

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

BAKALÁRSKA PRÁCA

2010

Eva Zachariašová

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

ŽIVOT PACIENTA SO PSORIÁZOU

Bakalárska práca

Študijný program: Ošetrovatel'stvo

Školiace pracovisko: Katedra Ošetrovatel'stva

Školiteľ: PhDr. Alica Slamková, PhD.

Nitra 2010

Eva Zachariašová



Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva


ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Meno a priezvisko študenta: Eva Zachariašová
Študijný program: ošetrovateľstvo (Jednoodborové štúdium, bakalársky I. st., denná forma)
Študijný odbor: 7.4.1 ošetrovateľstvo
Typ záverečnej práce: Bakalárska záverečná práca
Jazyk záverečnej práce: slovenský

Názov: Život pacienta so psoriázou
Anotácia: Úlohy ošetrovateľstva so zameraním na starostlivosť o pacientov so psoriázou. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti. Úlohy sestry pri zabezpečení starostlivosti v domácom prostredí. Psychosociálna podpora pacientov so psoriázou.

Školiteľ: PhDr. Alica Slamková, PhD.
Oponent: PhDr. Erika Krištofová, PhD.
Katedra: KO - Katedra ošetrovateľstva
Vedúci katedry: Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Dátum schválenia: 19.03.2010


Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.
vedúci/a katedry

Ďakujem mojej školiteľke práce

PhDr. Alici Slamkovej, PhD.

za cenné rady, odborné usmernenie, podporu a pomoc, ktorú mi poskytla pri vypracovaní
bakalárskej práce.

ABSTRAKT

ZACHARIAŠOVÁ, Eva: *Život pacienta so psoriázou*. [Bakalárska práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra ošetrovateľstva. – Školiteľ: PhDr. Alica Slamková, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár (Bc.). – Nitra: FSVaZ, 2010. 70 s.

Práca sa zameriava na život pacienta so psoriázou a prípadné zmeny, ktoré vyplývajú z diagnostikovania ochorenia, ako aj úlohu sestry v rámci starostlivosti o pacienta. Prvá kapitola je venovaná anatómii kože. V druhej kapitole autorka podrobnejšie rozpracováva problematiku psoriázy od klinického obrazu, až po možné spôsoby liečby. Tretiu kapitolu zameriava na úlohy sestry pri starostlivosti o pacienta so psoriázou. Autorka hovorí o problémoch po psychosomatickej a psychosociálnej stránke, ako aj o vybraných ošetrovateľských diagnózach a v poslednom rade sa venuje starostlivosti o miesta postihnuté psoriázou. V štvrtej kapitole opisuje metodiku prieskumu a v piatej kapitole oboznamuje o výsledkoch prieskumu. V šiestej kapitole sa autorka zameriava na diskusiu.

Hlavným výskumným problémom bolo zistiť, či nastali zmeny v živote pacientov v dôsledku diagnostikovania psoriázy, zistiť úroveň vedomostí, ako ochorenie vplýva na finančnú situáciu a na správanie chorého, ako aj úroveň starostlivosti u pacientov a najčastejšie vyskytujúce sa diagnózy.

Prieskumom sme zistili, že u pacientov v dôsledku diagnostikovania ochorenia nastávajú zmeny v priebehu života. Môžu sa však odlišovať v závislosti od pohlavia a veku. Okrem toho sme ďalej zistili, že pacienti nemajú dostatok informácií o ochorení, ktoré zasahuje aj do finančnej situácie chorých. Vo väčšine prípadov, pacienti nezaznamenali vplyv ochorenia na zmeny vo svojom správaní. Niektorí pacienti podceňujú zmiernenie prejavov ochorenia a úroveň starostlivosti, ktorá je dôležitá. Tiež sme zistili najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy u pacientov napr. narušený obraz tela, narušenú kožnú integritu, pruritus, strach, úzkosť...

Kľúčové slová

Koža. Psoriáza. Možnosti liečby. Úlohy sestry. Správanie chorého. Ošetrovateľské diagnózy.

ABSTRACT

ZACHARIASOVA, Eva: *The life of a patient with psoriasis*. [Bachelor's thesis] - Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care, Department of Nursing. - Supervisor: PhDr. Alica Slamkova, PhD. The degree of professional qualifications: Bachelor (Bc.). - Nitra: FSVaZ, 2010. 70 p.

This diploma work focuses on the lives of patients with psoriasis and some other changes resulting from the diagnosis of the disease, as well as the role of nurses in patient care. The first chapter is devoted to the anatomy of the skin. In the second chapter the author further develops from the clinical picture of psoriasis to possible treatments. The third chapter focuses on the role of nurses in caring for patients with psoriasis. The author suggests about the problems of psychosomatic and psychosocial affects on the patient, as well as on selected nursing diagnoses in the last row is given care of affected psoriasis. The fourth chapter characterizes the methodics of survey and the fifth chapter represents the results of the survey. In the sixth chapter, the author focuses on the debate.

The main research problem was to determine, if occurred some changes in the lives of patients by diagnosing of psoriasis, the level of knowledge as a disease affects the financial situation and the behavior of the sick, as well as the standard of care for patients and most frequently occurring diagnosis.

We found by the research, that occur due changes throughout of the life by diagnosing of patients. But it is differentiated by gender and age. In addition, we also found that patients don't have enough informations about the disease, which affects to the financial situation of the sick. In most cases, patients did not reveal the impact of disease on changes in their behavior, as well as some patients may underestimate the alleviation of disease symptoms and level of care that is important. We also found most frequently occurring in nursing diagnoses in patients.

Key words:

Skin. Psoriasis. Treatment options. Tasks of the nurses. Behavior ill. Diagnosis.

OBSAH

ÚVOD	8
1 ANATÓMIA KOŽE	10
1.1 Pokožka (epidermis)	10
1.2 Vlasy (capili), chlpy (pili) a nechty	12
2 PSORIÁZA	13
2.1 Klinický obraz	13
2.2 Posúdenie zdravotného stavu	14
2.3 Medicínsky manažment diagnostiky psoriázy	16
2.4 Liečba	16
3 ÚLOHA SESTRY PRI STAROSTLIVOSTI O PACIENTA SO PSORIÁZOU	20
3.1 Roly sestry	20
3.2 Psychosomatické problémy pacientov	21
3.3 Psychosociálne problémy pacientov	21
3.4 Vybrané sesterské diagnózy	22
3.5 Starostlivosť o miesta postihnuté psoriázou	24
4 PRIESKUM ŽIVOTA PACIENTA SO PSORIÁZOU	27
4.1 Ciele a otázky prieskumu	27
4.2 Metódy prieskumu	28
5 VÝSLEDKY	29
5.1 Analýza štruktúrovaného rozhovoru	29
5.2 Analýza kazuistík	50
6 DISKUSIA	57
6.1 Odporúčania pre prax	64
ZÁVER	66

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV 67

PRÍLOHY 71

*„Vďaka chorobe poznáme hodnotu zdravia,
vďaka zlu hodnotu dobra, vďaka hladu sýtosť,
vďaka únave odpočinok a vďaka smútku hodnotu radosti.“*

(Herakleitos z Efezu)

ÚVOD

Život človeka je od narodenia až po smrť ovplyvnený množstvom zmien. Zvlášť osobitnú pozornosť venujeme zmenám, ktoré následne vznikajú z diagnostikovaného ochorenia. Týkajú sa človeka v rámci celej jeho osobnosti. Jedinec veľmi citlivo vníma svoj vzťah, najmä ak ochorenie má za následok jeho zmenu. Kožné ochorenia môžu u jedinca vyvolať strach, úzkosť, pocit menejcennosti, odpor k svojmu telu... Dôležité je, aby sme sa vcítili do prežívania, vnímania, cítenia chorého človeka a následne si premietli zmeny v živote vyplývajúce z ochorenia.

Práca upriamuje pozornosť na život pacienta so psoriázou. Zistovali sme vplyv ochorenia na život v dôsledku diagnostikovania psoriázy.

Hlavným cieľom bakalárskej práce bolo zistiť zmeny v živote u pacientov vznikajúce následkom ochorenia. Následne sme chceli zistiť vedomostnú úroveň pacientov, dosah ochorenia na finančnú situáciu, ako aj možnosť výskytu zmien v správaní chorého. Zamerali sme sa tiež na úroveň starostlivosti o seba samého a najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy u pacientov.

Práca sa skladá z dvoch častí, teoretickej a empirickej. Na vytvorenie teoretickej časti sme použili literárnu metódu, na základe ktorej sme nadobudli prehľad o skúmanej problematike a ktorá nám sprostredkovala podklady pre vytvorenie teoretických východísk. V empirickej časti na zisťovanie potrebných údajov sme využili štruktúrovaný rozhovor a kazuistiku. Práca je rozdelená do šiestich kapitol.

Prvá kapitola je zameraná na anatómiu kože. Prvá podkapitola sa venuje pokožke, zamši, podkožnému väzivu a druhá podkapitola poskytuje informácie ohľadom vlasov, chlupov, nechtov a inervácii kože.

Druhá kapitola sa zameriava na definovanie psoriázy. Prvá podkapitola opisuje klinický obraz, druhá podkapitola opisuje posúdenie zdravotného stavu a informuje o vonkajších a vnútorných provokačných faktoroch. Tretia podkapitola oboznamuje o medicínskom manažmente. Štvrtá podkapitola sa venuje liečbe psoriázy a jej možnostiach, ako sú:

externá liečba, kombinovaná externá liečba, fyzikálna liečba, interná liečba, kombinovaná celková liečba, sekvenčná liečba, biologická liečba, balneoterpia, doplnková liečba, dietoterapia a v poslednom rade ichtyoterapia.

Tretia kapitola charakterizuje úlohu sestry pri starostlivosti o pacienta so psoriázou. Prvá podkapitola poskytuje informácie o rolách, ktoré najčastejšie plní sestra. Druhá podkapitola obsahuje psychosomatické problémy pacientov a tretia podkapitola sa venuje psychosociálnym problémom psoriatickov. Štvrtá podkapitola rozpracováva problematiku vybraných ošetrovateľských diagnóz, medzi ktoré sú zaradené : narušená kožná integrita, pruritus, znížená tolerancia aktivity následkom psoriatickej artritídy, porucha sebakoncepcie a úzkosť. Piata podkapitola je zameraná na starostlivosť o miesta postihnuté psoriázou. Opisuje starostlivosť o tvár, vlasmi pokrytú časť hlavy, o ruky, nechty, nohy, kožné záhyby, genitálie a výber vhodného oblečenia.

Štvrtá kapitola sa venuje prieskumu života pacienta so psoriázou. Oboznamuje o cieľoch a otázkach prieskumu, ale venuje sa aj metódam prieskumu, v ktorých charakterizuje výberový súbor, metódy a plán prieskumu.

Piata kapitola oboznamuje o výsledkoch prieskumu. V prvej podkapitole predkladáme analýzu štruktúrovaného rozhovoru. V druhej podkapitole predkladáme analýzu kazuistiky. V šiestej kapitole sa zameriavame na interpretáciu výsledkov a formou diskusie sa snažíme stanovené ciele potvrdiť alebo vyvrátiť, a tiež zistiť či sme dosiahli stanovené prieskumné otázky. Ako samostatnú podkapitolu uvádzame odporúčanie pre ošetrovateľskú prax.

1 ANATÓMIA KOŽE

Koža (cutis, grécky derma) tvorí ochranný kryt tela. Je zmyslovým orgánom a zároveň je najväčším orgánom pre recepciu vzruchov z vonkajšieho prostredia. Zúčastňuje sa aj na látkovej premene, na dýchaní, prostredníctvom svojich žliaz je exkrecným orgánom a môže resorbovať látky. V koži vzniká vplyvom svetla z ergosterolu vitamín D. Je veľmi dôležitým termoregulačným orgánom a zároveň je aj skladom pre vitamíny, ktoré sú rozpustné v tukoch. Bohaté podkožné cievne spleti umožňujú uskladnenie až jedného litra krvi (Binovský et al., 2001).

