat, být si vědomi, že nemocný strádá velmi nepříjemnými pocity, bolestivostí, je handikapován esteticky i fyzicky. Soustavná edukace pacienta, jeho blízkých a rodiny sestrou, může být přínosem jak v péči, tak i v léčbě. Pacientovi, jeho blízkým i rodině je nutné neustále zdůrazňovat možnosti předcházení a ošetřování projevů na kůži, doporučit

zdravý životní styl, důležitost pitného režimu, vyhýbání se stresu, doporučit vhodné bavlněné oblečení, pravidelné kontroly u lékaře a užívání životně důležitých léků. Důležitou součástí v péči o takto nemocné je edukace sester, ale i ostatních zdravotnických pracovníků, kteří by neměli zapomínat na prohlubování svých znalostí v dané problematice, aby mohli být pacientovi nápomocni při rozpoznávání časných příznaků zhoršování onemocnění a být mu oporou ve znalostech tohoto onemocnění, aby včas mohl zareagovat na léčbu. Neměli by nikdy zapomínat, že jsou pro pacienta oporou v péči, a jsou bedlivě sledováni při svých reakcích, aby nedávali najevo při pohledu na pacientovy kožní projevy štitivost či odpor. Sestra a i ostatní zdravotníci by měli zůstat za každé okolnosti profesionály, ale s dávkou empatie a lidskosti.

ZÁVĚR

Hlavním záměrem bakalářské práce, bylo seznámit sestry, studenty ošetrovatelství a všechny zdravotnické pracovníky, kteří přicházejí do styku s pacienty, při jejich ošetřování na svých odděleních s CHFP, s nemocí, o které mnoho neví ani většina lékařů. Toto onemocnění sice není příliš časté, nicméně pozornost si zaslouhuje. Cílem práce bylo ukázat důležitou roli sestry při práci s těmito pacienty, zvýšení její úrovně vědomostí nejen v oblasti somatické, ale hlavně v oblasti psychologické. Pacienty s CHFP a jinými puchýřnatými chorobami můžeme potkat na všech odděleních od kožního, zubního, chirurgického až po interní oddělení, v nemocnicích, v ambulancích, v domácí péči, nebo v domovech pro seniory a sestra by na to měla být připravená a v rámci ošetrovatelského procesu mít možnost ovlivnit pozitivně péči o pacienta. Léčba CHFP spočívá hlavně v dlouhodobém podávání kortikoidů, což představuje určitá rizika v podobě sekundárních onemocnění jako je steroidní diabetes mellitus se všemi jeho negativními dopady, hypertenzí, tromboembolickými projevy, osteoporózou.

Kvalita života takových pacientů zahrnuje okruh schopností, příznaků a psychosociálních charakteristik, které popisují možnosti jedince mít dobrý životní pocit. Nízká kvalita života není podmíněna jen závažností onemocnění, ale i subjektivním vnímáním pocitu zdravotního stavu a celého psychosociálního profilu nemocného. Chronicky nemocní nemají sebedůvěru, chybí jim pocit užitečnosti, trpí depresí, klesá jejich motivace k léčbě a chybí jim tendence k aktivní spolupráci a soustavné péči o sebe sama. Psychická podpora sestry, ale i podpora rodiny a blízkých osob je velmi důležitou součástí života u takto nemocných jedinců. Jsou sužováni bolestivostí kožních projevů, v některých případech nejsou schopni běžných denních činností nebo jen s velkými obtížemi, a to u nich vede k psychickým obtížím. Nejsou spokojeni se svým tělem, a hlavně ženy se trápí estetickou změnou vlivem dlouhodobé kortikoidní léčby. Úkol sestry v takových případech není jednoduchý, musí být dobrou ošetrovatelkou, vnímavou posluchačkou, citlivou edukátorkou. Musí navázat úzký, ale po všech stránkách profesionální vztah s pacientem, získat si jeho důvěru, být psychologem a citlivým přístupem napomáhat k uzdravě. Doufám, že tato práce přispěje k pozitivnímu přínosu pro praxi pro celou zdravotnickou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARENBERGER, Petr. 1999. *Nemoci s tvorbou puchýřů*. Praha : Huthig & Beneš, 1999.
2. BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Praha : Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
3. DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-024-8.
4. JIRÁSKOVÁ, Milena. 2003. *Dermatovenerologie : Učební texty pro bakaláře*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0636-4.
5. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
6. KALVACH, Z. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
7. KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
8. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 2003. *Ošetrovatelstvo 1,2*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-217-0528-0.
9. MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana. 2004. *Patologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0785-3.
10. MASTILIÁKOVÁ, Dana. 1999. *Holistický přístup v péči o zdraví*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
11. MASTILIÁKOVÁ, Dana. 2004. *Úvod do ošetrovatelství*. Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0429-9.
12. MIKŠOVÁ, Z. aj. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
13. NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1150-8.

14. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
15. PAYNE, J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
16. RESL, V. aj. 2002. *Dermatovenerologie: Učební texty pro bakalářské studium*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-2460456-6.
17. RICHARDS, Ann; EDWARDS, Sharon. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Simona Sedlová. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
18. SALAVEC, Miloslav. 2000. Autoimunitní puchýřnatá onemocnění. *Zdravotnické noviny*, 2000, roč. 49, č. 12, s. 1-2. ISSN 0044-1996.
19. STAŇKOVÁ, Marta. 2005. *České ošetřovatelství 4 Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-283-3.
20. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
21. ŠTORK, Jiří. 2008. *Dermatovenerologie*. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-246-1360-4.
22. TRACHTOVÁ, E. aj. 2006. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
23. ZÁHEJSKÝ, J. aj. 1994. *Speciální ošetřovatelská péče o dospělé na dermatovenerologickém oddělení*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno : Comers, 1994. ISBN 80-7013-161-6.
24. ZÁRUBA, F. aj. 1994. *Dermato-venerologie*. Praha : Scientia Medica, 1994. ISBN aj. 80-85526-31-X.
25. ZAVÁZALOVÁ, H. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Internetové odkazy:

<http://www.orl.cz/choroby/ustni/vestibulum/zanet/3>

<http://ibmi.mf.uni-lj.si/mmd/derma/eng/sz-40/sldr00149.html>

http://www.gfmer.ch/genetic_diseases_v2/gendis_detail_list.php?cat3=42

<http://www.orl.cz/choroby/ustni/vestibulum/zanet/3>

<http://dermis.multimedica.de/dermisroot/en/29527/image.htm>

<http://emedicine.medscape.com/article/1063224-overview>

http://www.gfmer.ch/genetic_diseases_v2/gendis_detail_list.php?cat3=42

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Typická ukázka postižení u pemfigu	I
Příloha B – Imunofluorescence	II
Příloha C - Pemfigus vulgarit	III
Příloha D - Nikolského fenomén	IV
Příloha E - Bulózní pemfigoid	V
Příloha F - Dermatitis herpetiformis Duhring	VI
Příloha G - Chronický familiární pemfigus – axily	VII
Příloha H - Chronický familiární pemfigus – třísla	VIII
Příloha I - Chronický familiární pemfigus – podélné bílé proužkování	IX
Příloha J - Barthelův test základních všedních činností ADL	X
Příloha K - Beckova stupnice sebehodnocení deprese	XI
Příloha L - Stupnice hodnocení psychického zdraví	XIII
Příloha M - Edukace pacienta	XIV

Příloha A - Typická ukázka postižení u pemfigu



<http://www.orl.cz/choroby/ustni/vestibulum/zanet/3>

Příloha B – Imunofluorescence

Přímá (DIF) – Detekování pemfigových protilátek v kůži

Nepřímá (IIF) – Detekování pemfigových protilátek v séru

Příloha C - Pemfigus vulgaris



<http://dermis.multimedica.de/dermisroot/en/29527/image.htm>

Příloha D - Nikolského fenomén

Přímý – V časně fázi onemocnění tlak prstu na zdánlivě zdravou kůži v těsném okolí puchýře, která se shrne jako slupka přezrálé broskve a obnaží se mokvající erodované plochy.

Nepřímý – Tlakem prstu na kupoli puchýře se jeho obsah protlačuje do okolní epidermis a puchýř se zvětší.

