

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Psoriáza u sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Ivana Chloubová

Autor práce:
Ondráčková Andrea

2011

Abstract

Nurses Suffering from Psoriasis

Psoriasis is a non-infectious inflammation with the genetic disposition. It is a chronic inflammatory disease connected with the accelerated reproduction of skin cells whose cause has not been recognized yet. According to various sources it afflicts 2-3% of the Central European population in different forms including the most serious cases which can affect with the intensive inflammation the entire skin surface. There are several types of psoriasis and they differ with the intensity and the symptoms. The disease shows a red marked area covered with silver white scales of dead cells. Psoriasis does not belong to cases which endanger our life but it enormously influences the physical, psychic and social aspects of the life.

The content of the Bachelor work is focused on the issue of psoriasis at general nurses who work in this medical profession. The work is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part contains available information on psoriasis from history, disease characteristics, nurse's role during the nursing process and selected types of treatment. Further, it involves summary of nurses diagnoses of people suffering from psoriasis and the issues of life quality which is undoubtedly affected a lot. In the research – empiric part of the work the inquiry was carried out with the qualitative method. Data were collected by using the technique of an anonymous, individual, in-depth and non-standardized interview with respondents – general nurses suffering with psoriasis.

The aim of the work was to find out how psoriasis influences the nurses' professional life. The research questions dealt with the general information about the nurse as a patient, with work limitations, stigmatisation from patients and the staff and with the influence of the medical environment on worsening psoriasis symptoms. The research showed that psoriasis does not influence quality nursing care and that this disease influences the private life more than the professional one.

The results of the research compile an information leaflet from which patients can find out, that they do not have to be afraid of nurses suffering from psoriasis and

that their disease does not affect their nursing care. Another contribution of the work lies in a printed article which enables the general public to get the information.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Psoriáza u sester“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. 8. 2011

.....
Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Ivaně Chloubové za její čas a ochotu se mnou spolupracovat a za odborné vedení bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem ostatním, kteří mi umožnili zprostředkovat kontakty se sestrami s psoriázou.

OBSAH

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Obor dermatologie	8
1.2 Historie psoriázy	9
1.3 Charakteristika onemocnění	9
1.3.1 <i>Definice a etiologie psoriázy</i>	9
1.3.2 <i>Spouštěcí faktory</i>	10
1.3.3 <i>Projevy a nejznámější formy</i>	11
1.3.4 <i>Přidružené choroby</i>	13
1.3.5 <i>Průběh a prognóza</i>	14
1.4 Poskytování léčby a role sestry	15
1.4.1 <i>Zevní léčba</i>	16
1.4.2 <i>Světloléčba</i>	17
1.4.3 <i>Celková a biologická léčba</i>	18
1.4.4 <i>Psychoterapie</i>	20
1.5 Sesterské diagnózy u nemocných s psoriázou	21
1.6 Kvalita života a životní styl	23
1.6.1 <i>Stigmatizace</i>	24
1.7 Zvyšování povědomí o psoriáze	26
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27

3. METODIKA	28
3.1 Použitá metoda	28
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	28
4. VÝSLEDKY	29
4.1 Rozhovory se sestrami	29
4.2 Tabulky s výsledky rozhovorů	50
5. DISKUZE	53
6. ZÁVĚR	59
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
8. KLÍČOVÁ SLOVA	64
9. PŘÍLOHY	65

„Psoriáza nezabíjí, ale ničí život.“

T. B. Fitzpatrick

ÚVOD

Psoriáza neboli lupénka je nemoc, která neohrožuje bezprostředně na životě, ale zhoršuje kvalitu života každého jedince s touto nevléčitelnou nemocí. Ti z nich, u kterých se projevily příznaky nemoci až v dospělosti, měli štěstí, že tělesné trápení a psychická příkoří nemuseli snášet od dětství.

Emoční a sociální vlivy výrazně ovlivňují klinický průběh a současně i chování jedince. V důsledku tohoto onemocnění bývají narušené mezilidské vztahy ve škole, v rodině a na pracovišti. Při výběru budoucího povolání by se mělo pečlivě zvážit, jaké zaměstnání bude do budoucna vhodné a případně se poradit i s ošetřujícím dermatologem. Lidé s lupénkou by neměli být vystaveni psychickému stresu, přepracování nebo nepravidelným směnám a je vhodné vyvarovat se takovým pracovištím, kde je kůže vystavena častému poranění, tlakovým nebo větším tepelným změnám a kde hrozí riziko častých virových nákaz. Dle možností je třeba vybrat si takové zaměstnání, které odpovídá zájmům nemocného a kde najde pochopení, což ovšem není v dnešní době jednoduché ani pro osoby bez viditelného postižení.

Tato bakalářská práce má za cíl zjistit, zda mohou sestry s psoriázou vykonávat všechny výkony při každodenní ošetrovatelské péči o pacienta. Dále zda má vliv zdravotnické prostředí na zhoršení příznaků psoriázy a jestli sestry pocítují stigmatizaci jak ze strany kolektivu, tak i od pacientů. Informace od sester z různých zdravotnických zařízení jsou získány pomocí kvalitativního šetření formou rozhovoru. Získané informace budou využity pro článek do novin a informační leták do čekáren ambulantních lékařů.

Téma práce jsem si vybrala především proto, že mám kamarádku z dětství, která psoriázou onemocněla v sedmi letech. Proto mě téma zaujalo a chtěla jsem se o této problematice dozvědět více.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Obor dermatologie

Kožní lékařství je preventivní a léčebná péče, která se zabývá diagnostikou, léčením, posuzováním a zkoumáním nemocí kůže a současně zahrnuje péči o klienty s pohlavními chorobami (venerologie). Klientům s kožním onemocněním je poskytována péče na odborných lůžkových odděleních, v ambulantních zařízeních, v odborných léčebnách, v denních stacionářích a v ústavech lékařské kosmetiky. Na většině kožních onemocnění mají podíl i choroby jiných orgánů nebo systémů a faktory zevního prostředí. Proto je důležité, aby dermatovenerologie udržovala spolupráci se všemi dalšími obory a v neposlední řadě i s psychiatrií, neboť kůže a psychika jsou úzce propojeny. Tímto problémem se zabývá psychodermatologie, obor sdružující dermatology, psychiatry a psychology. V současnosti psychosomatická medicína vychází z toho, že člověk ve zdraví, nemoci i ve všech fázích svého života představuje celek somatického a psychického stavu se svým okolním prostředím (24, 28).

Ošetrovatelská péče na dermatologii vyžaduje od sester všeobecné znalosti o anatomii a fyziologii kůže a také speciální znalosti o kožních a pohlavních nemocech. Sestry by měly znát možnosti prevence vzniku těchto onemocnění a dbát na zásady práce na tomto oddělení. Je zde vysoké riziko přenosu infekce a sestry si toho musí být vědomy. Je třeba proto dodržovat všechna preventivní opatření, mezi která patří například používání ochranných pomůcek, dodržování bariérového přístupu, dodržovat individualizaci pomůcek a společných prostor pro nemocné, odstraněné obvazy ihned odkládat do předem připravené odpadní nádoby, pečovat o důkladnou hygienu rukou a dodržovat přísná hygienická opatření při kontaktu s biologickým materiálem. Nemocní často cítí ostych, protože projevy onemocnění se mohou vyskytovat i na intimních místech a proto by sestra měla umět i vhodně komunikovat. Ošetřující personál by měl ke všem nemocným přistupovat jako k bytostem holistickým a ne se zabývat pouze souborem částí a procesů (24, 33).

1.2 Historie psoriázy

Z historie kožních onemocnění jsou známé písemné zmínky v egyptských papýrech, přibližně před 2 tisíci lety. Tehdy ženám lékaři doporučovali např. koupele v oslím mléce, které si oblíbila královna Kleopatra. Lupénka se už vyskytovala před 4 tisíci lety, jak dokládá historie lékařství. Vědci objevili na mumifikovaných tělech typické psoriatické plaky. Ve středověku zase jistý francouzský chirurg popsal projevy rosacey (růžovky), kdy detailně vylíčil zduřelý nos a skvrny tmavě rudé barvy v obličeji svého pacienta. William Shakespeare, nelékař, ale výborný pozorovatel, popsal některé kožní nemoci u postav ve svých dílech. Výraz psoriáza (psora – svědění, škrábat se; šupina) poprvé použil řecký lékař Galénos, který žil ve druhém století v Římě. Je ale pravdou, že není jisté, zda nepopisoval i jiná kožní onemocnění, např. lepru. Díky tomu v oněch dobách měli lidé s psoriázou stejný osud jako malomocní, žít na pokraji společnosti. Na počátku 19. století spolehlivě popsal lupénku jako samostatnou chorobu anglický lékař Robert Willan. Pojmenoval ji po sobě, jako „Willanova lepra“. Až v roce 1841 vídeňský profesor Ferdinand von Hebra (rodák z Brna) vnesl do onemocnění světlo a nemoci se začalo říkat původním řeckým označením. Definoval psoriázu a specifikoval její různé formy. Mezi další nejznámější jména patří William Henry Goeckerman, který zavedl léčbu dehtovou pastou s UV světloléčbou. Posledním krokem k odlišení psoriázy od jiných dermatóz byl rozvoj histopatologie. Díky tomuto oboru došlo k popisu jednotlivých forem a dodnes pokračuje výzkum etiopatogeneze a vývoje léčby (1, 4, 8).

1.3 Charakteristika onemocnění

1.3.1 Definice a etiologie psoriázy

Mezi nejznámější dermatologická onemocnění patří lupénka neboli psoriáza. Postihuje 2-5 procent středoevropské populace. V ČR trpí různými formami onemocnění přes 200 tisíc obyvatel, z toho 30 000 lidí má těžkou formu. Jde o úporné

kožní onemocnění, které má výrazný vliv na psychické, fyzické i sociální aspekty kvality života člověka. U psoriázy je zajímavé to, že se nevyskytuje u žádného zvířete a že jde výlučně o lidskou chorobu. Může vzniknout v jakémkoli věku a postihuje ve stejné míře ženy i muže. Nejčastěji se objevuje v období puberty mezi 15-20 rokem života. Druhá vlna přichází mezi 40-50 rokem. Pouze u cca 10 % vzniká v dětství a to častěji u děvčat. Velkou roli zde hraje roční období, kdy ke zhoršování příznaku dochází od podzimu do jara. Indiánské kmeny Jižní a Severní Ameriky a Eskymáky v Grónsku tato nemoc nepostihuje, jinak se týká všech ras bez rozdílu (4, 27).

Psoriáza je benigní, chronické a autoimunitní onemocnění kůže s genetickou dispozicí. Pravděpodobnost vzniku u dítěte při postižení jednoho rodiče je 30 % a při postižení obou rodičů až 70 %. Porušený imunitní systém má za příčinu zvýšenou produkci kožních buněk. Odumřelé buňky nestihnou uvolnit prostor novým a na povrchu kůže se hromadí. Kůže vysychá a někdy praská. U zdravého člověka normální kožní buňka dozraje a na povrch pokožky se dostane po 28 dnech. U psoriázy je to podstatně rychlejší. Buňka se na povrch dostává již po 4 dnech. Onemocnění není nakažlivé, nešíří se vzduchem, dotykem ani tělními tekutinami. Vzhledem k tomu, že současná medicína neumí lupénku vyléčit, jde alespoň o to pomoci klientům co nejvíce projevy choroby potlačit (8, 13).

1.3.2 Spouštěcí faktory

Bohužel příčina lupénky není dodnes detailně objasněna. Na propuknutí a průběhu choroby mají vliv zevní a vnitřní spouštěcí faktory. To znamená, že tyto faktory nejsou příčinou choroby, jen jí vyvolají. V dnešní době se stále větší role na vzniku choroby přisuzuje T-lymfocytům. Působením provokačních faktorů se tento druh bílých krvinek aktivuje a zahájí zánětlivou reakci a imunitní odpověď organismu. Učebnice uvádějí alespoň 30 různých spouštěcích faktorů, ale osm z nich jsou nejběžnější. První jsou ***infekce***, zvláště streptokokové a dále různé záněty horních cest dýchacích, močových cest, gynekologické záněty, záněty trávicího traktu a jiné. ***Psychosociální vlivy***, u nichž je na prvním místě stres duševní i tělesný, deprese

a nevyrovnání se s chorobou. Velkou skupinu tvoří **fyzikální a chemické vlivy**, kdy dojde k poranění kůže např. úrazem, škrábnutím, tetováním a třením oděvů. Faktory termické jako jsou popáleniny, omrzliny, spálení od slunce a opaření vodou nebo párou. Podráždění kůže chemikáliemi, dezinfekcí i mycími a pracími prostředky. Další skupinu tvoří **léky** u psychiatrických chorob (např. lithium), u vysokého TK a dalších chorob srdce a cév (betablokátory), u rakoviny a jaterních onemocnění (interferony). U léků na bolest a záněty kloubů (nesteroidní antirevmatika) a preparáty zlata. Důležité místo v provokačních faktorech mají **hormonální změny**, které mají velký vliv na psoriázu. Období puberty bývá často spouštěčem tohoto onemocnění. Následuje menstruace, gravidita, období po porodu a klimakterium. Další místo zaujímají některé **interní choroby** jako např. cukrovka, onemocnění štítné žlázy, alergické choroby, poruchy metabolismu tuků a v neposlední řadě hraje roli **životospráva**. Na psoriázu není speciální dieta, ale důležité je nepřetěžovat organismus nevhodnou stravou, kouřením, nadměrným užíváním alkoholu a je potřeba mít dostatek spánku a odpočinku (1, 3, 20, 34).

1.3.3 Projevy a nejznámější formy psoriázy

Psoriáza se projevuje typickými červenými ohraničenými ložisky s vyvýšenou plochou, která je pokryta bělavými odlupujícími se šupinkami odumřelých buněk. Šupiny po poškrábání odskakují, jako šupinky z vosku. Tomuto jevu říkáme fenomén voskové kapky - Auspitzův fenomén, kdy posléze dochází k tečkovitému krvácení. Dalším jevem je Köberův fenomén, kde se mnohdy objeví psoriatické plaky i v místě předchozí traumatizace. Psoriázu můžeme dělit na různé stupně závažnosti. Podle začervenání, intenzity tvorby šupin a procenta celkového postižení kůže. Také podle lokalizace postižení, dle uspořádání kožních projevů a dle forem. V klinických studiích se závažnost hodnotí podle objektivního systému zvaného PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Nejčastější výskyt psoriázy je nad velkými klouby, jako jsou lokty, pod kolena, nad křížovou kostí, ve vlasech nebo v okolí vlasové hranice, na dlaních a ploskách, na trupu a genitáliích. K projevům patří i porucha růstu nehtů, kdy nehty

mění svoji barvu, tvar a odlučují se od nehtových lůžek. Subjektivně u určitých forem onemocnění je choroba často provázena svěděním až v 70 %, pálením a bolestivostí (4, 8).

1. Chronická ložisková psoriáza:

Psoriasis vulgaris - tato ložisková forma je nejčastější a představuje až 80 % případů. Jde o ložiskovou lupénku projevující se červenou zdrsnělou a hrubou kůží. Tato ložiska jsou pokryta bělavou šupinou, která se snadno odlupuje (viz příloha 1). Léze mohou být bodovité, kapkovité a vázané na folikuly. Papuly se mohou rozšiřovat do mincovitých ložisek, ploch až k postižení celého těla. Nejčastěji je můžeme vidět na místech vystavených tlaku jako např. na loktech a kolenou, dále pak v křížové oblasti a ve kšticí. *Psoriasis inversa* neboli také označovaná jako obrácená forma lupénky. Predilekční lokalizací této formy jsou místa, která jsou vystavená většímu tlaku a snadno se zapaří (6 % případů). Patří sem oblast kožních záhybů, pod prsy, pupek, třísla, axily, za ušima a oblast perianální (viz příloha 1). Vyvolávajícím faktorem může být kvasinková infekce. Postižená místa jsou zarudlá, ostře ohraničená a doprovázena svěděním. Ložiska mohou být i mokvavá s absencí typických šupin (4, 16).

2. Exantematická psoriáza:

Psoriasis guttata - punctata - subakutní exantematický výsev tečkovitých nebo kapkovitých eflorescencí po celém těle (viz příloha 2). Výsev často propuká v dětství (první manifestace) a teenagerů, po streptokokových infekcích nebo po spalničkách. Při prvním výsevu se objeví velké množství červených malých pupínků ve kšticí a na trupu. *Psoriasis erythrodermica* - jde o velmi těžkou formu objevující se u méně než 3 % postižených. Kůže je červená, olupuje se a proto je též nazývána dermatitis exfoliativa. Dochází ke splývání chorobných ploch a tím postihuje skoro celý kožní povrch (viz příloha 2). U této formy je častá hospitalizace. Pacient má teplotu, je dehydrovaný a tím ohrožen ztrátou minerálů a proteinů, infekcemi a oběhovým selháním. Vznik může být i přechodem z jiné formy psoriázy (16, 27).

3. Pustulózní: *Psoriasis pustulosa*

Jde o formu vzácnější (3 % případů), objevující se častěji u dospělých. Projevuje se živě červenými ložisky se šupinami s typickými sterilními puchýřky naplněnými

hnisem (viz příloha 2). Opět jde o výsev po celém těle a život ohrožující stav. Může jít o generalizovanou formu akutní (von Zumbusch), kdy je vyžadována hospitalizace. Splývající pustuly jsou provázeny celkovými příznaky (např. febris, bolest, svědění) a s velkým nebezpečím sepse. Hospitalizace je nutná. U formy lokalizované jde o chronické postižení hlavně dlaní a plosek nohou (palmoplantaris) s olupujícími se erytémy a tvorbou ragád (4, 8).

4. Ostatní formy dle lokalizace:

Psoriasis unguium - pro tuto formu je typické postižení nehtů a může to být jediný projev choroby, který postihuje přes polovinu nemocných s psoriázou. Na nehtech nacházíme dolíčky velikosti špičky špendlíku (více než 50 % případů), nebo pod nehty prosvítající jakoby žlutavé olejové skvrny (25 %), vznikající v důsledku postižení nehtového lůžka. Nehty jsou tlustší a mohou se drobit. Dalším stádiem může být i odlučování nehtů od nehtového lůžka. ***Psoriasis capilliti***, neboli psoriáza kštice je nejčastěji postiženou oblastí na těle (80 % případů). Charakteristické jsou silné nánosy šupin a erytematoskvamózní ložiska nacházející se na vlasové hranici. Dlouhodobé projevy mohou vést až výpadu vlasů. ***Psoriasis arthropathica*** je zánětlivé postižení kloubů u nemocných s psoriázou (asi u 25 %). Postiženy jsou hlavně malé klouby na ruce a nohou. Prsty bývají bolestivé, oteklé a hlavně po ránu ztuhlé. Tato forma může postihovat i velké klouby (8, 16, 31).