Ako uvádza Dylevský, plocha kože je približne 1,5 -1,8 m² a má hmotnosť asi 4,5kg (Dylevský, 2001). Jej hrúbka sa pohybuje od 0,5 do 4 mm. Koža na svojom povrchu nie je úplne hladká. Vyskytujú sa na nej jemnejšie, či hrubšie vyvýšeniny alebo priehlbiny, ktoré vytvárajú kožný reliéf a ten dodáva koži matný vzhľad (Binovský et al., 2001).

Dylevský hovorí : „*Koža sa skladá z troch vrstiev: z povrchovej pokožky, zo zamši a z podkožného väziva*” (Dylevský, 2003, s. 307).

1.1 Pokožka (epidermis)

„*Pokožka sa skladá z niekoľkých vrstiev plochých buniek, ktoré na povrchu odumierajú, rohovatejú a odlupujú sa*” (Dylevský, 2003, s.307). Hlavnými bunkami pokožky sú keratinocyty, v ktorých sa uskutočňuje špecifická forma bunkovej diferenciácie-keratinizácia (Buchvald, 1993).

Zrohovatené bunky sa nahrádzajú bunkami, ktoré sa veľmi rýchlo delia z hlbších vrstiev epidermy. Z týchto vrstiev sa dopĺňajú aj defekty vznikajúce v koži malými odreninami a povrchovým poranením kože. Bunky pokožky obsahujú aj bielkovinu, ktorá je ťažko vo vode rozpustná. Koža je teda pre vodu prakticky nepriepustná. Väzivové bunky hlbších vrstiev pokožky obsahujú zrnká tmavohnedého farbiva - kožného pigmentu melanínu. Farba kože závisí práve od množstva tohto pigmentu, hĺbky jeho uloženia, ako aj od prekrvenia kože. Kožné farbivo pohlcuje ultrafialovú zložku slnečného žiarenia (Dylevský, 2001).

Zamša (corium)

„*Zamša je väzivovou časťou kože. Skladá sa z väzivových buniek a elastických vlákien, ktoré sa v podkoží križujú*” (Dylevský, 2003, s.308). Medzi týmito poprepletanými vláknami je veľké množstvo tukových buniek.

Elastické vlákna zabezpečujú :

- pružnosť,
- rozťahovateľnosť,
- pevnosť a
- štiepatelnosť kože (Dylevský, 2001).

V zamši sú uložené v rôznych úrovniach vlasové folikuly, potné a mazové žľazy, krvné a lymfatické cievy, nervy a nervové zakončenia (Binovský, 2001).

Do pokožky vybieha zamša bradavkovitými výbežkami, v ktorých sú nervové zakončenia - receptory. Umožňujú vnímanie bolesti, chladu, tepla a tiež i hmatové pocity (Dylevský, 2003). Dylevský hovorí: „V zamši sú uložené dva typy kožných žliaz: **mazové a potné**” (Dylevský, 2003, s. 309).

1. Mazové žľazy sú uložené v zamši, vedľa vlasov alebo chlupov a chýbajú v koži dlaní a stupají (Dylevský, 2001).

Najviac ich je v tzv. seborickej oblasti (tvár, kapilícium, stredná časť hrudníka). Dezintegráciou a degeneráciou buniek mazovej žľazy vzniká **maz (sebum)**, ktorý premasťuje kožu a vlas. Je dôležitou súčasťou ochranného kožného plášťa. Mazové žľazy sa miestami nachádzajú aj na povrchových slizniciach napr. dvorce prsníkových bradaviek, glans penis, labia minora, análny otvor, mihalnice (Buchvald, 1993).

Maz tvoria tukové látky, bielkoviny a soli. Má hlavne ochrannú funkciu. Maz zle prepúšťa vodu, chráni kožu pred vyschnutím a robí ju vláčnou.

2. Potné žľazy sú rozmiestnené nerovnomerne. Najviac sú v koži dlaní, čela a na stupajach. Osobitnými typmi sú malé potné žľazy v podpazuší a v koži pohlavných orgánov. Pot sa tvorí z tkanivového moku v okolí buniek potných žliaz. Jeho zloženie je premenlivé. V pote je zvláštna kyselina, ktorá zabraňuje zápalu kože vplyvom slnečného žiarenia. Potné žľazy sa uplatňujú pri riadení telesnej teploty a zasahujú do hospodárenia s vodou (Dylevský, 2001).

Podkožné väzivo (tela subcutanea)

„Podkožné väzivo je tvorené sieťou kolagénových a elastických vláken, medzi ktorými sú roztrúsené väzivové bunky” (Dylevský, 2003, s. 310). Je potencionálnym tukovým tkanivom.

Funkcie:

1. Ochrana tela.
2. Zmyslové funkcie kože.
3. Udržiavanie telesnej teploty.
4. Skladovacia funkcia kože.
5. Vylučovacia funkcia kože.
6. Resorpčná funkcia (Dylevský, 2001).

1.2 Vlasý (capili), chlpy (pili) a nechty

Vlasý (capili) a chlpy (pili) vznikajú z vlasových vačkov, ktoré sú uložené v zamši. Skladajú sa z drene a zrohovatených buniek kôry (Dylevský, 2003). Dylevský hovorí : „Podľa časového vývoja ochlpenia sa rozoznáva primárne, sekundárne a terciálne ochlpenie” (Dylevský, 2003. s. 312).

Necht je zrohovatená platnička na koncových článkoch prstov ruky a nohy. Nechty vyrastajú z bunkovej vrstvy pod lôžkom a pri nechťovom koreni, ktorý je prekrytý kožou posledného článku prstov (Dylevský, 2003).

Inervácia kože

Kožou vnímame tlak a napätie, bolesť, teplo i chlad. V koži sú uložené exteroceptory. Receptory rozdeľujeme na senzitivné nervové zakončenia a na receptory špeciálnych zmyslových orgánov. V pokožke sa nachádzajú **voľné nervové zakončenia** a **Merkelove zakončenia** (patria medzi najjednoduchšie hmatové orgány).

V zamši sa na povrchu nachádzajú **Meissnerove zakončenia** (Meissnerove hmatové telieska slúžiace pri vnímaní dotyku). **Krauseho zakončenia** a **Krauseho guľovité telieska (corpuscula bulboidea)** sú určené na vnímanie chladu. **Ruffíniho vretienka** sú podlhovasté útvary, ktoré sa považujú za tepelné receptory (Binovský, 2001).

2 PSORIÁZA

Výraz Psoriáza pravdepodobne ako prvý použil Galenos, grécky lekár, ktorý pôsobil v Ríme. V roku 1801 ju presnejšie opísal Angličan Robert Willan. Ferdinand von Herba špecifikoval psoriázu ako nozologickú jednotku v r.1841 a opísal jej rôzne klinické formy (Arpášová, Lukášová, 2006).

„Psoriáza je chronické zápalové ochorenie, charakterizované množstvom imunologických a zápalových procesov a môže teda predisponovať k inzulínorezistencii, k vzniku hypertenzie a diabetu II. typu, keďže úloha chronického zápalu je v patogenéze metabolických a vaskulárnych ochorení stále viac uznávaná“ (Baloghová, Jautová, 2008, s.25).

„Psoriáza je primárna zápalová kožná choroba s akútno–exantemickým alebo chronicko-stacionárnym priebehom na základe zdedenej dispozície. Kožné prejavy majú zápalovo červené, ostro ohraničené ložiská rôznej konfigurácie s typickým striebrolesklým olupovaním v centre ložiska. Erytematoskvamatózne prejavy sa môžu obmedzovať na niekoľko ložísk a splyvať“ (Tereková, 2007, s. 72). To, že psoriázu môžu sprevádzať aj kĺbové ťažkosti, si všimli páni Wright a Moll v roku 1973 a ochorenie označili ako artritídu spojenú so psoriázou (Raffayová, 2008).

Ide o geneticky podmienenú nefyziologickú reakciu epidermy na rôzne provokačné činitele napr. akútne infekcie, fyzikálne a chemické poškodenia, pôsobenie liekov a stres. Pri psoriáze je základnou histopatologickou zmenou výrazné urýchlenie delenia buniek epidermy. S ním je spojená neúplná diferenciácia keratinocytov. V epiderme dochádza k výraznému zvýšeniu bunkového metabolizmu. V koži, ktorá je zápalovo zmenená, sa nachádza množstvo T-lymfocytov, makrofágov a neutrofilných leukocytov. Cytokíny sú spoluzodpovedné za hyperproliferatívne a za zápalové zmeny v psoriatickom ložisku (Arpášová, Lukášová, 2006).

2.1 Klinický obraz

Ochorenie sa môže zjaviť v každom veku , najčastejšie sú to obdobia medzi 14. - 22. rokom a obdobie medzi 56. - 60. rokom života človeka. Ochorenie po celý život prebieha vo forme striedania exacerbácií a remisií. Erytematoskvamatózne ložisko, ktoré je ostro ohraničené, je základnou eflorescenciou. Začína sa v podobe drobnej plochej papuly

okrúhleho tvaru a ružovočervenej farby s následným prekrytím lamelózne navrstvených, suchých, lesklých až striebřistých šupiniek.

Akútna forma psoriázy - je exantemická, po končatinách a trupe sú lokalizované eflorescencie. Je vyprovokovaná streptokokovou alebo vírusovou infekciou. Medzi základnú eflorescenciu sa zaraďuje tehlovočervená papula, neskôr tmavá a pokrytá šupinami.

Chronická forma psoriázy - sa vyvíja postupne z akútneho štádia. Prejavy sú už lokalizované na miestach zvýšeného dráždenia - nad lakt'ovým a kolenným kĺbom, v sakrálnej oblasti, za ušami a vo vlasovej časti hlavy (Krištofová, 2008).

„Podľa tvaru a veľkosti ložísk sa rozlišuje:

- *psoriasis nummularis* (eflorescencieokrúhleho tvaru 1,5 - 3cm),
- *psoriassis geographika* (väčšie ako 3cm),
- *psoriassis singularis, circinata* (eflorescencie prstencovité alebo krúžkovité),
- *psoriassis semilunaris, serpiginosa, gyrata*,
- *psoriassis inversa* (ložiská sú červené, bez šupín – lokalizované v axilách, na koži pod prstami, v perinálnej a petigenitálnej oblasti), “ (Krištofová, 2008, s. 21)
- psoriasis anularis a psoriasis exudativa .

Podľa veľkosti eflorescencií sa exantemické formy psoriázy označujú ako **psoriasis punctata** alebo **psoriasis guttata**, či **psoriasis follicularis** (Buchvald, Buchvald, 2002).

Psoriasis vulgaris sa zaraďuje medzi najčastejšie formy a postihuje 75% chorých. Ložiská sa nachádzajú na lakt'och a kolenách, ale aj vo vlasovej časti hlavy, v krížovej oblasti, na nechtoch (tzv. olejové škvvrny), na miestach, kde dochádza k rýchlejšiemu zapareniu a v okolí pupku. Prejavy ochorenia môžu postihovať i celý povrch pokožky. Miesta, ktoré sú postihnuté bývajú suché a šupinaté. Sprievodným prejavom býva svrbenie a praskanie vysušených miest (Klomínková, 2008).

2.2 Posúdenie zdravotného stavu

Pri posúdení zdravotného stavu je dôležité zistiť:

- anamnézu - rodinnú, osobnú, pracovnú, sociálnu, liekovú (Hegyi, Hegyi, 1997), gynekologickú a epidemiologickú;
- vyskytujúce sa zmeny na koži, adnexoch a zhodnotiť ich charakter a lokalizáciu;
- veľkosť ložísk, šírenie, tendenciu k splývaniu a spôsob hojenia;
- povrch ložísk – suchý a drsný (Krištofová, 2008);

- tvorbu šupín – zameriavame sa na farbu, charakter (suchosť, mastnota), priľnavosť k spodine a vzhľad spodiny (Hegyi, Hegyi, 1997).

