

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PSORIÁZOU NA ODDĚLENÍ DERMATOVENEROLOGIE**

Bakalářská práce

JAROSLAVA RYBÍNOVÁ

**Praha 2019**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S PSORIÁZOU NA ODDĚLENÍ DERMATOVENEROLOGIE**

Bakalářská práce

JAROSLAVA RYBÍNOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD

**Praha 2019**



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

RYBÍNOVÁ Jaroslava  
3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

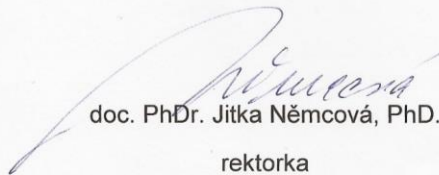
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s psoriázou na oddělení dermatovenerologie

*The Nursing Process in a Patient with Psoriasis in the Dermatovenerology  
Department*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.*

V Praze dne 29.3.2019

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD za odborné vedení mé práce, za dobré a užitečné rady, komentáře a podněty.

## ABSTRAKT

RYBÍNOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelský proces u pacienta s psoriázou na oddělení dermatovenerologie*. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce doc. PhDr. Anna Mazalánová PhD. Praha 2019. 55 stran.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s psoriázou na oddělení dermatovenerologie. Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsán obor dermatovenerologie, historie, charakteristika a diagnostika onemocnění psoriasis, klinický obraz nemoci, druhy terapií, celková léčba a biologická léčba. V závěru teoretické části jsou zpracovány informace o specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s diagnózou psoriasis. Ve druhé, praktické části práce je zpracována komplexní ošetrovatelská péče o konkrétní pacientku na lůžkovém oddělení dermatovenerologie. Ve spolupráci s pacientkou a na základě ošetrovatelské dokumentace byly určeny ošetrovatelské diagnózy a sestaven ošetrovatelský plán. Součástí této části práce je také zpracování, realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu u některých prioritních ošetrovatelských diagnóz. Závěr bakalářské práce obsahuje praktická doporučení nejen pro pacienta, ale i pro neodbornou veřejnost a ošetřující personál.

Klíčová slova

Psoriáza. Terapie. Kůže. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

RYBÍNOVÁ, Jaroslava. The Nursing Process in a Patient with Psoriasis in the Dermatovenerology Department. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor doc. PhDr. Anna Mazalánová PhD. Prague 2019. 55 pages.

The topic of this bachelor thesis is the nursing process in a patient with psoriasis in the dermatovenerology department. This thesis is divided into two sections; a theoretical and a practical section. The theoretical part describes the field of dermatovenerology, the history, characteristics and diagnostics of psoriasis, the clinical picture of the disease, the types of therapies, as well as the overall and biological treatments. In conclusion of the theoretical part, information on the specifics of nursing care in patients diagnosed with psoriasis is processed. In the second, practical part of the thesis, complex nursing care of a particular patient of the dermatovenerology ward is processed. In cooperation with the patient and based on her medical documentation, nursing diagnoses and a nursing plan were established. Part of this section is also dedicated to the processing, implementation and evaluation of the nursing plan for some of the priority nursing diagnoses. The conclusion of the bachelor thesis contains practical recommendations not only for the patient, but also for the general public and the nursing staff.

### Keywords

General nurse..Psoriasis. Skin. Therapy.

# OBSAH

ÚVOD.....	14
1 OBOR DERMATOVENEROLOGIE A HISTORIE PSORIAZY.....	16
2 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ PSORIÁZA.....	18
2.1 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI.....	19
2.1.1 FORMY PSORIÁZY A JEJÍ PROJEVY.....	20
2.1.2 SPOUŠTĚČÍ A RIZIKOVÉ FAKTORY.....	21
2.1.3 PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ.....	22
2.1.4 PROGNOZA PSORIÁZY.....	22
3 LÉČBA PSORIÁZY, CELKOVÁ TERAPIE A BIOLOGICKÁ LÉČBA.....	23
3.1 LOKÁLNÍ TERAPIE.....	24
3.2 FOTOTERAPIE.....	25
3.2.1 KONTRAINDIKACE FOTOTERAPIE.....	26
3.2.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY FOTOTERAPIE.....	26
3.3 PSYCHOTERAPIE.....	27
3.4 BALNEOTERAPIE.....	28
3.5 DIETNÍ OPATŘENÍ.....	28
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PSORIÁZOU.....	30
4.1.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA PSORIÁZY.....	31
4.1.2 PÉČE O KŮŽI U PACIENTA S PSORIÁZOU.....	31
4.1.3 PÉČE O DUŠEVNÍ A TĚLESNÝ KOMFORT.....	32
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PSORIÁZOU.....	34
5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	34
5.2 ANAMNÉZA.....	36
5.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	37



5.4	POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTKY ZE DNE 4. 1. 2018.....	39
5.4.1	AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	41
5.4.2	POSOUZENÍ PSYCHYCKÉHO STAVU.....	44
5.4.3	POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU.....	46
5.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	48
5.6	SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 5. 1. 2018.....	50
5.1	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	52
5.1.1	AKUTNÍ BOELST 0013253.....	53
5.1.2	NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE 00046.....	54
5.1.3	ZÁCPA 00011.....	56
5.1.4	ZHORŠENÝ KOMFORT 00214.....	58
5.1.5	NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBNÉ ORGANIZMU 00002.....	60
5.2	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE 14. 1. 2018.....	61
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	PŘÍLOHY	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**BMI** – body mass index (index tělesné hmotnosti)

**BSA** – body surface area (povrch těla)

**CMP** – centrální mozková příhoda

**D** – dech

**DK** – dolní končetiny

**FF** – fyziologické funkce

**GIT** – gastrointestinální trakt

**HKK** – horní končetiny

**HLA** – Human Leucocyte Antigen (lidské leukocytární antigeny)

**CHOPN** – chronická obstrukční plicní nemoc

**ICHS** – ischemická choroba srdeční

**IM** – infarkt myocardu

**L4** – bederní úsek páteře

**L5** – bederní úsek páteře

**P** – pulz

**pH** – potential of hydrogen /potenciál vodíku)

**TBC** – tuberkulóza

**TEN** – tromboembolická nemoc

**TK** – tlak krevní

**TT** – tělesná teplota

**UPT** – umělé přerušování těhotenství

**UV** – ultra violet (ultrafialová)

**VAS** – vizuální analogová škála

(VOKURKA, HUGO, 2011).

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adnexa** – připojené orgány

**Adstringetní** – svíravý, stahující

**Anikterický** – bez přítomnosti žloutenky

**Antipruriginózní** – tlumící svědění

**Antiseptikum** – látka s dezinfekčními účinky

**Artróza** – nezáánětlivé onemocnění kloubu

**Bazaliom** – nejčastější kožní nádor

**Cyklosporin A** – imunosupresivní lék

**Epilepsie** – skupina poruch mozku projevujících se opakovanými záchvaty různého charakteru

**Erytém** – červené zbarvení kůže způsobené rozšířením krevních cév a zvýšeným prokrvením

**Exacerbace** – nové vzplanutí chronické choroby, která není dostatečně zhojena, nebo jejíž příčina trvá.

**Exkoriace** – oděrka, povrchové poškození kůže zasahující jen do pokožky

**Hepatotoxický** – poškozující játra

**Hysterektomie** – chirurgické odstranění dělohy

**Imunosuprese** – stav snížené imunity

**Intravenózní** – nitrožilní, do žíly

**Izokorický** – normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost

**Katarakta** – šedý zákal, onemocnění čočky oka

**Keratinocyt** – buňka pokožky produkující keratin

**Komorbidity** – současný výskyt více nemocí

**Kontraindikace** – jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje (zakazuje) provedení určitého léčebného nebo diagnostického výkonu včetně podání určitých léků.

**Lichenifikace** – zhrubění kůže

**Lobektomie** – chirurgické odstranění laloku určitého orgánu, např. plic či mozku

**Melanom** – zhoubný nádor z pigmentových buněk obsahujících melanin

**Menarché** – první menstruační krvácení v životě ž

**Per os** – ústy

**Psoraleny** – látky původně rostlinného původu zvyšující citlivost kůže k ultrafialovému záření.

**Pruritus** – svědění

**PUVA** – kombinace psoralenů a působení ultrafialového záření A v kožním lékařství

**Ragáda** – trhlina. Štěrbínové různě hluboké poškození kůže vznikající obvykle v kožních rýhách.

**Remise** – vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé.

**Spinaliom** – zhoubný nádor vycházející z epitelové tkáni.

**Xeróza** – abnormálně suchá kůže.

(VOKURKA, HUGO, 2011).

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Identifikační údaje pacienta .....	34
Tabulka 2 - Fyziologické funkce pacienta.....	35
Tabulka 3 - Klasifikace funkčních úrovní sebepéče.....	38
Tabulka 4 - Rizika vzniku dekubitů .....	38
Tabulka 5 - Výsledek biochemického vyšetření krve .....	48
Tabulka 6 - Výsledek biochemického vyšetření moči .....	48
Tabulka 7 - Výsledek hematologického vyšetření .....	49
Tabulka 8 - Medicínský management .....	49-50
Tabulka 9 - Denní dávkování fototerapie .....	50

# ÚVOD

Psoriáza, v češtině lupénka, je chronické zánětlivé onemocnění kůže postihující také nehty, vlasovou část hlavy a klouby. Má několik forem a projevů a často je doprovázeno různými přidruženými chorobami, včetně psychických problémů. Prevalence v Evropě je přibližně 2% populace. Vyskytuje se ve stejném měřítku jak u žen, tak u mužů a převážně u bílé rasy. Nejedná se o infekční onemocnění. Příčiny psoriázy nejsou zcela jasné, ale vyšší pravděpodobnost postižení tímto onemocněním je zaznamenána u lidí, v jejichž rodině se již lupénka vyskytla. Dalšími příčinami mohou být vnější faktory jako například infekce, špatná životospráva nebo působení některých léků (ŠTORK, 2013).

Většina kožních onemocnění je doprovázena projevy, které jsou patrné na první pohled. U psoriázy se jedná o šupinatá ložiska s olupující se kůží, což postiženého velmi stigmatizuje a setkává se tak často s negativními reakcemi okolí. Mnoho pacientů postižených psoriázou trpí depresemi, někdy až sklony k sebevraždám, a proto stejně jako lokální nebo celková léčba je u lidí s touto diagnózou důležitá také psychoterapie (JAVŮRKOVÁ, 2013, s. 17).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje krátké seznámení s oborem dermatovenerologie, charakteristiku a diagnostiku psoriázy, klinický obraz a průběh onemocnění, jeho formy, spouštěcí faktory přidružené choroby, prognózu, terapii a specifika ošetrovatelské péče u pacientů s touto diagnózou. Obsahem praktické části je zpracování ošetrovatelského procesu.

Cíle teoretické části:

**Cíl 1:** Zpracování poznatků, popis a diagnostika kožního onemocnění psoriázy pomocí vyhledaných odborných a publikovaných zdrojů.

**Cíl 2:** Souhrn specifík ošetrovatelské péče a druhů terapie u pacienta s psoriázou.

Cíle praktické části:

**Cíl 1:** Zpracování kazuistiky a ošetrovatelského procesu u pacienta s psoriázou.

**Cíl 2:** Popis každodenní ošetrovatelské péče o pacienta s psoriázou na lůžkovém oddělení dermatovenerologie.

## Vstupní literatura

BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-221-6.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3422-4

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

ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-898-8.

## Popis rešeršní strategie:

Rešeršní strategie byla vypracována na základě rešerše provedené Národní lékařskou knihovnou v Praze. Byly použity katalogy knihoven systému Medvik, BMČ – články, Theses a CINAHL. Časové vymezení 2009 – 2019. Ke zpracování informací bylo nastudováno a použito 29 zdrojů, z toho 10 odborných knih, 18 odborných časopisů a jeden internetový zdroj. Z toho byly přeloženy, nastudovány a použity 3 zahraniční zdroje.

# 1 OBOR DERMATOVENEROLOGIE A HISTORIE

## PSORIAZY

Dermatovenerologie je základní medicínský obor, který se zabývá nemocemi kůže, podkoží a přilehlých sliznic, jejich prevencí, diagnostikou a léčbou. Má nejvíce společného s obory interními a chirurgickými, od kterých se přibližně před sto lety oddělil. Je znám vztah kůže s metabolickými chorobami, s dýchacím ústrojím, trávicím a pohybovým systémem, chorobami žláz s vnitřní sekrecí, s nemocemi periferních cév a chronickými ranami. Dermatologové významně pomáhají v onkologii při diagnostice nádorových onemocnění, kterým často předchází kožní příznaky trvající několik týdnů až měsíců. Jsou to takzvané paraneoplastické dermatózy, které mohou probíhat současně s onkologickými onemocněními nebo se projevovat až v jejich pozdním stádiu. Statisticky dermatologie diagnostikuje nejvíce nádorových onemocnění s velkými terapeutickými úspěchy (RESL, 2014).

Součástí tohoto oboru je také venerologie zabývající se pohlavními nemocemi. Problémy venerologické jsou řešeny v úzké spolupráci s urologií, gynekologií a vzhledem k častým kožním nálezům na sliznicích dutiny ústní u této skupiny chorob i se stomatologií (RESL, 2014).

Další odvětví, korektivní dermatologie, spolupracuje s chirurgy a plastickými chirurgy při řešení onemocnění cév nebo při chirurgických zákrocích, kdy se odstraňují větší kožní nádory a v případě melanomů i jejich spádové uzliny. Provádí se také liposukce, dermabraze, ale i laserové výkony. K menším zásahům na kůži patří například kauterizace nebo kryodestrukce (RESL, 2014).

Tak trochu vzdálená je i sportovní medicína, kde se tento obor zabývá diagnostikou a léčbou mykóz, které vznikají při vodních sportech nebo v důsledku pocení a nošení sportovního oblečení vyrobeného z nevhodných materiálů (RESL, 2014).

Samostatnými podobory zabývajícími se specializovanou problematikou je dětská dermatologie stejně jako flebologie, angiologie, kožní choroby z povolání, histopatologie



a andrologie. V neposlední řadě spolupracuje obor dermatovenerologie také s imunologií, alergologií a hygienou (RESL, 2014).