1.3.4 Přidružené choroby

Výzkumy posledních let dokazují, že psoriáza jako systémové onemocnění je spojena s řadou komorbidit. Zvyšují obecná zdravotní rizika a jsou spojeny s vyšší morbiditou a mortalitou. Léčba přidružených chorob využívá léky, z nichž řada může psoriázu zhoršovat či vyprovokovat (betablokátory, nesteroidní antiflogistika, inhibitory ACE, lithium aj.). Patří sem stavy známé dlouhou dobu, které mají nepříznivý vliv na kvalitu a délku života. Metabolický syndrom je na prvním místě a zahrnuje řadu rizikových faktorů, například obezitu, dnu, diabetes melitus II. typu, ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi a další. Psoriasis arthropathica - psoriatická artritida je další

závažnou přidruženou chorobou. Může se vyskytnout až u 25 % nemocných s psoriázou. 11 % z nich trpí vážným funkčním omezením. Toto zánětlivé onemocnění kloubů má různé formy a variabilní průběh. Postižení trpí bolestmi a otoky kloubů, šlach a úponů. Největší pravděpodobnost vzniku PsA je vyšší u pacientů s těžkou formou lupénky. Velkou vazbu k psoriáze mají střevní zánětlivá onemocnění, Crohnova nemoc, Bechtěrevova choroba a ulcerózní kolitida. Roztroušená skleróza tvoří zástupce autoimunitních onemocnění spojených s psoriázou, přičemž v rodinné anamnéze takto nemocných je výskyt psoriázy až padesáti procentní, a to zejména u otců. V neposlední řadě zde hraje velkou roli deprese. Doposud se považovala spíše za sekundární projev a tak se přisuzovala spíše chronicitě a nevléčitelnosti nemoci. Psychosociální a psychosomatický vliv nemoci by neměl být podceňován. V současnosti s novými neuroimunologickými poznatky vyšlo najevo, že by deprese u psoriázy mohla být i primární (5, 8, 13).

1.3.5 Průběh a prognóza

Průběh onemocnění se u každého jedince liší, je individuální. Střídá se období remisí s obdobím exacerbací choroby. Velkou roli hraje roční období, tzv. sezónní průběh, kdy je typické zhoršování od podzimu do jara. Z pohledu dynamiky vývoje probíhá ve dvou typech. První je akutně exantematický, druhý chronicky stacionární. Důležité je včas objevit provokující faktory a snažit se je odstranit nebo jim zamezit. Psoriáza je nemoc léčitelná, zahojitelná, ale i při velké spolupráci s dermatology, je bohužel nevléčitelná. Jde o chorobu celoživotní a identifikovat se s touto skutečností je náročné. Prognóza je individuální a obecně příznivá neboť až na výjimky neohrožuje na životě. Lze říci, že mezi obecně nepříznivé faktory patří vznik psoriázy v časném mládí, rozsáhlé postižení dle formy, mužské pohlaví, u kterého bývá horší průběh, nemožnost odstranění provokačních faktorů a nemožnost léčby z důvodů nedostupnosti, neschopnosti nebo neochoty. Hlavním cílem je mít chorobu pod kontrolou a tím dosáhnout zhojení aktuálních projevů a nemoc stabilizovat. Výzkum psoriázy se stále intenzivněji rozvíjí a na trh přicházejí stále nové preparáty, které mohou ulehčit život

psoriatiků. V České republice se v současné době připravují aktualizovaná doporučení, jak při léčbě lupénky postupovat (4, 13, 26).

1.4 Poskytování léčby a role sestry

Léčba se stanovuje individuálně a v závislosti na aktuálním klinickém stavu. Vlastní léčba musí brát ohledy na rozsah postižení, lokalizaci kožních projevů, intenzitu a postižení jiných orgánů. Odpovídající léčba psoriázy musí být komplexní, zahrnující edukaci pacienta a vzájemnou spolupráci pacienta s lékařem. Důležitým faktorem ze strany sestry je u pacientů podpořit pozitivní přístup k léčbě a vnímat člověka jako celek v jeho bio-psycho-sociální jednotě a brát na zřetel všechny jeho potřeby, jak při léčbě ambulantní, tak při nemocniční. Sestra musí umět ovládat svou profesní roli a během své práce zajistit nemocnému pocit jistoty, pochopit jeho problémy a být profesionálně neutrální. Sestra by měla informovat o možnostech péče i rodinu nemocného, neboť onemocnění přináší určité změny, které mohou ovlivnit fungování rodiny (4, 10, 33).

U lehčích forem se pacienti mohou léčit sami v domácím prostředí s tím, že docházejí na pravidelné kontroly do kožních ambulancí. Na mnoha pracovištích jsou ambulantní stacionáře, kam pacienti přicházejí na ošetření a léčebné procedury. Výhodou je dostupnost pro pacienty bez pracovní neschopnosti, bez narušení studia a rodinného a společenského života. U závažnějších forem je nutná nemocniční léčba na kožních odděleních. U hospitalizace je hlavní výhodou v tom, že lze prakticky denně provádět různá vyšetření a pacient se může plně věnovat léčbě. Naopak může mít i negativní vliv na psychiku nemocného, proto jsou v současné době návštěvní hodiny dostatečně rozsáhlé a pacienti mají možnost i psychologické podpory. Hlavním úkolem sestry v ošetrovatelském procesu je sledovat příznaky, charakter a lokalizaci projevů, fyziologické funkce, invazivní vstupy, vyprazdňování, dodržování léčebného režimu, příjem tekutin a vhodné stravy, verbální i neverbální projevy pacienta, psychický stav, vznik komplikací, účinek léčiv, umět naslouchat a adekvátně reagovat. Léčba psoriázy může být doplňována lázeňskými pobyty k doléčení (viz příloha 3, 4), rehabilitaci,

stabilizaci stavu a klimatoterapií v přímořských či horských oblastech s lékařskou péčí (24, 30, 34).

1.4.1 Zevní léčba

Lokální léčba byla a je u lupénky zcela zásadní. Léky aplikované na kůži působí pouze v místě aplikace, a proto je nutné dodržovat několik zásad. Role sestry spočívá v podání dostatku informací pacientovi o způsobu léčby, o účincích léků, pacienta naučit jak se správně starat o pokožku, jak dodržovat určitá preventivní opatření a jak redukovat provokační vlivy. Podrobně poučit jak, kdy a které lokální prostředky efektivně používat a nabádat ho k pravidelnosti. Nejčastější formy léčiv podávaných na kůži jsou masti, pasty, gely, tekuté pudry, krémy, zásypy, léčebné koupele a léčebné tinktury. Mezi nejpoužívanější z nich patří keratolytika, kortikoidy, deriváty vitamínu D3 a vitamínu A, cignolin a dehet. Poslední dva preparáty se používají již sto let, ale jejich nevýhodou je zápach, obarvení kůže a oblečení. Pro tyto svoje nepříjemné vlastnosti se používají převážně v nemocnicích a v současnosti jsou nahrazovány modernějšími preparáty (23, 32).

Před aplikací přípravků na kůži, sestra zdůrazní pacientovi nutnost a pravidelnost každodenní péče o pokožku. Kůže musí být před nanášením čistá, bez zbytků předešlých léčebných prostředků. Nejvhodnější přípravky k tomuto účelu slouží rostlinné oleje nebo teplá voda. Kůže se musí ošetřovat šetrně a nedráždit dlouhým třením, aby nedošlo k dalšímu poškození. Léčiva nanášíme štětičkou, dřevěnou lopatkou nebo rukou v rukavici. V případě, že došlo ke kontaktu s postiženým místem, nikdy se nevracíme zpět do nádoby s lékem. Poté se ošetřená místa nechají zaschnout (v případě větší plochy), nebo se můžou lehce překrýt čtverci a obinadly. Nakonec sestra sleduje účinek léku na kůži (23, 24).

Souvislost s lokální léčbou má také oblečení. Sestra doporučí pacientovi oblečení z přírodních materiálů a volnějších střihů, bavlněné ponožky bez škrťících gumiček, aby nebyla kůže zbytečně vystavována tlaku a tření. Z estetického hlediska jsou také vhodné oděvy světlejších barev a menších vzorů, na kterých nejsou tak patrné

případné šupiny z kůže. Pacient by si měl dát také pozor na různé prací prostředky, aviváže, šampony, deodoranty, koupelové pěny a mýdla, která mohou způsobovat potíže. U hospitalizovaných pacientů tento problém jen dočasně odpadá (20, 27).

1.4.2 Světlo léčba

Fototerapie je účinná a léty prověřená léčebná metoda, která využívá příznivých účinků UV záření na léčbu chronické lupénky. Tato technika představuje působení neionizujícího elektromagnetického záření na kůži, kdy předpokladem účinku světla je hloubka jeho průniku do kůže, která závisí na vlnové délce světla. V dermatologii je nejvíce využíváno záření ultrafialové - 311nm UVB, které je biologicky nejaktivnější. Moderní světlo léčba spadá do roku 1895, kdy dánský lékař a profesor Niels R. Finsen, poprvé aplikoval záření z obloukové uhlíkové lampy (imitující sluneční spektrum) k terapii vulgární lupénky. V roce 1903 dostal Nobelovu cenu za fyziologii a medicínu. K této formě léčby nejčastěji přistupujeme u formy ložiskové a v případech, kdy má zevní léčba jen malý efekt, nebo když je rozsah postižení větší než 30% povrchu kůže. U menšího rozsahu se obvykle neprovádí, aby nebyla nepostižená kůže zbytečně zatěžována. V podstatě se používají dva typy UV zářičů dle osazení, nízkotlaké (fluorescenční) nebo vysokotlaké výbojky. Fototerapie je účinná metoda ke stabilizaci projevů lupénky a k udržování dlouhodobé remise onemocnění. Musí se ovšem brát na zřetel, že ne každému nemocnému světlo léčba pomůže, neboť snadno může dojít i ke zhoršení projevů. Fototerapie se dá kombinovat podle forem nemoci s dalšími druhy léčby (3, 11).

Mezi nejčastěji používané dermatologické zářiče patří například celotělové ozařovací kabiny, které umožňují fototerapii u stojícího pacienta ze všech stran. Lůžkové zářiče jedno či oboustranné, častým zářičem je deska na léčbu chodidel, lokální zářiče pro fototerapii rukou, nohou a lasery. K ozáření kůže hlavy se používá hřeben tzv. Psorkamm, nebo malý ruční zářič (viz příloha 5). Cílem světlo léčby je dosáhnout účinné expozice bezpečně, prakticky a má vždy probíhat pod lékařským

dohledem a zkušeným vyškoleným personálem, neboť fototerapie může mít dlouhodobé nežádoucí účinky (9, 11).

Role sestry před fototerapií, je pacienta edukovat o ochranných pomůckách, času a způsobu použití dermatologických zářičů. Sestra opakovaně zdůrazňuje nasazení ochranných brýlí před zahájením záření a sundání až po skončení záření. Kůži by měl mít ošetřenou promazávacími prostředky, tzv. emoliencii, která kůži zvláčňují, změkčují, hydratují a chrání. V zimním období sestra nechá chvíli pacienta tepelně vyrovnat s pokojovou teplotou, aby došlo k lepšímu prokrvení kůže. V letním období sestra pacientovi neopomene zdůraznit zákaz slunění na přímém slunci v období, kdy dochází na světloléčbu. Hrozí mu zde velké riziko spálení kůže (6, 9).

1.4.3 Celková a biologická léčba

Vnitřní - celková léčba se v současnosti dá rozlišit na standardní (konvenční) a moderní (biologickou léčbu). Celková terapie je vyhrazena pouze pro těžší formy psoriázy vzhledem k nežádoucím účinkům léků a pro pacienty nereagující na standardní lokální léčbu a světloléčbu. Léky podáváme parenterálně, v infúzi nebo per os. Před jejich nasazením by se měl vždy zvážit poměr rizik ku prospěchu léčiv. S ohledem k vedlejším účinkům při dlouhodobém užívání systémových léků se přechází na tzv. léčbu rotační, kdy je po určitém období jedna léčba nahrazena druhou. Smyslem této výměny je zmenšení rizika vzniku nežádoucích účinků. Mezi nejpoužívanější systémové léky patří glukokortikoidy, retinoly, cyklosporin A, methotrexát a fototerapie, která patří také k možnostem této léčby (3, 6, 31).

Biologická léčba není novinkou, ale na našem trhu se prostředky této léčby objevily teprve nedávno. Biologické léky cíleně tlumí zánět v samém počátku. V Česku je léčba schválena od roku 2005 a soustřeďuje se do léčebných center. Biologika vycházejí z nových poznatků genetiky a molekulární biologie. Tyto celkově podávané léky jsou zaměřené proti jednotlivým molekulám, cíleně mění biologickou odpověď a tím zabraňují dalšímu šíření chronického zánětu. Tyto preparáty jsou určeny pouze pro středně těžké až těžké ložiskové formy psoriázy s postižením více než 10 %

povrchu těla, nebo pro ty, kde jiná celková terapie nebyla dostatečně účinná. Mají méně nežádoucích účinků než ostatní systémové léky a představují dlouhodobou, bezpečnou a účinnou kontrolu nemoci kůže i kloubů. Zlepšují kvalitu a pohodlí života nemocného. Biologika snižují hospitalizace, pracovní neschopnosti a riziko vzniku invalidity. Jako i v jiných případech, ne všichni nemocní mohou tyto přípravky užívat jako např. nemocní s těžkou poruchou imunity, onkologicky nemocní, postižení artrózou, těhotné a kojící ženy. Je zde také malé procento nemocných, kterým léčba nezabírá, nebo nezabírá dostatečně. Proto vědci stále zkoumají další možnosti a prostředky, které působí jiným mechanismem. Mezi přípravky biologické léčby schválené v ČR patří např. ustekinumab, který je u nás dostupný od dubna 2010 a podává se subkutánně. Při této léčbě lze zlepšení stavu očekávat již po měsíci léčby. Infliximab se podává na rozdíl od ostatních biologik v intravenózních infúzích. Adalimumab a etanercept se aplikuje také subkutánně. Tato podkožní aplikace je největší výhodou biologik, protože pacient nemusí docházet do ambulance a při zvládnutí techniky vpichu do podkoží, si může lék aplikovat sám v pohodlí domova. Nevýhodou je příliš vysoká cena těchto preparátů a tím nedostupnost pro všechny těžce nemocné (1, 12, 14).

Role sestry spočívá v poučení pacienta o nutnosti dodržování několika všeobecných zásad podle druhu užívaných léků. Například u imunosupresiv (léky potlačující činnost imunitního systému) nesmí pacient docházet na fototerapii a neměl by se vystavovat slunečnímu záření. Pacientovi zde hrozí zvýšené riziko kožních nádorů. U antimetabolitů (léků blokujících růst buněk) sestra zdůrazní pacientovi přísný zákaz užívání alkoholu a též zákaz slunění. Při užívání léků ze skupiny retinoidů (deriváty vitamínu A), například Acitretinu, je taktéž důležitá abstinence alkoholu, omezení fyzické zátěže a omezení příjmu tuků potravou. Pacienta sestra informuje o potřebě tento lék užívat po jídle nebo zapít mlékem, aby byl jeho účinek co nejefektivnější. Pro ženy v produktivním věku platí, že po vysazení tohoto léku je potřeba užívat ještě další dva roky antikoncepci, před plánovaným otěhotněním. Lék má teratogenní účinky, které mohou způsobit během těhotenství změny na vývoji plodu. U biologických aplikací léků pod kůži, v případě souhlasu pacienta, sestra vysvětlí a předvede techniku vpichu a zjistí, zda pacient všemu porozuměl. Výhodou je balení léků, které jsou

v předplněných stříkačkách s injekční jehlou a příprava pro aplikaci je z tohoto důvodu pro pacienty jednodušší. Posledním důležitým bodem edukace sestrou je podněcovat pacienta k dodržování přesných pokynů lékaře a docházení na pravidelné lékařské a laboratorní kontroly (12, 20).

1.4.4 Psychoterapie

Dermatolog přichází velmi často do kontaktu s onemocněním nebo stavy, kdy jsou kůže a psychika úzce propojeny. Psychosociální a psychosomatické vlivy mohou působit jako provokační faktory, být příčinou nestability průběhu a vzniku exacerbací. Proto je psychosomatický přístup v medicíně důležitým bodem pro kontakt s pacientem, diagnostiku i léčbu. U někoho se psychoterapie uplatňuje na 100 %, u jiného se nemusí působení projevit vůbec. Psychodermatologie je obor sdružující dermatology, psychology, psychiatry. Na úspěchu budoucí léčby závisí úspěšná komunikace s nemocným. Záleží na náladě pacienta, chuti k léčbě, důvěru v lékaře, na léčebném zařízení a ošetřujícím personálu. Psychoterapeutická intervence je nasměrovaná na posílení a vyhranění pacientova Já, nalezení místa v rodině a ve společnosti. Navádí k pochopení své nemoci a pátrání po provokačních vlivech a jejich zvládnutí. Cílem je dovést pacienty k tomu, aby přestali být zaměřeni jen na své onemocnění a aktivitu vložili do rozvinutí osobního potenciálu k plnohodnotnému uplatnění v širším sociálním prostředí. K tomuto účelu slouží i rodinná a skupinová terapie, hypnóza, autogenní trénink (relaxace – uvolnění organismu a mysli), biofeedback (biologická zpětná vazba zaměřená na osobní měření fyziologických veličin) a další možnosti (25, 28).