Hegyi, Hegyi (1997) uvádzajú pri vyšetrení šupín:

a) hoblinkový fenomén – je otrubovité olupovanie,

b) metodické škriabanie - pri pomalom a postupnom škriabaní psoriatického ložiska šupinky odskakujú a vyniká fenomén zaschnutej sviečky. Všetky časti šupinky sa odstránia až po dlhšom škriabaní, kedy sa na spodine zjaví vrstvička epidermy a môžeme ju odlúčiť v celku - fenomén poslednej kožtičky. Pri opätovnom škriabaní sa ľahko kapiláry papilárnej vrstvy porania, čo sa prejaví bodkovitým krvácaním a nazýva sa Auspitzov fenomén. Typickým príkladom je psoriasis vulgaris.

c) oblátková šupina (Hegyi, Hegyi, 1997).

Všimame si i Köbnerov príznak na miestach fyzikálneho alebo chemického dráždenia, kde prichádza v priebehu 7-20 dní k výsevu eflorescencií typických pre psoriázu (Krištofová, 2008).

Švédskymi lekármi bol vytvorený Index klinického hodnotenia psoriázy (PASI index) novým derivátom kyseliny retinovej. Ľudské telo sa na jeho výpočet rozdeľuje na 4 časti: hlava, trup, horné a dolné končatiny. Zodpovedajú 10, 20, 30 a 40% povrchu tela. Začervenanie, zápalové presiaknutie a ošupovanie sú kvality, ktoré boli vybrané pre hodnotenie závažnosti prejavov. Každá kvalita je hodnotená samostatne 5 stupňovou škálou od 0 - 4 (0 = bez nálezu, 1= mierne, 2= stredne silné, 3= silné, 4= extrémne silné). Ich hodnoty sa sčítavajú. Skóre môže mať hodnoty od 0 – 72 (Kampe, 2007).

Vonkajšie a vnútorné provokačné faktory

1.Fyzikálne a chemické vplyvy (Köbnerov izomorfný fenomén) : drobné poranenia, trenie, mikrotraumy z nadmerného vysušenia pokožky, zmeny teploty a klímy,..

2.Iné zápalové dermatózy : akné, ekzémy a kandidózy....

3.Infekcie : horných dýchacích ciest, virózy, bakteriálne infekcie.....

4.Medikamenty : betablokátory, anticholesterolemiká...

5. Životospráva: nadmerné zvýšenie hmotnosti, obezita, fajčenie,...

6.Hormonálne vplyvy : puberta, klimaktérium, antikoncepcia...

7.Psychogénne vplyvy : emočná labilita, nepravidelný spánok... (Fetisová, 2004)

2.3 Medicínsky manažment diagnostiky psoriázy

V rámci medicínskeho manažmentu diagnostika psoriázy zahŕňa:

- interné vyšetrenie, ktorým sa odhaľujú fokálne infekcie, poruchy gastrointestinálneho systému, renálne poruchy, diabetes mellitus a iné endokrinné afekcie a neoplazmy (tzv. neoplazmatické dermatózy);
- histologické vyšetrenie, ktoré je zamerané na zistenie hyperkeratózy ložiskovou parakeratózou, Munroove mikroabscesy ;
- posúdenie objektívnych zmien vyskytujúcich sa na koži a jej adnexoch, zmeny prítomné na lymfatických uzlinách;
- vyšetrenia krvi – hematologické a biochemické vyšetrenia;
- vyšetrenie moču - chemické vyšetrenie a vyšetrenie sedimentu;
- kultivačné vyšetrenie- výtery z hrdla a z nosa (Krištofová, 2008).

2.4 Liečba

„Terapia psoriázy je náročná. Postupuje sa s ohľadom na vek pacienta, jeho zamestnanie, časové možnosti, typ a štádium choroby, klinické manifestácie a rozsah prejavov, postoj pacienta, jeho rodinné, bytové a sociálne pomery a nie na poslednom mieste aj na finančné možnosti chorého. Rozoznávame ambulatnú a ústavnú liečbu“ (Hegyí, Hegyí, 2003, s. 168). Psoriázu nemožno úplne vyliečiť, ale dôležité je, aby sme pacienta vplyvom terapeutických postupov udržali v bezpríznakovom štádiu čo najdlhšie (Hegyí, Hegyí, 2003).

Externá liečba

Ak psoriáza postihuje menej ako 20% kožného povrchu, indikuje sa externá liečba (Hegyí, Hegyí, 2003). *„Používajú sa emolienciá, keratolytiká, kortikosteroidy v kréme alebo masti, kamennouhoľný decht, antralín, calcipotriol v masti a tazarotén“* (Hegyí, Hegyí, 2003, s. 173). Produkty austrálskeho lekára Dr. Tiranta a jeho výskumného tímu sa stali posledným hitom lokálnej terapie. Pod názvom Dr. Michaels vyvinuli rad účinných prípravkov: čistiaci gél, masť a telové mlieko. Na základe realizovaných štúdií spoločné použitie všetkých troch prípravkov ovplyvňuje chorobný stav kože, ako aj predlžuje obdobia remisie. Neobsahujú kortikoidy, takacitol a kalcipotriol a sú vyrobené na báze prírodných komponentov (Zelenková, Stracenská, 2007).

Kombinovaná externá liečba

Za vysoko účinnú sa považuje kombinácia 10% kyseliny salicylovej a clobetasol masti. Externá aplikácia calcipotriolu po PUVA liečbe alebo UVB liečbe pri nižšej dávke UV žiarenia spôsobuje rýchlejší ústup psoriatických lézií (Hegyi, Hegyi, 2003).

Fyzikálna liečba

„... dobrý efekt v liečbe kožných ochorení v súčinnosti s balneoterapiou má liečba svetlom-fototerapia“ (Bernátová, 2004, s. 21). U pacientov, ktorí prírodné slnko neznášajú, sa využíva umelé UV žiarenie (Bernátová, 2004).

UVB fototerapia pri miernej forme psoriázy je účinná monoterapia s UVB žiarením.

PUVA sa používa na označenie kombinácie UVA žiarenia a psoralénu methoxsalen- má za následok fotosenzibilizáciu a pacientom sa podáva 2 hodiny pred expozíciou UVA žiarenia per os. PUVA terapia sa podáva 2-3 týždne.

Balneo PUVA terapia na kožu sa aplikuje 5 minút až 2 hodiny pred expozíciou UVA žiarenia lotio alebo emulzia, ktorá obsahuje trimetylpsoralén (Hegyi, Hegyi, 2003).

„Počas ožarovania sa pacienti a zdravotníci musia chrániť tmavými okuliarmi s UV filtrom, u pacientov treba chrániť aj genitálnu oblasť“ (Hegyi, Hegyi, 2003, s.179).

Kontraindikácie PUVA liečby sú gravidita, mladý vek, choroby obličiek a pečene, nádory... K inhibičným faktorom, ktoré majú za následok obmedzenie vzniku psoriatických lézií, patrí dostatok slnečného žiarenia a prímorské klimatické podmienky (Hegyi, Hegyi, 2003).

Interná liečba

Používa sa u pacientov s ťažkou formou psoriázy, ktorá nezaberá na externú liečbu. Takúto liečbu vyžaduje približne 20% pacientov a to buď pomocou liekov alebo fototerapiou. Dôležité je chrániť pacienta pred super infekciou, hypotermiou a pozornosť treba upriamiť aj na vysoký hygienický štandard. Realizuje sa kardiotonická liečba, proti hypoalbuminémii a anémii sa používajú infúzie plazmy a erytromasy a tiež nemožno zabudnúť na diétu bohatú na bielkoviny.

Medzi prostriedky internej liečby patria Retinoidy, Etretinate, Acitretin, Methotrexate, Cyclosporín, Glukokortikoidy, Cytostatiká, Tacrolimus, Hydroxyurea (Hegyi, Hegyi, 2003). Ďalej sem patria kalciové prípravky, sedatíva, neuropeptiká, vitamíny A, B, B2, B6, C a D, antibiotiká, imunomodelačné prostriedky a antireumatiká (Krištofová, 2008).

Kombinovaná celková liečba

U niektorých pacientov je potrebné na docielenie adekvátnej terapeutickej odpovede začať kombinovanú liečbu napr. Methotrexate + externé kortikoidy... (Hegyi, Hegyi, 2003).

Sekvenčná liečba

Sekvenčná liečba môže krátkodobé zlepšenie psoriázy maximalizovať a zabezpečiť s minimálnymi vedľajšími účinkami dlhotrvajúcu kontrolu choroby. Skladá sa z troch fáz: čistiaca fáza, prechodná fáza a udržiavacia fáza (Hegyi, Hegyi, 2003).

Biologická liečba

„*Biologická patria do novej generácie liekov. Ide o rôznorodé bielkovinové látky - proteíny, ktorých terapeutický účinok spočíva v podporovaní alebo tlmení aktivity látok bežne sa nachádzajúcich v organizme. Vyrábajú sa zo živých buniek pomocou biotechnologických postupov*“ (Czaniková, 2006, s.187). Biologiká sú podávané injekčne, pretože proteíny by sa rozložili prechodom cez žalúdok (Czaniková, 2006).

Medzi zaregistrované prípravky patria **Raptiva, Enbrel a Remicade** (Mosnárová, 2008).

Vyšetrenia pred začatím biologickej liečby:

- Hematologické vyšetrenie – krvný obraz ;
- Biochemické vyšetrenie krvi - bielkoviny, urea, kreatinín, pečeňové testy...;
- Biochemické vyšetrenie moču - chemicky + sediment;
- Röntgen hrudníka – na vylúčenie tuberkulózy.

Počas liečby Remicadeom tieto vyšetrenia kontrolujeme pred každým podaním infúzie.

Kontraindikácie – pacienti s tuberkulózou, sepsou, zlyhávaním srdca, abscesmi...

Možné riziká - závažné infekcie, malígne ochorenia, trombocytopenia...

Výhody liečby - rýchle a výrazné zlepšenie klinického obrazu už po 2 týždňoch a pokles progresie poškodenia kĺbov... (Czaniková, 2006).

Balneoterapia kožných ochorení

„*Balneoterapia (vodoliečba) patrí k najstarším a najšetrnejším formám liečby, pričom na organizmus pôsobia tepelné, mechanické i chemické vplyvy. Teplo prehrieva a uvoľňuje, vztlak vody nadľahčuje a prvky i zlúčeniny obsiahnuté v minerálnej vode ovplyvňujú nielen pokožku, ale cez kožu prenikajú do celého organizmu*“ (Bernátová, 2004, s. 20).

Smrdáky sú prírodné liečebné kúpele, ktorých pramene sú známe jedinečným zložením prírodnej minerálnej vody s obsahom sírovodíka. Zameriavajú sa na liečbu psoriázy a iných kožných ochorení. Sírovodík zlepšuje prekrvenie kože, pôsobí proti svrbeniu, nadmernej tvorbe kožných šupiniek a má protizápalový účinok. Kontraindikácie: napr. epilepsia a bronchiálna astma. Počas kúpeľa preniká sírovodík aj do vnútorných orgánov.

Faktory ovplyvňujúce jeho prienik do organizmu cez kožu:

1. Čím je vyššia koncentrácia sírovodíka, tým jeho resorpcia stúpa.
2. Čas trvania kúpeľa - 15-20 minút.

3. Teplota kúpeľa - optimum 37-38 °C.
4. PH kúpeľa a kože - ak sú kyslé hodnoty pH, sírovodík do kože lepšie preniká.
5. Stav a vlastnosti kožného povrchu (Bernátová, 2004).

„Ďalšou procedúrou sú čiastkové kúpele v minerálnej vode na dolné a horné končatiny a na vlasovú časť hlavy, kde môže byť koncentrácia sírovodíka kvôli hrubšej epiderme, resp. premasteniu kože zvýšená...” (Bernátová, 2004, s. 21).

Doplnková liečba

K alternatívnym a doplnkovým postupom liečby zaraďujeme fytofarmaká, akupunktúru, homeopatiká, karboxyterapiu, psychoterapiu a pomoc psychológa (Macháčková, 2009).

Dietoterapia

Obmedzenie vysoko kalorickej stravy a alkoholu (Krištofová, 2008). Odporúča sa strava bohatá na surové jedlá, zeleninu, vlákninu, chudobná na cukry, mäso, rafinované uhľohydráty a saturované tuky. Dôležité je odstránenie alergií z jedla (Psoriáza – súhrn, 2009).