Jedním z mnoha onemocnění, kterými se obor dermatovenerologie zabývá, je i psoriáza. Psoriáza (lupénka) je výhradně chorobou lidskou. Nelze přesně určit, ve které vývojové etapě člověka se vyskytla. Typické psoriatické plaky byly objeveny na mumifikovaných tělech starých zhruba čtyři tisíce let. Přibližně před dvěma tisíci lety byly zaznamenány první popisy kožních projevů u starověkých civilizací, které by mohly odpovídat lupénce. Lupénku popsal již jeden z nejslavnějších řeckých lékařů starověku Hippokrates. Název této nemoci pochází z řeckého slova psora, což v překladu znamená šupina nebo svědění. Toto slovo však bylo používáno pro mnoho kožních chorob (DROZENOVÁ, 2009, s. 224). Termín psora se objevuje již v letech 129-99 před Kristem, kdy ho zřejmě v souvislosti s nějakým jiným druhem ekzému použil Galén, další známý starověký lékař. Velice dlouhou dobu, trvající několik staletí, byla lupénka zaměňována s leprou a ze 14. století jsou známá dokonce i upálení lidí postižených psoriázou. (HERCOGOVÁ, 2011, s. 8)

Lupénka jako samostatná nemoc byla popsána až v devatenáctém století anglickým lékařem Robertem Willanem a byla pojmenována jako Willanova lepra. Původním označením psoriáza se lupénce začalo říkat až díky dermatologovi Ferdinandu Hebrovi, vídeňskému lékaři původem z Brna (DROZENOVÁ, 2009, s. 224). Dalším významným lékařem, který v roce 1879 popsal příznaky psoriázy, tzv. psoriatické plaky, byl Heinrich Koebner, německý dermatolog, který ve Vratislavi založil kliniku kožního lékařství (HERCOGOVÁ, 2011, s. 8).

Pravděpodobně se v počátcích psoriáza léčila slunečními paprsky. Od dehtů, které se používají dodnes a sírových injekcí aplikovaných do svalů ve druhé polovině 19. století, u kterých bylo později zjištěno, že nejsou účinné, až po zavedení fototerapie ve druhé polovině 20. století, bylo vyzkoušeno i mnoho jiných léčebných metod, ať už jde o používání metotrexátu, retinoidů nebo cyklosporinu. Poměrně nedávno se začala aplikovat velmi účinná a oproti klasickým lékům z hlediska nežádoucích účinků více bezpečná biologická léčba, která alternuje standardní terapii lupénky (HERCOGOVÁ, 2011, s. 8, 18). Výzkum vzniku lupénky a vývoj léčebných prostředků pokračuje úspěšně až do dnešní doby (DROZENOVÁ, 2009, s. 224).

## 2 CHARAKTERISTIKA A DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ PSORIÁZA

Nemoc psoriáza má velký vliv nejen na fyzické, ale i na sociální a psychické aspekty života jedince trpícího touto chorobou (NEVORALOVÁ, 2013, s. 229). Jedná se o neinfekční, zánětlivé, chronické kožní onemocnění, které postihuje také klouby. Tato nemoc vzniká na základě získané nebo vrozené imunitní poruchy funkce epidermálních buněk keratinocytů. Spouštěcími faktory projevů psoriázy může být špatná životospráva, stres, užívání některých léků nebo infekce, poruchy metabolismu a endokrinního systému. Nejsou vyloučeny ani mechanické a chemické příčiny (HERCOGOVÁ, 2011, s. 9).

Diagnózu u tohoto onemocnění není většinou těžké určit již pouze makroskopicky. Jeho charakteristický klinický vzhled s typickými ostře ohraničenými projevy s bílými šupinami a rodinná anamnéza s genetickou pozitivitou, častokrát nevyžaduje jiné další vyšetření k upřesnění diagnózy. Nicméně mohou existovat případy nejasných kožních dermatóz. Nemoci podobné psoriáze jsou například některé lékové exantémy, seboroické ekzémy, mykotické a mikrobiální afekce atd. Tato onemocnění mohou mít na první pohled podobný klinický obraz jako lupénka. Proto je někdy doporučováno provést histologické vyšetření vzorku kůže takzvanou probatorní excizi. Výsledky tohoto vyšetření potvrdí nebo vyvrátí diagnózu psoriasis na základě některých mikroskopických změn typických pro toto onemocnění. (VAŠKŮ, 2015).

Při této nemoci dochází k nadměrně zrychlenému odlučování keratinocytů, kdy tyto buňky postupují ze základní do rohové vrstvy kůže během 4 dnů namísto 28, jak je tomu u normální zdravé kůže. Tedy množí se mnohem rychleji, než za normálních okolností. Pravděpodobně velkou roli při vzniku psoriázy hrají také paměťové buňky T-lymfocyty, které se vždy vyskytují u raných projevů onemocnění (ŠTORK et al., 2013). Na T-lymfocytech je závislá veškerá buněčná imunita. Jsou schopny rozpoznat antigen jako první a zaktivovat další buňky k reakci s ním (HAMPLOVÁ et al., 2013). Při postižení kůže onemocněním psoriasis se T-lymfocyty chronicky aktivují jak v kůži, tak v kloubu, respektive v jeho synoviální části (ŠTORK et al., 2013).

Na genetickou predispozici tohoto onemocnění ukazuje vyšší výskyt některých alel třídy HLA. Alely jsou určité formy genů, které jsou u různých forem psoriáz rozdílné. Jedná se hlavně o rizikovou alelu HLA-B27, vyskytující se u řady nespecifických zánětlivých onemocnění. U jedinců bez genetické predispozice je pravděpodobnost výskytu diagnózy psoriasis 1-2%. Pokud se onemocnění lupénkou vyskytuje pouze u jednoho z rodičů, činí riziko postižení potomka 10-20%, při výskytu u obou rodičů pak 50% a více (ŠTORK et al., 2013).

Psoriáza se dělí na dva typy. U typu časného vzniku, se příznaky onemocnění objevují před 40. rokem věku a v období kolem puberty. Genetická predispozice tohoto typu lupénky se vyskytuje asi u poloviny pacientů. Druhý typ pozdního vzniku se objevuje po 40. roku věku. Genetika zde hraje roli pouze u malého procenta postižených a jeho projevy jsou mírnější (ŠTORK et al., 2013).

U této choroby jsou pro pacienty asi nejhorší vnější projevy nemoci, které se negativním způsobem promítají do jejich psychiky. Úporné svědění a pálení popraskané kůže a viditelnost kožních projevů jsou pro nemocné velmi frustrující. Pacienti s lupénkou trpí nízkým sebevědomím, špatně navazují jak slovní tak oční kontakt, často bývají agresivní v důsledku pocitů hněvu a zklamání. S diagnózou psoriáza je velmi těžké žít. Jedná se o mnohdy bolestivou, psychicky ale i časově náročnou nemoc, u které je stres jedním ze spouštějících faktorů (GKALPAKIOTIS, ARENBERGER, ADENUBIOVÁ, 2013, s. 189, 194).

## **2.1 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI**

Bělavá šupina překrývající povrch červené papily je klasickým projevem onemocnění psoriasis. Od bodovitých, kapkovitých a mincovitých projevů na kůži, se nemoc může prezentovat také jako velké, slité, červené, zašupené plochy, někdy s krvavými ragádami, postihujícími celý povrch těla. Typické pro lupénku je snadné odlučování šupin nehtem, pod kterými se pak nachází velmi ztenčená pokožka pokrývající zarudlé papily a tu lze opět nehtem snadno odloučit. Tento proces je podobný jako škrabání vosku ze svíčky a nazývá se Auspitzův fenomén (ŠTORK et al., 2013). Mezi další klinické projevy patří zarudnutí kůže, otoky, paličkovité prsty nebo bolesti postižených kloubů. Nežádka bývají zasažené i nehtové ploténky (HERCOGOVÁ, 2011, s. 13).

K výraznému zhoršení projevů dochází zejména od podzimu do jara. Naopak velmi dobrý vliv na onemocnění mají sluneční paprsky. Proto ke zlepšení nemoci dochází často v letních měsících (ŠTORK et al., 2013).

Nejčastější lokalizací psoriázy jsou lokty, kolena, křížová krajina a vlasová část hlavy. Tedy místa vystavená tlaku (viz obr. 1, příloha A). Vzácněji může být zasažen i genitál nebo sliznice v ústní dutině zejména na jazyku (ŠTORK et al., 2013).

### 2.1.1 FORMY PSORIÁZY A JEJÍ PROJEVY

Existují různé formy psoriázy, které se liší podle toho, na kterém místě se vyskytují a podle vzhledu psoriatického ložiska (VAŠKŮ, 2015). Jsou-li postižené záhyby kůže v oblastech třísel, podpaží, pod prsy, za ušima nebo oblast pupku, jedná se o takzvaně „obrácenou“ lupénku, latinským názvem psoriasis inversa (ŠTORK et al., 2013).

Přehled známých forem psoriázy:

- **Psoriasis guttata** vzácná varianta lupénky, projevující se diseminovanými papulami světle červené barvy, pokrytými šupinami o velikosti od 1mm do 2cm.
- **Psoriasis akuta nummularis** takzvaná penízkovitá forma, projevující se červenými, splývajícími papulami pokrytými šupinami nebo i bez nich.
- **Erythrodermia psoriatica** postihuje celý povrch kůže. Je doprovázena vysokými teplotami se zimnicí a otoky dolních končetin. V její chronické fázi je kůže ztlustělá, zarudlá a pokrytá šupinami.
- **Psoriasis vulgaris chronica** projevuje se tmavě červenými plaky s ostrým ohraničením se silnými nánosy šupin při déle trvajícím průběhu. Až v 30% se tato forma objevuje i na genitálu.

- **Psoriasis capillitií** forma postihující vlasovou část hlavy, projevuje se ostře ohraničenými psoriatickými plaky s pevně ulpívajícími šupinami.
- **Psoriasis unguim** druh lupénky postihující nehty horních i dolních končetin. Nehty mohou být bělavé a drolivé, dolíčkované nebo žlutohnědé. Záleží na tom, která část nehtové tkáně je postižena.
- **Psoriasis palmoplantaris** je velmi bolestivá forma lupénky. Bolest a krvácení kůže je důsledkem vzniku ragád. Šupiny stříbřitého nebo žlutavého zabarvení není možné odstranit.
- **Psoriasis oris** vzácné postižení sliznice ústní dutiny lupénkou.
- **Psoriasis arthropathica** zánětlivě postihuje klouby dolních i horních končetin a vyskytuje se asi u 25% onemocnění lupénkou.
- **Psoriasis pustuloza** patří mezi vzácnější druhy lupénky. Na kůži se objevují zánětlivé projevy červené barvy se šupinami a dochází při ní i k výsevu drobných puchýřků (HERCOGOVÁ, 2011, s. 12, 13).

### 2.1.2 SPOUŠTĚCÍ A RIZIKOVÉ FAKTORY

Spouštěcích faktorů při komplikovaných mechanismech vzniku psoriázy je mnoho. Jedná se jak o genetické faktory tak i ty, které zasahují do imunitních procesů, kde hrají roli mikrobiální antigeny. Chorobu může vyvolat například infekce zubů, gynekologické nebo urologické záněty, infekce GIT a HIV. Dále také zánětlivé dermatózy způsobené bakteriemi, kvasinkami nebo herpes viry (VAŠKŮ, 2015).

Dalším spouštěčem jsou poškození keratinocytů a jiných buněk. Tyto kožní buňky mohou být poškozeny fyzikálními nebo chemickými vlivy a to v důsledku úrazů, operací, tlakem a třením. Poškozuje je také UV záření, poleptání, teplotní a klimatické změny ap. (VAŠKŮ, 2015).

Mezi další provokační faktory se řadí i interní choroby jako je diabetes melitus, hormonální změny, hypokalcémie, obezita a dna. Svůj díl viny má i špatná životospráva a s ní spojené kouření a nadměrné požívání alkoholu (VAŠKŮ, 2015). Léky obsahující lithium, betablokátory, antimalarika, interferony a v neposlední řadě i duševní a tělesný stres, jsou také jedni ze spouštěčů tohoto kožního onemocnění (VAŠKŮ, 2015).

### **2.1.3 PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ**

Nejvíce popisovaným onemocněním provázejícím psoriázu je psoriatická artritida (PsA), zánětlivá nemoc postihující klouby, která se objevuje přibližně u 10-30% nemocných psoriázou (VAŠKŮ, 2009, s. 63). Projevuje se mimo jiné i ztuhlostí kloubů po ranním probuzení, které odeznívá po rozcvičení (GKALPAKIOTIS, 2017, s. 120).

Dalším rizikem pro pacienty trpícími psoriázou jsou kardiovaskulární choroby ICHS a IM. Vyšší je také riziko vzniku CMP (GKALPAKIOTIS, 2017, s. 120). Psoriatici, ve vyšší míře než zdraví lidé, trpí metabolickými poruchami jako je diabetes melitus, obezita, hyperlipidemie, ale i jaterní choroby. Do výčtu komorbidit u osob nemocných lupénkou se řadí i CHOPN, arteriální hypertenze, ulcerózní kolitida s Crohnovou chorobou a psychiatrická onemocnění, mezi něž patří zejména silné depresivní stavy vedoucí mnohdy až k sebevražednému chování pacientů (GKALPAKIOTIS, 2017, s. 121).

### **2.1.4 PROGNÓZA PSORIÁZY**

Psoriáza je nemoc chronická a celoživotní. Proto je možné se k její prognóze vyjádřit pouze obecně. Velmi často se objevují recidivy a u některých pacientů mohou být projevy trvalé. Nemocného lze ale utěšit tím, že jej tato choroba neohrožuje na životě a že existuje mnoho účinných léků, včetně biologické léčby, kterými je možné nemoc léčit. Přesto je pro pacienty velmi těžké přijmout skutečnost, že takto postižení budou až do konce svého života. Pouze malé procento lidí, kteří onemocněli psoriázou má to štěstí, že se u nich projevy lupénky objeví jen jednou za život (HERCOGOVÁ, 2011, s. 14)

### 3 LÉČBA PSORIÁZY, CELKOVÁ TERAPIE A BIOLOGICKÁ LÉČBA

Tak jako u většiny dermatóz je léčba psoriázy kombinovaná. Aplikuje se jak lokální tak i celková terapie (RESL, 2014). Záleží však na mnoha faktorech, které pak ovlivňují výběr správné léčby. U tohoto onemocnění je nutné při nasazování léčby zohlednit, jakým typem lupénky je nemocný postižen, její lokalizaci, jak velká část kůže je zasažena a o jakou formu se jedná. Všechny tyto aspekty jsou určeny pomocí stupnice BSA. Dopad na kvalitu života postiženého posuzuje DLQ index (MALÍKOVÁ, 2014, s. 14).

Důležitý je také věk pacienta, léčba, kterou prodělal v minulosti, případná současná léčba jiného právě probíhajícího onemocnění. Každý postižený jedinec vyžaduje individuální, dlouhodobou terapii. Spolupráce s dermatologem je nutná. Lékař potřebuje zpětnou vazbu, aby zjistil, jak nemocný na konkrétní léčbu reaguje, zda mu vyhovuje a do jaké míry se projevují vedlejší účinky aplikovaných léčiv (HERCOGOVÁ, 2011, s. 14).

Je důležité, aby nemocného s psoriázou vždy viděl nejprve dermatolog, který diagnózu potvrdí a nastaví správnou terapii. Pokud je forma psoriázy mírná, to znamená postižení kůže do 5% jejího povrchu, je možné převést pacienta do péče praktického lékaře (MALÍKOVÁ, 2014, s. 13). Podle závažnosti a rozsahu onemocnění se psoriáza léčí ambulantně, ve stacionářích nebo pak při těžkých formách za hospitalizace na dermatovenerologických odděleních. Pro doléčení nemoci je vhodná léčba lázeňská. Léčba probíhá jak v soukromých tak i ve státních zařízeních (KUKLOVÁ, HERLE, 2011).