Příloha E - Bulózní pemfigoid



<http://dermis.multimedica.de/dermisroot/en/29940/image.htm>

Příloha F - Dermatitis Herpetiformis Duhring



<http://dermis.multimedica.de/dermisroot/en/1269285/image.htm>

Příloha G - Chronický familiární benigní pemfigus - axily



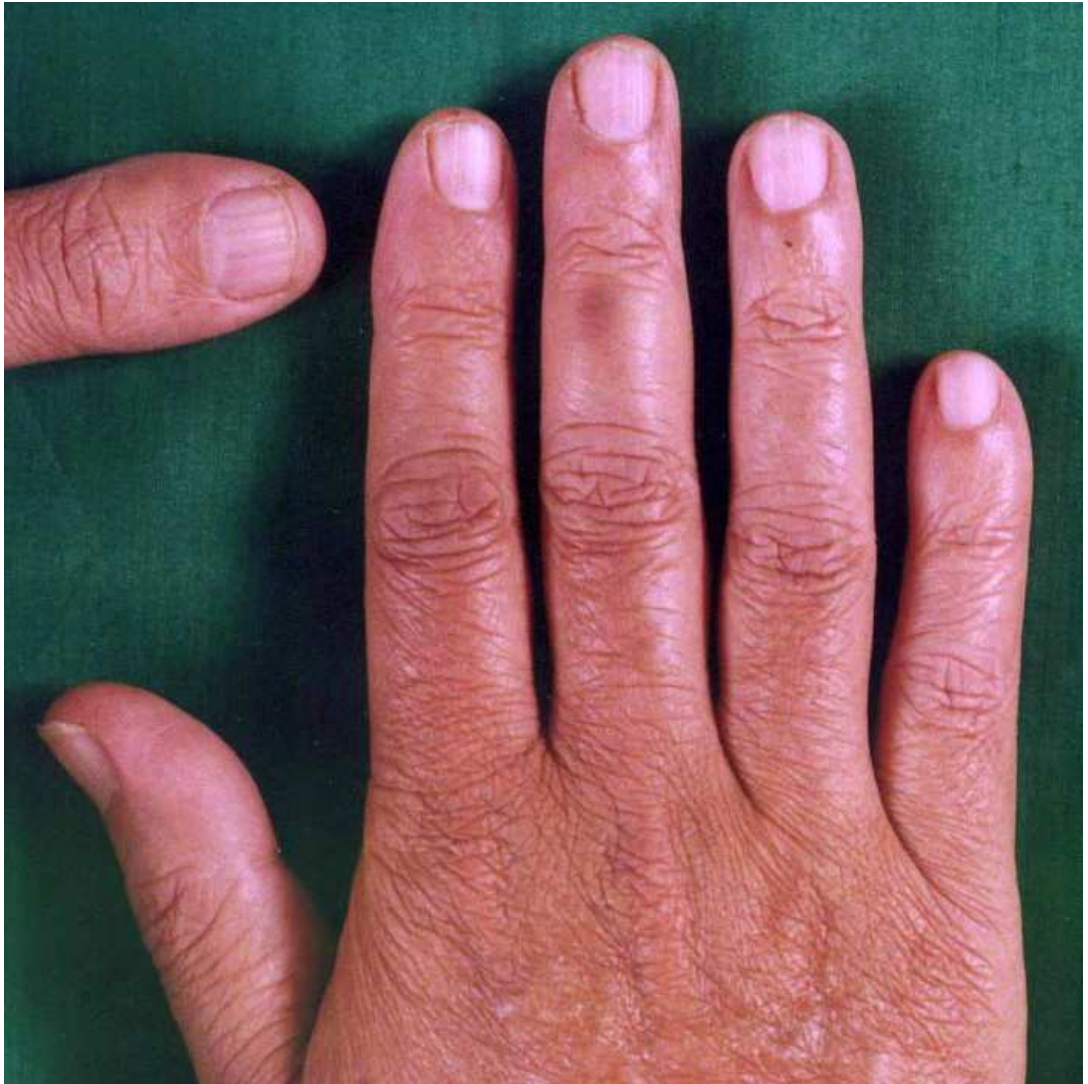
<http://emedicine.medscape.com/article/1063224overview>