Ichtyoterapia

Tento názov pochádza z gréckeho pomenovania pre rybu –Ichthys. Garra rufa sa zaraďuje do čeľade kaprovitých rýb žijúcich hlavne v Turecku (Ošetrovanie psoriázy, 2009).

Veterinár Milan Rafflesberg v roku 2007 na Slovensko priviezol rybičky a v Dubovanoch pri Piešťanoch zriadil sanatórium Dr. Ryba (Lekár s plutvami, 2008).

Rybky sa zhŕknu k postihnutému miestu na tele a vyhryzú ho jemným štipkaním. Pri svojej práci z tela vylučujú významný enzým ditranol, ktorý má za následok regeneráciu kože. Táto liečebná procedúra sa odporúča po dobu 22 dní a to 2-krát denne počas 45 minút. Pacient nesmie užívať žiadne lieky, mastičky, iné medikamenty a nesmie trpieť infekčnými chorobami pred procedúrou. Súčasťou liečby je tiež pitná procedúra a mierna diéta (Heler, 2007).

3 ÚLOHA SESTRY PRI STAROSTLIVOSTI O PACIENTA SO PSORIÁZOU

Profesia sestry, ktorá zahrňuje určitý systém rolí, rolového správania je predpokladaná spoločenským statusom povolania. Roly sestry sú historicky podmienené a stanovené objektívnymi danosťami spoločnosti (Farkašová, Závodná, 2005). „...*Rolu sestry charakterizujú najmä tieto znaky:*

- *sestra pri svojej práci vychádza z potrieb chorého a pochopenia jeho problémov,*
- *má schopnosť zabezpečiť chorému pocit istoty,*
- *je emocionálne neutrálna, t.j. je schopná svoju emocionalitu vždy podriadiť racionálnej kontrole” (Farkašová, Závodná, 2005, s. 188).*

3.1 Roly sestry

V súčasnosti plní sestra najčastejšie tieto roly:

1. **Sestra – poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti** : jedná sa o rolu vzťahov, ktoré sa vytvárajú na zabezpečovanie ošetrovateľskej starostlivosti.
2. **Sestra - manažérka** : pôsobí na rôznych úrovniach v riadení i organizácii. Priamo u jednotlivcov a skupín plní úlohy manažérky ošetrovateľskej starostlivosti manažerovaním ošetrovateľského procesu.
3. **Sestra – edukátorka** : táto rola sestry je mnohostranne zameraná na utváranie a formovanie správania a konania jedinca i skupiny v záujme obnovy zdravia a zachovania podpory.
4. **Sestra - advokátka** : obhajuje pacienta, vysvetľuje a reprezentuje jeho práva, predkladá a tlmočí jeho názory i požiadavky, ako aj obhajuje jeho záujmy.
5. **Sestra - nositeľka zmien** : aby sa ošetrovateľstvo mohlo rozvíjať, sestra sa musí s rolou nositeľky zmien stotožniť. Na základe toho by sestry mali byť hnacími silami zmien v ošetrovateľstve.
6. **Sestra – výskumníčka** : táto rola predpokladá primerané vzdelanie i možnosti a samozrejme aj potenciál v oblasti ošetrovateľstva pre výskumnú činnosť.
7. **Sestra – mentorka** : nad študentmi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie je zodpovedná za klinický dohľad (Farkašová, Závodná, 2005).

3.2 Psychosomatické problémy pacientov

Kožné ochorenie predstavuje veľký zdravotný a aj spoločenský problém. Pre človeka je bezchybná koža dôležitá nielen z ochranného, termoregulačného, imunologického a zmyslového hľadiska, ale rovnako má dôležitú sebarealizačnú, estetickú i komunikačnú funkciu. Nezabudnuteľné miesto zohráva i v sexualite človeka. K zdraviu a chorobe existujú dva hlavné prístupy:

1. **biomedicínsky**- zameriava sa na fyzikálne, chemické a biologické základy, ale i prejavy zdravia a chorôb
2. **mnohofaktorový, t. j. bio – psycho – sociálny** - zameriavajúci sa pri vzniku, rozvoji, liečbe a prevencii chorôb na interakciu činiteľov biologickej, psychologickéj a sociálnej povahy (Blahová, 2003).

„Nikdy neochorie len duša alebo telo človeka, vždy ochorie človek ako bio – psycho - sociálna jednotka, aj keď sa pritom dostávajú do popredia jednotlivé aspekty“ (Blahová, 2003, s.17). Dôležité je, aby bolo komplexné nazeranie na ochorenie človeka a aby bol pacient braný pri liečbe so zreteľom na všetky jeho súvislosti (Blahová, 2003).

„Psychosomatickými ochoreniami možno nazvať:

- *psychosomatické klinické obrazy, ktorých organické alebo funkčné zmeny sú vo svojom vzniku a terapii ovplyvňované pacientovou psychikou,*
- *pri širšom chápaní sa sem zaraďujú aj telesné ťažkosti bez organického substrátu,*
- *dôležité sú i duševné spracovávanía ochorenia a ich terapia”* (Blahová, 2003, s. 17).

3.3 Psychosociálne problémy pacientov

Individuálnu odozvu psoriázy na patologický proces nachádzame v celej šírke postihnutia jedinca. Ošetrovateľstvo to akceptuje takým spôsobom, že človeka vníma ako jedinečnú individualitu, v holistickom poňatí. V psychike pacientov s týmto ochorením sa odrážajú patofyziologické procesy psoriázy. Pacienti sú obmedzovaní v mimopracovných aktivitách, ako je voľba účesu, výber vhodného oblečenia, športové aktivity a iné. Keďže chorobné prejavy kože sú viditeľné, neestetické až odpudzujúce, pacienti sú na akýkoľvek prejav odporu veľmi citliví (Tereková, 2007). *„...znižuje sa miera sebahodnotenia, vzniká komplex menejcennosti, môže dôjsť k sociálnej izolácii. Redukujú spoločenské kontakty z dôvodu ľudského opovrhovania, zvedavosti a neopodstatnených obáv sociálneho mikro a mezoprostredia. Obmedzenia pociťujú aj v sexuálnej interakcii. Zo strachu z genetickej*

záťaže sa vyhýbajú založeniu rodiny a splodeniu potomstva. ...životný partner sa nevie zmieriť s chorobou a vzťahom toho druhého ...“ (Tereková, 2007, s. 73).

Psoriáza býva častou príčinou práceneschopnosti, priebeh choroby si môže dokonca vyžiadať zmenu zamestnania, užívanie antihistaminík môže mať za následok obmedzenie schopnosti výkonu profesie. Medzi ďalšie psychické fenomény sa zaraďujú (Tereková, 2007). „... *nutnosť rešpektovať stereotypy (starostlivosť o kožu), pravidelné návštevy odbornej ambulancie, frustrovanosť, znalosť nežiaducich účinkov per. os užívaných liekov, zvýšená introspekcia, porovnávanie sa s ostatnými, pasivita vo vzťahu k vytyčovaniu životných cieľov a plánov, spánkové poruchy, vyhľadávanie alternatívnych zdrojov pomoci,...*“ (Tereková, 2007, s. 73).

3.4 Vybrané ošetrovateľské diagnózy

Holisticky ponímaná problematika u pacienta so psoriázou podmieňuje v diagnostickom procese zameranie sa nielen na fyzické, ale tiež i na psychické a sociálne súvislosti a dôsledky ochorenia. V dôsledku toho si nevystačíme s ošetrovateľskými diagnózami, ktoré sú zamerané iba na zmeny na koži. Medzi ošetrovateľské diagnózy NANDA, ktoré sú vhodné pre ošetrovateľský proces u pacientov so psoriázou sa zaraďujú:

Narušená integrita kože

Sestra sa zameriava na objektívne prejavy psoriázy ako je charakter, lokalizácia, veľkosť ložísk, ich šírenie, tendencia k splyvaniu a ich spôsob vyhojenia. Medzi typickú lokalizáciu sa zaraďujú lakte, kolená, krížová oblasť a vlasová časť hlavy.

Pruritus

Ložiská, ktoré sa nachádzajú v oblasti kapilícia a v intertriginózných priestoroch sú spojené zvyčajne so svrbením. Svrbenie sprevádza náhly vznik nových ložísk, t. j. erupčné fázy. Škrabaniu v dôsledku pruritu sa dá zabrániť vhodným ošetrovaním kože a nechtov, zvolením vhodného oblečenia, ako aj vysadením iritujúcej lokálnej liečby. Redukujeme tak mechanické dráždenie kože.

Znížená tolerancia aktivity následkom psoriatickej artritídy

Rozlišujeme :

- a) periférnu formu postihnutia kĺbov-** prítomné sú bolesti, môžu sa vyskytovať aj opuchy s následným začervenaním posledných článkových zhyboch prstov rúk, tzv. párkový prst a neskoršími deformáciami. Veľmi časté je aj postihnutie nechtov, mnohokrát aj viac rokov trvajúce kĺbové ťažkosti a kožné prejavy.

b) centrálna forma postihnutia kĺbov, ktorá sa prejavuje zmenami na chrbtici a to sakroilitída a špecifických kostných výrastkov. Dôležité je, aby sestra identifikovala subjektívne pocity bolesti, ktoré sú spojené s pohybom, ale aj objektívne pozorovateľné obmedzenia pohybu a aktivity pacienta. U liečených pacientov sa zameriava na údaj, ktorý poukazuje na spotrebu analgetík resp. nesteroidných antiflogistík (Čapčíková et al., 2002).

Porucha sebakoncepcie

„... *Sebakoncepcia ako kognitívna zložka systému ega vyjadruje, ako vnímame seba... Sebakoncepciu človeka možno rozdeliť do štyroch vzájomne prepojených zložiek: obraz tela, výkon rolí, osobná identita a sebaúcta*“ (Čapčíková et al., 2002, s. 42). Ak posudzujeme pacienta so psoriázou, tak zistenú, či identifikovanú poruchu sebakoncepcie môžeme vyjadriť nasledovnými ošetrovateľskými diagnózami:

- **narušený obraz tela,**
- **zmeny v plnení rolí,**
- **narušená osobná identita a sebaúcta.**

Predstavy o vlastnom tele , jeho kráse, príťažlivosti, či vitalite zahŕňa **obraz tela** (Čapčíková et al., 2002). „*Narušený obraz tela u pacientov so psoriázou sa prejavuje odmietaním pohľadu na svoje telo, odmietaním dotyku tela, zakrývaním alebo naopak, vystavovaním určitej časti tela, zmenami v sociálnych interakciách, strachom z odmietnutia alebo reakcie iných, neustálym zaoberaním sa kožnými zmenami a predchádzajúcim výzorom, pocitmi bezmocnosti a bezradnosti*“ (Čapčíková et al., 2002, s. 42).

Každému človeku spoločnosť vzhľadom na vek, pohlavie, zamestnanie... prisudzuje určité **sociálne role**. Role sa stávajú súčasťou jeho osobnosti (Čapčíková et al., 2002). „*Zmeny v plnení rolí sa u pacientov so psoriázou prejavujú zmenami vnímania rolí, konfliktom rolí, zmenami vo vnímaní rolí iných a v zníženej schopnosti vrátiť sa k plneniu roly*“ (Čapčíková, et al, 2002, s. 42).

Narušená osobná identita a sebaúcta sa u pacientov so psoriázou (Čapčíková et al., 2002) „*prejavuje pocitmi hanby, neschopnosti zvládať situácie, verbálnym negovaním seba samého, neschopnosťou klásť si ciele, nerozhodnosťou, úzkosťou, strachom, neadekvátnym riešením problémov, nadmernou citlivosťou na kritiku, ako aj zmenami v nonverbálnej komunikácii (postoj, chôdza, očný kontakt...)*“ (Čapčíková et al., 2002, s. 42). Jednou zo základných povinností sestry je pomoc pri vytváraní pozitívneho pohľadu na seba samého a pri identifikácii osôb s negatívnou sebakoncepciou alebo nízkou sebaúctou. Pri narušenej sebakoncepcii pacienta so psoriázou je potrebné ošetrovateľské intervencie uskutočňovať medzi sestrou a pacientom v prostredí dôvery. Dôležité je, aby sestra viedla pacienta

k vyjadrovaniu svojich pocitov a názorov na seba samého, k aktívnemu záujmu o ochorenie a liečbu. Nesprávne názory, ktoré pacient má na seba samého sestra objasňuje, podáva informácie o chorobe a jej liečbe, vyhýba sa kritike, snaží sa viesť pacienta ku kontaktu s vlastnou kožou, podporuje sociálne interakcie, pomáha pacientovi prijať odbornú pomoc, do plánu manažmentu zapája aj rodinu, zabezpečí rozhovor s inými osobami, trpiacimi rovnakým ochorením a tiež ho kontaktuje s členmi klubu psoriatikov a atopikov.