Celková léčba lupénky a biologická léčba je indikována u nejtěžších forem tohoto onemocnění. Cílem systémové léčby je zmírnit projevy, udržet nemoc v dlouhodobé remisi a co možná nejvíce zkvalitnit život pacienta (NEVORALOVÁ, 2013, s. 226).

V léčbě středně těžkých až těžkých forem psoriázy, které již nereagují na lokální léčbu, jsou užívána léčiva Acitretin, Cyclosporin A a Methotrexat. Tyto léky mají antiproliferativní a protizánětlivé účinky. Mají však také mnoho vedlejších a nežádoucích účinků. Zejména u Cyclosporinu A je nevhodné dlouhodobé užívání (NEVORALOVÁ, 2013, s. 226).

Oproti tomu léčba biologická má daleko méně nežádoucích účinků, a proto je dlouhodobé podávání biologik relativně bezpečné. Zjednodušeně jsou biologika *biotechnologicky vyrobené proteiny odvozené od živých organismů* (MALÍKOVÁ, 2014, s. 15), schopné upravit molekulární biologickou odpověď a ovlivnit patogenezí vzniku psoriázy (MALÍKOVÁ, 2014, s. 15,16).

Biologická léčba u psoriázy se zahajuje v případě, že již celková ani lokální léčba nezabírá. Její nasazení má však svá pravidla, která musí pacient splňovat. Vhodnými kandidáty pro tuto terapii jsou pacienti postižení středně těžkou až těžkou formou psoriázy, u nichž není možné například z důvodu kontraindikace použít alespoň dva z preparátů uvedených v celkové léčbě. Je také nutné, aby byla v pořádku všechna biochemická vyšetření krve a moči, včetně RTG srdce a plic, která je nezbytné provést vždy před zahájením terapie (MALÍKOVÁ, s. 15).

Biologická léčba se na trhu léčiv vyskytuje od roku 2005 a je pro terapii psoriázy, ale i jiných onemocnění, velkým přínosem (MACHOVCOVÁ, 2017, s. 57). Biologické preparáty jsou do těla vpravovány podkožními injekcemi nebo intravenózně. Používány jsou u nás například preparáty Remicade, Stelara, Enbrel nebo Humira, ale i další. U 80% pacientů léčených biologiky dochází až k 75% zlepšení kožních projevů lupénky (MALÍKOVÁ, 2014, s. 16).

Všechny druhy terapií spolu lze kombinovat. Ani jedna však nevede k úplnému vyléčení psoriázy (OBSTOVÁ, 2016, s. 14). Přehled druhů terapie psoriázy je uveden v tabulce, v příloze D.

### **3.1 LOKÁLNÍ TERAPIE**

Lokální terapie psoriázy je náročná na čas a její aplikace je pracná. Nanášení zevních léčiv na kožní projevy po celém těle vyžaduje mnohdy spolupráci například s rodinnými příslušníky, zvláště jsou-li projevy postižena i záda. Pacienti s bolestmi kloubů při psoriatické artritidě nebo starší pacienti potřebují pomoci i s ošetřením jiných partií těla v důsledku omezené pohyblivosti (NOVÁKOVÁ, 2011).



K lokální léčbě patří i fototerapie, která vyžaduje každodenní docházení pacienta do zdravotnického zařízení a proto je náročná hlavně časově (NEVORALOVÁ, 2013, s. 225). Na psoriatická ložiska se nanášejí retinoidy, dehty, ichtamol, cignolin, kortikosteroidy, keratolytika či analoga vitamínu D3 (NEVORALOVÁ, 2013, s. 226) a to v podobě mastí, krémů a past (RESL, 2014).

Zevní terapie často dostačuje, pokud se kombinuje se správnou životosprávou. Místně aplikované přípravky zbaví nemocného počátečních projevů psoriázy, kterými jsou olupující se šupiny a zánět. Po této počáteční léčbě dochází k větší psychické stabilitě pacienta, který pak lépe spolupracuje a dodržuje pečlivěji léčebné procedury. Efekt lokální léčby nastupuje poměrně rychle a to v rozmezí od 10 do 14 dnů (OBSTOVÁ, 2016, s. 13).

## 3.2 FOTOTERAPIE

Fototerapie je léčba světlem využívající *působení neionizujícího elektromagnetického záření na kůži za účelem dosažení určitých léčebných účinků* (ETTLER, 2014, s. 144). Při světloléčbě jsou používána záření UVB a UVA, která je ovšem vhodné kombinovat s léky zvyšujícími citlivost kůže na záření. V menší míře je psoriáza léčena IPL (intenzivní pulzní světlo) nebo lasery (ETTLER, 2014, s. 144). UVA záření se u terapie lupénky v dnešní době téměř nevyužívá. Naopak UVB záření patří k běžné léčbě tohoto onemocnění. Jsou používány zářiče, které ozařují celé tělo při celotělových projevech, nebo zářiče lokální, osvětlující pouze tu část těla, která je postižena. Dávka záření se určuje podle fototypu kůže a míry projevů. UVB je používáno v rozmezí vlnové délky 290-320 nm, nejčastěji však 311 nm. UVA v rozmezí vlnové délky 320-400 nm (ETTLER, 2014, s. 144). UVA i UVB patří do oblasti ultrafialového záření, při čemž UVB je středněvlnné a UVA dlouhovlnné (BENÁKOVÁ, 2012, s. 65).

Není přesně jasné, jak vlastně fungují mechanismy účinků UV záření při této terapii. Nicméně je známo, že působí na tkáň antiproliferativně, což znamená, že ovlivňuje množení buněk, které je zářením tlumeno. Působí také protizánětlivě (BENÁKOVÁ, 2012, s. 65).

Tato léčba není indikována, pokud je onemocnění v akutní fázi. Aby byla fototerapie efektivní, je nutné ji absolvovat třikrát týdně po dobu dvou, maximálně tří měsíců. K mírnému

zlepšování projevů dochází již po dvou týdnech pravidelného ozařování. Fototerapie je stále nedílnou součástí léčby psoriázy a je prakticky nenahraditelná (BENÁKOVÁ, 2012, s. 64).

### **3.2.1 KONTRAINDIKACE FOTOTERAPIE**

Mezi kontraindikace fototerapie patří:

- Dlouhodobé užívání léků, které mají fotosenzibilizující účinek
- Těhotenství a kojení
- Nádory na kůži a podezřelé névy
- Zvýšená citlivost kůže na sluneční záření
- Fotodermatózy (kožní onemocnění způsobená slunečním svitem)
- Kožní onkologická rodinná anamnéza
- Imunosuprese
- Epilepsie

Pokud nejsou u pacienta zjištěny některé z těchto kontraindikací, je možné zahájit fototerapii. I přes její stále diskutované možné karcinogenní účinky, je světloléčba velice prospěšná a to převažuje nad všemi jejími možnými riziky, na kterých se ale odborníci stále nemohou shodnout. Výhodou fototerapie je, že na rozdíl od celkové léčby nemá toxické a ani imunosupresivní účinky na ostatní orgány. Je levná a účinná. V současné době se však pracuje na zlepšení její bezpečnosti (BENÁKOVÁ, 2012, s. 66).

### **3.2.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY FOTOTERAPIE**

Fototerapie řadě kožních onemocnění velice prospívá. Nicméně pokud je prováděna neodborně, může pacientům způsobit mnoho obtíží. Ultrafialové záření je součástí slunečního světla a na kůži člověka může mít mnoho nežádoucích účinků, které se projevují nejčastěji v důsledku předávkování UV zářením. Nežádoucí účinky fototerapie jsou rozděleny na akutní a chronické (ETTLER, 2014, s. 147).

K akutním projevům patří například vznik otoků. Na kůži se také mohou vytvořit puchýře, jako důsledek popálení UV zářením při neodborné manipulaci s přístrojem a při špatném nastavení dávek záření. Mohou nastat i fotoalergické reakce, po kterých dochází ke svědění kůže. Do skupiny akutních nežádoucích účinků fototerapie patří také vznik erytému a bolestivost kůže. UV záření může vyprovokovat základní onemocnění nebo i hepatotoxicitu, která je nežádoucím účinkem záření UVA ( ETTLER, 2014, s. 147).

Mezi nežádoucí účinky chronické patří stárnutí kůže. Pokožka je při této terapii nadměrně vysušována a dochází k degeneraci její elasticity. UV záření přispívá i k tvorbě keratóz a poruchám pigmentace. Není výjimkou ani zvýšený výskyt kožních nádorů bazaliomů a spinaliomů. Pokud nejsou před zářiči dostatečně chráněny oči, může být zrak postižen kataraktou a to zejména při záření UVA (ETTLE, 2014, s. 147).

### **3.3 PSYCHOTERAPIE**

*„Psoriáza nezabíjí, ale ničí život“.*

Prof. T. B. Fitzpatrick

Psychická nestabilita u pacienta s psoriázou je jedním z faktorů vyvolávajících zhoršení projevů nemoci (NEVORALOVÁ, 2013, s. 227). Kvalita života těchto pacientů je srovnatelně snížena nebo i horší, než kvalita života jedinců s jinými závažnými chronickými onemocněními. Nevzhledné, stigmatizující projevy vzbuzují u ostatní populace negativní reakce na nemocného psoriázou, který i v důsledku toho trpí často depresemi. Tito lidé nejsou schopni navázat jakékoliv sociální kontakty, jsou často agresivní, mají snížené sebehodnocení, někdy i pocity viny (GKALPAKIOTIS, 2017, s. 121).

Pro lidi postižené lupénkou je velice frustrující běžná návštěva kadeřnictví nebo veřejných koupališť. Často bývají terčem výsměchu a štítivých reakcí neinformovaného okolí. Úporné svědění a bolestivost projevů, které někdy i krvácejí, problémy v zaměstnání nebo ve vztazích s partnery, dovádějí psoriaticky často až k alkoholismu a sociální izolaci. (GKALPAKIOTIS, ARENBERGER, ADENUBIOVÁ, 2013, s. 189, 194). Psychoterapie je

nedílnou součástí léčby lupénky. Je tedy nezbytné, aby dermatolog navázal spolupráci s psychologem a psychiatrem. (NEVORALOVÁ, 2013, s. 229).

### **3.4 BALNEOTERAPIE**

V terapii lupénky se jedná především o léčebnou koupel, ale tento výraz se používá i pro lázeňskou léčbu. Balneoterapie je sama o sobě spíše jen podpůrná. Pro zvýšení její efektivity se často kombinuje s další léčbou. Podporuje účinek fototerapie, kdy se po koupeli obsahující psoralen, sloučeninu přírodních látek zvyšujících citlivost na UV záření, následně provádí ozáření UVA, nebo po solné koupeli UVB. Je podporována i lokální léčbou. Pro dosažení její účinnosti je dobré aplikovat koupele alespoň třikrát týdně po dobu 15-30 minut. Teplota vody by se měla pohybovat v rozmezí od 36 do 38 °C (NEVORALOVÁ, 2013, s. 61).

Do lázně s vodou se přidávají minerály, speciální oleje, antiseptika a dehty. Provádějí se také bylinné koupele, přidávají se i pšeničné otruby, ovesné vločky nebo bramborový škrob. Vždy záleží na typu lupénky a stupni poškození kůže. Účinky koupelí na kůži slouží buď k obnovení kožní bariéry, nebo jsou antiseptické, antipruriginózní a adstringentní (NEVORALOVÁ, 2013, s. 61).

Balneoterapie se řadí k velice příjemným a bezpečným léčebným metodám. Její velice dobrý peelingový účinek přispívá k výraznému odloučení šupin z psoriatických ložisek, zmírňuje svědění projevů a tlumí zánět (OBSTOVÁ, 2016, s. 14).

### **3.5 DIETNÍ OPATŘENÍ**

Speciální dieta u psoriázy neexistuje stejně jako důkazy, které by prospěšnost diety potvrdily. Obecně se nedoporučuje jíst tučná jídla, citrusy a bílé pečivo. Mělo by být omezeno množství soli a kořeněných, ostrých jídel. Jaterní nebo žlučnicková dieta s omezením cukrů a masa se nasazuje pouze v případě metabolických komorbidit psoriázy (NEVORALOVÁ, 2013, s. 229).

Projevy onemocnění se ale dají pozitivně ovlivnit kromě všech popsaných terapií i správnou životosprávou. Pravidelná, vyvážená strava a racionální výživa by měly být součástí života každého člověka. U pacientů s psoriázou by správné stravování mělo být samozřejmé více než u kohokoliv jiného. Samozřejmá by měla být také naprostá absence alkoholu a kouření. Každá léčba, která není podporována úpravou životního stylu, přestává být tak efektivní, jak by být mohla a její dobré výsledky, které by se jinak daly očekávat, se bohužel většinou nedostaví (OBSTOVÁ, 2016, s. 15).

## 4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S PSORIÁZOU

K obecným zásadám ošetrovatelské péče u pacientů s psoriázou patří tak jako na každém jiném oddělení posouzení stavu nemocného. Všeobecná sestra určuje stupeň soběstačnosti a schopnost se péče pacienta. Posuzuje také bolest a jeho psychický stav. Důležité je zajistit nemocnému vhodné umístění na oddělení a sledovat jeho případné další obtíže. Nezbytná je aplikace a pravidelnost podávání medikace dle ordinace lékaře, sledování nutrice, příjmu tekutin, vyprazdňování a kvality spánku nemocného. Pro zajištění komfortu pacienta je vhodné vyměňovat osobní prádlo a lůžkoviny dle jeho potřeb (RESL, 2014).

Úloha všeobecné sestry v ošetrovatelské péči u pacienta s psoriázou je specifická lokálním ošetřováním kůže. Cílem této péče je dle ordinace lékaře správným způsobem aplikovat zevní léčiva na postižená místa a dopomoci tak pacientům zmírnit svědění, které onemocnění doprovází a dosažení dobrého léčebného efektu. Důležitá je i edukace nemocného o správném postupu při nanášení lokálních léčiv na kůži tak, aby léčba měla smysl a snížilo se riziko komplikací. Před ošetřením pacienta dehtovými mastmi nebo pastami je nutné odstranit nánosy zevních léčiv z předešlých ošetření. Pro zvýšení efektivity léčby je důležité, aby u těchto specifických léčiv byla kůže čistá. Zbytky mastí a past sestra opatrně odstraňuje pomocí slunečnicového oleje a mulového čtverce tak, aby nepoškodila kůži. Pomalými krouživými pohyby stírá nánosy starých mastí, dokud není kůže úplně čistá. Teprve potom je pokožka připravena a je možné ošetřit projevy na pacientově těle novým zevním léčivem. Edukace v oblasti správného nanášení mastí, kvalitní výživy a podporování psychické pohody jsou také součástí ošetrovatelské péče u pacientů s psoriázou (RESL, 2014).