Zde přebírá významnou úlohu v péči o pacienta sestra. Je na ní, aby pomáhala nejen s péčí o postiženou kůži, ale i s péčí o nemocnou duši. Lidský citlivý přístup, umění naslouchat a komunikovat jsou podstatnou součástí úspěšné léčby. Sestra vysvětlí pacientovi, jak pečovat o celkovou tělesnou i duševní pohodu a jak zvládat nebo minimalizovat stres. Má-li pacient na sebe a své životní cíle velké nároky, měl by si umět najít čas a odreagovat se od všedních starostí např. četbou knihy, prací na zahradě, posezení s přáteli nebo relaxací. Sestra může pacienta naučit např. relaxačním

technikám, aby mohl ovládat pocity napětí na těle či na duši. Může doporučit pro začátek relaxace hluboké dýchání a uvolnění svalstva v klidné místnosti při uvolňující hudbě a pak nechat cíleně pracovat svou mysl a zapojit představivost na základě příjemných a pozitivních myšlenek. V případě, že pacient cítí strach, zlost nebo smutek, měl by ho vyjádřit a nebát se plakat. Nemá-li někoho blízkého, může se obrátit na psychoterapeuta nebo třeba jiného psoriatika pomocí internetu, nebo kontaktovat svépomocné organizace např. Svaz psoriatiků a ekzematiků. Ačkoliv je lupénka nemocí, kterou nelze úplně vyléčit, je v moci moderní dermatologie a psychodermatologie nemocným život co nejvíce zkvalitnit a usnadnit (4, 16).

1.5 Sesterské diagnózy u nemocných s psoriázou

Základem ošetrovatelské péče sestry o nemocné je ošetrovatelský proces. Je to plánovaný cílený systém, který pracuje s potřebami člověka a člověkem jako individuem. Dává sestře i nemocnému možnost hledat různé alternativy péče a také je nutí spolu komunikovat. Nemocný je během hospitalizace stále pozorován, vyhodnocují se údaje a dle měnících se potřeb se mění i péče o pacienta. Ošetrovatelský proces je uskutečňován v pěti po sobě jdoucích fázích a vyžaduje od sester naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, rozpoznat problém a určit sesterskou diagnózu, plánovat a klást cíle, realizovat cíle a zhodnotit účinnost plánu (7, 29).

Za vypracování sesterských diagnóz je zodpovědná profesionální sestra, která spolupracuje i s ostatním ošetrovatelským personálem. Tyto diagnózy udávají jak zdravotní potíže jedince, tak i potenciální rizikové faktory související s hospitalizací. Ošetrovatelská diagnóza popisuje reakci nemocného na nemoc a zjišťuje, do jaké míry nemoc zasahuje do normálního života nemocného. Tyto diagnózy pouze doplňují lékařskou diagnózu. Určení ošetrovatelských diagnóz může sestra provádět podle nejznámějšího diagnostického systému NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), vypracovaného a dlouhodobě korigovaného Americkou asociací pro

ošetřovatelské diagnózy. Nemocných s psoriázou se v této taxonomii dotýká několik diagnóz. Doména číslo 5 – Vnímání – poznávání, zahrnuje ošetřovatelskou diagnózu *Deficitní znalost 00126* o způsobu aplikace a o účinku aplikovaných léků. V doméně číslo 6 - Vnímání sebe sama, najdeme ošetřovatelskou diagnózu *Porušený obraz těla 00118* v souvislosti s porušením struktury pokožky - nevzhledné kožní léze, projevující se případným skrýváním postižených partií, negativními pocity nad vlastním tělem, pocity bezmocnosti a změna ve společenském zapojení. Nemoc poškozují fyzický vzhled, což pro nemocného znamená psychickou zátěž a není pro něj jednoduché se s nemocí vyrovnat. Sestra by si měla všimnout emočních změn, vybídnout nemocného k rozhovoru o svých pocitech a pomoci mu při hledání nové seberealizace. Do stejné domény patří i *Chronicky snížená sebeúcta 00119* nebo *Porušená osobní identita 00121*, kdy dochází k negativnímu hodnocení sebe sama. V doméně číslo 8 - Sexualita – je třeba zmínit i neschopnost některých psoriaticků, zapojit se do sexuálního života. Tato diagnóza souvisí s projevy choroby a její léčbou. Může u nich vzhledem k projevům onemocnění dojít k *Sexuální dysfunkci 00059*. Sestra podporuje nemocného k otevřenému vyjádření svých pocitů a v případě souhlasu nemocného, zařídit zprostředkování odborné pomoci (např. sexuologická ambulance). Do domény číslo 11 - Bezpečnost – ochrana, patří *Porucha kožní integrity 00046* v důsledku zvýšené proliferace epidermálních buněk a chybění normálních ochranných vrstev kůže s projevy šupinatění, papulami a plaky. Sestra ošetřuje a kontroluje kožní léze, naučí nemocného správné péči o pokožku, dbá na výměnu osobního a ložního prádla a další možné intervence. *Riziko infekce 00004* je další diagnózou související s poruchou kůže, její destrukcí a zvýšenou expozicí patogenů z okolí. Do této domény spadá i *Riziko sebevraždy 00150* způsobené situačními (izolace od společnosti) nebo tělesnými rizikovými faktory. Sestra sleduje chování a projevy nemocného, zajistí bezpečné a klidné prostředí, zajistí prostor k vyjádření pocitů nemocného a může navrhnout využití odborné psychoterapeutické léčby. Vzhledem k tomu, že některé formy onemocnění doprovází i bolest, je potřeba zmínit doménu číslo 12 – Komfort – *Akutní bolest 00132* nebo *Chronická bolest 00133* (7, 21, 22).

1.6 Kvalita života a životní styl

„Kvalita života podmíněná zdravotním stavem – Health Related Quality of life (HRQOL), je pojem shrnující subjektivní a při tom kvantifikovatelné měření, jednak vnímání zdraví a jednak vnímání chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře.“ (35, s. 29) Přítomnost chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí každý, kdo je touto nemocí postižen, dlouhodobě vyrovnávat. Mnohdy si ani člověk s chronickým onemocněním není s to uvědomit, že je takto nemocen a často k tomu zaujímá falešný postoj. Myslí si, že jde o něco, co v krátké době zřejmě vymizí a bude zase dobře. Neuvědomuje si, že s psoriázou bude žít nejen dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti. Největší dopad v psychické kognitivní oblasti má psoriáza na sebepojetí pacienta. Na to jak sám sebe vidí, hodnotí a chápe. V důsledku kožního onemocnění dochází i k narušení vztahů v rodině, na pracovišti a ve škole. Identita psoriatika je onemocněním postižena nejvíce a má velký vliv na odcizování se nejen druhým lidem, ale i sám sobě. Začíná se cítit jako bezvýznamný a málo hodnotný člověk. U těchto pacientů můžeme pozorovat pocity viny a zklamání, strach a uzavřenost, zvýšené sebezpozorování, narušení sexuality, hostility (nevraživost vůči okolí), depresivní poruchy vedoucí i k sebevražedným myšlenkám. Pro hodnocení kvality života se používají dotazníky s bodovým hodnocením jako například PDI (Psoriasis Disability Index), SPI (Salford Psoriasis Index), DLQI (Dermatology Life Quality Index) a další (18, 25, 35).

Důležitost v životě dospívajících a dospělých s lupénkou hraje výběr povolání. Do nevhodných profesí patří např. práce s velkým žářem, práce kde dojde lehce ke zranění a k znečištění pokožky jako u automechaniků, ve stavebním průmyslu jsou to negativa jako chlad, působení vody a snadné poškození pokožky, různá zaměstnání kde se může nemocný setkat s dráždivými látkami – chemikáliemi, prachem a alergeny. Je dobré vyloučit i povolání, kde je pracovník vystaven velkému stresu, nebo kde se setkává s různými infekcemi, například ve zdravotnictví. To samozřejmě neznamená zákaz těchto oborů, ale záleží na typu práce, kvalitě a pečlivosti v používání ochranných pomůcek a na umístění projevů nemoci (4, 20).

U volného času a sportování, je třeba se vyhýbat takovým aktivitám, u kterých může dojít ke zranění, tření, tlakům, vysokému fyzickému vypětí a tím vyvolanému pocení. Obecně nelze uvádět všechny nevhodné druhy sportu, ale například to můžou být kontaktní sporty, jako bojová umění, hokej, box a fotbal. Na druhou stranu je třeba brát v úvahu, že záliby a koníčky zlepšují celkovou tělesnou a duševní pohodu a to je rozhodující (4, 27).

Do životního stylu je třeba zahrnout i životosprávu. Objektivní důkazy o prospěšnosti speciálních diet neexistují, ale v zásadě je nutné dodržovat pravidla správné výživy. V případě hospitalizace by měl nemocný přijímat neдрáždívou dietu (č. 2). V jídelníčku by se měly redukovat živočišné tuky, červená masa, cukr a ostrá koření. Do správné životosprávy psoriatika nepatří ani alkohol a kouření. Naopak k dobru je zvýšená konzumace ryb. Doporučují se tučné ryby jako makrela, tuňák, losos, sardinky a sled', nebo užívat rybí tuk v tobolkách. Omega-3 mastné kyseliny blokují účinky arachidonové kyseliny, která může lupénku vyvolávat. V jídelníčku by neměla chybět zelenina a ovoce (méně citrusové plody) hlavně v syrové podobě a to především větší množství rajčat a mrkve. Pozor na náhlé změny a drastické omezení stravy, které může pacienta frustrovat a způsobit tak zhoršení choroby. Jde tedy především o otázku přiměřenosti, což platí pro celý životní styl, nejen pro dodržování jídelníčku (4, 27).

1.6.1 Stigmatizace

Stigma neboli znak určený k tomu, aby vyšlo najevo něco neobvyklého a špatného nebo stopa, která nese svědectví o označovaném. Toto slovo uvedli v život Řekové s úmyslem označovat jím zvláštní tělesné znaky. Kdysi se tyto znaky vpalovaly či vyřezávaly do těla a upozorňovaly okolí, že jejich nositel je otrok, zrádce, zločinec nebo osoba nečistá, které je radno se vyhýbat. Označení stigma se také používalo pro samovolně vzniknuté rány na končetinách, které připomínaly Kristovy rány z kříže. Byly chápány jako symbol utrpení, objevovaly se u věřících a byly důkazem mimořádné svátosti. Do stigmatizovaných patřily také osoby s pohlavními nemocemi, s leprou (byla

považována za boží trest za minulé hříchy) nebo tuberkulózou. Tyto osoby byly vyháněny ze společnosti a shromažďovaly se v uzavřených skupinách (2, 19).

I v současnosti jde o znamení méněcennosti, které vede stigmatizovaného k odmítání jiných lidí. Když se jedinec nedokáže adaptovat běžným požadavkům společnosti, vyvolává negativní reakci okolí. Výsledkem je odmítání jednotlivce, až jeho vyloučení ze společnosti. Tím dochází k ovlivnění jeho společenského postavení, plnění rolí a směřuje k diskriminaci. Jednotlivec snáší důsledky předsudku, hodnocení jeho choroby jinými lidmi, které jsou hlavním východiskem pro jeho označování, tzv. nálepku – stigma. V této situaci může začít docházet k negativní reakci osoby k sobě samému, tzv. self – stigma – sebeoznačování. Jedinec má pocit hanby a méněcennosti, je sklíčený a zoufalý. Dochází k sebeobviňování, k nenávisti a odporu k vlastní osobě, k izolaci, k odmítání okolí a k snižování svých hodnot (2, 19).

V případech psoriázy hrají hlavní roli estetické vlastnosti. Tento rozměr se váže k tomu, v jakém množství a intenzitě se vyskytují příznaky a znamení stavu, které způsobují to, že osoba, která se jimi vyznačuje, se společnosti jeví jako odpudivá, nepěkná nebo nějakým způsobem znepokojující. Určité deformace nebo stavy, které jsou na první pohled vidět a těžko se skrývají, mohou těmto osobám způsobovat velkou duševní bolest. Při prvním kontaktu s takto stigmatizovaným člověkem, může být reakce druhých nepřiměřená, kdy instinktivně udělají úšklebek nebo couvnou. Snižování stigmatu u psoriázy lze z velké části ovlivnit léčbou (2).

Stigmatizovaní mají kontakt se dvěma okruhy lidí. První jsou ti, kteří o jejich stigmatu vědí. Jsou to většinou lidé trpící stejným postižením a před nimiž není třeba nic předstírat. Druhou skupinu tvoří tzv. zasvěcení, před kterými se jedinec nemusí stydět a před nimiž stigma ani nelze utajit. Patří sem členové rodiny, přátelé, sestry a lékaři. Stigma se může také týkat různých odlišností. Jedná se o barvu kůže, národnost, náboženství a deformity těla, nebo příslušnost k určité skupině lidí např. homosexuálové, nezaměstnaní, vězňové, bezdomovci a další (15).

1.7 Zvyšování povědomí o psoriáze

29. října 2004 měl svoji premiéru Světový den psoriázy. Cílem je věnovat nemocným pozornost a ohledy, které si zaslouží, ukázat lidem s lupénkou, že nejsou ve svém utrpení sami a rozšířit informace o zlepšení dostupnosti léčby. Zvyšovat povědomí o psoriáze je důležité nejen pro jednotlivce s tímto onemocněním, ale i pro rodinné příslušníky, přátele, osoby z okolí nemocného, ale i pro širokou veřejnost. Dozvědí se a pochopí co je lupénka a tak mohou zasvěceně čelit mýtům, které tuto chorobu provázejí. Jedině tímto přístupem můžeme lidem s touto chorobou pomoci vypořádat se s lupénkou, chápat lépe jejich problémy a usnadnit jim tak život (17).

V dnešní době lze snadno získávat informace z internetu, ale je potřeba vyhledávat pouze stránky psané kvalifikovanou osobou. Některé rady mohou být i nebezpečné, zvláště ty o jednotlivých případech neúspěšné léčby, a můžou tak narušit pohodu pacienta a zhoršit průběh nemoci. Mezi nejznámější a ověřené internetové stránky patří například www.spae.cz. Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků (SPAЕ) je dobrovolným neziskovým občanským sdružením. SPAЕ je otevřena všem občanům postiženým lupénkou a atopickým ekzémem, dále pak všem, kteří mají o činnost SPAЕ zájem. Tato společnost spolupracuje s Českou dermatologickou společností, s Českou akademií dermatovenerologie, s Národní radou pro zdravotně postižené, s lékaři, s farmaceutickými firmami, výrobcí a prodejci speciální kosmetiky. Jejich cílem je prosazovat zlepšování forem léčení psoriázy, prosazovat zlepšení sociálních a ekonomických životních podmínek u takto postižených, informovat o metodách léčby, lécích a kosmetice. Společnost také organizuje společné přímořské pobyty a jiné akce, kde se členové klubu setkávají a vyměňují si zkušenosti a mohou tak nalézt i nové přátele. Dalším ověřeným zdrojem k získávání informací může být www.i-psoriaza.cz a stránky České akademie dermatovenerologie www.dermanet.cz (20, 26).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1 Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje psoriáza sester jejich profesní život.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1 Jsou sestry s psoriázou omezeny při výkonu práce?

Otázka 2 Je sestra s psoriázou stigmatizována?

Otázka 3 Má vliv zdravotnické prostředí na zhoršení příznaků psoriázy?

Otázka 4 Jaké jsou reakce ze strany pacientů na sestry s psoriázou?

Otázka 5 Co má největší vliv na zhoršení stavu psoriázy u sester?

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Praktická část této bakalářské práce byla zpracována kvalitativním šetřením metodou dotazování. Technikou sběru dat byl individuální, hloubkový, nestandardizovaný rozhovor s respondenty – všeobecnými sestrami s psoriázou. K anonymnímu rozhovoru byl použit diktafon a písemné poznámky. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu května a června 2011.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořilo osm sester s psoriázou, které pracují v různých zdravotnických zařízeních v ČR. Při výběru souboru jsem musela nejprve oslovit okruh mých známých, zda nějaké sestry s tímto onemocněním neznají a jejich prostřednictvím jsem je mohla oslovit.

Rozhovory probíhaly na vybraných místech, podle přání respondentek. Každý rozhovor, řízený podle připravených stěžejních okruhů, trval zhruba 30 – 40 minut. Úvod rozhovoru byl zaměřen na identifikační otázky a osobní život, druhá část byla zaměřena na zmapování problematiky výkonu povolání sestry. Věk oslovených respondentek se pohyboval od 32 – 57 let. Získané údaje z rozhovorů byly zpracovány do souhrnných tabulek.

4. VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory se sestrami

Sestra 1

První respondentka mě po telefonické domluvě požádala, zda bychom rozhovor nemohly uskutečnit u ní doma. Před rozhovorem jsem požádala o souhlas s nahráváním na diktafon a ujistila ji, že rozhovor je anonymní. Respondentce je 55 let a ve zdravotnictví pracuje již 36 let. Začínala jako sestra na ortopedické ambulanci a po několika letech začala pracovat v nemocnici na ortopedickém oddělení, kde je dodnes.

Při nástupu do zdravotnictví lupénkou ještě netrpěla. První projev lupénky zaznamenala až ve 40 letech. V té době již pracovala na lůžkovém oddělení, kdy se jí po kousnutí hmyzem do levého lýtka objevil mokvající vřídek, kterému nevěnovala velkou pozornost. Během tří dnů se začal vřídek zvětšovat. Jak sama přiznává, vřídek se snažila sama často vymačkávat. Po deseti dnech samoléčby (Framykoin, Flegmoton) navštívila závodního lékaře, který nasadil antibiotika. Léčba nezabírala, a tak lékař vyzkoušel ATB jiná. Ani po druhých nedošlo k žádné změně a tak lékař udělal stěr na mikrobiologický rozbor a zjistilo se, že citlivost vychází na jiná ATB. A tak sestra začala užívat třetí řadu antibiotik, při které se jí objevila vyrážka po celém těle. Shodou okolností sestra potkala svojí známou, která má lupénku od dětství a světovala se jí o svých problémech s ekzémem. Když jí ukázala projevy na těle, známá jí nechtěla vyděsit, ale řekla jí o svém podezření na lupénku a doporučila jí navštívit kožního lékaře. Diagnóza se potvrdila. „*Po 14 dnech jsem byla obsypaná od hlavy až k patě, bylo to hrozný. Tak jsem nastoupila k hospitalizaci, na kožní oddělení v Českých Budějovicích. Byla jsem tam 14 dní, kdy na mě zkoušeli všechno možný, ale na štěstí to zabralo. Na pracovní neschopnosti jsem byla ještě další dva týdny, ale už aspoň doma.*“ V další době pravidelně navštěvovala dermatologickou ambulanci a dbala lékařských doporučení asi pět let. Příznaky se zmírnily natolik, že už nemusela podstoupit další hospitalizaci. V současnosti má viditelné drobné léze na hrudníku a horních a dolních končetinách.