Úzkosť sa zaraďuje medzi paralyzujúce pocity (Čapčíková et al., 2002). „*Pri psoriáze môže pacient trpieť úzkosťou buď pri úzkostnom prežívaní svojho ochorenia alebo v súvislosti s pridruženou depresívnou poruchou, tiež pri nevhodných a nesprávnych interakciách. Všetky tieto situácie môžu vyprovokovať aj anticipačnú úzkosť. Prejavy psoriázy pacient vidí, či cíti denno-denne*” (Čapčíková et al., 2002, s. 42). Jednou z úloh sestier v ošetrovateľskom procese je učiť pacienta primeranému sebaopozorovaniu, ale nemalo by sa z toho stať zúskostňujúce sebaaprenasledovanie. Najväčšiu úzkosť zo sociálnych situácií vyvoláva návšteva u lekára, skúšanie šiat, spoločné prezliekanie, rekreačné pobyty a aktivity... Môžu ju tiež zvyšovať nepevné a neisté vzťahy a to rodinné, osobné, intímne, znevažovanie, ponižovanie...Dôležité je, aby sa pacient neoddal prežívaniu výsmechu, znechuteniu, odporu, začudovaniu, odstupu svojich blízkych, čo by len zvyšovalo aktuálnu a anticipačnú úzkosť. U pacienta by sme mali zvyšovať aktívnu účasť pri objasňovaní charakteru ochorenia, jeho príčin, prejavov a tiež i následkov a tým edukovať verejnosť o vlastnom utrpení. Ak sestra spozoruje v kontakte s pacientom tendenciu k úzkostnému prežívaniu ochorenia, musí pamätať na potencionálnu instabilitu, eventuálne narušenú funkciu rodiny, poruchy v sexuálnom živote pacienta, či frustráciu v sebarealizačnej a profesijnej oblasti. Pre sestru je veľmi dôležité zistiť úzkostné prežívanie chorého.

Pacient môže trpieť i ďalšími diagnózami: **narušenou adaptabilitou, beznádejou, narušeným chodom domácnosti, narušením rodinných vzťahov, sociálnou izoláciou** pri zhoršených sociálnych interakciách, potencionálnym či realizovaným **sebapoškodením a osamelosťou** (Čapčíková et al., 2002).

3.5 Starostlivosť o miesta postihnuté psoriázou

Psoriáza sa môže vyskytovať na rôznych častiach kože. Práve v závislosti od miesta výskytu ochorenia sú i prejavy iné (Miesta výskytu psoriázy, 2009).

Starostlivosť o tvár

Dôležité je vystavenie kože svetlu a vzduchu. Ženy by mali používanie make-up obmedziť na minimum, aby koža mohla voľne dýchať. Pri starostlivosti o pleť sa odporúča používať jemné a nedráždivé produkty. Pleť sa snažíme osušiť ľahkými dotykmi, nie trením a následne aplikujeme krém na hydratáciu. U mužov sa odporúča používať pri holení elektrický strojček namiesto žiletky, pretože pôsobí šetrnejšie na kožu. Cigaretový dym, či chemické výpary môžu zhoršiť prebiehajúci zápal. Koža je citlivejšia na zmeny počasia, teplotné výkyvy a ťažšie sa prispôsobuje. V zimných a jesenných mesiacoch vietor a dážď vysušujú kožu a preto je dôležité pred odchodom z domu na tvár naniest' ochranný krém, vziať čiapku a šál. Na jar a v lete by sa mal chorý chrániť pred priamym slnečným žiarením, aby nedošlo k spáleniu kože. Na ochranu pred silnými slnečnými lúčmi používajte vhodný ochranný prípravok s dostatočným faktorom ochrany (Starostlivosť o tvár, 2009).

Starostlivosť o vlasmi pokrytú časť hlavy (kapilícium)

Dôležité je vlasy jemne umývať a sušiť, pričom chorý by si nemal postihnutú oblasť škriabať. Tým zároveň predchádza poraneniu ložísk. Koža za ušami a na oboch stranách ušných lalôčikov si vyžaduje dôkladné osušenie. Fén by sa nemal nastavovať na najvyšší výkon a udržiavaná vzdialenosť je 30 cm od hlavy. Ženy by sa mali vyhnúť používaniu natáčiek a kuliem v dôsledku ťahania vlasov a vysušovania kapilícia. Pri česaní by mali používať kefu s prírodnými štetinkami. Kapilícium a oblasť uší by mala byť dostatočne vystavovaná svetlu a vzduchu. Pre ložiská vyskytujúce sa v kapilícii sa odporúča krátky strih vlasov.

Počas prebiehajúceho zápalu v kapilícii sa neodporúča robiť trvalú, či farbiť vlasy (Starostlivosť o vlasmi pokrytú časť hlavy, 2009).

Starostlivosť o ruky

V oblasti dlaní je lepšie vyhýbať sa pohybom, ktoré by spôsobovali trenie. Nevyhnutné je obmedziť nadmerné ohýbanie prstových kĺbov, pretože dochádza k naťahovaniu kože, ktorá je už aj tak dost' oslabená. Zápal sa môže rozšíriť pod necht. Pri umývaní rúk, končeky prstov sa musia osušiť papierovou vreckovkou, aby sa vlhkosť nenasala a nedostala pod necht. Pri namáčaní rúk do vody a pri manipulácii s nečistotami by sa mali nosiť rukavice, aby sa chránila koža. Chorí by sa mali vyvarovať používaniu silných mydiel, ktoré majú za následok odstránenie prirodzených tukových ložísk nachádzajúcich sa na koži. (Starostlivosť o ruky, 2009).

Starostlivosť o nechty

„Lepšie je používať klieštiky, než nožnice. Chránite pred poškodením nechtové lôžko a kožtičku. Opatrne strihajte rohy na voľnom okraji nechtu, zvlášť na prstoch nôh. Ostré okraje nechtov sa môžu zapichnúť do kože, čo spôsobí zápal. Udržujte nechty krátke. Dlhé nechty sú náchylnejšie na vznik infekcie” (Starostlivosť o ruky, 2009). V rámci starostlivosti o nechty sa môžu používať prípravky s obsahom urey (zjemňujú zhrubnuté nechty), laky (vyhladzujú nechty), kortikoidné lótiá a gély, roztok cyklosporínu, masť s fluorouracilom alebo antralín (Terapeutické postupy pre psoriázu nechtov, 2009).

Starostlivosť o nohy

Pri vzplanutí sa odporúča namáčať nohy 3-krát denne po 10 min. v slanej vode. Nohy sa musia poriadne osušiť, pričom mimoriadna pozornosť sa venuje medzi prstovým priestorom. V letných mesiacoch sa odporúča kúpať nohy každý deň a následne v tenkej vrstve na ne aplikovať predpísaný krém. V zimných mesiacoch by sa mali nohy udržiavať v teple, hlavne ak majú chorí sklon k horšiemu prekrveniu a studeným nohám. Obuv by mala byť predovšetkým ľahká, pohodlná a nemala by tlačiť. Vplyvom stlačenia môže dôjsť k poškodeniu kože a prstov. Pri výbere obuvi sa prednosť dáva koži pred syntetickým materiálom. Tlak na kožu sa môže zmierniť zakúpením penových, či gélových vložiek do topánok. Vhodné sú ponožky a pančuchové nohavice vyrobené z prírodných vlákien (Starostlivosť o nohy, 2009).

Starostlivosť o kožné záhyby

Dôležité je nosiť voľné a pohodlné oblečenie. Bavlna je najlepším materiálom. Po umytí sa musia dostatočne vysušiť kožné záhyby (Starostlivosť o kožné záhyby, 2009).

Starostlivosť o genitálie

Keďže okolo análneho otvoru je koža náchylnejšia na vznik bakteriálnej infekcie, pomocou vreckovky je potrebné pred použitím každej toalety odstrániť zvyšky vlhkosti. Ak dôjde v priebehu ochorenia k vaginálnej infekcii, dôležité je vyhľadať lekára. Výtok, môže byť zapríčinený baktériami, o ktorých je dokázané, že spúšťajú psoriázu (Starostlivosť o kožné záhyby, 2009).

Výber vhodného oblečenia

Odporúča sa bavlnená, pohodlná spodná bielizeň a vyhýbanie sa priliehavým nohavičiam. Nie je vhodné nosiť na koži odev so syntetických materiálov v dôsledku potenia. Boxerky sú pre mužov lepšie ako slipy, pretože umožňujú cirkuláciu vzduchu. Pri dlhšom sedení je vhodné používať vankúš, ktorého obliečka je z prírodného materiálu - syntetické majú za následok potenie (Starostlivosť o kožné záhyby, 2009).

4 PRIESKUM ŽIVOTA PACIENTA SO PSORIÁZOU

K stanoveniu témy prieskumu nás motivovala skutočnosť zistiť, či majú pacienti dostatok informácií v súvislosti s ochorením, ako ochorenie vplyva na finančnú situáciu, aký vplyv má ochorenie na správanie chorého, či pacienti v dostatočnej miere vykonávajú starostlivosť o seba, ale tiež nás zaujímalo, aké najčastejšie ošetrovateľské diagnózy sa vyskytujú u chorých.

4.1 Ciele a otázky prieskumu

Predmetom bakalárskej práce bola problematika života pacientov so psoriázou. Ako uvádza Blahová (2003), kožné ochorenie predstavuje veľký zdravotný a tiež spoločenský problém. V dôsledku tejto skutočnosti sme si v priebehu tvorby prieskumného problému kládli viaceré problémové otázky: Aké zmeny v živote spôsobuje diagnostikovanie ochorenia? Majú pacienti dostatok vedomostí v súvislosti s ochorením? Ovplyvňuje choroba finančnú situáciu jedinca? Ako ochorenie vplyva na správanie sa chorého? Vykonávajú pacienti starostlivosť o seba samého v dostatočnej miere? Aké najčastejšie ošetrovateľské diagnózy sa vyskytujú u chorých?

Na základe preštudovania literatúry a prieskumov, ktoré sa v predmetnej problematike realizovali, sme si stanovili **hlavný cieľ** prieskumu: Zistiť zmeny v živote u pacientov v dôsledku diagnostikovania ochorenia.

Precizovaním a špecifikovaním hlavného cieľa sme dospeli k nasledovným **čiasťovým cieľom**:

C1: Zistiť úroveň vedomostí pacientov so psoriázou.

C2: Zistiť vplyv ochorenia na finančnú situáciu.

C3: Zistiť vplyv ochorenia na zmeny v správaní chorého.

C4: Zistiť úroveň starostlivosti o seba samého u pacientov trpiacich na psoriázu.

C5: Zistiť najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy u pacientov v dôsledku ochorenia.

Prieskumné otázky

O1 : Existuje rozdiel v životných zmenách medzi ženami a mužmi so psoriázou?

O2 : Ovplyvňuje súčasná elektronizácia úroveň vedomostí pacientov so psoriázou?

4.2 Metódy prieskumu

Výberový súbor

Základným kritériom výberového súboru boli pacienti s diagnostikovaným ochorením psoriázy vo veku 15 – 80 rokov. Išlo o náhodný výber $n = 40$ pacientov z Fakultnej nemocnici v Nitre a z blízkeho okolia.