Úlohou všeobecné sestry je mimo jiné doprovázet pacienta na fototerapii. Sestra musí být schopna nastavit správné parametry intenzity a délky záření na jednotlivých přístrojích dle rozpisu lékaře tak, aby kůže nemocného nebyla spálena. Připravuje léčebné koupele a kromě místní léčby podává i léky k vnitřnímu užití formou per os, subkutánně nebo intravenózně. Vše provádí podle ordinace lékaře a pečlivě zapisuje do dokumentace (NOVÁKOVÁ, 2011). Všeobecná sestra dbá také na hygienu nemocného. Před každým ošetřením se doporučují používat mýdla, která dobře regulují pH kůže a napomáhají k obnově lipidní bariéry (RESL, 2014).

#### **4.1.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA PSORIÁZY**

Na diagnostice se všeobecná sestra podílí tím, že získává informace od pacienta odebráním ošetřovatelské anamnézy, sleduje stav kůže a snaží se spolu s pacientem zjistit vyvolávající faktor vedoucí ke zhoršení stavu. Vše konzultuje s lékařem a ve spolupráci s ním odebírá biologický materiál na laboratorní vyšetření. Dále je nápomocna lékařům při různých diagnostických úkonech a v rámci svých kompetencí podává nemocnému informace o průběhu jednotlivých vyšetření, na které pacienta připravuje (NOVÁKOVÁ, 2011).

#### **4.1.2 PÉČE O KŮŽI U PACIENTA S PSORIÁZOU**

Před tím, než dojde k samotnému ošetření pacienta, si všeobecná sestra připraví dokumentaci, kde je lékařem rozepsaná lokální terapie, jednorázové gumové rukavice, nádobu do které odebere část léčiva z originálního balení v množství potřebném pro pacienta a dřevěné nebo kovové lopatky (NOVÁKOVÁ, 2011). Zkontroluje expiraci naordinovaného léčiva, ohodnotí stav kůže, rozsah projevů nemoci a subjektivní potíže nemocného. Správným způsobem aplikuje lokální léčebný prostředek na projevy tak, aby byla ošetřena pouze psoriatická ložiska, nikoliv zdravá kůže v jejich okolí (RESL, 2014).

U chodících pacientů jsou léčiva nanášena v místnosti určené k ošetřování. Pokud je pacient ležící, je nutné ošetření provést přímo na lůžku. Zevní léčba musí být aplikována šetrně. Kůže nesmí být zbytečně iritována hrubým třením. Na projevy lupénky se aplikují masti, pasty nebo krémy. Léčivo se vždy nanáší nejprve na malý kousek kůže. Všeobecná sestra poté sleduje případné nežádoucí reakce a informuje lékaře (NOVÁKOVÁ, 2011). Při hospitalizaci na dermatovenerologickém oddělení se užívají spíše agresivnější, někdy nepříjemně zapáchající, barvicí zevní léčiva. V domácím prostředí potom lehčí krémy a masti s menším rizikem vzniku nežádoucích reakcí (RESL, 2014).

Během ošetřování všeobecná sestra vždy dodržuje zásady správné hygieny, používá ochranné pomůcky, dohlíží na správné uchovávání léčiv a kontroluje expiraci a originalitu balení. Po ošetření vždy dezinfikuje a čistí použitá balení zevních léčiv a odstraňuje použitý materiál. Stav kůže a subjektivní pocity pacienta, jako je například bolest nebo svědění, sleduje a zapisuje do ošetřovatelské dokumentace (NOVÁKOVÁ, 2011).

Pasty a dehtové masti jsou nanášeny pouze v tenkých vrstvách a nezasahují zdravou kůži. U těchto léčiv hrozí při nesprávném použití toxická reakce. Stejně jako masti a krémy obsahující kortikoidy, keratolytika nebo protizánětlivé složky, se nanášejí pouze 1x maximálně 2x denně. Četnost ošetření vždy ordinuje lékař dle stavu kůže. Během dne je možné pro zvláčnění používat indiferentní krémy a to dle potřeby pacienta (RESL, 2014). Při postižení vlasové části hlavy se aplikují mléka s kortikoidy nebo salycilové oleje, které se vtírají do pokožky hlavy předem vytvořenými pěšinkami (NOVÁKOVÁ, 2011).

Při ošetřování pacienta postiženého psoriázou by se všeobecná sestra měla vyvarovat netaktních poznámek o vzhledu kůže ošetřovaného a snažit se jej psychicky podpořit a povzbudit v pravidelné péči o kůži (OBSTOVÁ, 2016, s. 13), jelikož užívání zevní léčby je velmi důležitou součástí na cestě k výraznému zmírnění všech nepříjemných projevů psoriázy (NEVORALOVÁ, 2013, s. 226).

#### **4.1.3 PÉČE O DUŠEVNÍ A TĚLESNÝ KOMFORT**

Nelehkým úkolem všeobecné sestry je péče o psychiku člověka nemocného psoriázou. Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění chronické, tedy nevyléčitelné, není jednoduché přesvědčit pacienta o tom, aby svoji chorobu přijal a naučil se s ní žít. Jedním z cílů tohoto ošetřovatelského procesu je uvést pacienta do psychické pohody, zklidnit jej a pomocí správné edukace namotivovat k dodržování všech pravidel vedoucích k výraznému zlepšení jeho psychického, ale i tělesného komfortu. K tomu je mimo jiné důležité ve spolupráci s pacientem vytvořit plán ošetřovatelské péče a zajistit nemocnému co největší pohodlí při aplikaci lokální terapie (NOVÁKOVÁ, 2011).

K tělesnému komfortu nemocného významně přispívá klid na lůžku, dobré prostředí ke spánku, častá výměna prádla a lůžkovin, které jsou plné oloupaných šupin a špinavé od mastí. Všeobecná sestra pravidelně podává antihistaminika a sedativa dle ordinace lékaře. Tato skupina léků nemocného zbaví úporného svědění, které psoriázu doprovází. Pokud pacient potřebuje, je mu nápomocna při vykonávání denních aktivit (NOVÁKOVÁ, 2011).



Do domácí péče by měl být pacient propuštěn správně informovaný tak, aby jeho kroky ve vykonávání péče o kůži a duševní zdraví vedly ke schopnosti se plnohodnotně zařadit do společnosti a žít běžným životem (NOVÁKOVÁ, 2011).

## 5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PSORIÁZOU

V praktické části byly pozměněny identifikační údaje a časová data z důvodu dodržení díky platné legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů pacienta.

Praktická část popisuje ošetřovatelský proces u pacienta s psoriázou. Všechny anamnestické údaje byly získány z rozhovoru s pacientkou a ze zdravotnické dokumentace. Ke zpracování byl použit funkční model zdraví Marjory Gordonové. Ke zjišťování ošetřovatelských diagnóz bylo čerpáno ze zdroje NANDA International Taxonomie II.

### 5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

*Tabulka 1 - Identifikační údaje pacienta*

<b>Jméno a příjmení</b>	X. Y.	<b>Pohlaví</b>	Žena
<b>Datum narození</b>	1963	<b>Věk</b>	56 let
<b>Adresa a bydliště</b>	XXXX	<b>Číslo pojišťovny</b>	207
<b>Rodné číslo</b>	XXXXXXX/XX	<b>Zaměstnání</b>	Poštovní doručovatelka v částečném invalidním důchodu
<b>Vzdělání</b>	Střední zdravotnická škola	<b>Typ přijetí</b>	Plánované
<b>Stav</b>	Rozvedená	<b>Ošetřující lékař</b>	MUDr. X. Y.
<b>Datum přijetí</b>	4. 1. 2018		
<b>Oddělení</b>	Dermatovenerologie		

Zdroj: ošetřovatelská dokumentace

**Důvod přijetí udávaný pacientem:**

Exacerbace psoriázy, otoky nártů a kotníků, zimnice, zarudnutí kůže, bolestivost projevů na kůži. Dle pacientky ke zhoršení nemoci došlo v důsledku stresu.

**Medicínská diagnóza hlavní:**

Psoriasis vulgaris

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

Artróza L4, L5

Xeróza kůže

Jiný pruritus

Depresivní syndrom

**Vitální funkce při přijetí**

*Tabulka 2 - Fyziologické funkce pacienta*

<b>TK</b>	103/63	<b>Výška</b>	155 cm
<b>P</b>	86/min	<b>Hmotnost</b>	42 kg
<b>D</b>	19/min	<b>BMI</b>	17,5
<b>TT</b>	37, 4°C	<b>Pohyblivost</b>	Lehce omezená v důsledku bolestivosti projevů
<b>Stav vědomí</b>	Při vědomí, orientovaná	<b>Krevní skupina</b>	B

Zdroj: ošetrovatelská dokumentace

**Nynější onemocnění:**

Pacientka byla přijata pro exacerbaci psoriázy. Ke zhoršení projevů došlo před měsícem v důsledku prodělaného stresu, který byl vyvolán nečekanou ztrátou zaměstnání. Pacientka nejdříve prodělala 4 sezení na excimerovém laseru na soukromé klinice. Tato terapie byla bez pozitivního efektu a došlo naopak ke zhoršení projevů. Objevily se otoky na dolních končetinách a to v oblasti nártů a kotníků. Došlo k zarudnutí kůže a vzniku bolestivých

krvavých ragád zejména na obou loktech a kolenou. Exkoriované projevy psoriázy i ve kštici. Pacientka má zvýšenou teplotu 37,4°C.

### **Informační údaje:**

Pacientka, její dcera, zdravotnická dokumentace, lékař

## **5.2 ANAMNÉZA**

### **Rodinná anamnéza**

Matka zemřela v 68 letech na plicní embolii, sourozence nemá, 1 dcera zdravá, kožní choroby a kožní nádory v rodině neguje.

### **Osobní anamnéza**

Psoriasis vulgaris od 16 let, kdy se projevy objevily po prodělané angíně. Po dehtových preparátech a fototerapii vymizení projevů, po té psoriáza dlouhodobě stabilní.

- Běžné dětské choroby
- St. P. TBC 2x v roce 1988 a v roce 2000, zaléčeno
- St. P. lobektomie levé plice pro 2 benigní tumory v roce 2017

Úrazy::neguje

Transfúze: v roce 2017 při operaci, bez reakce

Očkování: prodělala všechna povinná

### **Léková anamnéza**

Pacientka užívá antihistaminika, kortikoidní lokální léčiva, a antidepresiva.

### **Alergologická anamnéza**

Léky: Penicilin, Deoxymykoin

Potraviny: mléko, pšenice

Chemické látky: chemický postřik na ovoci

Jiné: prach, pyl, roztoči

### **Abúzy**

Alkohol: příležitostně

Kouření: po prodělané lobektomii již nekouří

Káva: 4x denně

Léky: jen nezbytně nutné ke zmírnění projevů onemocnění

Jiné návykové látky: pacienta neguje

### **Gynekologická anamnéza**

Menarche od 14 let, cyklus pravidelný, trvání 28 let, intenzita pravidelná, bolesti byly většinou snesitelné, antikoncepci nikdy neužívala, UPT 1x, porod 1x, menopauza ve 42 letech, během klimakteria návaly, pocení, samovyšetření prsu neguje, poslední gynekologická prohlídka v roce 2017, mamografie v témže roce bez patologického nálezu.

### **Sociální anamnéza**

Pacientka je rozvedená, bydlí sama se psem v malém bytě činžovního domu, občas ji chodí navštěvovat její dospělá dcera. Její zálibou je četba, volnočasové aktivity tráví procházkami se psem.

### **Pracovní anamnéza**

Pacientka je v částečném invalidním důchodu, přivydělává si jako poštovní doručovatelka, v současné době ovšem o práci přišla.

### **Spirituální anamnéza**

Bez vyznání

## **5.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA**

**Posouzení soběstačnosti** - klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle Marjory Gordonové – 4. 1. 2018 (viz.Tabulka 4 na následující stránce).

Tabulka 3 - Klasifikace funkčních úrovní sebeděče

<b>Body</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>0</b>	<b>Nezávislý, soběstačný</b>
<b>1</b>	Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činnosti
<b>2</b>	Potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 55% činnosti
<b>3</b>	Potřebuje velkou pomoc od druhé osoby nebo přístroje, sám zvládne méně než 25% činnosti
<b>4</b>	Zcela závislý na pomoci druhých potřebuje úplný dohled
<b>5</b>	Absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat
<b>Hodnocení: při 1 a více bodů je v nějaké činnosti nesoběstačný</b>	
	<b>0</b>

Zdroj: ošetřovatelská anamnéza FNKV

Podle stupnice soběstačnosti Marjory Gordonové bylo zjištěno, že pacientka je nezávislá a zcela soběstačná.

**Posouzení rizika vzniku dekubitů** – rozšířená stupnice Nortonové - 4. 1. 2018

Tabulka 4 - Rizika vzniku dekubitů

<b>Ochota ke spolupráci</b>	Plná	<b>4 body</b>
<b>Věk</b>	Méně jak 60	<b>2 body</b>
<b>Stav pokožky</b>	Suchá, šupinatá	<b>3 body</b>
<b>Přidružená onemocnění</b>	Lehká forma	<b>3 body</b>
<b>Tělesný stav</b>	Dobrý	<b>4 body</b>
<b>Duševní stav</b>	V pořádku	<b>4 body</b>
<b>Aktivita</b>	Chodí bez pomoci	<b>4 body</b>
<b>Pohyblivost</b>	Lehce omezená	<b>3 body</b>
<b>Inkontinence</b>	Žádná	<b>4 body</b>
<b>Hodnocení: nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně</b>		<b>31 bodů</b>

Zdroj: ošetřovatelská anamnéza FNKV

Podle Nortonové stupnice posouzení rizika vzniku dekubitů byla pacientka ohodnocena 31 body. Riziko vzniku dekubitů nehrozí.

Riziko pádu bylo zjišťováno podle stupnice Conleyové. Pacientka byla ohodnocena 1 bodem, tedy bez rizika pádu, při čemž riziko pádu u této stupnice vzniká až při 5 bodech.

Dále byl při ošetřovatelském příjmu proveden základní nutriční screening, na základě kterého byla u pacientky zjištěna podváha a alergické reakce na některé potraviny. Strava pacientky byla upravena ve spolupráci s nutričním terapeutem.

Při zpracování ošetřovatelské anamnézy byla použita ošetřovatelská dokumentace FNKV (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady).

## **5.4 POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTKY ZE DNE 4. 1. 2018**

### **Hlava a krk**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně je hlava pokleповě nebolestivá, normocefalická, výstupy n. V. nebolestivé inervace n. VII. správná, zornice izokorické, reagují, skléry anikterické, spojivky růžové. Uši a nos bez výtoků, jazyk bez povlaku, plazí středem, sliznice dutiny ústní bez enantému a bez zápachu, rty mírně suché, chrup kompletní. Vlasová část hlavy postižena psoriatickými projevy. Šíje volná, krk souměrný, pulzace karotid pravidelná, štítná žláza ne zvětšena, tonzily ne zvětšené, hrdlo klidné.