S příchodem internetu si sama začala vyhledávat informace o psoriáze, o jejích projevech, léčbě, rizikových faktorech a také sledovala diskuze lidí se stejným postižením. Snaží se dodržovat i některá z dietních opatření a to hlavně nejíst smažená a kořeněná jídla, po kterých zaregistrovala zhoršení příznaků. Největší problém, který má, je kouření, ale snaží se to omezit z deseti na pět cigaret denně.

Na začátky své nemoci v pracovním i soukromém životě vzpomíná velmi negativně, kdy jí nemoc po psychické stránce velmi vyčerpávala. Snažila se denně o postiženou pokožku pečovat co nejlépe, ale příznaky neustupovaly tak rychle, jak si představovala. Nejvíce měla postiženou bederní část, dolní končetiny a předloktí. Při práci na oddělení, ale i v běžném životě se snažila postižené části těla zakrývat, např. ruce dlouhým rukávem. Nejhorší pro ni bylo a je zimní období a stres, kdy se příznaky zhoršují. Od jara se snaží vystavovat slunci a dvakrát za rok jezdí k moři, které má nejlepší vliv na zmírnění příznaků. Mezi další vlivy na zlepšení stavu mají vyzkoušené léčebné přípravky jako roztok s mořskou solí ke koupelím, krémy na promašťování kůže, konopná mast, tělové mléko z Mrtvého moře a relaxace. „ *Když se chci uklidnit a uvolnit po práci, lehnu si a koukám na film, nebo si čtu.* “ Řádná dovolená u ní vždy měla dobrý vliv na psychiku a tím i na nemoc.

V druhé části rozhovoru, jsme mapovaly zdravotnické prostředí. Při výkonu práce se nikdy necítila omezená a mohla všechny činnosti s tím spojené vykonávat. Jak sama říká: „ *V případě, že bych s tím problémy měla, vrchní sestra by mi v dnešní době žádnou úlevu neposkytla. Bud' budu dělat to co ostatní, nebo si můžu hledat jinou práci.* “ Dále se respondentka zmiňuje o přípravku k dezinfekci rukou, který vysušuje pokožku, ale nepůsobí jako provokační faktor. Používá stejný jako ostatní personál, ale musí si více a častěji po jeho použití promazávat ruce. S vrchní sestrou tento problém řešit nechce. Osobní oblečení si pere doma, protože po vyprání v ústavní prádelně zaznamenala zhoršení projevů nemoci. „ *Mám výborný ekologický prací gel, který mi doporučila kamarádka s atopickým ekzémem. Je sice dražší, ale mám pocit, že mi tolik nedráždí kůži a ještě je ekologický a tak i šetrím naši přírodu,* “ dodává s úsměvem.

V kolektivu ostatního zdravotnického personálu se cítí dobře a nikdy z jejich strany nezaznamenala negativní reakce na vzhled její pokožky.

V případě pacientů je tomu ale jinak. Pacienti připoutaní na lůžku tráví svůj čas pozorováním okolí a každý pohyb kohokoli na pokoji je pro ně zpestřením dlouhého dne. Sestra uvádí, že nejednou zachytila zvědavé pohledy na její obnažené ruce pokryté šupinami. Od té doby, co se jí jeden z pacientů zeptal, co to má na rukách, začala nosit pod uniformou triko s dlouhými rukávy. Zajímalo ho, o jakou nemoc jde a zda není nakažlivá. *„Snažila jsem se pacientovi stručně objasnit svoji nemoc, ale viděla jsem v jeho tváři, že se mu to moc nelíbí.“* Další den ráno měla onomu pacientovi dělat odběry krve, ale poprosila svoji kolegyni, zda by to udělala za ní. *„Copak mi můžu jít nabrat krev, když na mě kouká jak na prašivou?“* Byla to její jediná negativní zkušenost s pacientem z celé její praxe ve zdravotnictví. V současnosti se s nemocí smířila a už pro ni není to nejdůležitější v životě.

Sestra 2

Druhé oslovené respondentce vyhovovalo uskutečnit rozhovor po pracovní době na oddělení, na kterém pracuje. Hned na začátku jsem sestře objasnila důvod našeho setkání a požádala jsem o svolení s nahráváním rozhovoru na diktafon.

Respondentce je 47 let a ve zdravotnictví pracuje 28 let. Po škole začínala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Po mateřské dovolené nastoupila na gynekologické oddělení, kde byla asi tři a půl roku a poté se vrátila na ARO, kde pracuje dodnes. Psoriáza se u sestry objevila v období puberty, mezi 13 – 14 rokem. Vzhledem k tomu, že v rodinné anamnéze se psoriáza vyskytovala a to ze strany otce, nebylo rodičům toto onemocnění cizí a znali základní informace. *„Jako puberták jsem měla oproti jiným dětem s psoriázou štěstí, protože projevy nemoci byly minimální. Měla jsem malé červené flíčky různě po těle, ale nikdy ne v obličeji nebo ve vlasech a tak mi to zůstalo dodnes. Musím říct, že snad ani v tom dětství jsem netrpěla méněcenností nebo nějakou odlišností, bylo to v pohodě.“* Kožního lékaře navštěvovala podle určených návštěv už jen po dobu studií na střední škole. Od té doby dermatologa nenavštěvuje, ale kupuje si různé produkty na psoriázu sama v lékárně. Osvědčené má

přípravky s vitamíny A,D,E, zinek a přípravky s extrakty z bylin, olejů a ovocných kyselin.

Další otázka se týkala životního stylu. *„Nedávno jsem četla o zdravém životním stylu a musím se přiznat, že jsem od toho docela daleko. Já se teda snažím nejíst žádné citrusy, protože ty mi nedělají dobře, ale mám ráda smažená a grilovaná jídla a ta bych moc jíst neměla. Na druhou stranu ryby ráda mám, piju alespoň litr a půl vody denně, kromě rajčat jím hodně zeleniny, nekouřím a alkohol nepiju. Tak to se mnou ještě není tak špatný,“* dodává s úsměvem. V běžném životě ji nemoc neobtěžuje natolik, aby vyhledávala informace o psoriáze na internetu, nebo kontaktovala některou ze společností zabývající se dermatologickými problémy.

Největší vliv na zhoršení příznaků je stres, a to který pociťuje občas hlavně v práci. *„Někdy v práci nastanou situace, že nevím, kde mi hlava stojí. To už se pak těším domů, až si lehnu a vypnu.“* Také už za tu dlouhou dobu s chronickou nemocí zjistila, že mléčné výrobky a čokoládu si musí zakázat, ačkoli je má moc ráda. *„Ale stejně jednou za měsíc až dva zhřeším a sním celou tabulku čokolády na posezení. Pak mě začne svědit celé tělo a začnu na sebe nadávat, ale nemůžu si pomoci.“* Další negativní vliv má roční období od podzimu do jara, kdy bývá výsev ložisek zvýšený. Dále udává svědění a napnutí kůže po změně pracího prášku. Dlouhou dobu nevěděla, z čeho to může být a až když vyloučila všechny možnosti zjistila, že je to pracím prostředkem. V současnosti používá vyzkoušený prací prostředek, po kterém nemá žádné problémy.

Největší vliv na zlepšení stavu lupénky má u respondentky jarní a letní období, kdy každoročně jezdí na 14 dní k moři do Chorvatska. Doma relaxuje tím, že si napustí vanu s olejovou lázní a dopřává si odpočinku při svíčkách. Po takovéto koupeli, na kterou jak přiznává, si udělá chvíli jen jednou za čas, celé tělo promastí a cítí se velmi dobře. Prozradila mi, že to s péčí o pokožku moc nepřehání. Další regenerací těla i duše, jak uvádí, je pro ni četba knih a časopisů. V zimním období po dlouhé procházce přírodou ráda sleduje televizní filmy u rozpáleného krbu.

V další části rozhovoru jsme se přesunuly na otázky týkající se zdravotnického povolání. *„Když jsem nastoupila do zdravotnictví, nebyla žádná činnost, kterou bych*

nemohla vykonávat. Používala jsem hodně rukavice a více mazala ruce modrou Indulonou. Dnes to dělám taky, ale používám dezinfekci i krém na ruce, co je tady pro všechny pracovníky. Z ochranných pomůcek používám náustenku a čepici skoro denně, ale to mi žádné potíže nedělá, jen to, že se mi paří hlava.“ Smích. Ráda by si nosila domů prát osobní prádlo, ale to z ARO nelze. „ Když se obléknu do pracovního, někdy cítím už po dvou hodinách svědění po celém těle. Vzhledem k tomu, kde pracuji, si to domu nosit nechci a ani nemůžu. A taky to není tak akutní, abych to musela řešit nějak víc. Prostě to jednou za čas vydržím.“

Na otázku, jak se cítí v pracovním kolektivu, odpověděla: *„Ve zdravotnictví pracuji už dlouho a nikdy jsem neměla problémy s tím, že by se mě někdo štítil, nebo tak. Ano, hned na začátku se mě ptali, co to mám za vyrážku, ale pak už to nikdo neřešil a tak je to dodnes. Svůj kolektiv si pochvaluje a je tam spokojená. Kdyby měla problémy s nějakým výkonem, který by u pacienta nemohla vykonat, tak by jí jiná sestra pomohla, tím si je jista. „Samozřejmě by to nesmělo být moc často, jinak by jim to určitě začalo vadit.“* Negativní reakce ze strany pacientů nebo jejich návštěv nikdy nezaznamela. Jak sama říká, na ARO je její lupénka to poslední, co by je zajímalo a při práci na sále taktéž. Proto ani paže nijak nezakrývá a nedělá to ani mimo zaměstnání. Nemoc ji nikdy neomezovala a cítí se velmi dobře.

Sestra 3

Třetí oslovené respondentce je 57 let. Po telefonické domluvě jsme se na uskutečnění rozhovoru sešly po pracovní době v chirurgické ambulanci, ve které pracuje 20 let. Požádala jsem o svolení s nahráváním na diktafon a ubezpečila jsem ji o naprosté anonymitě.

Respondentka po škole pracovala rok jako dětská sestra na kojeneckém oddělení a poté přestoupila na lůžkovou část chirurgie, kde pracovala 17 let. Celkem pracuje ve zdravotnictví 38 let.

První výskyt lupénky byl u respondentky diagnostikován v 7 letech. Rodičům bylo lékařem sděleno, že nemoc byla vyprovokována přechozenou streptokokovou infekcí. V té době měla výsev téměř po celém těle a pravidelně docházela do dermatologické ambulance. Rodičům byla navržena hospitalizace. O rok později respondentka podstoupila druhou hospitalizaci, kdy byl efekt mnohem znatelnější. Od té doby ji rodiče brali každé léto k moři, kam jezdí dodnes. *„Hrozně mě ta nemoc obtěžovala, hlavně v dětství a v dospívání. To, co jsem si od dětí tenkrát vyslechla, mi moc na sebevědomí nepřidalo,“* vzpomíná smutně.

V současnosti má z kožního povrchu nejvíce postižené lokty a hřbety rukou. Na ošetření pokožky používá hlavně bílou vazelinu a sójový olej, který proniká i do hlubších vrstev pokožky. Nejvíce ji svědčí Černé moře, kam jezdí v srpnu a na jaře odjíždí na léčebné pobyty do Lázní Dolní Lipová. *„Do lázní jezdím už 15 let, protože už mám lupénku i v kloubech. Léčí to tam různými koupelemi v bylinkách jako konopný olej, dehet, síra a nanášením různých mastí. Také jsem chodila do solária a hodně odpočívala. Je to tam jak balzám na duši.“* Vždy, když se vrátí z pobytu v lázních domů, má úlevu jak od kloubních potíží, tak i po ložiskových výsevech asi půl roku. Pravidelný režim, odpočinek a žádný stres mají nejlepší vliv na zlepšení příznaků.

Naopak zhoršení příznaků u ní vyprovokují psychická zátěž, kořeněné jídlo a čokoláda. *„O zdravém životním stylu vím a snažím se vynechat to, co mi nedělá dobře. Nahrazuji to hlavně přes zimní období zeleninou a pokrmy z ryb. To má rád i manžel, tak mi dělá i radost jídla připravovat. Horší je to s dodržováním pitného režimu a to hlavně v práci. Vypiji tam tak dva hrnečky čaje a jednu kávu bez kofeinu. Máme na ambulanci pořád frmol, tak víc nestíhám. O víkendu se snažím navíc vypít alespoň jednu vodu neperlivou denně, ale stejně se k tomu musím nutit.“*

Další část rozhovoru byla zaměřena na zmapování případných problémů respondentky při práci ve zdravotnictví. V době, kdy nastoupila do zdravotnického zařízení, měla nejvíce postižené lokty, kolena, lýtka a hřbety rukou. *„Dost často jsem mívala deprese a nevěděla jsem co s tím. Neustále jsem se pozorovala a snažila se zakrýt každý kousek těla, na kterém ložiska byla. Tenkrát se ještě nosily šaty se zástěrou. V těch nejhorších obdobích, což bylo od podzimu do jara, jsem nosila ty nejtmaší*

silonky, co se vyráběly. Někdy mě to dost svědilo, ale chtěla jsem, aby to bylo co nejméně vidět, tak jsem to musela vydržet.“ Sestra trpěla méněcenností a vzpomíná na tuto dobu velmi negativně. *„Hodně mě to trápilo. V období, kdy to bylo nejvíce vidět, jsem si brávala triko s dlouhým rukávem pod šaty, aby si toho pacienti nevšimli.“*

Na otázku, zda se cítila někdy omezena svojí nemocí při výkonu práce, odpověděla: *„Nikdy jsem s tím neměla problémy, aspoň si to tedy nepamatuji. Používala jsem často rukavice, protože jsem měla ložiska na hřbetech rukou. Co mi vadilo, byl talek, kterým se tenkrát rukavice vysypávaly. Měla jsem z něho hodně vysušenou kůži. Dnes používám rukavice bez pudru.“* Vzhledem k její práci na chirurgické ambulanci, musí častěji používat přípravek k dezinfekci rukou, který nemá vliv na zhoršení příznaků. K dezinfekci ploch a některých zdravotnických předmětů používá dezinfekční ubrousky bez obsahu alkoholu, které zajistil lékař, pro kterého pracuje. Stejně tak nemá problémy s pracími prostředky a nechává si uniformu prát ve smluvené prádelně.

Dále mně zajímalo, jak se respondentka cítí ve svém pracovním kolektivu. *„S kolektivem jsem byla vždycky spokojená. Za těch pár let jsem poznala hodně lidí a musím uznat, že se ke mně chovali vždy dobře. Nikdo neměl s mojí nemocí problémy, naopak se mi snažili doporučit různé přípravky nebo potravinové doplňky, o kterých někde četli. Brali mě úplně normálně, ne jako někoho s hendikepou.“*

Navazující otázka se týkala pacientů. Setkala jste se s nějakými reakcemi na vaše onemocnění? Respondentka vzpomíná na negativní zkušenost z dětského oddělení. *„Jedna maminka mi tam jednou dost nevybíravě řekla, že bych se s takovou nemocí asi neměla starat o děti, ještě by prý mohly něco chytit. To mi moc psychicky nepřidalo a už jsem tam nechtěla pracovat. Bylo mi 19 let, tak se nedivte. No a po roce jsem z tohoto důvodu odešla.“* Dále vzpomíná na jednoho pána z chirurgického oddělení: *„Jé, co to máte sestři na loktech?“* Na tohoto pacienta vzpomíná ale v dobrém. Byl hodně nemocný, ale nechyběl mu smysl pro humor. V současnosti při práci na ambulanci se už s podobnými reakcemi nesešla.

Závěrem jsem se zeptala, jak vnímá respondentka svojí nemoc dnes. S úsměvem mi odpověděla: *„Deprese už mám tak 15 let za sebou. Kdyby mě občas nebolely klouby,*

tak o lupénce ani nevím. Mám rodinu, tři zdravá vnoučata a to je pro mě dnes nejdůležitější.“ Mrzí ji hlavně to, jak dalece a dlouho jí nemoc negativně ovlivňovala.

Sestra 4

Po telefonické domluvě a krátkém shrnutí obsahu rozhovoru jsem se respondentky zeptala, kde by jí vyhovovalo se sejít. Navrhla svoji oblíbenou, tichou kavárnu v dopoledních hodinách. V úvodu rozhovoru jsem požádala o souhlas s nahráváním na diktafon.

Respondentce je 45 let, pracuje na dětském oddělení a ve zdravotnictví pracuje 26 let. Po skončení studií na zdravotnické škole, začala pracovat na ambulanci pro děti a dorost. Byla tam pouze jako zástup za sestru na mateřské dovolené, proto po třech letech změnila místo. Další tři roky získávala zkušenosti v nefrologické poradně pro děti a poté si našla místo na lůžkové části dětského oddělení, kde pracuje dodnes.

Při nástupu do zdravotnictví respondentka psoriázou ještě netrpěla. Provokačním faktorem byl stres, který nemoc vyvolal. Když respondentce bylo 38 let, zemřela jí maminka, se kterou měla velmi pevný vztah. *„Nesla jsem to hodně špatně. Maminka měla rakovinu a byla na mě hodně závislá. Snažila jsem se být nablízku, jak jen to šlo. Už ani nevím za jak dlouhou dobu po té události, se příznaky lupénky objevily. Myslela jsem si, že je to nějaká alergie, ale bohužel,*“ říká s povzdechem. Od té doby mívá nejvíce psoriázou postižené lokty, dolní končetiny a vlasovou část. Svou kožní lékařku navštěvuje přibližně 2krát do roka. Při jejich prvním setkání sestře lékařka doporučila léčbu kombinovat i s psychologem, ale to odmítla. Byla uzavřená a necítila potřebu o svých potížích hovořit.