Metódy

Štruktúrovaný rozhovor bol základnou výskumnou metódou, ktorou sme zisťovali zmeny v živote pacientov v dôsledku diagnostikovania ochorenia, úroveň vedomostí u pacientov so psoriázou, ako aj vplyv ochorenia na finančné výdavky a zmeny v správaní chorého. Štruktúrovaný rozhovor vlastnej konštrukcie obsahoval 23 uzatvorených otázok a 3 identifikačné. Doplnujúcou metódou bola **kazuistika** troch pacientov, ktorou sme zisťovali úroveň starostlivosti u pacientov, ako aj najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy a na základe vlastnoručne vytvoreného pozorovacieho hárku, ktorý obsahoval 9 pozorovaných položiek, sme pozorovali zmeny v správaní chorého.

Plán prieskumu

V januári 2010 sme požiadali námestníčku pre ošetrovateľstvo o možnosť vykonať prieskum vo Fakultnej nemocnici v Nitre a po získaní písomného súhlasu, sme začali realizovať štruktúrovaný rozhovor. Oslovili sme pacientov z FN v Nitre a pacientov z blízkeho okolia a požiadali sme ich o rozhovor. Tento prieskum sme uskutočnili v období: december 2009 - február 2010. Kazuistiku sme uskutočnili u troch respondentov formou troch stretnutí v období január a február 2010.

5 VÝSLEDKY

Na zber výskumných údajov sme použili štruktúrovaný rozhovor, pri ktorom sme oslovili 40 náhodne vybraných respondentov s lekárskou diagnózou - psoriáza. Štruktúrovaný rozhovor bol doplnený o 3 kazuistiky, ktoré nám umožnili hlbšie preniknutie do skúmanej problematiky u pacientov so psoriázou.

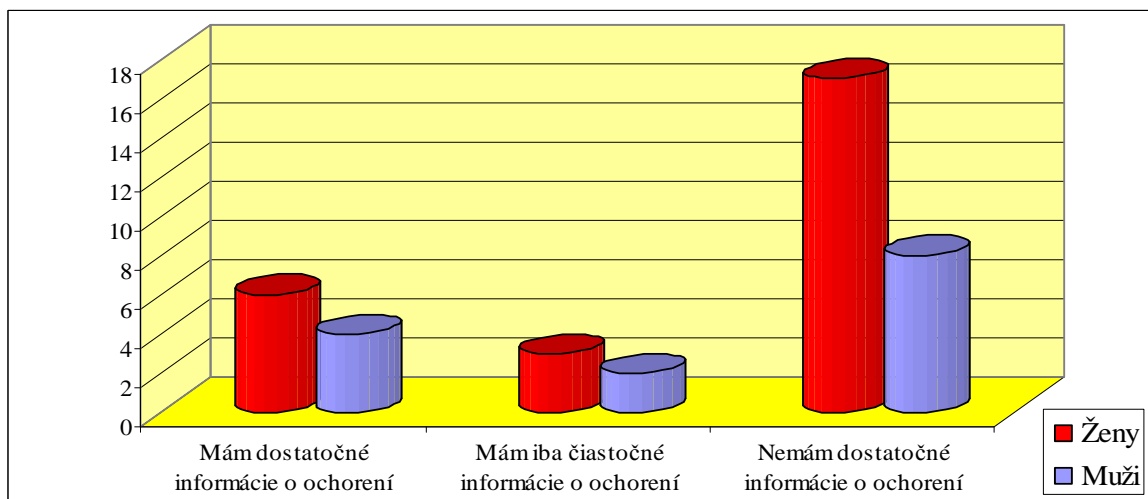
5.1 Analýza štruktúrovaného rozhovoru

Na základe odpovedí respondentov na otázky štruktúrovaného rozhovoru sme zistili nasledujúce výsledky. Odpovede respondentov sme spracovali. Výsledky uvádzame v podobe tabuliek a grafov.

Otázka č. 1 : Aký máte názor na informovanosť o svojom ochorení?

Tab. 1 Informácie o ochorení

Informácie o ochorení	Ženy	Muži	n	%
Mám dostatočné informácie o ochorení	6	4	10	25%
Mám iba čiastočné informácie o ochorení	3	2	5	13%
Nemám dostatočné informácie o ochorení	17	8	25	63%
Spolu	26	14	40	100%



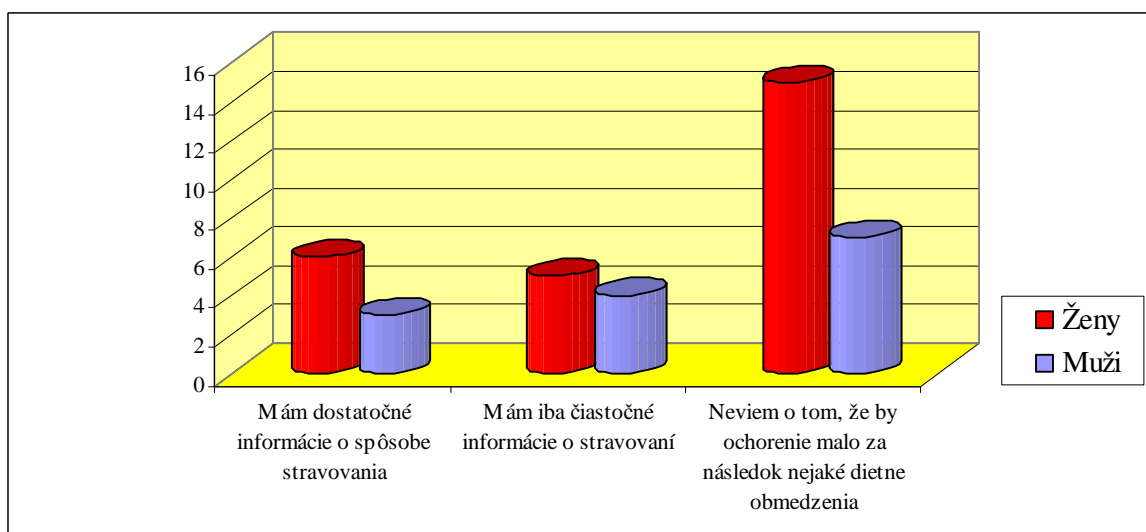
Graf 1 Informácie o ochorení.

Je zarážajúce, že z celej výskumnej vzorky až $n = 17$ (42,5%) žien a $n = 8$ (20%) mužov uvádza, že má nedostatočné vedomosti o ochorení, len $n = 6$ (15%) žien a $n = 4$ (10%) muži mali dostatočné informácie o ochorení, $n = 3$ (7,5%) ženy a $n = 2$ (5%) muži mali iba čiastočné informácie, čo sa nám zdá ako veľmi nízke číslo.

Otázka č. 2 : Ako ste informovaný o spôsobe stravovania v súvislosti s ochorením?

Tab. 2 Spôsob stravovania

Spôsob stravovania	Ženy	Muži	n	%
Mám dostatočné informácie o spôsobe stravovania	6	3	9	23%
Mám iba čiastočné informácie o stravovaní	5	4	9	23%
Neviem o tom, že by ochorenie malo za následok nejaké diétne obmedzenia	15	7	22	55%
Spolu	26	14	40	100%



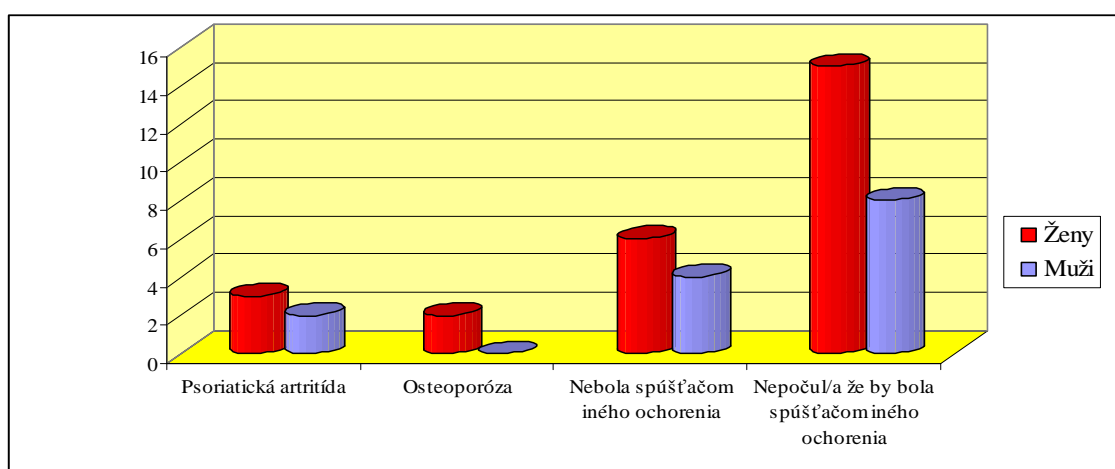
Graf 2 Spôsob stravovania

Z celej prieskumnej vzorky len $n = 6$ (15%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži boli dostatočne informovaný, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 4$ (10%) muži majú iba čiastočné informácie a až $n = 15$ (37,5%) žien a $n = 7$ (17,5%) mužov nevedia o tom, že by ochorenie malo za následok nejaké diétne obmedzenia.

Otázka č. 3 : Bola psoriáza spúšťáčom iného ochorenia?

Tab. 3 Psoriáza ako spúšťáč ochorení

Psoriáza, ako spúšťáč ochorení		Ženy	Muži	n	%
Áno	Psoriatická artritída	3	2	5	12,5%
	Osteoporóza	2	0	2	5,0%
Nebola spúšťáčom iného ochorenia		6	4	10	25,0%
Nepočul/a, že by bola spúšťáčom iného ochorenia		15	8	23	57,5%
Spolu		26	14	40	100%



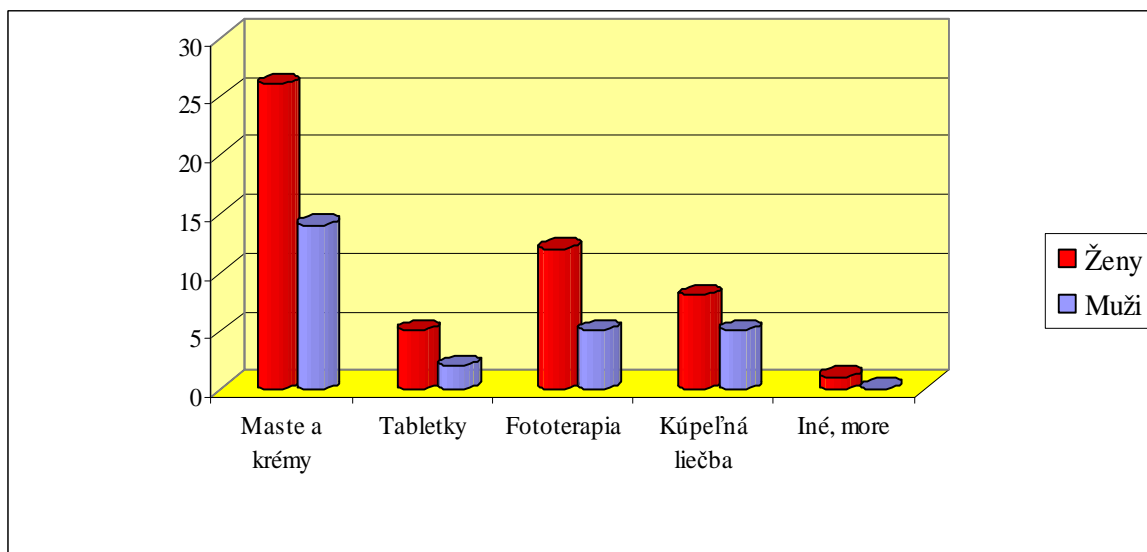
Graf 3 Psoriáza, ako spúšťáč ochorení

Je prekvapujúce, že z prieskumnej vzorky len $n = 5$ (12,5%) žien a 2 (5%) muži uviedli psoriázu ako spúšťáč iného ochorenia, z toho $n = 3$ (7,5%) ženy a $n = 2$ (5%) muži psoriatickú artritídu, $n = 2$ (5%) ženy uviedli osteoporózu, pričom $n = 0$ (0%) mužov túto možnosť neuviedlo, $n = 6$ (15%) žien a $n = 4$ (10%) muži uviedli, že psoriáza nebola spúšťáčom iného ochorenia a až $n = 15$ (37,5%) žien a $n = 8$ (20%) mužov uviedlo, že nepočuli, že by psoriáza bola spúšťáčom iného ochorenia.