Bez ošetřovatelského problému.

### **Hrudník a dýchací systém**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně je hrudník souměrný, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Bez ošetřovatelského problému.

### **Srdečně cévní systém**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně je akce srdeční pravidelná, 2 ozvy ohraničené, bez šelestu, pulz hmatný, krevní tlak 103/63 mmHg. Lýtka pohmatově nebolestivá, DK bez varixů, bez známek TEN, periferní pulzace bilaterálně hmatné.

### **Břicho a GIT**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně má břicho, měkké, pohmatově nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatných patologických rezistencí, játra a slezina nezvětšené, stolice pravidelná, bez příměsi krve a hlenu.

Bez ošetrovatelského problému.

### **Močový a pohlavní systém**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně je zevní genitál bez patologie, vnitřní genitál po hysterektomii, inkontinence není, moč čirá bez hematurie a jiných patologických změn.

Bez ošetrovatelského problému.

### **Kosterní a svalový systém**

Subjektivně pacientka trpí bolestí bederní páteře pouze někdy, pokud se snaží pro něco ohnout.

Objektivně je páteř postižena v bederní oblasti artrózou obratlů L4 a L5. Pacientka chodí v mírném předklonu, bolest neudává.

Bez ošetrovatelského problému.

### **Nervový systém a smysly**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně je pacientka orientována místem i časem. Zrakový, sluchový i čichový aparát bez patologického nálezu.

Bez ošetrovatelského problému.



### **Endokrinní systém**

Subjektivně pacientka obtíže neudává.

Objektivně je štítná žláza nezvětšená a nebolestivá bez patologických změn.

Bez ošetrovatelského problému.

### **Imunologický systém**

Subjektivně má pacientka mírně zvýšenou teplotu a zimnici.

Objektivně jsou lymfatické uzliny v axilách a tříselech nezvětšeny, TT při příjmu 37,4°C, alergie léková ( PNC, Deoxymykoin), potravinová (mléko, pšenice), chemické látky (chemický postřik na ovoci), roztoči, pyly.

Ošetrovatelský problém: alergie.

### **Kůže a její adnexa**

Subjektivně pacientka trpí bolestmi způsobenými ragádami na psoriatických projevech, kůže je suchá, napnutá a svědí.

Objektivně je kůže zarudlá, místy pokrytá šupinami, na loktech a kolenou jsou bolestivé, krvavé ragády, kotníky a nártý jsou mírně oteklé. Na trupu a končetinách jsou splývající místy až živější erytematózní ložiska, na HKK lichenifikace. Ve kštici exkoriované projevy.

Ošetrovatelský problém: Bolest, svědění.

## **5.4.1 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA**

### **Stravování**

Doma:

Subjektivně si pacientka teplé jídlo nevaří, dle jejích slov je to zbytečné, když žije sama. Za den sní pár kousků kukuřičného chleba, banány nebo si uvaří instantní polévku.

Objektivně je strava pacientky nepravidelná a nevyvážená, celkový životní styl je nezdravý.

Za hospitalizace:

Subjektivně pacientce nemocniční strava chutná, dle jejích slov je ráda, že jí uvaří někdo jiný a nemá s tím práci.

Objektivně pacientka sní celé porce, za hospitalizace je její strava pravidelná, dieta je sestavena ve spolupráci s nutričním terapeutem mimo jiné také z důvodu alergických reakcí na některé potraviny, dieta individuální.

### **Příjem tekutin**

Doma:

Subjektivně pacientka pije, když má žízeň, množství tekutin odhaduje zhruba na 1,5 litru, k tomu vypije 3-4 kávy denně.

Objektivně má pacientka suchou kůži, spíše však z důvodu jejího kožního onemocnění.

Za hospitalizace:

Subjektivně pacientka pije více, k jedné lahvi perlivé vody o obsahu 1,5 litru vypije ještě termosku čaje o obsahu 1 litru. Kávu v nemocnici nepije.

Objektivně je hydratace pacientky za hospitalizace dostačující.

### **Vylučování moči**

Doma:

Subjektivně nevnímá, že by měla nějaké potíže s močením.

Objektivně pacientka problémy s močením neudává.

Za hospitalizace:

Subjektivně má pacientka pocit, že chodí na toaletu častěji než doma.

Objektivně je vylučování moči pravidelné, hustota moči dle výsledků biochemie v normě, moč makroskopicky i mikroskopicky bez patologických změn.

### **Vylučování stolice**

Doma:

Subjektivně pacientka udává, že chodí na stolicí pravidelně, stolice je tuhé konzistence.

Objektivně problém se stolicí pacientka neudává.

Za hospitalizace:

Subjektivně pacientka uvádí, že má vždy v cizím prostředí problém chodit na stolicí.

Objektivně pacientka druhý den hospitalizace ještě na stolicí nebyla.

## **Spánek a bdění**

Doma:

Subjektivně pacientka chodí spát kolem 23:00 hodin, probouzí se přibližně kolem 6 hodiny ráno, spí v kuse celou noc.

Objektivně pacientka problémy se spánkem neudává, pouze v případech, kdy ji obtěžují projevy nemoci.

Za hospitalizace:

Subjektivně pacientka nemůže spát, dle jejích slov jí ruší ostatní pacientky, úporné svědění a bolestivost kožních projevů.

Objektivně pacientka odmítá léky na spaní, vyžaduje pouze zvýšení dávky antihistaminik a promazání celého těla indiferentním zvláčňujícím krémem těsně před spaním.

## **Aktivita a odpočinek**

Doma:

Subjektivně pacientce jako aktivita postačují procházky se psem a četba. Občas jí navštíví dcera a jdou do kina.

Objektivně je pacientka schopná postarat se o sebe sama, více aktivit nevyhledává.

Za hospitalizace:

Subjektivně se v tomto ohledu cítí jako doma až na chybějící procházky se psem, celý den sedí nebo leží a věnuje se četbě.

Objektivně se pacientka občas prochází po oddělení, kouká na televizi ve společenské místnosti nebo si čte.

## **Hygiena**

Doma:

Subjektivně pacientka není na nikom závislá, hygienu si obstará sama.

Objektivně pacientka problémy s hygienou neudává.

Za hospitalizace:

Subjektivně pacientce chybí každodenní sprchování, které je nyní z důvodu onemocnění omezené. Také jí vadí, že nesmí používat mýdlo.

Objektivně pacientka vykonává sama pravidelně ranní hygienu, sprchovat se však může maximálně 2x v týdnu bez použití mýdla, aby nebyla narušena efektivita zevní terapie.

### **Soběstačnost**

Doma:

Subjektivně se pacientka cítí zcela soběstačná, dle jejích slov potřebuje pomoc pouze v případě, že je potřeba přenést něco těžkého.

Objektivně pacientka problém se soběstačností neudává.

Za hospitalizace:

Subjektivně potřebuje pouze malou pomoc od zdravotnického personálu při lokálním ošetřování kůže. Neohne se tak, aby byla schopna si ošetřit projevy na nártách, bérkách a lýtkách.

Objektivně má pacientka artrózu 4 a5 bederního obratle, kvůli které se zcela neohne. Je tedy nutná pomoc zdravotnického personálu při ošetřování DK.

## **5.4.2 POSOUZENÍ PSYCHYCKÉHO STAVU**

### **Vědomí**

Subjektivně je pacientka schopna vnímat vše, co se děje v jejím okolí.

Objektivně je pacientka po dobu hospitalizace plně při vědomí.

### **Orientace**

Subjektivně se pacientka cítí zcela orientovaná.

Objektivně je pacientka orientovaná místem i časem.

### **Nálada**

Subjektivně se pacientka po terapii antidepresivy cítí dobře, mezi lidmi však podle svých slov raději nevychází. V nemocnici se cítí dobře, protože je mezi podobně postiženými lidmi a není vystavena jejich štítivým reakcím.

Objektivně je pacientka dispenzarizovaná v psychiatrické ambulanci pro depresivní syndrom. Pravidelně užívá antidepresiva. Za hospitalizace neprojevuje žádné známky úzkosti.

### **Paměť**

Subjektivně má pocit, že jí paměť slouží dobře, jak sama udává přiměřeně jejímu věku.

Objektivně pacientka problémy s pamětí neudává.

### **Myšlení**

Subjektivně udává, že jí to ještě myslí dobře.

Objektivně se žádné problémy s myšlením nevyskytují.

### **Temperament**

Subjektivně se pacientka vnímá jako pesimista. Negativní myšlenky má podle svých slov často. Pomáhají jí antidepresiva.

Objektivně je pacientka spíše melancholická.

### **Sebehodnocení**

Subjektivně se pacientka díky své nemoci cítí méněcenná.

Objektivně je sebehodnocení pacientky na nízké úrovni.

### **Vnímání zdraví**

Subjektivně pacientka vnímá, že úplně zdravá nikdy nebude, ačkoliv by si to moc přála.

Objektivně je pro pacientku zdraví v životě člověka to nejdůležitější.

### **Vnímání zdravotního stavu**

Subjektivně pacientka cítí, že svou chronickou nemoc stále nedokáže přijmout a vyrovnat se s ní, i když se o to snaží.

Objektivně pacientka bere na vědomí, že je její nemoc nevyлéčitelná, je však vděčná za každé malé zlepšení jejího zdravotního stavu.

### **Reakce na onemocnění a prožívání nemoci**

Subjektivně je pacientka hospitalizovaná už po několikáté, ví tedy, co ji čeká a těší se, až se jí uleví.

Objektivně tato hospitalizace není v životě pacientky první, dobře spolupracuje a dodržuje léčebný režim, aby co nejdříve došlo ke zlepšení kožních projevů.

### **Reakce na hospitalizaci**

Subjektivně je pacientka na opakované hospitalizace zvyklá.

Objektivně pacientka nevykazuje žádné známky negativních reakcí na hospitalizaci.

### **Adaptace na onemocnění**

Subjektivně pacientka své onemocnění stále nedokáže přijmout jako součást jejího života. Jak sama udává je to pro ni obtěžující ve všech aspektech jejího života.

Objektivně je pacientka na antidepresivní terapii z důvodu neschopnosti přijetí svého chronického onemocnění.

### **Projevy jistoty a nejistoty**

Subjektivně si je pacientka jistá, že se svého onemocnění nikdy nezbaví. Nejistotu má v tuto chvíli pouze existenční, protože podle jejích slov přišla o zaměstnání, z částečného invalidního důchodu nevyžije a s její nemocí ji nikde nezaměstnají.

Objektivně je u pacientky v tuto chvíli markantní existenční nejistota.

### **Zkušenosti z předcházejících hospitalizací**

Subjektivně má pacientka zatím jen dobré zkušenosti jak se zdravotnickým personálem, tak se zdravotnickými zařízeními.

Objektivně jsou zkušenosti pacientky s předchozími hospitalizacemi jen pozitivní.

## **5.4.3 POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU**

### **Komunikace verbální**

Subjektivně si pacientka myslí, že je komunikativní, projevy její nemoci jí však dle jejích slov nutí vyhýbat se lidem.

Objektivně se pacientka za hospitalizace jeví jako komunikativní a přátelská. S ostatními pacienty normálně komunikuje.

### **Komunikace neverbální**

Subjektivně si pacientka myslí, že na své okolí působí smutně a ustaraně.

Objektivně se pacientka za hospitalizace neverbálně projevuje bolestivými grimasami v obličeji, zejména při ošetřování krvavých, bolestivých ragád na kůži.

### **Informovanost o onemocnění**

Subjektivně pacientka trpí lupénkou už od svých 16 let. Proto je její informovanost dostatečná.

Objektivně je informovanost pacientky na velice dobré úrovni. Informace získává od svého dermatologa nebo z internetu.

### **Informovanost o diagnostických metodách**

Subjektivně si pacientka myslí, že o všech diagnostických metodách ví, a že již všechny podstoupila.

Objektivně je pacientka o všech diagnostických metodách týkajících se jejího onemocnění velmi dobře informovaná.

### **Informovanost o specifikách ošetrovatelské péče**

Subjektivně se pacientka domnívá, že za ta léta co chorobou trpí, zná velmi dobře všechna specifika při ošetřování.

Objektivně je pacientka se všemi specifiky a jejich náročností při ošetřování projevů její nemoci velmi dobře obeznámena.

### **Informovanost o léčbě a dietě**

Subjektivně pacientka udává, že byla o léčbě i dietách dobře a srozumitelně informována.

Objektivně zdravotnický personál pacientku o léčbě a dietě průběžně informuje.

### **Informovanost o délce hospitalizace**

Subjektivně na základě předchozích hospitalizací se pacientka domnívá, že nebude třeba více jak 10 dnů nemocniční péče. Tuto domněnku jí potvrdil i ošetřující lékař.

Objektivně byla pacientka informována ošetřujícím lékařem o nutnosti hospitalizace v době trvání 7-10 dní, pokud nenastanou komplikace.

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

Primární role je v souvislosti s věkem a pohlavím.

Subjektivně pacientka vnímá, že je 56 letá žena, kvůli nemoci se však žensky necítí, dle jejích slov se vnímá jako ošklivý člověk.

Objektivně je role pacientky narušena.

Sekundární role je v souvislosti s rodinou a společenskými funkcemi.

Subjektivně se cítí jako matka dospělé dcery. Dle slov pacientky se často cítí osamělá, protože partnera nemá a dcera má již vlastní život.

Objektivně je sekundární role narušená.

Terciální role je v souvislosti s volným časem a zálibami.

Subjektivně má pacientka ráda procházky se svým pejskem a četbu.

Objektivně jsou role částečně narušené v souvislosti s pobytem v nemocnici.

## 5.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

### Ordinovaná vyšetření ze dne 4. 1. 2018

Krev biochemicky, moč chemicky + sediment, krevní obraz

#### Biochemické vyšetření krve

*Tabulka 5 - Výsledek biochemického vyšetření krve*

Název metody	Zjištěná hodnota	Referenční meze
Urea	1,78 mmol/l	2,00 – 6,70 mmol/l
Kreatinin	45 umol/l	46 – 90 umol/l

Zdroj: zdravotnická dokumentace FNKV

#### Biochemické vyšetření moči

*Tabulka 6 - Výsledek biochemického vyšetření moči*

Název metody	Zjištěná hodnoty	Referenční meze
pH	7,5	5,0 – 6,5
Bílkovina	1	0 – 0
Specifická hmotnost	1004 kg/m <sup>3</sup>	1015 – 1030 kg/m <sup>3</sup>

Zdroj: zdravotnická dokumentace FNKV



## Hematologické vyšetření

Tabulka 7 - Výsledek hematologického vyšetření

Název metody	Zjištěná hodnota	Referenční meze
WBC	10,1x10 <sup>9</sup> /l	4,00 – 10,00/l
HGB	116g/l	135,0 – 175,0/l
PLT	574x10 <sup>9</sup> /l	150 – 400/l
PCT	0,56%	0,12 – 0,35%
Neutrofilly	7,41x10 <sup>9</sup> /l	2,00 – 7,00/l
Lymfocyty	19,2%	20,00 – 45,00%

Zdroj: zdravotnická dokumentace FNKV

V předchozích tabulkách jsou uvedeny pouze hodnoty zjištěné mimo referenční meze stanovené laboratoří fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

### Konzervativní léčba

Dieta: IND (individuální).