„Chtěla jsem se projevů zbavit i bez psychologa, tak jsem využila doporučení od kožařky, která mě odkázala na Sanatorium Prosanum, tady v Praze, což je denní centrum pro psoriatiky. Docházím tam každý druhý rok na jednu kúru, což je 24 léčebných koupelí + 20 udržovacích. Na koupele se dochází 4krát do týdne a na těch 20 udržovacích minimálně 3krát do týdne. Celé to trvá asi 4 měsíce.“ Na doléčování

používá dle ordinace lékaře Belosalic mast na změkčení zrohovatělé kůže a zkouší kůru Dr. Michaels, která v sadě obsahuje čistící gel, tělový olej a mast. Na vlasy používala Konopný šampón. V současnosti zkouší nový šampón – Kartalin. *„Píšou tam, že má účinnost přes 94 % a je protisvědivý, protizánětlivý a že se mi zlepšila kvalita života, tak jsem zvědavá,“* dodává skepticky. K zajištění těchto přípravků využívá internetové stránky, kde si může vybírat z velkého množství produktů a zjistit o nich různé informace *„Docela mi to zabírá, jen se to poněkud prodraží,“* říká s úsměvem a hledí na svou peněženku.

Další z otázek byla zaměřena na životní styl. Z dietních zásad se snaží dodržovat tyto: *„Vyloučila jsem na minimum tučná a ostrá jídla, čokoládu a taky méně solím. Denně vypiji asi litr a půl čisté vody, jím hodně řepy, čerstvé zeleniny a občas si připravím nějaké dobroty ze sóji. Alkohol příležitostně, cigarety vůbec.“* Volný čas ráda věnuje rodině. V letních měsících relaxuje jízdou na kole a provozuje horskou turistiku, na podzim jezdí k moři. Po řádné dovolené se vždy cítí lépe a příznaky psoriázy se zmenšují, až mizí. V zimě ráda tráví volný čas procházkami a o víkendech jezdí lyžovat na hory. Zhoršení příznaků psoriázy způsobují zimní období, nachlazení a konfliktní situace, kterým se snaží předcházet.

V druhé polovině rozhovoru, jsme se přesunuly k otázkám týkajících se zdravotnického prostředí. Respondentka se za posledních šest let, co onemocněla psoriázou, nesetkala s žádným výkonem souvisejícím v péči o pacienta, který by nemohla vykonávat. Běžně používá ochranné pomůcky a prostředky k dezinfekci, jako ostatní zdravotnický personál. *„Nevybavuji si, že by mi někdy lupénka v práci překážela. Na určité výkony si беру rukavice, ale to dělají všichni. Možná, kdybych to měla na dlaních, bylo by to horší, ale takhle s tím nemám opravdu problém. Jednu dobu jsem si nosila svůj krém, kterým jsem si přes den promazávala lokty. Teď ho používám jen doma, protože mi vyhovuje i Silonda, kterou tady máme.“* Mezi provokační faktory na pracovišti by zařadila pouze některé směny při vyšším pracovním vypětí, kdy odchází domu unavená. Cítí napnutí v kůži a svědění po celém těle. Pracovní uniformu si nechává prát v ústavní prádelně, jako ostatní zdravotnický personál.

Dále jsem se respondentky ptala, zda si zakrývá ruce dlouhým rukávem. *„Není to pravidlem, ale někdy při větším výsevu si беру bílé bavlněné triko s dlouhým rukávem. Nohy jsou bez problémů, když nemusím nosit šaty a můžu mít kalhoty. Větší starost mi dělají občas vlasy. Ze začátku jsem často chodila k zrcadlu a hledala odlupující kůži, abych jí odstranila.“*

Jak se cítíte ve svém pracovním kolektivu? *„Tady na dětském jsem už 20 let, a když se mi objevila lupénka, měla jsem v kolektivu velkou oporu. Asi to bylo taky tím, že mi zemřela maminka. Možná jsem i vzbuzovala lítost, bylo to opravdu těžké období. Teď se tady vystříдалo pár nových lidí, ale nemoc znají, tak se nikdo nevyptává.“*

V další otázce mě zajímalo, zda se někdo z pacientů zeptal na její kožní projevy. *„Bylo to zrovna nedávno, když se mě jeden náš patnáctiletý pacient zeptal, co jsem dělala, že mám tak odřené lokty. Řekla jsem mu, že bych byla moc ráda, kdyby to odřenina byla, ale že je to bohužel kožní nemoc, která se takto projevuje. Viděla jsem, jak mu to v té hlavičce šrotuje, tak jsem mu vzápětí vysvětlila, že se mě nemusí bát, že se to nijak nepřenáší.“* Ze strany rodičů a dalších návštěv na dětském oddělení, se s jinými reakcemi nesetkala.

V závěrečné části rozhovoru jsem se sestry ptala, jak v současnosti vnímá svou nemoc. *„Mám to podle toho, zda je lupénka aktivní nebo ne. Když ano, tak mě omezuje hlavně v osobním životě.“*

Sestra 5

Na schůzce s respondentkou jsem se domluvila prostřednictvím e-mailu. Po výměně několika zpráv jsme se na žádost respondentky sešly u ní doma. Dopředu již věděla, že jde o anonymní rozhovor a nikde nebude uvedeno její jméno.

Respondentce je 38 let a práci sestry zastává 19 let. Po škole začínala na interním oddělení v Praze, kde působila tři roky. Bydlela na ubytovně se dvěma dalšími sestrami. Důvodem přerušení pracovního procesu bylo těhotenství. V místě bydliště si po třech letech našla práci u zubního lékaře, kde působí dodnes.

Jde o onemocnění s pozitivní rodinnou anamnézou, s genetickou dispozicí po otci. U respondentky se projevilo v šesti letech. Respondentka se domnívá, že provokačním faktorem byla škola v přírodě, kdy těžce nesla odloučení od rodiny. Po propuknutí choroby měla projevy od ramen po lokty, na nohou a v oblasti kštiny. Od sedmi do patnácti let trávila jeden měsíc z letních prázdnin hospitalizací na kožním oddělení a druhý měsíc jezdila na 14 dní do termálních lázní v Maďarsku. *„Když si vzpomenu na tu hospitalizaci v dětství, ještě teď mi běhá mráz po zádech. Děti na normálním oddělení vnímají odloučení špatně, natož když se do toho přidají ty procedury s dehtem, ten cítím ještě dneska!“* Na dětství nerada vzpomíná, protože se díky psoriáze cítila v dětském kolektivu často diskriminována. Díky pravidelné léčbě se projevy nemoci zmírňovaly. Do 18 let pravidelně navštěvovala kožní ambulanci a s nástupem do zdravotnictví si sama začala obstarávat léčebné produkty na psoriázu. *„V Praze byla větší možnost sehnat na lupénku přírodní produkty a myslím, že jsem tenkrát dala skoro celou svoji první výplatu právě za mastičky, koupele a další věci. Už jsem nechtěla žádnou další chemii.“* Na ubytovnu šla se svojí kamarádkou, ale na pokoj dostaly ještě jednu sestru, která svým necitelným chováním respondentce psychicky ubližovala. *„Jen co vešla do dveří, hned hlásila, jak to tam smrdí a proč nevětrám a podobně. V koupelně jí vadilo umyvadlo, prý tam byly samé lupy, a když se měla jít sprchovat, tak to vypadalo, že bude volat deratizátora! Snad nebyl den, aby mi dala pokoj.“* Respondentka na společném pokoji vydržela měsíc a poté požádala o dvoulůžkový pokoj. Tento přístup musela snášet ještě dalších pár týdnů, než se uvolnil jiný pokoj. *„Musím říci, že moje dětství a dospívání za moc nestálo a to nemluví o navazování vtažů s muži. Cítila jsem se méněcenná a moje sebevědomí bylo na nule. No, ale nakonec jsem si partnera našla a máme zdravou holčičku.“*

V současnosti má respondentka projevy nemoci na loktech a dolních končetinách. Ve vlasové části se psoriáza objevuje jen při sezónním zhoršování, nebo po vyvolání některých z provokačních faktorů jako např. stres. Na zhoršení projevů psoriázy má vliv letní období, což u psoriatiků nebývá obvyklé. *„Opravdu v těchto měsících mám viditelnější příznaky, a to i v oblasti dekoltu a na zádech. Proto k moři nejednu a nahrazuji si moře slanými koupelemi ve vaně.“* Na zlepšení projevů psoriázy

má vliv chladné počasí a produkty, které si obstarává v prodejnách zdravé výživy. „Kupuji si nejčastěji bylinkové mýdlo, sůl z Mrtvého moře ke koupelím a různé olejíčky na promazávání kůže. Také jsem vyzkoušela akupunkturu, ale efekt nic moc.“

Další část rozhovoru se týkala stravování, sportovní činnosti a odpočinku.

„Myslím, že jsem ukázkový typ v dodržování dietních zásad u lupénkářů. Nesolím, nekořením, nekouřím a jsem zapřísáhlý abstinents. Nejím grilovaná, tučná masa a vyhýbám se všemu, co obsahuje éčka a glutamáty. Mám ráda ve větším množství ovoce, zeleninu, vločky a další zdravou výživu. Denně vypiju tak dva litry vody.“ Od podzimu do jara, kdy respondentka má minimální projevy na kůži, chodí pravidelně plavat do veřejného bazénu. S příchodem teplého počasí jezdí s rodinou na kole do přírody a aktivním odpočinkem je pro ni jízda na in-line bruslích s poslechem oblíbené hudby v MP3 přehrávači.

V druhé části dialogu jsem se zaměřila na otázky týkající se profesního života. „Když přišel čas vybrat si školu, nebyla jsem si jista, jestli je volba zdravotní sestry to pravé. Bylo to spíš rozhodnutí mých rodičů, ale dnes jsem za to ráda.“ V Praze na interním oddělení se jí líbilo. Nebyla žádná činnost, kterou by nemohla vykonávat kvůli svému onemocnění a tak ošetrovatelské výkony u pacienta zvládala bez pomoci ostatního personálu. „Byl tam dobrý kolektiv, opravdu na tu dobu vzpomínám ráda. Často jsem jim vyprávěla o té své spolubydlící a vždycky stáli při mně. To mě potěšilo a zlepšilo náladu. Kdybych potřebovala s něčím pomoci, ať už v práci nebo v soukromí, měla bych určitě podporu.“

Posledních 13 let pracuje v ordinaci zubního lékaře, kde je nad míru spokojená. Na otázku o stigmatizaci ze strany kolektivu nebo naopak od pacientů, jen kroučí hlavou a dodává: „Konečně se nade mnou asi někdo slitoval a dopřál mi chvíli klidu. Nikdy jsem se s dotazy ohledně mých projevů při práci ve zdravotnictví nesečkala. Někdy si vezmu dlouhý rukáv, hlavně přes léto, když to mám na ruku hodně. Ale tady na zubním mají lidé jiné starosti, protože jsou ve stresu z vrtačky,“ dodává s úsměvem.

Dále mě zajímala otázka dezinfekce. „V ordinaci máme různé prostředky k dezinfekci nástrojů, k plošné dezinfekci a k dezinfekci rukou. Po skončení ordinační doby, si vezmu rukavice, a všechno bez problému otru. Jinak na ruce používáme

dezinfekční tekuté mýdlo a alkoholový dezinfekční prostředek, který je na velmi citlivou pokožku. Na promazávání rukou, si nosím svůj konopný krém.“ Žádný z výše uvedených ochranných pomůcek ani dezinfekčních prostředků, nepůsobí u respondentky jako provokační faktor. Díky tomu, že nezaznamenala žádné změny na kůži, pracovní oděv si nechává prát jako ostatní zaměstnanci v určené prádelně.

Na závěr našeho rozhovoru jsem se zeptala, jak dnes vnímá svou nemoc. Respondentka mě zasvětila do kurzu, který navštěvuje posledních pět let 2krát měsíčně. Prostřednictvím těchto kurzů dosahuje psychické pohody. *„Jde o Dianetiku – moderní vědu o duševním zdraví. Principem je studování kurzů, které vedou k odstraňování bariér např. špatné vzpomínky z dětství, nebo jiné nepříjemné události, které člověk zažil během svého života. Tím dochází ke zbavování stresu a zlepšení pozitivního myšlení. Na lupénku se už nesoustředím, ale snažím se posilovat duševní zdraví. Když po tomto sezení opouštím Prahu, cítím se skvěle a opět se tam těším.“*

Sestra 6

Oslovená respondentka po telefonické domluvě s rozhovorem souhlasila a přála si dopředu vidět otázky, na které se budu ptát. Otázky jsem respondentce poslala e-mailem a seznámila jsem ji s průběhem rozhovoru. Ujistila jsem ji, že nikde nebude uvedeno její jméno. Po pracovní době jsme se k uskutečnění rozhovoru sešly na denní místnosti ortopedického oddělení, na kterém pracuje 6 let. Respondentce je 32 let a ve zdravotnictví pracuje 13 let, z toho byla 7 let na mateřské dovolené. Po škole začínala na tomto oddělení, kde je dodnes. Zkušenosti s jinými pracovními místy nemá.

Na vzplanutí psoriázy u respondentky měla vliv genetická dispozice, a to ze strany matky. K výsevu kožních ložisek došlo v období puberty okolo 16 let. Chronická ložiska měla v tomto období po celém těle, ale pomocí léčby kortikoidy se rozmístění ložisek soustředilo na lokty, kolena a bérce. *„Pamatuji si, že mě svédilo celé tělo, ale škrabat jsem se nesměla, bylo to hrozný. Naštěstí ta léčba docela zabírala i bez hospitalizace.“* Rodičům bylo doporučeno, aby vyzkoušeli tzv. klimatoterapii – léčbu

změnou klimatu např. u moře nebo na horách. „*Tak mě rodiče brali k moři každý rok na konci léta a měla jsem tak na čtyři měsíce od lupénky pokoj. To byla příjemná léčba,*“ říká s úsměvem.

V současnosti jsou projevy psoriázy patrné nejvíce na loktech obou horních končetin. Respondentka navštěvuje ambulantně kožního lékaře nepravidelně s tím, že si léky nechává předepisovat dle potřeby a stavu. Současně se zajímá i o nové produkty, o kterých se informuje v lékárnách, kde si ráda vyslechne i radu. Vyzkoušela nákup přes internet a objednala si kosmetické přípravky Skin-cap, konkrétně krém a spray na odstranění šupin s omezením svědění. Asi před třemi roky jí kamarádka doporučila alternativní medicínu spočívající v léčbě nebo spíše v odstraňování šupin kůže pomocí rybiček Garra Rufa (viz příloha 6). „*Kamarádka mě přesvědčila, že si uděláme výlet do Prahy a přitom navštívíme ten podnik s rybičkami a necháme si udělat přírodní peeling kůže. Jely jsme bez objednání, abychom nejprve obhlédly, co nás čeká. Majitel asijského původu byl ale neoblomný a musela jsem to vyzkoušet aspoň na ruce. Bylo to takové příjemné šimrání, ale znova už jsme tam nejely. Musí se to absolvovat častěji nebo si rybky koupit, a to raději zůstanu u promazávání krémy.*“

V další části rozhovoru mě zajímal životní styl. Respondentka se přiznává, že si dopřává to, na co má chuť a žádná stravovací omezení nemá. „*Vím o tom, co bych měla a neměla jíst, ale nedržím se toho. Mám ráda kořeněná jídla, a když mi to nic nedělá, tak to jím. Ovoce a zeleninu mám ráda, jím hodně jogurty, každé ráno snídám lupínky a zapíjím to acidofilním mlékem. Denní příjem tekutin jsou tak dva litry vody, dvě kávy a čaj. Kupuji si vitamíny, jako doplněk stravy, protože mám sníženou imunitu. To není zima, abych nemarodila.*“ Dále udává, že je nekuřačka a alkohol pije příležitostně. Ze sportů, které nepravidelně provozuje, upřednostňuje přes léto jízdu na kole. V zimě lyžování, spinning a zumba. Respondentka uvádí, že týdenní pobyt na českých horách nebo u moře s rodinou je pro ni nejlepší relaxace a má vliv na zlepšení stavu nemoci. Naopak zhoršení stavu vyvolává špatný psychický stav, stres a zimní období, ve kterém díky snížené imunitě trpí často na infekce horních cest dýchacích.

Další okruh otázek se týkal zdravotnického prostředí, ve kterém pracuje. Ptala jsem se, zda se cítí být jakkoli omezená při vykonávání běžných denních činností v péči

o pacienta. Odpověď zněla: „*Není žádná činnost, kterou bych ve svém oboru nemohla vykonávat. Co jsem tady začala pracovat, ať už před mateřskou nebo po, vždy jsem zastala bez problémů svou práci sama.*“ Za dobu svého působení se nesečkala s žádnými provokačními vlivy, ať už dezinfekce, gumové rukavice nebo jiné faktory, které by u respondentky způsobovaly zhoršení příznaků. Na pracovišti používá stejné prostředky k ošetření pokožky jako ostatní. Do práce si sebou nosí svůj krém a jedenkrát za den si ošetří postižená místa řádným promazáním. V kolektivu je spokojená.

Další otázky byly zaměřeny na pacienty, kteří u respondentky zaznamenali kožní léze. „*Ještě nejsem ve zdravotnictví dlouho, ale za tu dobu jsem se nesečkala s nikým, kdo by se mě na projevy nebo nakažlivost ptal. Jak bych na to reagovala nevím, ale příjemný by mi to určitě nebylo.*“ V období, kdy dojde k většímu výsevu ložisek, nosí dlouhý rukáv. „*Bavlněné triko s dlouhým rukávem nosím i tehdy, když mě svědí tělo. Možná je to pracím práškem v prádelně, ale domů si ty věci z oddělení nosit nechci.*“

Závěrem našeho rozhovoru jsem se respondentky ptala, jak vnímá svou nemoc v běžném životě. „*Se svou nemocí jsem smířená, i když vím, že už se nikdy nevyhlídí. V osobním životě mě lupénka někdy omezuje, hlavně v zimě, když chtějí děti chodit do bazénu, to se mi tam opravdu nechce. Jinak po profesní stránce mě nemoc neomezuje vůbec.*“

Sestra 7

Na začátku setkání jsem respondentku požádala o souhlas s rozhovorem a vysvětlila jsem jí, k jakému účelu bude sloužit. S nahráváním na diktafon souhlasila. Ačkoli jsem jí dopředu upozornila, že rozhovor může trvat přibližně 40 minut, při setkání mi oznámila, že na mě moc času nemá a musí to vzít v rychlosti.