Otázka č. 4 : Aká bola Vaša doterajšia liečba v súvislosti so psoriázou?

Tab. 4 Doterajšia liečba

Doterajšia liečba	Ženy	Muži	n	%
Maste a krémy	26	14	40	51%
Tabletky	5	2	7	9%
Fototerapia	12	5	17	22%
Kúpeľná liečba	8	5	13	17%
Iné, more	1	0	1	1%



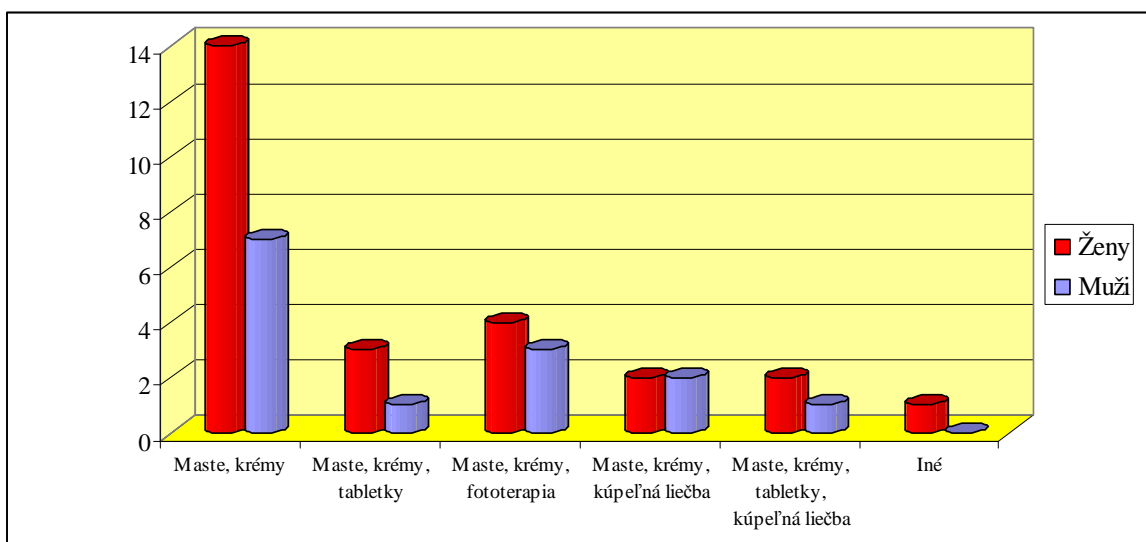
Graf 4 Doterajšia liečba

Z celej prieskumnej vzorky $n = 26$ žien (33,3%) a $n = 14$ (17,9%) mužov uviedlo v rámci doterajšej liečby aplikáciu masť a krémov, pričom zároveň využívali aj iné spôsoby liečby a to $n = 5$ (6,4%) žien a $n = 2$ (2,6%) muži uviedli liečbu tabletkami, $n = 12$ (15,4%) žien a $n = 5$ (6,4%) mužov uviedlo liečbu fototerapiou, $n = 8$ (10,3%) žien a $n = 5$ (6,4%) mužov uviedlo kúpeľnú liečbu a dokonca $n = 1$ (1,3%) žena uviedla pobyt pri mory.

Otázka č. 5 : Ako sa liečite v súčasnosti?

Tab. 5 Liečba v súčasnosti

Liečba v súčasnosti	Ženy	Muži	n	%
Maste, krémy	14	7	21	53%
Maste, krémy, tabletky	3	1	4	10%
Maste, krémy, fototerapia	4	3	7	18%
Maste, krémy, kúpeľná liečba	2	2	4	10%
Maste, krémy, tabletky, kúpeľná liečba	2	1	3	8%
Iné	1	0	1	3%
Spolu	26	14	40	100%



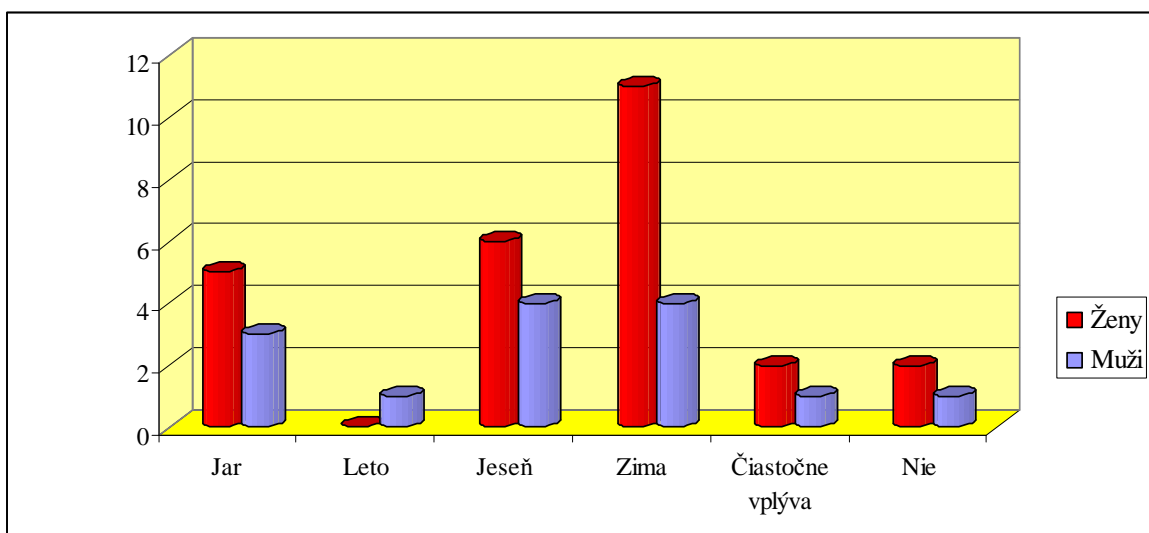
Graf 5 Liečba v súčasnosti

V rámci súčasnej liečby $n = 21$ (53%) respondentov uviedlo len aplikáciu masť a krémov. Okrem toho využívali aj iné spôsoby liečby, a to $n = 4$ (10%) užívali aj tabletky, $n = 7$ (18%) absolvovali aj fototerapiu, $n = 4$ (10%) využili aj kúpeľnú liečbu, $n = 3$ (8%) užívali tabletky a absolvovali i kúpeľnú liečbu a $n = 1$ (3%) žena je na biologickej liečbe.

Otázka č. 6 : Vnímate zhoršenie zdravotného stavu v súvislosti s ročným obdobím?

Tab. 6 Vplyvy ročných období

Vplyvy ročných období		Ženy	Muži	n	%
Áno	Jar	5	3	8	20%
	Leto	0	1	1	3%
	Jeseň	6	4	10	25%
	Zima	11	4	15	38%
Čiastočne vplýva		2	1	3	8%
Nie, ročné obdobie neovplyvňuje môj zdravotný stav		2	1	3	8%
Spolu		26	14	40	100%



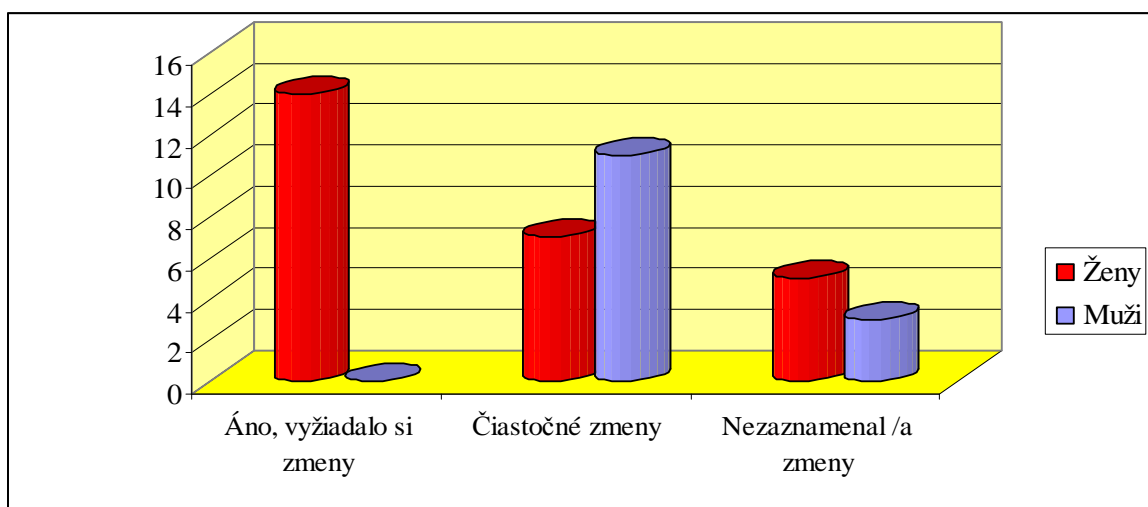
Graf 6 Vplyvy ročných období

Je prekvapujúce, že z celej prieskumnej vzorky $n = 22$ (55%) žien a $n = 12$ (30%) mužov uviedlo zhoršenie zdravotného stavu v ročnom období, a to $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži na jar, $n = 0$ (0%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž v lete, $n = 6$ (15%) žien a $n = 4$ (10%) muži na jeseň, $n = 11$ (27,5%) žien a $n = 4$ (10%) muži v zime a iba $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že ročné obdobie čiastočne vplýva na zdravotný stav, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že zhoršenie zdravotného stavu nesúvisí s ročným obdobím.

Otázka č. 7: Vyžiadalo si diagnostikovanie ochorenia zmeny v doterajšom živote?

Tab. 7 Zmeny v doterajšom živote

Zmeny v doterajšom živote	Ženy	Muži	n	%
Áno, vyžiadalo si zmeny	14	0	14	35%
Čiastočné zmeny	7	11	18	45%
Nezaznamenal/a zmeny	5	3	8	20%
Spolu	26	14	40	100%



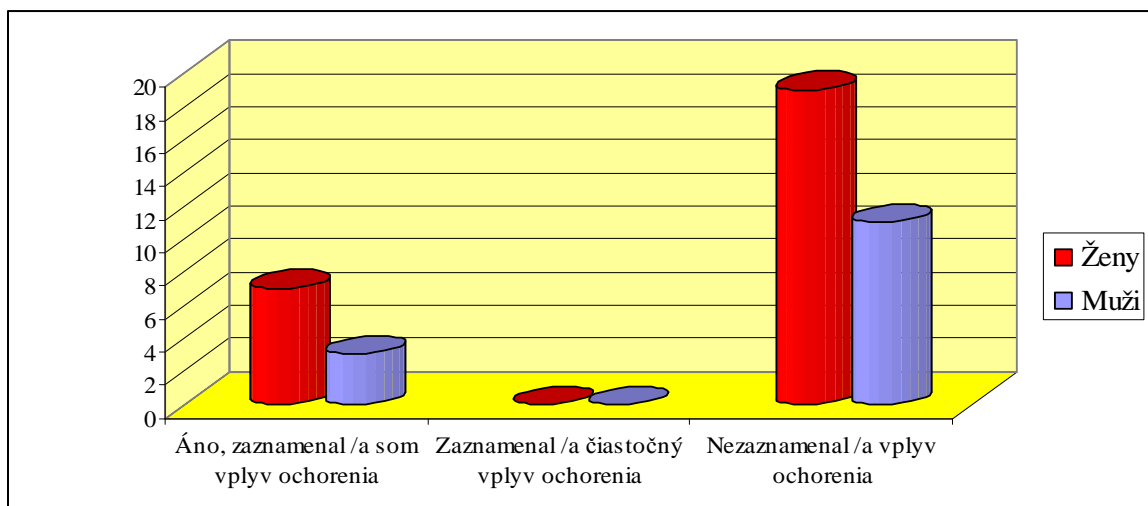
Graf 7 Zmeny v doterajšom živote

Je zaujímavé, že z celej prieskumnej vzorky $n = 14$ (35%) žien uviedlo, že ochorenie si vyžiadalo zmeny, pričom z mužov túto skutočnosť neuviedol ani jeden, $n = 7$ (17,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo, že ochorenie si vyžiadalo iba čiastočné zmeny, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži nezaznamenali zmeny v doterajšom živote.