Pohybový režim: bez omezení.

Medikamentózní léčba: antihistaminika, analgetika, antidepresiva. Laxantia, lokální kortikosteroidy.

Tabulka 8 - Medicínský management

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování	Skupina
Ewofex	Per os	180 mg	1-1-0-0	Antihistaminikum
Zodac	Per os	10 mg	1-0-0-0	Antihistaminikum
Mírzaten	Per os	45 mg	0-0-1-0	Antidepresivum
Zoloft	Per os	100 mg	1-0-0-0	Antidepresivum
Neurol	Per os	0,5 mg	0-0-1-0 při úzkosti	Anxiolytikum
Algifen	Per os		Při bolesti max však 4x denně	Analgetikum
Laktuloza	Per os		15 ml 3x denně	Laxantium

Dexamethason s Acidi salicylici	Lokálně na kůži	5%	1x denně ráno	Lokální kortikosteroid+ keratolytikum
Belosalic	Lokálně do kštice			Lokální kortikosteroid+ keratolytikum
Ambiderman	Lokálně na kůži		2 – 3x denně	Indiferentní hydrofilní krémový základ

Zdroj: zdravotnická dokumentace FNKV

### Ostatní péče

Po odeznění akutní fáze nemoci byla léčba doplněna celotělovou fototerapií UVB 311 nm v následujících dávkách:

*Tabulka 9 - Denní dávkování fototerapie*

Den	Datum	Dávka
1.	8. 1. 2018	0,1J/cm <sup>2</sup>
2.	9. 1. 2018	0,1J/cm <sup>2</sup>
3.	12. 1. 2018	0,15J/cm <sup>2</sup>
4.	13. 1. 2018	0,2J/cm <sup>2</sup>
5.	14. 1. 2018	0,25J/cm <sup>2</sup>

Zdroj: zdravotnická dokumentace FNKV

## 5.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 5. 1. 2018

Pacientka ve věku 56 let, plánovaně hospitalizovaná na standardním oddělení dermatovenerologie od 4. 1. 2018 pro exacerbaci psoriázy po prodělaném stresu, souvisejícím se ztrátou zaměstnání a hrozícími existenčními problémy. Pacientka je při vědomí, orientovaná, vykazuje známky úzkosti, jinak spolupracuje. Udává alergie na PNC, Deoxymykoin, mléko, pšenici, chemické postřiky na ovoci, prachy a pyly.

Po předešlých několika sezeních na excimerovém laseru na soukromé klinice, kterou navštěvovala má pacientka spálenou kůži, otoky nártů a kotníků a celkové zhoršení projevů lupénky. Projevy na kůži jsou na některých místech s krvácejícími, bolestivými ragádami, kůže je suchá a zašupěná. Ložiska psoriázy jsou patrná i ve kštici. Hlava a krk bez významných změn, srdeční akce je pravidelná, bez šelestů, dýchání čisté, sklípkové bez vedlejších fenoménů. Štítná žláza nehmatná, břicho nebolestivé, měkké, pulzace hmatná. TT je mírně zvýšená na 37,4°C, pacientka udává zimnice. TK 103/63 mmHG mírná hypotenze.

Pacientka je hospitalizovaná opakovaně, ví, co ji čeká, chtěla by se co nejdříve zbavit akutních projevů onemocnění a bolestí kůže. Pobyť v nemocnici ji nijak nestresuje. Antidepresivní terapii má nastavenou s pozitivním efektem, v tomto ohledu je pacientka kompenzovaná. Ve škálách rizik dle ošetřovatelské dokumentace FNKV, vyšla pacientka bez rizika pádu, dekubitů a zcela soběstačná. Dle základního nutričního screeningu, bylo zjištěno, že pacientka trpí podváhou. Její BMI je 17,5 bodů. Ve spolupráci s nutriční terapeutkou a lékařem byla naordinována individuální dieta. Pacientka trpí akutními bolestmi kůže dle stupnice VAS 3- 4, které se po podání analgetik zmírnily na VAS 1- 2. Pacientka je omezena v pohybu jen mírně a to při nanášení zevních léčiv na kůži, jinak se pohybuje bez omezení. Kůže je po několika aplikacích zevních léčiv již o něco vláčnější, některé projevy jsou však stále živé a bolestivé. Dochází k masivnímu odlučování šupin.

Po podání antipyretika je pacientka již subfebrilní a cítí se o trochu lépe. Zimnice se už nevyskytují. Druhý den hospitalizace pacientka stále nebyla na stolici, trpí zácpou vždy, když je v cizím prostředí. Močení bez obtíží, hydratace zvýšená, pacientka vypije 2 – 2,5 l tekutin, což je více než doma. Spánek má narušený, budí se kvůli starostem o budoucnost, ale primárně z důvodu bolestivosti projevů a silného svědění kůže.

Lékařem ordinovaná vyšetření:

- Biochemické a hematologické vyšetření krve
- Měření TK 3x denně
- Měření TT 3x denně
- Sledování nutriční

## 5.1 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny 2. den hospitalizace pacientky dne 5. 1. 2018, na základě práce s NANDA – I Taxonomie II, podle NANDA International, *Ošetřovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015 – 2017*.

Deset vybraných ošetřovatelských diagnóz bylo seřazeno dle priorit určených na základě rozhovoru s pacientkou. Do bakalářské práce bylo vybráno a podrobně zpracováno pět ošetřovatelských diagnóz, které pacientku nejvíce trápí a omezují ji v jejím běžném životě. Dále byly určeny a podle naléhavosti seřazeny čtyři pro pacientku rizikové ošetřovatelské diagnózy. Tyto diagnózy byly seřazeny dle priorit určených ošetřujícím personálem. Zhodnocení realizací, které byly prováděny po celou dobu hospitalizace bylo uskutečněno předposlední den před plánovanou dimisí 14. 1. 2017.

Ošetřovatelské diagnózy stanovené u pacientky a jejich uspořádání dle priorit:

1. Akutní bolest 00132
2. Narušená integrita kůže 00046
3. Zácpa 00011
4. Zhoršený komfort 00214
5. Nevyvážená výživa: méně než je potřebné organismu 00002
6. Úzkost 00146
7. Narušený vzorec spánku 00198
8. Zhoršená sociální interakce 00052
9. Chronicky nízká sebeúcta 00119
10. Beznaděj 00124

Rizikové ošetřovatelské diagnózy stanovené u pacientky:

1. Riziko infekce 00004
2. Riziko alergické reakce 00217
3. Riziko dysfunkční gastrointestinální motility 00197
4. Riziko osamělosti 00054

## 5.1.1 AKUTNÍ BOELST 00132

### Doména 12. Komfort

#### Třída 1. Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

#### Určující znaky:

1. výraz v obličeji
2. vyhledávání úlevové polohy
3. vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (vizuální analogová škála, numerická škála)

**Související faktory:** projevy základního onemocnění psoriáza

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacientka nebude mít bolest do dvou dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacientka bude mít zmírněnou bolest do ½ hodiny po podání analgetik.

**Očekávané výsledky:** pacientka bude schopna používat vizuální analogovou škálu bolesti a na jejím základě určit intenzitu své bolesti.

Pacientka dokáže spolupracovat s ošetřujícím personálem, sledovat svou bolest a průběžně informovat o její intenzitě.

Při propuštění do domácí péče bude pacientka zcela bez bolesti.

**Intervence:**

- sleduj bolest
- posuď důkladně bolest a její projevy, charakter, lokalizaci a intenzitu každou hodinu
- podávej analgetika dle ordinace lékaře
- zhodnot' současné i minulé užívání analgetik
- zjisti individuální práh bolesti u pacientky
- zjisti dobu trvání bolesti
- sleduj fyziologické funkce
- vše důkladně zapisuj do ošetrovatelské dokumentace

Všechny uvedené intervence provádí všeobecná sestra.

**Realizace 5. 1. – 14. 1. 2018:**

Analgetika dle ordinace lékaře byla podána 5. 1., 6. 1. a 7. 1. v 8.00 , ve 12.00 a v 18.00 hodin. V dalších dnech byla dávka analgetik dle ordinace lékaře upravena na podávání 1 tbl. v 18. 00 hodin. Postupně byla bolest snížena až na VAS 1. Bolest byla pravidelně každou hodinu sledována a hodnocena. Byla posuzována efektivita podávání analgetik dle ordinace lékaře každou hodinu od podání medikace. Rozhovorem s pacientkou bylo zjišťováno její vnímání bolesti a prahu bolesti. Vše bylo průběžně konzultováno s lékařem a pečlivě zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Při propuštění byla pacientka zcela bez bolesti.

**Hodnocení ze dne 14. 2. 2018:**

Oba cíle krátkodobý i dlouhodobý byly splněny. První den hospitalizace byla bolest po podávání analgetik a zevní léčby zmírněna z VAS 4 na VAS 2. Pacientka při propuštění domů neudávala žádnou bolest.

**5.1.2 NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE 00046**

**Doména 11.** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2.** Tělesné poškození

**Definice:** Změna v epidermis a nebo dermis

**Určující znaky:** změny integrity

**Související faktory:**

- Změny turgoru
- Imunodeficience
- Změny metabolismu
- Nevyvážená výživa

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacientka nebude mít žádné ragády na kůži do pěti dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacientka bude mít po aplikaci zevních léčiv pokožku vláčnější, do 1 hodiny.

**Očekávané výsledky:** pacientka první den hospitalizace po ošetření pocítí značnou úlevu.

**Intervence:**

- Zjistí rozsah a lokalizaci postižení kůže ragádami
- Dle ordinace lékaře aplikuj na kůži zevní léčbu
- Chraň živé, krvavé projevy na kůži pacientky sterilním obvazovým materiálem tak, aby projevy nebyly iritovány oblečením
- Sleduj prosak obvazu a dle potřeby proved' výměnu obvazového materiálu
- Vše konzultuj s lékařem
- Zajisti pacientce možnost použít zvláčňující krém k promazání kůže dle potřeby

Všechny uvedené intervence provádí všeobecná sestra.

**Realizace 5. 1. – 14. 1. 2018:**

Ode dne 5. 1. v 8.00 hodin každý den hospitalizace byl zhodnocen celkový stav pokožky, posouzen rozsah poškození kůže ragádami a zjištěna lokalizace živých,

krvavých projevů. Každý den byla v 8.30 hodin na kůži celého těla aplikována zevní léčba dle ordinace lékaře a místa na kůži postižená ragádami byla chráněna sterilním obvazovým materiálem. Byl sledován prosak obvazu po 2 hodinách a dle potřeby vyměněn. Pokožka byla zvláčňována indiferentním zevním léčivem v 15. 00 a ve 21.00 hodin před spaním pacientky.

#### **Hodnocení 14. 1. 2018:**

Oba cíle, krátkodobý i dlouhodobý byly splněny. Po aplikaci lokální terapie byly ragády zvláčněny a po převázání projevů sterilním materiálem byla kůže ochráněna proti riziku infekce a proti další iritaci živých projevů oblečením nebo lůžkovinami. Pacientka odchází domů ve stabilizovaném stavu. Její kůže je zbavena šupin a zvláčněná, ragády zhojené.

### **5.1.3 ZÁCPA 00011**

**Doména 3.** Vylučování a výměna

**Třída 2.** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

**Určující znaky:**

- Citlivost břicha s palpační svalovou rezistencí
- Změna ve vzorci vyprazdňování
- Vzednuté břicho
- Námaha při defekaci

**Související faktory:**

- Nedávná změna prostředí
- Emoční narušení
- Změna ve stravovacích návycích



**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacientka bude mít stolicí do 2 dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacientka nebude mít problém s defekací do 2 hodin.

**Očekávané výsledky:** pacientka bude po podání laxantií schopná bezproblémové defekace.

**Intervence:**

- Podávej pacientce laxantia dle ordinace lékaře
- Edukuj pacientku o prospěšnosti pohybu v rámci možností oddělení
- Edukuj pacientku o prospěšnosti zvýšeného příjmu tekutin
- Sleduj, kdy se účinek laxantií dostavil a jakou má stolice konzistenci
- Vše konzultuj s lékařem
- Vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace

Všechny uvedené intervence provádí všeobecná sestra.

**Realizace 5. 1. – 14. 1. 2018:**

Bylo zjištěno, kdy zácpa začala. Dále bylo rozhovorem s pacientkou zjišťováno, jaké potíže zácpu doprovázejí a proč vznikla. Pacientka uvedla, že má s defekací potíže vždy, když je v cizím prostředí. Došlo také ke změně ve stravovacích návycích. Po konzultaci s lékařem byla naordinována a podána laxantia dne 6. 1. v 11.00. Pacientka byla edukována o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a zvýšeném pohybovém režimu v rámci možností oddělení. Účinnost léčiva byla sledována a zaznamenána do ošetrovatelské dokumentace 6. 1. v 18.00 hodin.

**Hodnocení 14. 1. 2018:**

Oba cíle, krátkodobý i dlouhodobý byly splněny. Účinek léčiva a použitých intervencí se dostavil do 2 hodin od podání. Při propuštění byla pacientka schopna pravidelné fyziologické defekace bez nutnosti užívání laxantií.

## 5.1.4 ZHORŠENÝ KOMFORT 00214

**Doména 12.** Komfort

**Třída 1.** Tělesný komfort

**Třída 2.** Komfort prostředí

**Třída 3.** Sociální komfort

**Definice:** vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, environmentálních, kulturních a nebo sociálních dimenzích.

**Určující znaky:**

- Změněný vzorec spánku
- Úzkost
- Pocit diskomfortu
- Svědění
- Neklid
- Nelehkost situace

**Související faktory:**

- Symptomy související s nemocí
- Nedostatečné zdroje
- Léčba

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacientka nevnímá žádný diskomfort do pěti dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacientka vnímá zlepšení komfortu do 1 hodiny.

**Očekávané výsledky:** při propuštění do domácí péče, se pacientka po odeznění akutní fáze nemoci cítí komfortně, bolest a svědění neudává, celková a lokální terapie proběhla s pozitivním efektem.

**Intervence:**

- Zjistí příčiny vyvolávající pocity zhoršeného komfortu
- Zjistí začátek obtíží vyvolávajících zhoršený komfort
- Zjistí, o jaký druh pocitů vyvolávajících zhoršený komfort se jedná
- Sleduj bolest a podávej analgetika dle ordinace lékaře
- Sleduj svědění a podávej antihistaminika dle ordinace lékaře
- Sleduj účinek analgetik a antihistaminik
- Vše řádně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace
- Aplikuj důkladně lokální léčbu dle potřeby pacientky a dle ordinace lékaře
- Prováděj pravidelně a dle potřeby pacientky výměnu ložního a osobního prádla

Všechny uvedené intervence provádí všeobecná sestra.