První část rozhovoru byla zaměřena na identifikaci respondentky a její osobní život. Oslovené respondentce je 33 let a poslední 4 roky pracuje na chirurgickém oddělení. V 18 letech začala pracovat v dětské léčebně a po několika letech zkusila i práci na ARO, kde byla pouze rok a nastoupila mateřskou dovolenou na 5 let. Celkem ve zdravotnictví působí 15 let.

Respondentka udává, že psoriázu mají v rodinné anamnéze a tím ona má k nemoci dědičný sklon. „*Když mi bylo asi 16 let, začal mě bolet zub a od toho pak půlka hlavy. Měla jsem velký zánět a musela jsem na resekci. Už si nepamatuji za jak dlouhou dobu se to projevilo, ale kožní lékařka říkala, že ten zánět byl spouštěcí faktor. Udělaly se mi drobná ložiska na loktech a předloktí a taky na hýždích. Nebylo to nic moc, ale po léčbě to docela rychle odeznívalo.*“

V současnosti má projevy nemoci na předloktí a na dolních končetinách. V určitých obdobích pozoruje i zvýšenou tvorbu lupů ve vlasech způsobenou sezónním zhoršením nebo nachlazením. Kožní lékařku navštěvuje jen při větších potížích, jinak si obstarává kosmetické přípravky sama v prodejnách zdravé výživy, nebo pomocí internetu. Oblíbené má konopné výrobky a přírodní kosmetiku Weleda. Někdy si se zájmem čte diskuze lidí na internetu a přidává i své příspěvky o zkušenostech s psoriázou.

Dále mě zajímal životní styl respondentky. „*Asi tak od 20 let jsem vegetariánka, ale ne kvůli nemoci, ale z etických důvodů. Takže svůj trávicí systém nepřetěžuju nevhodnou stravou, a to je dobře i pro lupénku. Mám ráda veškerou zeleninu a vedu k tomu i svoji rodinu. Manžel je taky vegetarián, ale děti k tomu nenutíme. Jinak kávu nepiji, alkohol minimálně a jsem nekuřák. Občas mám hroznou chuť na sladkosti, tak si je dopřeji, ale to je jen nárazově. Také mám ráda bylinné čaje a vodu s medem. Někde*

jsem se dočetla, že snižuje kyselost organismu a má regenerační účinky.“ Ráda chodí s rodinou na procházky do přírody. Raději než k moři jezdí po českých památkách nebo na hory. Baví ji práce na zahradě, rekreačně stolní tenis, sledování DVD filmů a četba. Po řádné dovolené se vždy cítí lépe a projevy má minimální. Zhoršení příznaků nemoci na sobě pozoruje v zimních obdobích, při nachlazení, při stresu, únavě nebo duševní nepohodě.

Druhá část rozhovoru se týkala zdravotnického prostředí. Zajímalo mě, zda se cítí být někdy kvůli své nemoci omezena při výkonech v péči o pacienta. *„Když jsem se tenkrát poprvé osypala, měla jsem strach, zda to nebude ještě horší a jestli budu moci tuto práci vůbec dělat. Naštěstí se to víc nerozjelo. V práci jsem si udělala vždycky všechno sama, zase takovej invalida nejsem a o výkonech, které bych nemohla dělat tedy nevím.“*

Další otázky se týkaly stigmatizace. Respondentka několikrát zaznamenala pohledy pacientů namířené na její předloktí. *„Bylo to zrovna nedávno, když jsem měřila jedné paní tlak. Všimla jsem si, jak si mě prohlíží, tak jsem čekala na, co se asi zeptá. A taky že jo. Nebyla nijak zlá, jen jí zajímalo, co to mám na ruce, ale mně se to moc vysvětlovat nechtělo. Tak jsem jí to ve stručnosti řekla a ona mě politovala,“* dodává s úsměvem. Při větším výsevu ložisek, respondentka nosí dlouhý rukáv, aby předešla těmto reakcím. Ve svém pracovním kolektivu se cítí dobře, ale jak říká: *„Čas od času dojde k nějakému konfliktu, ale kde to není! Jsme tady hlavně samý ženský a to je někdy k nevydržení. Snažím se tomu vyhýbat, nedělá mi to dobře ani na duši, ani na lupénku.“* V případě stigmatizace od zaměstnanců respondentka udává jeden případ, a to když se převlékala ve společné šatně. *„Když jsem tady nastoupila, všimla jsem si, že někteří nemoc zaznamenali a prohlíží si mě, ale to je asi přirozený, když se s tím nikdy nesešli. Dneska už mě znají, tak je to v pohodě.“*

Předposledním bodem našeho rozhovoru byly otázky týkající se vlivu nemocničního prostředí na onemocnění. *„Dočetla jsem se, že zhoršovat projevy můžou i některé prací prostředky. Nevím jaké dryáky používají tady v nemocnici, tak si peru raději doma. Víím, že by se to nemělo, ale peru to odděleně od normálního prádla už*

čtyři roky. “ Dále respondentka udává, že nemá problémy ani s ochrannými pomůckami, ani s dezinfekčními prostředky.

Na závěr našeho rozhovoru jsem se respondentky zeptala, jak vnímá v současnosti svou nemoc. *„Když mám onemocnění v remisi, je to fajn a nemyslím na to. Ale jakmile se to zhoršuje, mívám z toho i deprese. Ale to není tak často a mám kolem sebe fajn lidi, kteří mě od toho dokáží odpoutat.“*

Sestra 8

S poslední respondentkou jsem se na setkání domluvila po krátkém telefonickém rozhovoru, kdy jsem jí objasnila důvod a způsob jakým bude naše povídání probíhat. Respondentka s nahráváním na diktafon souhlasila, byla vstřícná a na setkání se těšila. Požádala mě, zda by mi nevadilo udělat rozhovor v jedné tiché kavárně na konci města.

Respondentce je 42 let a pracuje na urologickém oddělení. Po ukončení střední zdravotnické školy, pracovala 4 roky na interním oddělení, poté nastoupila na mateřskou dovolenou a po 6 letech se vrátila do zdravotnictví na urologické oddělení, kde je již 13 let.

Ke vzplanutí psoriázy došlo u respondentky ve 27 letech. *„ Když jsem šla k dermatologovi, oznámil mi, že i když onemocnění nemáme v rodině, já bohužel k této nemoci dispozice mám. Ptal se mě, jestli jsem neměla nějakou infekci, nebo neprodělala trauma a další faktory, které mohly lupénku vyvolat. Řekla jsem mu, že jsem před čtyřmi měsíci porodila syna. Podle lékaře to byl provokační faktor, co mi lupénku vyvolal.“* Respondentka uvádí, že se po porodu a v dalších měsících po něm cítila dost vyčerpaná. V té době se starala ještě o prvního tříletého syna, který jí moc odpočinku nedopřál. *„Dermatolog mi naordinoval kromě různých mastiček i dostatek spánku, odpočinku a minimum nervového vypětí,“* říká s úsměvem. Na rady ošetřujícího lékaře nemohla dát, ačkoli chtěla, ale neměla nikoho, kdo by jí s dětmi pomohl. Prarodiče nebydleli ve stejném městě a manžel se vracel domů až večer. V té době docházela pravidelně na kontroly a nechávala si předepisovat antihistaminika proti svědění a kortikosteroidní

krémy. V té době měla nejvíce kožních projevů na trupu, na dolních i horních končetinách a drobné léze i po obličeji. V současnosti se kožní projevy vyskytují nejčastěji na loktech a kolenou.

Dva roky docházela pravidelně na kontroly a sama si začala kupovat přípravky s mořskou solí, krémy a konopné masti, které používá dodnes. *„Co mi nejvíce dělalo starosti, byl můj obličej. Manžel říkal, že to přeháním, ale já to viděla jinak. Kupovala jsem různé makeupy, které by to co nejvíc zamaskovaly a zároveň jsem musela vybírat tak, aby to ještě víc nedráždily. Dnes už je to dobrý, z obličeje to zmizelo,“* říká s oddechem. V současnosti dochází k dermatologovi jen při potížích, které má v zimním období.

V další části rozhovoru jsem se zaměřila na životní styl. Respondentka uvádí, že od vzplanutí choroby začala brát stravování a péči o sebe mnohem vážněji. *„Samozřejmě, že jsem kvůli tomu nezanedbávala rodinu, ale s nástupem na urologii, jsem začala pro sebe dělat víc. Tím myslím, že jsem si udělala pro sebe víc času na odpočinek, jak aktivní tak pasivní. Ráda jezdím na kole, chodím jednou za čas na masáže, do kina a snažím se spát aspoň osm hodin denně, teda když zrovna nemám noční. S rodinou přes léto trávíme hodně času na zahrádce, nebo chodíme se psem na procházky do lesa.“* Respondentka se snaží dodržovat veškeré rady o správné výživě, cigarety nekouří a alkohol pije pouze příležitostně. Jako doplněk stravy užívá přes zimu multivitaminové tablety se zinkem a přes léto v jídelníčku nechybí větší množství ovoce. Zlepšení projevů pocítuje hlavně po dovolené u moře, kam jezdí s rodinou a přáteli jednou za rok. Z faktorů, které mají nepříznivý vliv na nemoc, udává zimní období, nachlazení, nevyspání a stres. *„Také jsem měla problémy s výběrem parfému. Když jsem si to nastříkala na krk, došlo k zarudnutí kůže a cítila jsem svědění po celém těle. Tak raději používám neparfémovaný deodorant. Také mi nedělá dobře chlorovaná voda v bazénu, kam jsem občas přes léto zašla, a některé oblečení, které mělo víc syntetiky než bavlny.“* Respondentka dále uvádí, že na sobě vyzorovala i nedostatečný příjem tekutin, kdy cítí napětí v kůži. Proto se snaží denně vypít alespoň dva litry neochucené vody denně.

Druhá polovina rozhovoru se týkala otázek ze zdravotnického prostředí. Zajímalo mě, jestli je respondentka kvůli své chorobě nějakým způsobem pracovně omezena v ošetrovatelské péči o pacienta. *„Urologické oddělení, na kterém pracuji už 13 let, je má první zkušenost s lupénkou ve zdravotnictví. Je pravda, že když mě na oddělení po mateřské přijali, měla jsem z toho obavy. Přeci jenom jsem nebyla zdaleka tak vyhojená, jako dnes. Nevím o ničem, co bych nemohla dělat. Jednou jsem si odřela ruku, když jsme stěhovaly postel, ale to se mi může stát i doma.“*

Další otázky se týkaly stigmatizace na pracovišti. Respondentka si na pracovní kolektiv nestěžuje, naopak se cítí velmi dobře. S reakcemi od pacientů se také nesetkala, ačkoli v době jejího nástupu do zdravotnictví měla drobný výsev i po obličeji. V obdobích většího výsevu na pažích nosí cíleně dlouhý rukáv, aby její nemoc nezbuzovala u pacientů pozornost.

Dále mě zajímaly ochranné pomůcky a dezinfekce, které se na oddělení používají. Nejčastější ochrannou pomůckou, jak respondentka uvádí, jsou ochranné rukavice. *„Rukavice mám skoro celý den a právě to začal být po nějaké době na oddělení problém. Udělaly se mi na dlaních červené mapy, kůže se loupala, páliło to a svědilo. Tak jsem se šla ukázat na kožní, a aby toho nebylo málo, tak to byl pro změnu nějaký ekzém. Takže opět promazávání mastičkami s kortikoidy.“* Ošetřující dermatolog se respondentky ptal, zda jí v zaměstnání něco nedráždí a jestli by tomu šlo nějak předejít. Respondentka šla se svým problémem za vrchní sestrou, která jí vyšla vstříc a objednala pro ni bavlněné rukavice, tzv. nitěnky, které si navlékala pod gumové rukavice. Dnes běžně používá rukavice bez pudru a nemá s tím žádné problémy. K běžné očištění rukou nemohla používat ani dezinfekční prostředek, který ji pálił a vysušoval pokožku. *„Tak jsem šla po nějaké době opět za vrchní a ta objednala na zkoušku dezinfekční přípravek Softa-Man, který se osvědčil. Nejprve byl jen pro mne a dnes se objednává pro všechny pracovníky na oddělení.“* S dalším možným provokačním vlivem, se kterým se setkala, byla dekontaminace a dezinfekce zdravotnické techniky. *„Máme tady malý sálek, kde se provádějí různá urologická vyšetření. Po použití například flexibilního cystoskopu nebo jiných pomůcek se musí připravit dekontaminace a poté dezinfekce. Připravují se chemické roztoky, ze kterých*

jdou docela silné výpary, a měla jsem trochu zarudlý obličej. Obávala jsem se, že by to mohlo mít vliv na lupénku, tak stále raději preventivně používám náustenku, aby se mi to opět neobjevilo na obličejí.“ Pracovní oblečení, si nechává prát v ústavní prádelně.

Na závěr jsem se zeptala, jak vnímá svou nemoc v běžném životě. *„Když to nemám po obličejí, tak je to už celkem dobrý. Nemá cenu se kvůli tomu stresovat, protože to mi může akorát uškodit. Stejně je to nemoc na celý život, tak co s tím nadělám. Vždyt' můžou být i horší věci.“*

4.2 Tabulky s výsledky rozhovorů

Tabulka 1 Identifikace sestry s psoriázou

Respondenti	Věk	Doba působení ve zdravotnictví	První vznik psoriázy	Současná oblast výskytu po těle
Sestra 1 Ortopedické odd.	55	36 let	od 40 let	horní a dolní končetiny, hrudník (místa drobné flíčky)
Sestra 2 ARO	47	28 let	od 13 let	minimální kapkovité projevy na horních končetinách
Sestra 3 Chirurgická amb.	57	38 let	od 7 let	hřbety rukou, lokty, bolestivost kloubů
Sestra 4 Dětské odd.	45	26 let	od 38 let	kštice, lokty, kolena
Sestra 5 Zubní amb.	38	19 let	od 6 let	lokty a dolní končetiny
Sestra 6 Ortopedické odd.	32	13 let	od 16 let	lokty
Sestra 7 Chirurgické odd.	33	15 let	od 16 let	kštice, lokty, kolena
Sestra 8 Urologické odd.	42	23 let	od 27 let	lokty, kolena

Tabulka 1 popisuje základní údaje o sestřích s psoriázou. Věk respondentek, dobu působení ve zdravotnictví, první propuknutí nemoci a lokalizaci exantému na těle.

Tabulka 2 Vliv zdravotnického prostředí

Respondenti	Úleva od výkonů	Provokační faktory na pracovišti	Používání dezinfekce rukou	Praní uniforem
Sestra 1 Ortopedické odd.	ne	oblečení vyprané v ústavní prádelně	vysušuje pokožku, musí častěji promazávat	pere si sama doma
Sestra 2 ARO	ne	psychické vlivy	bez problémů používá	pere prádelna
Sestra 3 Chirurgická amb.	ne	pudrované rukavice	bez problémů používá	pere prádelna
Sestra 4 Dětské odd.	ne	psychické vlivy	bez problémů používá	pere prádelna
Sestra 5 Zubní amb.	ne	nemá	bez problémů používá	pere prádelna
Sestra 6 Ortopedické odd.	ne	nemá	bez problémů používá	pere prádelna
Sestra 7 Chirurgické odd.	ne	psychické vlivy	bez problémů používá	pere si sama doma
Sestra 8 Urologické odd.	ne	pudrované rukavice, chemické výpary	používá nový prostředek, který již nevysušuje	pere prádelna

Tabulka 2 dokládá výsledky o možných úlevách od vykonávání některých činností v péči o pacienta a zjišťuje provokační faktory zhoršující stav onemocnění.

Tabulka 3 Otázky stigmatizace na pracovišti

Respondenti	Pracovní kolektiv	Reakce od pacientů	Odmítnutí sestry pacientem	Změna pracoviště z důvodu psoriázy	Zakrývání projevů oblečením
Sestra 1 Ortopedické odd.	nemá problémy	ano, negativní reakce	ne	ne	ano
Sestra 2 ARO	nemá problémy	ne	ne	ne	ne, minimální projevy
Sestra 3 Chirurgická amb.	nemá problémy	ano, negativní reakce	ne	ano	ano
Sestra 4 Dětské odd.	nemá problémy	ano, v pozitivním smyslu	ne	ne	ano
Sestra 5 Zubní amb.	nemá problémy	ne	ne	ne	ano
Sestra 6 Ortopedické odd.	nemá problémy	ne	ne	ne	ano
Sestra 7 Chirurgické odd.	nemá problémy	ano, v pozitivním smyslu	ne	ne	ano
Sestra 8 Urologické odd.	nemá problémy	ne	ne	ne	ano

Tabulka 3 popisuje údaje o stigmatizaci sestry s psoriázou v zaměstnání. Údaje o spokojenosti v pracovním kolektivu, reakce od pacientů na kožní projevy, odmítnutí ošetrovatelské péče pacientem, změnu pracoviště a cílené zakrývání projevů psoriázy.

5. DISKUZE

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění kůže, které svým celoživotním průběhem negativně ovlivňuje osoby nejen po zdravotní stránce, ale i po psychické a sociální stránce.

Tato bakalářská práce je zaměřena na sestry s psoriázou v ošetrovatelské péči o pacienta a vliv zdravotnického prostředí na jejich chronické onemocnění. Cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňuje psoriáza sester jejich profesní život. V rámci kvalitativního výzkumu byla použita metoda dotazování - rozhovor. Materiálem pro zpracování výsledků bylo osm rozhovorů se sestrami s psoriázou ve věku od 32 let do 57 let, které se pohybují na odděleních nemocnic a v ambulantních ordinacích. K vymezenému cíli bylo stanoveno pět základních výzkumných otázek s doplňujícími podotázkami.

Úvodní otázky sloužily k identifikačním údajům a k bližšímu seznámení s respondentkou v jejím osobním životě. Z výzkumu bylo zjištěno, že všechny dotázané respondentky mají stejný druh psoriázy – formu chronickou ložiskovou. Benáková (4) uvádí, že až 80 % případů představuje tato forma, kdy nejčastějším projevem jsou plošná, šupinatá kožní ložiska s klasickou lokalizací na místech zvýšeně mechanicky namáhaných, jako lokty, kolena, kštiny a bederní krajina. Respondentka 3 udává, že k těmto kožním projevům se přidaly ještě kloubní potíže. Dle Drozenové (8) se psoriatická artropatie vyskytuje u cca 25 % nemocných s psoriázou, přičemž jsou postiženy hlavně malé klouby na nohou a rukou.