Příloha H - Chronický familiární benigní pemfigus - třísla



http://www.gfmer.ch/genetic_diseases_v2/gendis_detail_list.php?cat3=42

Příloha I - Chronický familiární benigní pemfigus – podélné bílé proužkování



http://dermatology.cdlib.org/143/case_presentations/haileyhailey/2a.jpg

Příloha J
Hodnotící škály
Barthelův test základních všedních činností ADL
(aktivity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	x10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	x10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	x5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	x5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	x10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	x10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	x15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	x15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	x10
	s pomocí 50 m	5
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	x10
	s pomocí	5
	neprovede	0

součet : 100 bodů

Hodnocení:

0 – 40 bodů = vysoce závislý

45 – 60 bodů = závislost středního stupně

65 – 95 bodů = lehká závislost

100 bodů = **nezávislý**

(KLEVETOVÁ, 2008)

Příloha K

Beckova stupnice sebehodnocení deprese

01.	Nálada	
	0	nemám smutnou náladu
	1	cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
	2	jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
	3	jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést
02.	Pesimismus	
	0	do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
	1	poněkud se obávám budoucnosti
	2	vidím, že se už nemám na co těšit
	3	vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit
03.	Pocit neúspěchu	
	0	nemám pocit nějakého životního neúspěchu
	1	mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
	2	podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
	3	vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal
04.	Neuspokojení z činnosti	
	0	nejsem nijak zvlášť nespokojený
	1	nemám z věcí takové potěšení, jako jsme míval
	2	už mne netěší skoro vůbec nic
	3	ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mne sebemenší potěšení
05.	Vina	
	0	necítím se nijak provinile
	1	občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
	2	mám trvalý pocit viny
	3	ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk
06.	Nenávist k sobě samému	
	0	necítím, jsem zklamán sám sebou
	1	zklamal jsem se sám v sobě
	2	jsem dost znechucen sám sebou
	3	nenávidím se
07.	Myšlenky na sebevraždu	
	0	vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat
	1	mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
	2	často přemýšlím jak spáchat sebevraždu
	3	kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

08.	Sociální izolace	
	0	neztratil jsem zájem o lidi a okolí
	1	mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
	2	ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
	3	ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít
09.	Nerozhodnost	
	0	dokážu se rozhodnout v běžných situacích
	1	někdy mám sklón odkládat svá rozhodnutí
	2	rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
	3	vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout
10.	Vlastní vzhled	
	0	vypadám stejně jako dříve
	1	mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
	2	mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
	3	mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě
11.	Potíže při práci	
	0	práce mi jde od ruky jako dříve
	1	musím se nutit, když chci něco dělat
	2	dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
	3	nejsem schopen jakékoliv práce
12.	Únavnost	
	0	necítím se více unaven než obvykle
	1	unavím se snáze než dříve
	2	všechno mne unavuje
	3	únava mne zabraňuje cokoli udělat
13.	Nechutenství	
	0	mám svou obvyklou chuť k jídlu
	1	nemám takovou chuť k jídlu jak jsem míval
	2	mnohem hůře mi teď chutná jíst
	3	zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:	00 – 08 event. 09	Norma
	09 - 24	Lehká až střední deprese
	25 a více	Těžká deprese

(KOLIBIÁŠ a spol., 1993)

Příloha L

Stupnice hodnocení psychického zdraví

Položky:		Odpověď:	
01.	Cítíte se většinu času dobře?	<u>ano</u>	ne
02.	Máte často obavy o své zdraví?	ano	<u>ne</u>
03.	Trpíte často bolestmi hlavy?	ano	<u>ne</u>
04.	Měl-a jste v poslední době závratě?	ano	<u>ne</u>
05.	Často se Vám třesou ruce při práci?	ano	<u>ne</u>
06.	Míváte záškuby ve svalech?	ano	<u>ne</u>
07.	V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	<u>ano</u>	ne
08.	Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla?	<u>ano</u>	ne
09.	Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	ano	<u>ne</u>
10.	Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	<u>ano</u>	ne
11.	Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	<u>ano</u>	ne
12.	Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	ano	<u>ne</u>
13.	Často Vás něco trápí?	<u>ano</u>	ne
14.	Jste často plný elánu či energie? bodu	0.5 ano	<u>Ne vždy</u>
15.	Cítíte se často neúčinný?	<u>ano</u>	ne
Součet:		8	