**Realizace 5. 1. – 14. 1. 2018:**

Dne 5. 1. v 7.00 byly zjištěny příčiny pocitů zhoršeného komfortu, bolest, svědění, pocity pnutí kůže, pocity špinavosti kvůli masivnímu odlučování šupin a mastnotě kůže z důvodu podávání lokální terapie. Dále byla sledována bolest každou hodinu a tlumena analgetiky dle ordinace lékaře. První tři dny hospitalizace v 8.00, 12.00 a v 18.00 hodin. Bylo sledováno svědění po hodině a podávána antihistaminika dle ordinace lékaře v 8.00 a v 18.00 hodin každý den. V 8.30, 15.00 a ve 21.00 byla aplikována lokální terapie ke zmírnění projevů na kůži a ke zvláchnění suché kůže, ragády byly ošetřeny a převázány sterilním krytím. Vše bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace. Byla prováděna pravidelná výměna ložního a osobního prádla.

**Hodnocení 14. 1. 2018**

Oba cíle krátkodobý i dlouhodobý byly splněny. Pocity zhoršeného komfortu byly zmírněny, bolest i svědění byly ztlumeny analgetiky, antihistaminiky a aplikací lokální terapie. Při propuštění do domácí péče byla pacientka ve stabilizovaném stavu, bolest ani svědění neudávala. Projevy na kůži byly zvláchněné a zbavené šupin a ragád.

## 5.1.5 NEVYVÁŽENÁ VÝŽIVA: MÉNĚ NEŽ JE POTŘEBNÉ ORGANIZMU 00002

### Doména 2. Výživa

#### Třída 1. Příjem potravy

**Definice:** Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.

#### Určující znaky:

- Příjem potravy je menší než doporučená denní dávka
- Chabý svalový tonus
- Změněná chuť

#### Související faktory:

- Ekonomické znevýhodnění
- Nedostatečný přísun potravy

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacientka bude mít váhový přírůstek alespoň 2kg do deseti dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacientka bude jíst vše dle doporučení nutriční terapeutky do 1 hodiny.

**Očekávané výsledky:** při propuštění bude pacientka edukována o nutnosti pravidelného a nutričně vyváženého stravování. Na základě těchto informací přehodnotí svůj jídelníček a doma bude pokračovat ve stravování minimálně, tak jak se naučila při hospitalizaci. Pacientka si uvědomí, že při její diagnóze je vyvážená strava jedním z faktorů podporujících dlouhodobou remisi onemocnění.

#### Intervence:

- Zjistí příčinu podváhy pacientky.
- Zajisti spolupráci pacientky a ošetřujícího personálu s nutričním terapeutem.

- Edukuj spolu s nutričním terapeutem pacientku o důležitosti vyvážené a pravidelné stravy.
- Proved' nutriční screening.
- Sleduj váhové přírůstky u pacientky.

Uvedené intervence provádí všeobecná sestra, nutriční terapeut a lékař.

#### **Realizace 5. 1. – 14. 1. 2018:**

Při hospitalizaci v den přijetí 4. 1. v 8.00 h bylo při sepisování ošetrovatelské anamnézy zjištěno, že problém nevyvážené stravy pacientky a s ním související podváhy, je způsoben nejen špatnou ekonomickou situací pacientky, ale i špatnými stravovacími návyky získanými v průběhu jejího života. Dále bylo zjištěno, že je pacientka na některé potraviny alergická. Ve spolupráci s nutričním terapeutem a lékařem byla v 9.00 h naordinována a dle výživových potřeb pacientky nastavena individuální dieta, která byla zbavena alergenů nebezpečných pro pacientku a povede k jejímu váhovému přírůstku. Při příjmu byl proveden nutriční screening, vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.

#### **Hodnocení 14. 1. 2018:**

Oba cíle, krátkodobý i dlouhodobý byly splněny. Pacientka přijímala potravu pravidelně, jedla celé porce, spolupracovala s nutričním terapeutem. Při propuštění do domácí péče byla pacientka edukována, informacím o důležitosti správného stravování porozuměla, její váha se během hospitalizace zvýšila o 1 kg.

## **5.2 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE 14. 1. 2018**

Pacientka přijatá 4. 1. 2018 na oddělení dermatovenerologie pro exacerbaci psoriázy po prodělaném stresu ze ztráty zaměstnání. Dostavila se k plánovanému příjmu, se zvýšenou teplotu, zimnicemi a silně zašupěnými projevy na kůži. V oblasti kolen a loktů, byly živé krvavé, bolestivé ragády. Otoky kotníků, nártů a spálená kůže po prodělaných čtyřech sezeních na excimerovém laseru na nejmenované soukromé klinice.

Po přijetí na oddělení byla s pacientkou sepsána ošetrovatelská anamnéza pro zjištění stupně bolesti a míry svědění projevů. Byly zhodnoceny škály rizik a proveden základní nutriční screening, na jehož základě byla navázána spolupráce s nutričním terapeutem a ve spolupráci s lékařem naordinována individuální dieta. Byla provedena laboratorní vyšetření krve a moči. Poté byla pacientka ošetřena zevními léčivy. Kortikosteroidní a keratolytická externa byla aplikována na kůži celého těla a do vlasové části hlavy. Pro tlumení bolesti byla pacientce podávána analgetika dle ordinace lékaře. Pro zmírnění svědění byla podávána antihistaminika a antipyretika pro snížení tělesné teploty dle ordinace lékaře. Po odeznění akutní fáze nemoci byla pacientce naordinována fototerapie, na kterou kůže pacientky velmi pozitivně a rychle reagovala.

Po dobu trvání hospitalizace pacientka spolupracovala, na léčbu reagovala rychle, respektovala doporučení ošetřujícího personálu. Druhý den hospitalizace již pacientka zaznamenala mírnou úlevu od projevů onemocnění. Tento den také pacientka uváděla, že má zácpu, která byla do 3 hodin od podání laxancií dle ordinace lékaře a dodržování intervencí ze strany ošetřujícího personálu odstraněna.

Ošetrovatelský proces na oddělení dermatovenerologie byl vykonáván po dobu 10 dní od 4. 1. do 14. 1. 2018. Zdravotní stav pacientky se výrazně zlepšil a všechny průvodní nepříjemné projevy nemoci byly odstraněny. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování důkladně edukována, ve stabilizovaném stavu a vybavena léky na tři dny. Pro získání léčiv na další dny byly lékařem vystaveny recepty. Na fototerapii bude pacientka dále docházet již ambulantně.

### **5.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Doporučení pro praxi vznikla na základě prostudování odborné literatury a provádění ošetrovatelské péče u pacientky s psoriázou. Získané poznatky mohou být prospěšné jak pacientům postiženým touto diagnózou, tak i jejich příbuzným, široké neodborné veřejnosti, ale i veškerému zdravotnickému personálu.

**Doporučení pro praxi pro pacienty s diagnózou psoriáza:**

- Dodržování správné životosprávy
- Dodržování zdravého životního stylu
- Péče o kůži
- Pravidelná dispenzární péče
- Pravidelné kontroly u dermatologa
- Číst edukační materiály
- Vyvarovat se stresových situací
- Věnovat se svým koníčkům
- Volba vhodného zaměstnání
- Péče o duševní a fyzické zdraví

**Doporučení pro praxi příbuzným pacientů s psoriázou:**

- Psychicky podporovat postiženého
- Zajímat se o jeho problém
- Nastudovat si základní informace o onemocnění
- Motivovat pacienta k dodržování léčebných postupů
- Podporovat pacienta v pravidelném dodržování léčby
- Mít s pacientem trpělivost, vyvarovat se nevhodných komentářů o vzhledu jeho kůže, snažit se nemocného pochopit a podržet v jeho těžkých chvílích
- Nenavozovat pro pacienta stresové situace

**Doporučení pro praxi ošetřujícímu personálu:**

- Získat si důvěru nemocného a jeho blízké rodiny
- Plnit důkladně ordinace lékaře
- Sledovat průběh nemoci, bolest, svědění, komfort a psychiku nemocného, vše průběžně zaznamenávat do ošetřovatelské dokumentace
- Srozumitelně edukovat pacienta
- Vyvarovat se nevhodných komentářů o vzhledu pacienta
- Být empatický a snažit se pochopit situaci pacienta

**Doporučení pro praxi neodborné veřejnosti:**

- Dodržovat správnou životosprávu
- Péče o kůži
- Seznámení se se svou rodinnou anamnézou
- Samovyšetření kůže
- Při zpozorování podezřelých zarudlých a zašupěných ložisek na kůži navštívit praktického lékaře nebo dermatologa



## ZÁVĚR

V bakalářské práci byl zpracován ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s diagnózou psoriasis na lůžkovém oddělení dermatovenerologie.

Psoriáza je jednou z nejčastějších dermatóz. Jedná se o zánětlivé onemocnění kůže a jejích adnex. Toto onemocnění je chronické, tedy ne zcela vyléčitelné. Psoriázu je možné léčit ambulantní cestou. Pokud však dojde k akutní exacerbaci onemocnění je nutná hospitalizace a léčba pod odborným dohledem ošetřujícího personálu. Akutní fáze lupénky může být doprovázena vysokými teplotami, zimnicemi, bolestmi a zhoršeným psychickým stavem nemocného. Těchto projevů je nutné zbavit pacienta co nejdříve, což hospitalizace umožňuje rychle, efektivně a pro pacienta komfortněji než ambulantní péče.

Bakalářská práce je složena ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje informace o oboru dermatovenerologie, charakteristice a diagnostice onemocnění psoriasis, klinickém obrazu nemoci, přidružených onemocněních, diagnostice psoriázy a její léčbě. Závěr teoretické části se věnuje specifikům ošetrovatelské péče u pacientů s touto diagnózou. Všechny tyto informace byly získány z odborných knih a odborných článků.

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u konkrétní pacientky s akutní fází onemocnění psoriasis. Ke zpracování této části bakalářské práce byl použit funkční model zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy byly určeny podle NANDA International Taxonomie II. Bylo zpracováno deset ošetrovatelských diagnóz, určených na základě rozhovoru s pacientkou a z ošetrovatelské dokumentace. Dále čtyři rizikové diagnózy stanovené dle uvážení a získaných informací ošetřujícího personálu. Následně sestavený ošetrovatelský plán byl realizován a hodnocen. Doporučení pro praxi v závěru této části byla vytvořena na základě informací získaných během ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky s diagnózou psoriasis a z odborných článků.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

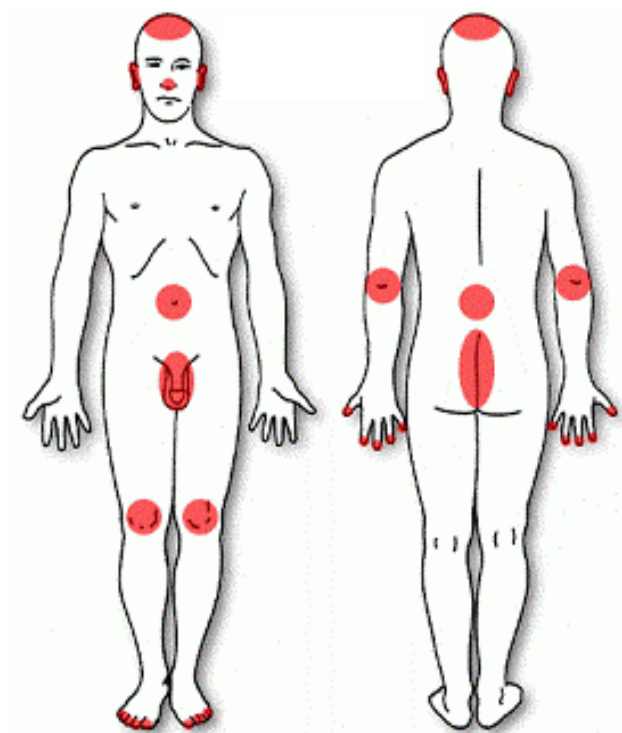
- BALAŠTÍK, Drahomír. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. *Medicína pro praxi*. Solen, 2014, **11**(3), 114-119. ISSN 1214-8687.
- BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-221-6.
- DRLÍK, Lubomír. Možnosti terapie těžkých forem psoriázy. *Dermatologie pro praxi*. Solen, 2015, **9**(4), 152-156. ISSN 1802-2960.
- DROZENOVÁ, Helena. Psoriáza. *Praktické lékárenství*. Solen, 2009, **5**(5), 224-228. ISSN 1801-2434.
- ETTLER, Karel. Fototerapie v dermatologii. *Dermatologie pro praxi*. Solen, 2014, **8**(4), 144-148. ISSN 1802-2960.
- GKALPAKIOTIS, Spyridon. Komorbidity psoriázy. *Časopis lékařů českých*. ČLS JEP, 2017, **156**(3), 119-122. ISSN 0008-7335.
- GKALPAKIOTIS, Spyridon, Petr ARENBERGER a Elizabeth ADENUBIOVÁ. Psychosociální aspekty života pacientů s psoriázou v České republice. *Československá dermatovenerologie*. ČLS JEP, 2013, **88**(4), 1189-196. ISSN 0009-0514.
- GOWDA, S., GOLDBLUM, O. M., MCCAL W. V., FELDMAN, S. R. *Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis*. Journal of the American Academy of Dermatology. St. Louis, Mo.: [C. V. Mosby]., 2010, 63, ISSN 0190-9622.
- HAMPLOVÁ, Lidmila. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-73-87-934-1.
- HERCOGOVÁ, Jana. Psoriáza. *Česká dermatovenerologie*. Mladá fronta, 2011, **1**(1), 8-22. ISSN 1805- 0611.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.
- JONES, Kayla. Common locations of psoriasis. In: Psoriasis Natural Treatment Blog [online]. [cit. 2019-01-13]. Dostupné z: <http://psoriasisnaturaltreatmentblog.blogspot.com>
- KUKLOVÁ, Ivana, HERLE, Petr, ed. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, c2011. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-28-2.