Výzkumné šetření odhaluje věk prvního vzplanutí nemoci (Tabulka 1), přičemž u tří respondentek (2, 5, 6) jde o pozitivní rodinnou anamnézu. Pavlatová (26) uvádí 40 – 70% pravděpodobnost, že rodičům s lupénkou onemocní touto chorobou i jejich dítě. Dále uvádí, že psoriázu může spustit i kousnutí hmyzem, jak je tomu u respondentky 1. U respondentky 8 byly spouštěcím faktorem hormonální vlivy, a to v období po porodu. Vejrová (34) uvádí, že k propuknutí nemoci dochází kombinací více zevních a vnitřních provokačních faktorů jako je infekce, zvláště streptokoková, jak tomu bylo u respondentky 3, a duševní stres u respondentky 4.

Dále jsme zaznamenávali vyjádření respondentek k otázkám týkajících se zdravého životního stylu, jež je psoriatikům doporučován. Naše výzkumné šetření prokázalo, že dodržování dietních zásad a zdravého životního stylu je velmi individuální. Ačkoli jsou si respondentky vědomy některých škodlivých nebo stravovacích návyků, neumí se jich vzdát. Na druhou stranu, jak uvádí Benáková (4), objektivní důkazy o prospěšnosti speciálních diet, nebo spíše o jednoznačné škodlivosti určitých potravin, neexistují. S Pavlatovou (26) a Nejedlou (24) se shodují, že je v zásadě nutné dodržovat pravidla správné výživy, omezit alkohol, kouření a vyvarovat se stresu, což vyplývá i ze statistických údajů a zkušeností z praxe.

Při mapování zvládnání péče o sebe sama jsme zjistili, že se respondentky shodují v pravidelné a důkladné péči o pokožku a o celkovou a tělesnou pohodu. Peňazová (27) doporučuje na zmírnění svědění a šupinatění udržovat kůži dobře hydratovanou a pravidelně používat změkčovací promazávací krémy. Dále doporučuje naučit se relaxačním technikám, které pomohou zvládat pocity napětí na těle i duši. Z tohoto šetření vyplývá, že když budou lidé s tímto onemocněním schopni pomoci sami sobě, budou tím lepší i výsledky jejich léčby.

Nejedlá (24) uvádí, že vzhledem k chronickému onemocnění není pro nemocné jednoduché se s nemocí vyrovnat, protože nemoc poškozuje jejich fyzický vzhled, což pro ně znamená psychickou zátěž. Výzkumné šetření odhalilo ošetrovatelskou diagnózu společnou pro dotázané respondentky, a to, jak uvádí Marečková (21) v klasifikaci NANDA, *Porušený obraz těla 00118*. Pánková (25) zmiňuje snížené sebehodnocení, zvýšené sebezpozorování, narušení sexuality, depresivní poruchy a obavy ze sociální izolace. Nemocní mohou mít strach z odmítavých reakcí druhých lidí a mají obavy se ukazovat. Tyto faktory, jak se domníváme, také podporuje neznalost a neinformovanost veřejnosti. Pavlatová (26) se o tomto onemocnění zmiňuje, jako o neznámé neinfekční poruše imunitního systému, která se nešíří dotykem ani tělními tekutinami.

Vzhledem k tomu, že se náš výzkum týká povolání, bylo zajímavé zjistit, jakým zaměstnáním by se člověk s lupénkou měl vyvarovat. Benáková (4) uvádí, že rodiče i dospívající by neměli důležitost volby při výběru povolání podceňovat. Z našeho šetření vyplývá, že 3 z 8 respondentek, měly psoriázu už při výběru školy. Literatura

uvádí mezi jinými nevhodnými profesemi i taková místa, kde se pracuje s chemikáliemi, kde hrozí riziko časté nákazy virovými onemocněními horních dýchacích cest, kde je nemocný vystaven psychickému stresu nebo nepravidelným směnám. Proto si myslím, že do nevhodných profesí patří i zdravotnictví. Ale Benáková k tomu dodává: „Neznamená to absolutní zákaz těchto profesí u těch, kteří je provozují. Záleží na typu práce, reálnosti, kvalitě a pečlivosti v používání preventivních ochranných pomůcek a také samozřejmě na umístění projevů a průběhu samotné choroby.“ (4, s. 163). S tímto výrokem se naše respondentky shodují.

Výzkumná otázka 1 – *Jsou sestry s psoriázou omezeny při výkonu práce?* Ačkoli je sestra s psoriázou také chronicky nemocným jedincem, nemá toto onemocnění vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, kterou nemocným poskytuje. Respondentky se shodují na používání preventivních ochranných pomůcek jako ostatní zdravotnický personál a nepotřebují pomoc nebo úlevy od práce. Dle Farkašové (10) profese sestry zahrnuje určitý systém rolí, přičemž nejčastějšími z nich jsou: sestra – *poskytovatelka ošetrovatelské péče*, sestra – *manažerka*, sestra – *edukátorka*, sestra – *advokátka*, sestra – *nositelka změn*, sestra – *výzkumnice* a sestra – *mentorka*. Dle mého názoru jsou sestry s psoriázou schopny tyto role plnit bez jakéhokoli omezení.

Výzkumná otázka 2 – *Je sestra s psoriázou stigmatizována?* Do tohoto okruhu jsme zařadili 4 podotázky, na které respondentky různě odpovídaly (Tabulka 3). Stigma, jak uvádí Bártlová (2) nebo také znamení poskvrny, se může měnit podle morálky dané doby. Tím nám autorka sděluje, že to, co bylo kdysi nazváno stigmatem, nemusí už v budoucnu platit. Kusá doslova říká: „Stigmatizace postihuje skupiny pacientů, které společnost označí jako nositele negativní skupinové vlastnosti, čímž ovlivní jejich společenské postavení, plnění rolí a vede k diskriminaci.“ (19, s. 272). Proto nás na základě těchto výroků zajímalo, jak se respondentky cítí ve svém pracovním kolektivu a zda pozorují od svých spolupracovníků odtažité chování. Respondentky se shodují na tom, že se cítí ve svém kolektivu spokojeny. Zdravotnický personál je s jejich nemocí obeznámen a nikdo se nad jejich kožními projevy nepozastavuje. Podle mého názoru se cítí každý člověk s nějakým stigmatem dobře ve skupině lidí se stejným problémem,

nebo ve skupině, která nemocného dlouho zná. V obou případech jsou stigmatizování ušetřeni nevhodným otázkám a pokukování.

Výzkumná otázka 3 – *Má vliv zdravotnické prostředí na zhoršení příznaků psoriázy?* Ve zdravotnictví jsou sestry prakticky denně v kontaktu s různými chemickými látkami k dekontaminaci a dezinfekci zdravotnické techniky, s dezinfekcí k očištění povrchů, s přípravky k hygienické dezinfekci rukou a jsou vystaveny různým infekcím, které by také mohly mít výrazný vliv na zhoršení psoriázy. Do dalších provokačních faktorů ve zdravotnictví můžeme zařadit i ochranné pomůcky, jako např. používání gumových rukavic a chirurgických ústenek. Důkladně jsme se našich respondentek na tyto možné faktory dotazovali a zjistili jsme, že v současnosti, díky rozvoji nových produktů na trhu, nemají v tomto směru žádné problémy.

Při dalším zjišťování provokačních faktorů jsme narazili na problém s praním osobního prádla v ústavních prádelnách. Zjistili jsme, že 2 z 8 respondentek si nosí prádlo pracovní oděv domů, aby předcházely dráždění pokožky a svědění, ale tím porušují vyhlášku. Ve Vyhlášce 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (36), se říká, že prádlo ze zdravotnických zařízení jak v lůžkové, tak i ambulantní složce se pere výhradně v provozovnách, které mají k tomuto účelu uzpůsobený režim a nedochází ke křížení zdravotnického prádla s prádlem ostatním – nezdravotnickým. Z vyhlášky se můžeme dále dozvědět, že se prádlo pere procesem termodezinfekce nebo chemotermodezinfekce, a že čisté prádlo neobsahuje rezidua pracích a dezinfekčních prostředků, která by mohla ohrozit zdraví osob používajících prádlo. S tímto výrokem se ale naše dvě respondentky neztotožňují a raději si perou doma ve svých vyzkoušených pracích prostředcích.

Výzkumná otázka 4 – *Jaké jsou reakce ze strany pacientů na sestry s psoriázou?* Tato výzkumná otázka se opět týká stigmatizace (Tabulka 3). Z výzkumného šetření vyplývá, že se 3 z 8 respondentek s reakcemi od pacientů setkaly. Goffman (15) uvádí, že existují osoby, jejichž předsudky jsou podvědomé, ale najdou se i takoví jedinci, kteří vůči jiným uplatňují stigmatizaci a vědomě si přejí, aby jejich pocity byly všeobecně známé. Rozpracovává, jak by měli stigmatizovaní vystupovat v kontaktu

s „normálními“ a zdůrazňuje sebe prezentaci v rámci sociální role. Souhlasím s autorem, že mnohé záleží na sebe pojetí jedince, v našem případě na sestřích s psoriázou, jak umí případné stigmatizaci od pacientů čelit. Respondentka 3, nechtěla pracovat dále na dětském oddělení a změnila místo kvůli vyjádření jedné z maminek o obavách z nakažlivosti jejího onemocnění. Od respondentky 1 jsme se dozvěděli, že sama odmítla odběr krevního vzorku u pacienta, který den před tím negativně reagoval na její exantém a měl též obavy z nakažlivosti. Bártlová se zmiňuje: „Deformace, které jsou zjevné a těžko se skrývají, mohou těmto jedincům působit hlubokou duševní bolest, ale mohou také způsobit, že druzí reagují instinktivně úšklebkem nebo couvnutím.“ (2, s. 268). 7 z 8 respondentek se shodlo na zakrývání svých kožních projevů dlouhým rukávem. Domnívám se, že k tomuto jednání mají respondentky dva hlavní důvody -

- pocity studu za vlastní tělo a obavy z reakcí pacientů. Koukal (17) uvádí, že tato nemoc trápí především ženy, protože choroba navenek nepůsobí nijak esteticky.

Výzkumná otázka 5 – *Co má největší vliv na zhoršení stavu psoriázy u sester?* Zkoumaly jsme, jaké jsou u respondentek nejčastější provokační faktory, zhoršující stav psoriázy. Macháčková (20) řadí do těchto vlivů stres, vyčerpání, sezónní vlivy, infekční onemocnění a záněty, hormonální vlivy, chemické vlivy, léky a životosprávu. Všechny oslovené respondentky se s výroky autorky ztotožňují. Při zjišťování zhoršení příznaků psoriázy u respondentek nás překvapilo konstatování respondentky 5, že ke zhoršení kožních projevů u ní dochází v letních obdobích. Podle zmínek z odborné literatury o sezónních vlivech jasně vyplývá, že ke zhoršování psoriázy dochází od podzimu do jara, jak uvádí Pavlatová (26), Vejrová (34) nebo Drozenová (8).

Jak jsme zjistili při výzkumném šetření, jednoznačným provokačním faktorem našich respondentek na nová vzplanutí kožních projevů jsou psychické vlivy. Benáková uvádí: „Kůže odráží pohodu organismu jako celku, fyzickou i psychickou. Kožní choroby mají pro svou zjevnost výrazně signální charakter. Psychosomatické a psychosociální vlivy mohou působit jako provokační faktory, být příčinnou nestability průběhu a vzniku exacerbací.“ (4, s. 161). Proto je důležité minimalizovat a naučit se zvládat stres.

Závěrem jsme zjišťovali, jak se cítí respondentky v běžném životě. To proto, že pohoda v osobním životě se odráží i v tom pracovním. Respondentky se víceméně shodují, že začátky s touto nemocí byly těžké, s nemocí jsou smířené, ale boj na zmírňování projevů nevzdávají. Dle mého názoru hraje zde velkou roli i skutečnost, že tyto respondentky, jak ukazuje Tabulka 1, mají minimální kožní projevy a jsou si vědomy toho, že tato nemoc může postihovat mnohem větší povrch těla, než mají ony.

Křivohlavý se zmiňuje o vlivu chronického onemocnění na pacienta takto: „Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postížen, vyrovnávat. U chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité odchylky chování od chování jinak zdravých lidí. Odchylky se týkaly jak jejich vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace, tak jejich sociálního života – jejich vztahu a jednání s druhými lidmi.“ (18, s. 130).

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku chronického kožního onemocnění u všeobecných sester. V tomto konkrétním zaměření na psoriázu u sester jde o prvotní výzkum dosud nerealizovaný. Předmětem výzkumného šetření v této práci bylo zjistit, zda má psoriáza u sester vliv na každodenní ošetrovatelskou péči o pacienta a zda má naopak vliv zdravotnického prostředí na sestry s tímto onemocněním.

Cílem výzkumu naší bakalářské práce bylo: Zjistit jakým způsobem ovlivňuje psoriáza sester jejich profesní život. Výsledky výzkumného šetření pomohly tento pohled získat a splnit cíl.

Bylo stanoveno pět výzkumných otázek, na které v rozhovoru odpovídalo osm vybraných sester s psoriázou. První výzkumná otázka: Jsou sestry s psoriázou omezeny při výkonu práce? Druhá výzkumná otázka: Je sestra s psoriázou stigmatizována? Třetí výzkumná otázka: Má vliv zdravotnické prostředí na zhoršení příznaků psoriázy? Čtvrtá výzkumná otázka: Jaké jsou reakce ze strany pacientů na sestry s psoriázou? Pátá výzkumná otázka: Co má největší vliv na zhoršení stavu psoriázy u sester? Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Na základě kvalitativního výzkumného šetření jsme došli k tomuto závěru. Výzkum ukázal, že psoriáza u sester je velmi individuální záležitost. Zaleží na každé z nich, jak svou nemoc vnímají, jak pečují o pokožku, jaký mají životní styl a jak jsou schopny reagovat na případné dotěrné pohledy nebo otázky ohledně jejich nemoci. Výzkum odhalil, že sestry s psoriázou mohou při každodenní péči o pacienta vykonávat všechny výkony související s jejich pracovní náplní, jako ostatní zdravotnický personál (Tabulka 2). Při dodržování preventivních opatření a používání ochranných pomůcek zdravotnické prostředí nemá vliv na zhoršování příznaků nemoci. Zjistili jsme dva provokační faktory ze zdravotnického prostředí, které respondentky nemohou ovlivnit. Jedním z nich je stres, který je potřeba minimalizovat a druhým provokačním faktorem jsou přípravky na praní pracovního oděvu v prádelnách určených zaměstnavatelem. Proto dvě z osmi sester porušují vyhlášku a na vlastní zodpovědnost si nosí oblečení prát domů.

Z výzkumu dále vyplynulo (Tabulka 3), že respondentky nechtějí ukazovat na odív své kožní problémy a cíleně zakrývají postižené části těla. Proto jsem se rozhodla napsat článek pro širokou veřejnost o sestřích s lupénkou do denního tisku. Článek vyšel 16. 6. 2011 v Píseckém deníku pod názvem: „Bojíte se sester s lupénkou? Není k tomu důvod.“ (viz příloha 7). Dále byl vytvořen informační leták pro pacienty se stejným obsahem. (viz příloha 8).

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARENBERGEROVÁ, M. Psoriáza čili lupénka. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2010. roč. 59, č. 14, s. 4 - 7. ISSN neuvedeno
2. BÁRTLOVÁ, S. Nemoc jako stigma. *Kontakt*. 2006. r. 8 č. 2. s. 265-271. ISSN 1212-4117
3. BENÁKOVÁ, N. - editorka a kol. *Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie 2006/2007 Trendy v medicíně*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 294 s. ISBN 80-7254-855-7
4. BENÁKOVÁ, N. ETTLER, K. ŠTORK, J. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7254-966-5
5. BENÁKOVÁ, N. Komorbidita psoriázy. *Postgraduální medicína*. 2009. roč. 11, č. 2, s.143-146. ISSN 1212-4184
6. BENÁKOVÁ, N. *Lupénka v otázkách a odpovědích: Příručka pro pacienty*. Praha: Triton, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-x
7. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry – druhé, přepracované a rozšířené vydání*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
8. DROZENOVÁ, H. Lupénka. *Dermatologie pro praxi*. 2008. roč. 2, č. 3, s. 121-125. ISSN 1803-5337
9. ETTLER, K. Fototerapie v dermatologii. *Postgraduální medicína*. 2003. roč. 5, č. 4, s. 394-397. ISSN 1212-4184
10. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta , 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
11. FIALOVÁ, P. VAŠKŮ, V. Moderní fototerapie v dermatologii – minimalizace rizik. *Postgraduální medicína*. 2010. roč. 12, č. 4, s. 449-454. ISSN 1212-4184
12. FRANTÁLOVÁ D. Biologická léčba je šance. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2010. roč. 59, č. 15, s. 28-29. ISSN neuvedeno

13. GKALPAKIOTIS, S. ARENBERGEROVÁ, M. Novinky v léčbě psoriázy. *Lékařské listy: Příloha Zdravotnických novin*. 2010. roč. 59, č. 19, s. 8-10. ISSN neuvedeno
14. GKALPAKIOTIS, S. Novinky v léčbě lupénky [online]. [cit.2011-05-05]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/novinky-v-lecbe-lupenky/>>
15. GOFFMAN, E. Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. 2003. 167 s. ISBN 80-86429-21-0
16. KLOMÍNKOVÁ, L. Lupénka je problém řešitelný. *Sestra*. 2008. roč. 18, č. 4, s. 51-52. ISSN 1210-0404
17. KOUKAL, M. *Má lupénka na mále?* [online]. [cit. 2011-05-06]. Dostupné z: <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cislocianku=2005102103>>
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
19. KUSÁ, Z. ONDREJKA, I. *Stigmatizácia a psychická porucha*. Kontakt. 2006. r. 8, č. 2, s. 272 – 279. ISSN 1212-4117
20. MACHÁČKOVÁ, K. ARENBERGER, P. brožura *Psoriáza – Lupénka, Informace pro pacienty*. Praha: Abbot Laboratories, s.r.o., 2010. 22 s.
21. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
22. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: Systémový přístup II. díl*. 1.vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2004. 161 s. ISBN 80-246-0428-0
23. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I. : Aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
24. NEJEDLÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství IV/1*. 1.vyd. Praha: Informatorium, spol. s.r.o. 2004. 190 s. ISBN 80-7333-032-6
25. PÁNKOVÁ, R. Psychodermatologie v ambulantní praxi. *Lékařské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2005. roč. 54, č. 17, s. 14-16. ISSN neuvedeno
26. PAVLATOVÁ, E. Náročný život s lupénkou. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2010. roč. 59, č. 18, s. 22. ISSN neuvedeno