Hodnocení:

1 bod za odpověď „ano“ u otázek		2		4		6		8		10		12	13		15
1 bod za odpověď „ne“ u otázek	1		3		5		7		9		11			14	
Skóre 6 a více svědčí pro poruchu psychického zdraví															

(KOLIBIÁŠ a spol.,1993)

Příloha M - Edukace pacienta

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Snažíme se vždy o to, aby byla edukace úspěšná. Měla by být srozumitelná, důrazná, citlivá. Velmi důležitou součástí úspěšné edukace je opakování. K edukaci pacientů nám mohou být nápomocny i různé materiály ve formě letáčků, instruktáží, videa a televize.

Edukační list identifikace pacienta

Jméno a příjmení: Z. R.	Pohlaví: mužské
Datum narození : 1930	Věk: 80
Adresa bydliště, telefon: xxxxx	Pojišťovna : 111
Adresa příbuzných: xxxxx	Zaměstnání: důchodce
Rodné číslo: xxxxx	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: vyučený	Typ přijetí: akutní
Stav: ženatý	Ošetřující lékař : xxxxx
Datum přijetí: 8.3.2010	Den pobytu: 2.
Oddělení: kožní	Ošetrovatelské dny: 9.3.2010

Důvod přijetí: Akutní přijetí pro zhoršení kožního onemocnění CHF

Edukace: zaměřena jako jednorázové vzdělávání a také forma reedukace

Medikace: neovlivňují edukaci

Forma edukace: verbální a názorná

Reakce na edukaci: verbální pochopení, dotazy

Existující komunikační bariéra: není

Edukační potřeba v oblasti: vnímání zdraví, prevence

Edukant: primární sestra

Edukační plán

Pacient byl přijat pro akutní zhoršení kožních projevů Chronického benigního familiárního pemfigu, kdy již nebyl schopen onemocnění zvládnout doma sám.

Témata edukace vyplývají z jednotlivých ošetrovatelských problémů zjištěných v ošetrovatelské anamnéze. Metodou edukace byla zvolena metoda verbální komunikace. a metoda praktického nácviku lokálního ošetřování kožních projevů a použití pomůcek ve formě zdravotnického obvazového materiálu.

Zvolené oblasti, které považuji za deficitní:

varovné příznaky zhoršování kožních projevů
pitný režim

1. téma: Varovné příznaky zhoršování kožních projevů

Cíl edukačního plánu: seznámení klienta s varovnými příznaky.

Význam: včasné rozpoznání varovných příznaků a reakce na výskyt těchto příznaků, aby se mohlo zabránit výraznému zhoršení stavu s nutností hospitalizace.

Forma edukace: verbální, názorná

Postup při zaškolení klienta

zhodnot' vědomosti pacienta a situaci

seznam pacienta s včasným rozpoznáním a reakcí na varovné příznaky

názorně pacientovi ukaž a procvič s ním ošetřování kožních projevů

snaž se pacienta získat pro spolupráci

přezkoumej zda pacient všemu dobře porozuměl

dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností

Příjemce: pacient

Reakce na edukaci: verbální pochopení, správný nácvik

2. téma: Pitný režim

Cíl edukačního plánu: seznámení pacienta s potřebou dostatečného příjmu tekutin a dále seznámení pacienta s riziky spojenými s dehydratací.

Význam: dostatečné množství tekutin u starších a chronicky nemocných pacientů je nezbytné pro podporu správného hojení ran, pro dobrou kondici, v prevenci únavy a kolapsů.

Forma edukace: verbální

Postup při zaškolení klienta :

zhodnot' vědomosti pacienta a situaci

seznam pacienta s významem hydratace

informuj pacienta o doporučeném denním množství přijatých tekutin

vysvětli význam vody v organismu

snaž se pacienta získat pro spolupráci

přezkoumej, zda pacient všemu dobře porozuměl

dej prostor pro dotazy a upřesnění nejasností

Příjemce: pacient

Reakce na edukaci: verbální pochopení