- MACHOVCOVÁ, Alena. Co je nového v biologické léčbě psoriázy. *Praktické lékárenství*. Solen, 2017, **11**(2), 55-57. ISSN 1802-2960.
- NEVORALOVÁ, Zuzana. Lokální léčba lupénky. *Praktické lékárenství*. Solen, 2013, **9**(2), 59-62. ISSN 1801-2434.
- NEVORALOVÁ, Zuzana. Celková léčba lupénky. *Praktické lékárenství*. Solen, 2013, **9**(6), 225-229. ISSN 1801-2434.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3422-4
- OBSTOVÁ, Iva. Terapie psoriázy. *Praktické lékárenství*. Solen, 2016, **12**(1), 12-15. ISSN 1801-2434.
- ONDRIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ. Psoriáza ako stigma. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. Czechopress Agency, 2014, **56**(3), 40-43. ISSN 1213-9106.
- PÉREZ, Marek. Vliv psoriázy na psychický stav pacienta. *Biologická léčba*. Ambit Media, 2010, **3**(1), 12-15. ISSN 1803-5701.
- PŘIKRYLOVÁ, Lucie a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4342-4.
- RESL, Vladimír. *Dermatovenerologie: přehled nejdůležitějších znalostí a zkušeností pro bakalářské a magisterské studium nelékařských oborů*. V Plzni: Západočeská univerzita, 2014. ISBN 978-80-261-0387-5.
- SKÁLOVÁ, Andrea. Psoriáza: komorbidity a bezpečnost léčby. *Zdravotnictví a medicína*. Mladá fronta, 2017, **2017**(6), 44-45. ISSN 2336-2987.
- ŠTOLFA, Jiří. Psoriatická artritida -novější poznatky o patogenezi, prognóze, hodnocení a terapii. *Interní medicína pro praxi*. Solen, 2009, **11**(9), 395-401. ISSN 1212-7299.
- ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-898-8.
- VAŠKŮ, Vladimír. *Psoriáza*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-430-2.
- VOJÁČKOVÁ, Naděžda. Lokální léčba psoriázy. *Dermatologie pro praxi*. Solen, 2017, **11**(4), 174-176. ISSN 1802-2960.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-262-9.
- WOHRLAB J, FIEDLER G, GERDES S et al. *Recommendations for detection of individual risk for comorbidities in patients with psoriasis*. Arch Dermatol, Chicago: American Medical Association. Res 2013; 305(2): 91–98. ISSN 0003-987X.

# PŘÍLOHY

<b>PŘÍLOHA A</b> – Lokalizace psoriázy .....	II
<b>PŘÍLOHA B</b> – Ošetrovatelská dokumentace 1 .....	III
<b>PŘÍLOHA C</b> – Ošetrovatelská dokumentace 2. ....	IV
<b>PŘÍLOHA D</b> - Druhy terapie psoriázy .....	V
<b>PŘÍLOHA E</b> - Popis rešeršní strategie .....	VI
<b>PŘÍLOHA F</b> - Čestné prohlášení .....	VII
<b>PŘÍLOHA G</b> – Protokol o provádění sběru podkladů .....	VIII

## PŘÍLOHA A – Lokalizace psoriázy



*Obrázek 1- lokalizace psoriázy*

Zdroj: (JONES, Kayla. Common locations of psoriasis. In: Psoriasis Natural Treatment Blog [online]. [cit. 2019-01-13]. Dostupné z: <http://psoriasisnaturaltreatmentblog.blogspot.com>)

# PŘÍLOHA B – Ošetřovatelská dokumentace 1.

F06035/verze 01



**FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY**  
**ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10**

- štítek -

## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

(ošetřovatelskou anamnézu zpracujte do 12 hodin po přijetí k hospitalizaci)

<b>Datum (den, měsíc, rok) a čas příchodu:</b>	
Hospitalizace: <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> plánovaná <b>Překlad:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>z:</b> .....	
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>jaká:</b> .....	
<b>DÝCHÁNÍ</b>	Potiže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Dušnost: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza Kašel: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ano jaký: .....
<b>VÝŽIVA</b>	Individuální stravovací návyky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano jaké: ..... Diabetik: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> Inzulín
	Zubní náhrada: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>horní:</b> <input type="checkbox"/> fixní <input type="checkbox"/> snímatelná <b>dolní:</b> <input type="checkbox"/> fixní <input type="checkbox"/> snímatelná
	Příjem potravy: p.o.: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> i.v.
	Výška: ..... cm <b>Váha:</b> ..... kg <b>BMI:</b> ..... <b>Stav kůže:</b> <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> stupeň: ..... <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> hematomy <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> léze, rány, jizvy <b>Sliznice:</b> <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> krusty <b>Hydratace:</b> <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> snížená <input type="checkbox"/> otoky <b>Lokalizace:</b> viz nakreslení
<b>VYLUČOVÁNÍ</b>	Močení: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> bolestivé <input type="checkbox"/> nykturie <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> pleny <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie <b>Stolice:</b> <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> užívá projímadlo <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> nadýmání <input type="checkbox"/> stomie Poslední stolice dne: .....
<b>AKTIVITA</b>	<b>Soběstačnost:</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně nesoběstačný: <input type="checkbox"/> mytí <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> jídlo <input type="checkbox"/> zcela nesoběstačný <b>Pohyblivost:</b> <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> s holi/berlí <input type="checkbox"/> sám z lůžka na židli <input type="checkbox"/> v chodítku <input type="checkbox"/> sedí <input type="checkbox"/> leží <b>Tělesný hendikep:</b> <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> amputace / paréza / plegie <input type="checkbox"/> onemocnění pohybového aparátu <b>Kompenzační pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> hůl / berle <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> vozík <b>Abusus: Kouření</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - „Víte, že pro Vaše zdraví je dobré přestat kouřit?“ „Mohu Vám nabídnout kontakt na specializované centrum v naší nemocnici?“ <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<b>SPÁNEK</b>	<input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> poruchy spánku <b>jaké:</b> ..... užívá hypnotika <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<b>SMYSLOVÉ VNÍMÁNÍ</b>	<input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> porucha vědomí: <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> neznalost jazyka (cizinec) <input type="checkbox"/> postižení: <input type="checkbox"/> zrakové <input type="checkbox"/> sluchové <b>Vědomí:</b> <input type="checkbox"/> při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> agresivní: <input type="checkbox"/> verbálně <input type="checkbox"/> fyzicky <b>Kompenzační pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko: <input type="checkbox"/> pravé <input type="checkbox"/> levé <b>Bolest:</b> <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <b>Intenzita VAS:</b> ..... Kde/kdy (v souvislosti s): .....
<b>SEBEPOJETÍ</b>	<b>Pacient při příjmu:</b> <input type="checkbox"/> spolupracuje: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nelze <input type="checkbox"/> obtížná: ..... <b>Komunikace:</b> <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> mentální bariéra <input type="checkbox"/> odmítá
<b>SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ</b>	<b>plánování propuštění</b> <b>Bydlí:</b> <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> sociální zařízení <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> jiné: .....
<b>RIZIKA</b>	riziko pádu: ..... <b>nutriční riziko:</b> ..... <b>soběstačnost:</b> ..... <b>riziko dekubitů:</b> .....
<b>SEZNÁMENÍ PŘI PŘÍJMU</b>	Vnesené léčivé přípravky jsem předal/a k uložení na klinice/oddělení sestře (NLZP): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Spirituální potřeby: <input type="checkbox"/> neudává <input type="checkbox"/> ano jaké: ..... Svým podpisem stvrzuji, že informace „Seznámení při příjmu“ jsou sdělené srozumitelně a beru je na vědomí. <b>Podpis pacienta:</b> ..... <b>Datum, čas a ID NLZP:</b> ..... Neseznámen/a (důvod): ..... <b>Datum, čas a ID NLZP:</b> .....
<b>Poznámky:</b>	

## PŘÍLOHA C – Ošetřovatelská dokumentace 2.

RIZIKO PÁDU dle Conleyové, upraveno Juráskovou				ZÁKLADNÍ NUTRIČNÍ SCREENING					
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)		3	Hmotnost:	kg	Výška:	cm	BMI:	
	věk 65 let a více		2	Nelze-li pacienta změřit a zvážit					
	pád v anamnéze		1	Nelze-li od pacienta získat informace					
	pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové oddělení		1	A) věk	nad 70 let				
	zrakový/sluchový problém		1	B) BMI:	20 - 35				
Vyšetření	Soběstačnost	úplná	0	18 - 20, nad 35					
		částečná	2	pod 18					
		nesoběstačnost	3	C) Ztráta hmotnosti nechtěná:	žádná				
	Schopnost spolupráce	spolupracující	0	do 3kg / 3 měsíce					
		částečně spolupracující	1	3 - 6 kg / 3 měsíce nebo volné šatstvo					
nespolupracující		2	D) Jídlo za poslední 3 týdny:	beze změn v množství					
Přímý dotaz na pacienta (informace příbuzných, personálu)				poloviční porce					
Míváte někdy závratě?				jí občas nebo nejl					
Máte v noci nucení na močení?				žádné					
Budíte se v noci a nemůžete usnout?				bolesti břicha, nechutenství					
Celkem bodů:				zvracení, průjem nad 6/den					
Hodnocení:				žádný					
0 - 4 body				střední (chronické onemocnění, DM, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon)					
5 - 13 bodů				vysoký (ak. dekomp. onemoc., rozsáhlý chir. výkon, poop. komplikace, UPV, trauma, popáleniny, krvácení do GIT, ARO, JIP)					
14 - 19 bodů				F) Faktor stresu:					
Riziko pádu vzniká při hodnocení 5 a více bodů.				0 - 3 Bez nutnosti zvláštní intervence					
				4 - 7 Nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta					
				8 a více Malnutrice, bezpodmínečně nutná léčba					

SOBĚSTAČNOST - Klasifikace funkčních úrovní sebezpěče podle M. Gordonové	
Bod	Hodnocení:
0	nezávislý, soběstačný
1	potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností
2	potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 50% činností
3	potřebuje velkou pomoc od druhé osoby nebo přístroje, sám zvládne méně než 25% činností
4	zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
5	absolutní deficit sebezpěče, žádná aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat
Hodnocení: Při 1 a více bodů je v nějaké činnosti nesoběstačný	
Body:	

POSOUZENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ - rozšíření stupnice Nortonové									
Body	Ochota ke spolupráci	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	Plná	<10	normální	žádné	dobrý	v pořádku	chodí bez pomoci	plná	žádná
3	Malá	<30	šupinatá, suchá	lehká forma	obstojný	apatický, bez účasti	chodí s pomocí	lehce omezená	někdy
2	Částečná	<60	vlhká	středně těžká forma	špatný	pomatený	inval. vozík	velmi omezená	většinou moč
1	žádná	>60	rány/alergie	těžká forma	velmi špatný	bezvědomí	ležící na lůžku	plně omezená	moč i stolice
Hodnocení: Nebezpečí vzniká při 25 bodech a méně.									Celkem bodů:

PROPUŠTĚNÍ PACIENTA	<b>Nemocný obrdžel:</b>		<input type="checkbox"/> potvrzení PN	<input type="checkbox"/> uložené léky
	lékařskou zprávu: <input type="checkbox"/> propouštěcí <input type="checkbox"/> překladovou		<input type="checkbox"/> ZD jiného pracoviště RTG	
	<input type="checkbox"/> lékařské recepty a poukaz na léčebné ortp. pomůcky		<input type="checkbox"/> cennosti, osobní věci	
	<input type="checkbox"/> ošetřovatelskou překladovou zprávu		<input type="checkbox"/> jiné.....	
	Zajištěná doprava: <input type="checkbox"/> vlastní <input type="checkbox"/> sanitním vozem <input type="checkbox"/> bez doprovodu <input type="checkbox"/> s doprovodem			
Předán do péče: <input type="checkbox"/> praktického lékaře <input type="checkbox"/> překlad v rámci FNKV <input type="checkbox"/> jiného zdravotnického zařízení				
<input type="checkbox"/> do ambulantní péče FNKV <input type="checkbox"/> jiné: .....				
Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené při propuštění jsou srozumitelné a beru je na vědomí.				
Podpis pacienta: .....			Datum, čas a ID NLZP: .....	

Datum - znamená den, měsíc a rok, ID - identifikace, PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie, PAD - perorální antidiabetika, PN - pracovní neschopnost

„Seznámení při příjmu“ - Vnitřní řád FNKV, Vnitřní řád kliniky/oddělení, Práva pacienta a Charta práv dětí v nemoci, Duchovní péče, Poučení o dodržování dietního režimu a o vnesených potravinách, Poučení a uložení léčiv do úschovy

## PŘÍLOHA D - Druhy terapie psoriázy

Druh terapie:	Výhody terapie:	Nevýhody terapie:
Lokální terapie	Rychlý efekt	Pracná aplikace
Fototerapie	Výborná účinnost	Rizika UV záření, časová náročnost
Balneoterapie	Příznivě působí na šupinatá ložiska	V domácím prostředí časově náročná, dehtové a sirné koupele silně zapáchají
Celková terapie	Snadné užívání, rychlý nástup efektu	Nežádoucí účinky postihující vnitřní orgány
Biologická terapie	Není potřeba častou místní léčbu, komfortní užívání	Aplikace i.v., s.c., nákladnost, nežádoucí účinky (riziko infekce, vzniku lymfomů atd.)
Psychoterapie	Zlepšení psychického stavu, odstranění psychosomatických faktorů	Nutnost pravidelného docházení, časová náročnost
Druh terapie:	Výhody terapie:	Nevýhody terapie:
Lokální terapie	Rychlý efekt	Pracná aplikace
Fototerapie	Výborná účinnost	Rizika UV záření, časová náročnost
Balneoterapie	Příznivě působí na šupinatá ložiska	V domácím prostředí časově náročná, dehtové a sirné koupele silně zapáchají
Celková terapie	Snadné užívání, rychlý nástup efektu	Nežádoucí účinky postihující vnitřní orgány
Biologická terapie	Není potřeba častou místní léčbu, komfortní užívání	Aplikace i.v., s.c., nákladnost, nežádoucí účinky (riziko infekce, vzniku lymfomů atd.)
Psychoterapie	Zlepšení psychického stavu, odstranění psychosomatických faktorů	Nutnost pravidelného docházení, časová náročnost

Zdroj: (OBSTOVÁ, 2016, s. 14), (NEVORALOVÁ, 2013, s. 228, 227).



**POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE**

Národní lékařská knihovna v Praze

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PSORIÁZOU NA ODDĚLENÍ  
DERMATOVENEROLOGIE**

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina

**Klíčová slova:** psoriáza, dermatovenerologie, ošetřovatelství

**Časové vymezení:** 2009 – 2018

**Druhy dokumentů:** knihy (monografie), sborníky, články

**Počet záznamů:** 251, z toho 23 knih, 16 elektronických zdrojů Medvik, 208 článků a příspěvků ve sborníku, 4 vysokoškolské práce.

**Základní prameny:**

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (monografie)

Bibliographia medica Čechoslovaca ( BMČ – články)

Theses – registr vysokoškolských kvalifikačních prací

CINAHL

## **PŘÍLOHA F - Čestné prohlášení**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Ošetrivatelský proces u pacienta s psoriázou na oddělení dermatovenerologie* v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 29. 3. 2019

Jaroslava Rybínová

# PŘÍLOHA G – Protokol o provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5

## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotaz který bude respondentům distribuován)



Příjmení a jméno studenta	Rybínová Jaroslava	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. BVS
Téma práce	„Ošetrovatelský proces u pacienta s psoriázou na oddělení dermatovenerologie“.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	FNKV Praha 10, Šrobárova 50 Dermatovenerologická klinika	
Jméno vedoucího práce	doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. MPH	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> souhlasím	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
PhDr. Libuše Gavlasová, MEd	FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY Šrobárova 50, 100 34 Praha 10 Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a Head Nurse of nursing care	

V...Praze..... dne ...28. 2. 2019....

.....  
podpis studenta