27. PEŇÁZOVÁ, V. Lupénka. *Dermatologie pro praxi*. 2007. roč. 1, č. 4, s. 184-186. ISSN 1803-5337
28. SELEROVÁ, M. Psychosomatická onemocnění v dermatologii. [online]. [cit.2006-06-02]. Dostupné z: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarskelisty/psychosomaticka-onemocneni-v-dermatologii-173133>>
29. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO v Brně 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
30. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
31. ŠTORK, J. et al. *Dermatovenerologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6
32. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1.vyd. České Budějovice: JČU v Českých Budějovicích 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-x
33. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vydání Brno: NCO NZO, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
34. VEJROVÁ, I. Péče o pokožku pacientů s lupénkou. *Praktické lékařství*. 2007. roč. 3, č. 6, s. 280-282. ISSN 1803-5329
35. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9
36. Vyhláška 195/2005 Sb. kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [online]. [cit.2011-07-05]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_1=195/2005&PC_8411_ps=10#10821

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Psoriáza

Sestra

Léčba

Psychosociální vlivy

Stigmatizace

9. SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 – Obrázky - Psoriasis vulgaris, inversa, capillitii

PŘÍLOHA 2 – Obrázky – Psoriasis guttata, erythrodermica, pustulosa, arthropatica

PŘÍLOHA 3 – Lázně Dolní Lipová - procedury

PŘÍLOHA 4 – Sírnaté lázně Ostrožská Nová Ves - procedury

PŘÍLOHA 5 – Dermatologické zářiče

PŘÍLOHA 6 - Informace o použití ryb rodu *Garra rufa*

PŘÍLOHA 7 - Článek do denního tisku o sestrách s lupénkou

PŘÍLOHA 8 – Informační leták pro pacienty o sestrách s lupénkou

PŘÍLOHA 9 – Okruhy k rozhovorům s respondentkami

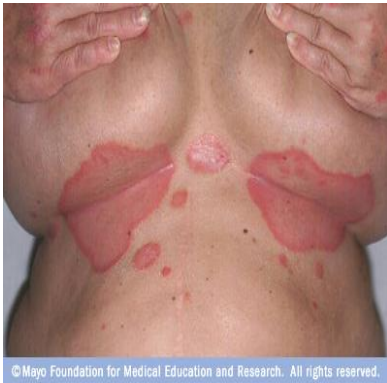
PŘÍLOHA 1

Psoriasis vulgaris



Zdroj: http://www.psoriasis.nl/psoriasis/vormen_van_psoriasis/psoriasis_vulgaris.php

Psoriasis inversa



Psoriasis capillitii



Zdroj: <http://www.mayoclinic.com/health/medical/im04200>

PŘÍLOHA 2

Psoriasis guttata



Psoriasis erythrodermica



Zdroj: <http://www.autoimmun.ch/de/public/psoriasis-vulgaris/ber-psoriasis-vulgaris/>

Psoriasis pustulosa



Psoriasis arthropatica



Zdroj: <http://www.xead.nl/een-huidziekte-psoriasis>

PŘÍLOHA 3 - Lázně Dolní Lipová

Celotělové ozařování



Léčebné koupele



Zdroj: http://www.lazne.cz/?Pobyty-Lecebne_pobyty-Lecba_koznich_nemoci

PŘÍLOHA 4 - Sírnaté lázně Ostrožská Nová Ves

Fototerapie – ruce a chodidla



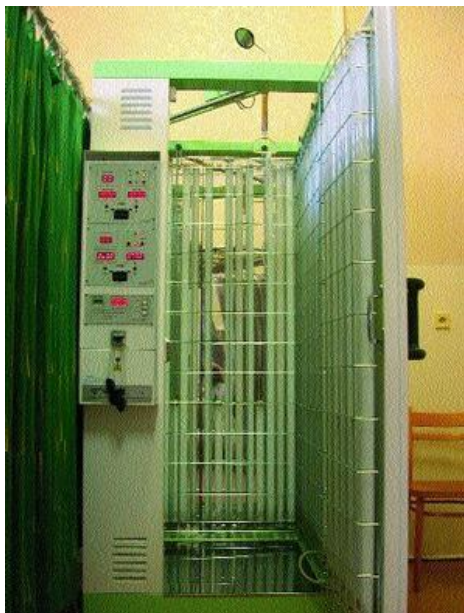
Sírná koupel



Zdroj: <http://www.laznenovaves.cz/page/1678.lecba-lupenky-sirnatelazne/>

PŘÍLOHA 5 - Dermatologické zřiče

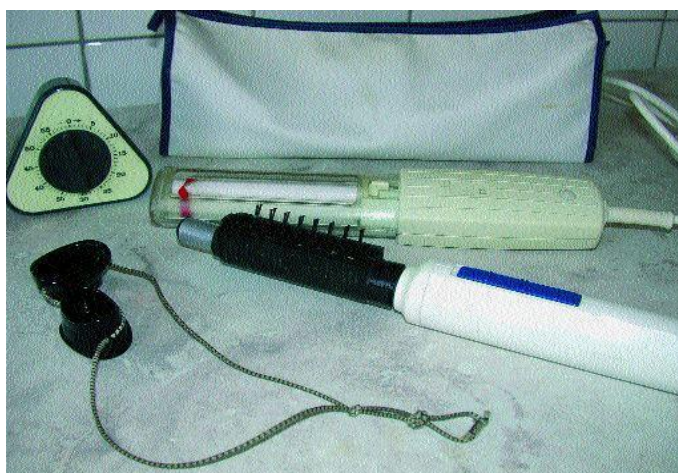
Kabina pro UVA a UVB (311 nm)



Lokální UVA zřiče (ruce + nohy)



UV hřeben



Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/fototerapie-v-dermatologii-154076>

PŘÍLOHA 6 - SZU - Přehled informací dostupných v odborné i běžné literatuře o použití ryb rodu *Garra rufa* v relaxačních zařízeních určených pro veřejnost.



Ichtyoterapie (bioterapie) používá sladkovodní rybky rodu *Garra rufa obtusa* a *Cyprinion macrostomus macrostomus* k alternativní léčbě lupénky (psoriasis vulgaris), akné a ekzémů a k tzv. „přírodní pedikúře“. Rybky samotné jsou známy od 18. století, vyskytují se v oblasti Středního Východu, jejich první léčebné použití je dokumentováno v 19. století. Podle dostupných informací jsou k okusování šupinek kůže nutné určité podmínky (nedostatek přirozené stravy v prostředí).

Ichtyoterapie k alternativní léčbě lupénky, akné a ekzémů je používána v lázních Kungal Fish Spring v Turecku. Léčebná procedura zde trvá 21 dní a skládá se z dietního režimu (pití léčivé vody, abstinence) a z 4hodinové koupele 2x denně v termálních pramenech za přítomnosti zmiňovaných rybiček, které okusují odumřelou kožní tkáň. V terapii lupénky, akné a ekzémů hraje roli též zdejší specifické složení vody (s vyšším obsahem kalcia, selenu, magnezia, pH vody), místní klima a rovněž slunění pokožky. Konstantní složení a kvalita vody jsou nezbytné také pro samotné rybky rodu *Garra rufa* a *Cyprinion macrostomus*.

Každý pacient během svého pobytu v lázních Kungal Fish Spring má vyhrazenou svou koupací vanu, kterou v době jeho léčebného pobytu nikdo jiný nepoužívá. Každá vana s technickým příslušenstvím je po skončení léčby dezinfikována (2% roztok Dodarcana[®] Rapid, Scylle&Mayr, Rakousko). Voda v každé koupací vaně je neustále

filtrována a sterilizována (700 l/hod., UVC sterilizace) a současně obohacována kyslíkem. Teplota vody ve vaně je udržována mezi 36 a 37°C. Kompletní výměna vody ve vaně probíhá 3x – 4x za den. Během třítydenní terapie v lázních podle odborné literatury nebyly nalezeny žádné negativní vedlejší účinky léčby.

Kvalita vody v lázních byla testována na přítomnost *Legionella* spp. a *Pseudomonas aeruginosa*. Ryby byly vyšetřovány na přítomnost *Aeromonas hydrophila*, *Aeromonas sobria*, *Aeromonas caviae*, *Mycobacterium marinum* a *Mycobacterium piscium* k vyloučení potencionální zoonotické infekce.

Ze závěrů odborných publikací vyplývá, že terapie v lázních pod lékařským dohledem (dermatologa) může být účinná a vhodná pro pacienty s lupénkou.

Od roku 2006 je známo další použití rybek k „okusování“ hostů v lázeňských resortech: Hakone (Japonsko), Umag (Chorvatsko), Hainan (Čína), Belgie, Nizozemí, Jižní Korea, Singapore, Maďarsko, Dubovany (Slovensko), Indie, Thajsko, Malajsie, Hong Kong. Od roku 2008 je praktikována rovněž „přírodní pedikúra“ pomocí těchto rybek: USA, Thajsko, Malajsie atd.

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

PŘÍLOHA 7 – Článek do denního tisku, který vyšel 16. 6. 2011 v Píseckém deníku

Bojíte se sester s lupénkou? Není k tomu důvod

Ačkoliv je slovo lupénka v dnešní době mezi odborníky často skloňované, laická veřejnost možná neví, co je podstatou tohoto onemocnění, jaké jsou jeho příznaky, co toto onemocnění znamená pro ty, kteří jím trpí, ale i to, jak je vnímáno jejich okolím.

Lupénka neboli psoriáza je nepříjemné chronické onemocnění kůže s genetickou dispozicí, jejíž příčinou je chyba imunitního systému. V ČR postihuje až 200 tisíc obyvatel. Projevuje se typickými červenými ohraničenými ložisky, která jsou pokryta bělavými odlupujícími se šupinkami odumřelých buněk. Kůže vysychá a někdy praská. U zdravého člověka normální kožní buňka dozraje a na povrch pokožky se dostane po 28 dnech, ale u lupénky již po 4 dnech. Nejčastěji se ložiska objevují na loktech, kolenou, na hrudníku, ve vlasech a hřbetech rukou. Projevy nemoci však mohou postihovat i celý povrch pokožky. Doprovodným projevem bývá praskání vysušených míst, svědění a bolest. Důležité je vědět, že **onemocnění lupénkou není nakažlivé, nešíří se vzduchem, dotykem ani tělními tekutinami**. A právě neznalost laické veřejnosti týkající se přenosu psoriázy, má za následek nejrůznější negativní reakce okolí na nemocné, které mohou citelně zasahovat do jejich soukromého (např. pocity méněcennosti), ale i profesního života (omezení pracovních možností).

Výše uvedené platí dvojnásob u zdravotních sester, jejichž úkolem je kromě asistence lékařům, ošetřování a péče o pacienty. Všechny sestry s lupénkou, které jsem měla možnost oslovit, se shodují na tom, že se během své praxe ve zdravotnickém zařízení setkaly s různými negativními reakcemi od pacientů, ať už jde např. o nepříjemné pokukování, nebo o dotazy typu „*Jé sestřičky, co to máte na rukách?*“ Jiné ze sester byly pacientem odmítnuty při vykonávání sesterských výkonů, jako např. při odběrech krve, nebo při převazování rány. Sestra z dětského oddělení se i dokonce rozhodla změnit místo, když jí jedna maminka řekla: „*Vy byste tady u dětí asi vůbec neměla pracovat, když máte takovou kůži!*“

Jak už jsem konstatovala, celý tento problém vychází z nevědomosti lidí o neinfekčnosti onemocnění, a proto by bylo dobré vědět, že lupénka profesní život sester nijak neovlivňuje a jsou stejně schopné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, jako jiné sestry. A že jste se ještě s žádnou nesetkali? Možná je to tím, že před vámi zakrývají ruce dlouhým rukávem, aby jejich příznaky byly neviditelné a nikoho nepohoršovaly.

Autor: Ondráčková Andrea

Zdroj: Vypracováno na základě mé bakalářské práce

PŘÍLOHA 8 - Informační leták pro pacienty o sestřích s lupénkou

Bojíte se sester s lupénkou? Není k tomu důvod

Ačkoliv je slovo lupénka v dnešní době mezi odborníky často skloňované, laická veřejnost možná neví, co je podstatou tohoto onemocnění, jaké jsou jeho příznaky, co toto onemocnění znamená pro ty, kteří jím trpí, ale i to, jak je vnímáno jejich okolím.

Lupénka neboli psoriáza je nepříjemné chronické onemocnění kůže s genetickou dispozicí, jejíž příčinou je chyba imunitního systému. V ČR postihuje až 200 tisíc obyvatel. Projevuje se typickými červenými ohraničenými ložisky, která jsou pokryta bělavými odlupujícími se šupinkami odumřelých buněk. Kůže vysychá a někdy praská. U zdravého člověka normální kožní buňka dozraje a na povrch pokožky se dostane po 28 dnech, ale u lupénky již po 4 dnech. Nejčastěji se ložiska objevují na loktech, kolenou, na hrudníku, ve vlasech a hřbetech rukou. Projevy nemoci však mohou postihovat i celý povrch pokožky. Doprovodným projevem bývá praskání vysušených míst, svědění a bolest. Důležité je vědět, že **onemocnění lupénkou není nakažlivé, nešíří se vzduchem, dotykem ani tělními tekutinami.** A právě neznalost laické veřejnosti týkající se přenosu psoriázy, má za následek nejrůznější negativní reakce okolí na nemocné, které mohou citelně zasahovat do jejich soukromého (např. pocitu méněcennosti), ale i profesního života (omezení pracovních možností).

Výše uvedené platí dvojnásob u zdravotních sester, jejichž úkolem je kromě asistence lékařům, ošetřování a péče o pacienty. Všechny sestry s lupénkou, které jsem měla možnost oslovit, se shodují na tom, že se během své praxe ve zdravotnickém zařízení setkaly s různými negativními reakcemi od pacientů, ať už jde např. o nepříjemné pokukování, nebo o dotazy typu „*Jé sestřičky, co to máte na rukách?*“ Jiné ze sester byly pacientem odmítnuty při vykonávání sesterských výkonů, jako např. při odběrech krve, nebo při převazování rány. Sestra z dětského oddělení se i dokonce rozhodla změnit místo, když jí jedna maminka řekla: „*Vy byste tady u dětí asi vůbec neměla pracovat, když máte takovou kůži!*“

Jak už jsem konstatovala, celý tento problém vychází z nevědomosti lidí o neinfekčnosti onemocnění a proto by bylo dobré vědět, že lupénka profesní život sester že lupénka profesní život sester nijak neovlivňuje a jsou stejně schopné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, jako jiné sestry. A že jste se ještě s žádnou neseťkali? Možná je to tím, že před vámi zakrývají ruce dlouhým rukávem, aby jejich příznaky byly neviditelné a nikoho nepohoršovaly.

Zdroj: Vypracováno na základě mé bakalářské práce

PŘÍLOHA 9 – Okruhy k rozhovorům s respondentkami

Cíl – Zjistit jakým způsobem ovlivňuje psoriáza sester jejich profesní život

Okruh 1

- Kolik je vám let?
- Od kolika let trpíte lupénkou?
- Za jakých okolností u vás propukla, pokud není dědičná?
- Jakou oblast kožního povrchu jste měla postiženou, když u vás nemoc propukla a jakou oblast v současnosti?
- Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
- Na kolika místech a kde jste ve zdravotnictví doposud pracovala?
- Kouříte?
- Navštěvujete kožního lékaře?
- Byla jste hospitalizována?
- Jaké přípravky na péči o pokožku si obstaráváte?
- Dodržujete některé diety při onemocnění lupénkou?
- Jezdíte k moři?
- Jezdíte do lázní?
- Co má u vás největší vliv na zlepšení stavu psoriázy?
- Jak vnímáte dnes svou nemoc?

Okruh 2 - Jsou sestry s psoriázou omezeny při výkonu práce?

- Je nějaká činnost, kterou byste v pracovním procesu nemohla vykonávat?
Již se vám toto stalo? Jaké byly okolnosti.
- V případě, že ano, poskytně vám nadřizený úlevu od jejího vykonávání?
- Měla byste podporu i u ostatního ošetřujícího personálu?
- Musela jste změnit pracoviště z důvodu lupénky?

Okruh 3 - Je sestra s psoriázou stigmatizována?

- Jak se cítíte ve svém pracovním kolektivu?
- Pozorujete odtažené chování od svých spolupracovníků?
- Setkala jste se někdy s pozitivními nebo negativními reakcemi od návštěv pacientů?
- Používáte jiný oděv než ostatní sestry?

Okruh 4 - Má vliv zdravotnické prostředí na zhoršení příznaků psoriázy?

- Vyskytují se na vašem pracovišti nějaké provokační faktory zhoršující vaše příznaky? (Např. používání gumových rukavic, dezinfekce, chirurgických ústenek a jiné.) Jakým způsobem toto řešíte?
- Necháváte si prát pracovní uniformu v ústavní prádelně?
- Používáte k osobní hygieně na pracovišti určené ochranné krémy a dezinfekci, nebo jiné než ostatní sestry?
- V případě, že vás některé přípravky dráždí, zajistil by vám váš nadřízený jiné?
- Doporučil vám ošetřující dermatolog změnu zaměstnání?
- Pozorujete změnu svého zdravotního stavu např. po mateřské dovolené nebo řádné dovolené? (pokud se delší dobu nepohybujete na pracovišti)
- Co má u vás největší vliv na zhoršení nebo vzplanutí onemocnění?

Okruh 5 - Jaké jsou reakce ze strany pacientů na sestry s psoriázou?

- Odmítl někdy pacient vaši péči? Jestli ano, tak v jakém případě.
- Zeptal se vás někdy pacient na projevy vaší nemoci?
- Zeptal se vás někdy pacient, zda vaše nemoc není nakažlivá?
- Stalo se vám někdy, že by si pacient přímo vyžádal jinou sestru?