Otázka č. 8 : Zaznamenali ste vplyv kožného ochorenia na starostlivosť o rodinu?

Tab. 8 Vplyv ochorenia na starostlivosť o rodinu

Vplyv ochorenia na starostlivosť o rodinu	Ženy	Muži	n	%
Áno, zaznamenal/a som vplyv ochorenia	7	3	10	25%
Zaznamenal/a čiastočný vplyv ochorenia	0	0	0	0%
Nezaznamenal/a vplyv ochorenia	19	11	30	75%
Spolu	26	14	40	100%



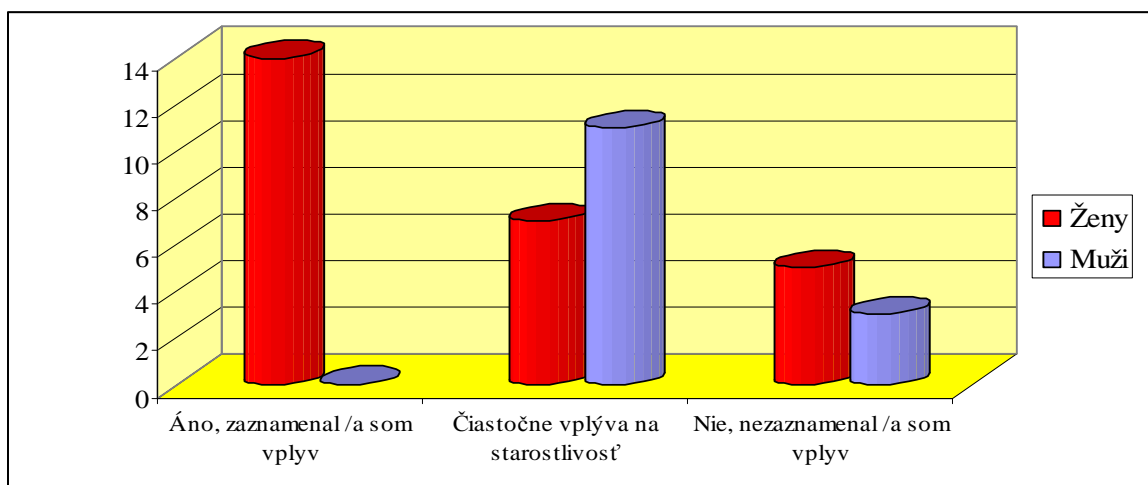
Graf 8 Vplyv ochorenia na starostlivosť o rodinu

Z celej prieskumnej vzorky len $n = 7$ (17,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži zaznamenali vplyv ochorenia, ani jeden respondent nezaznamenal čiastočný vplyv ochorenia a až $n = 19$ (47,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov nezaznamenalo vplyv ochorenia na starostlivosť o rodinu.

Otázka č. 9 : Zaznamenali ste vplyv kožného ochorenia na starostlivosť o seba samého?

Tab. 9 Vplyv ochorenia na starostlivosť o seba samého

Vplyv ochorenia na starostlivosť o seba samého	Ženy	Muži	n	%
Áno, zaznamenal/a som vplyv	14	0	14	35%
Čiastočne vplýva na starostlivosť	7	11	18	45%
Nie, nezaznamenal/a som vplyv	5	3	8	20%
Spolu	26	14	40	100%



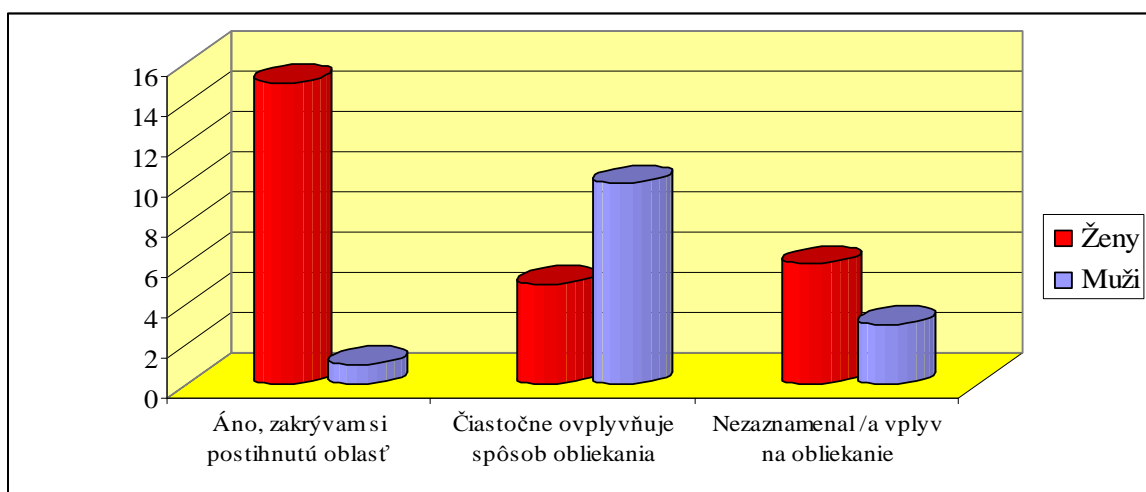
Graf 9 Vplyv ochorenia na starostlivosť o seba samého

Je prekvapujúce, že z celej prieskumnej vzorky $n = 14$ (35%) žien uviedlo, že zaznamenali vplyv ochorenia na starostlivosť, pričom muži neuviedli túto možnosť, $n = 7$ (17,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo iba čiastočný vplyv na starostlivosť, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži nezaznamenali vplyv starostlivosti o seba samého.

Otázka č. 10 : Má psoriáza vplyv na Vaše obliekanie?

Tab. 10 Vplyv ochorenia na obliekanie

Vplyv ochorenia na obliekanie	Ženy	Muži	n	%
Áno, zakrývam si postihnutú oblasť	15	1	16	40%
Čiastočne ovplyvňuje spôsob obliekania	5	10	15	38%
Nezaznamenal/a vplyv na obliekanie	6	3	9	23%
Spolu	26	14	40	100%



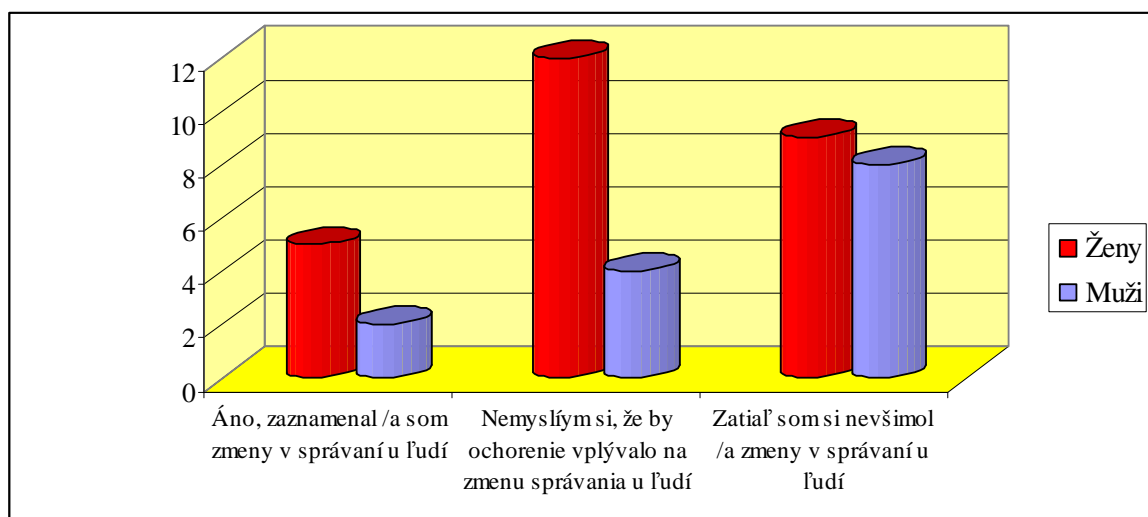
Graf 10 Vplyv ochorenia na obliekanie

Až $n = 15$ (37,5%) žien a iba $n = 1$ (2,5%) muž uviedli zakrývanie postihnutých oblastí, $n = 5$ (12,5%) žien a až $n = 10$ (25%) mužov uviedlo čiastočný vplyv na spôsob obliekania, $n = 6$ (15%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži uviedli, že nezaznamenali vplyv na obliekanie.

Otázka č. 11 : Zaznamenali ste zmeny v správaní vo Vašom okolí (kaderník/čka, kúpaliská...)?

Tab. 11 Zmeny správania vo Vašom okolí

Zmeny správania vo Vašom okolí	Ženy	Muži	n	%
Áno, zaznamenal/a som zmeny v správaní u ľudí	5	2	7	18%
Nemyslím si, že by ochorenie vplývalo na zmenu správania u ľudí	12	4	16	40%
Zatiaľ som si nevšimol/a zmeny v správaní u ľudí	9	8	17	43%
Spolu	26	14	40	100%



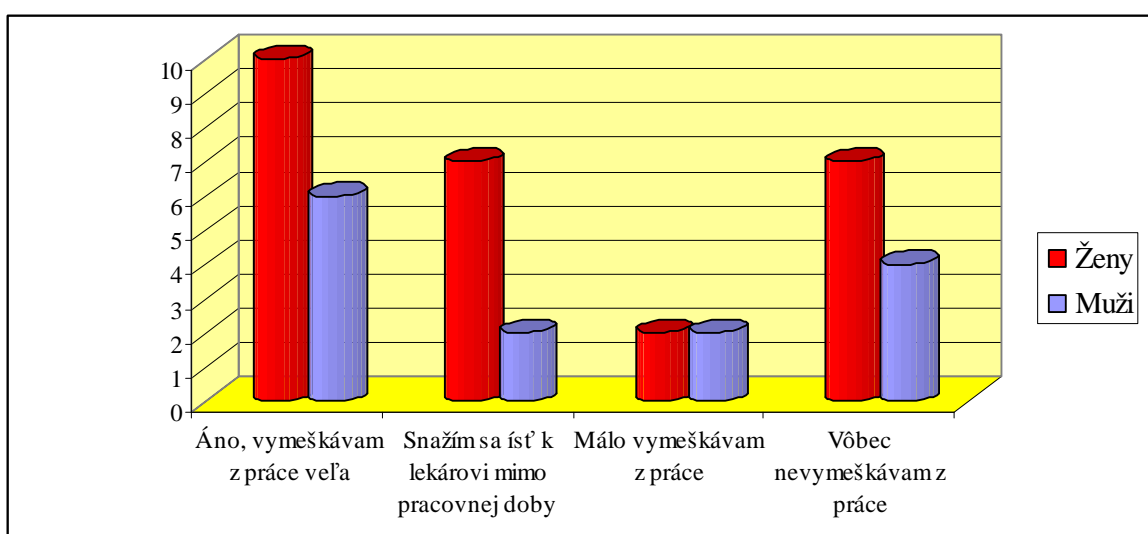
Graf 11 Zmeny správania vo Vašom okolí

Z respondentov iba n = 5 (12,5%) žien a n = 2 (5%) muži uviedli zaznamenanie zmeny, n = 12 (30%) žien a n = 4 (10%) muži si nemyslia, že by ochorenie vplývalo na zmenu, n = 9 (22,5%) žien a n = 8 (20%) mužov si zatiaľ nevšimlo zmeny v správaní u ľudí.

Otázka č. 12 : Je Vaše ochorenie často príčinou práceneschopnosti?

Tab. 12 Ochorenie ako príčina práceneschopnosti / vymeškávania z vyučovania

Ochorenie, ako príčina práceneschopnosti / vymeškávania z vyučovania	Ženy	Muži	n	%
Áno, vymeškávam z práce veľa	10	6	16	40%
Snažím sa ísť k lekárovi mimo pracovnej doby	7	2	9	23%
Málo vymeškávam z práce	2	2	4	10%
Vôbec nevymeškávam z práce	7	4	11	28%
Spolu	26	14	40	100%



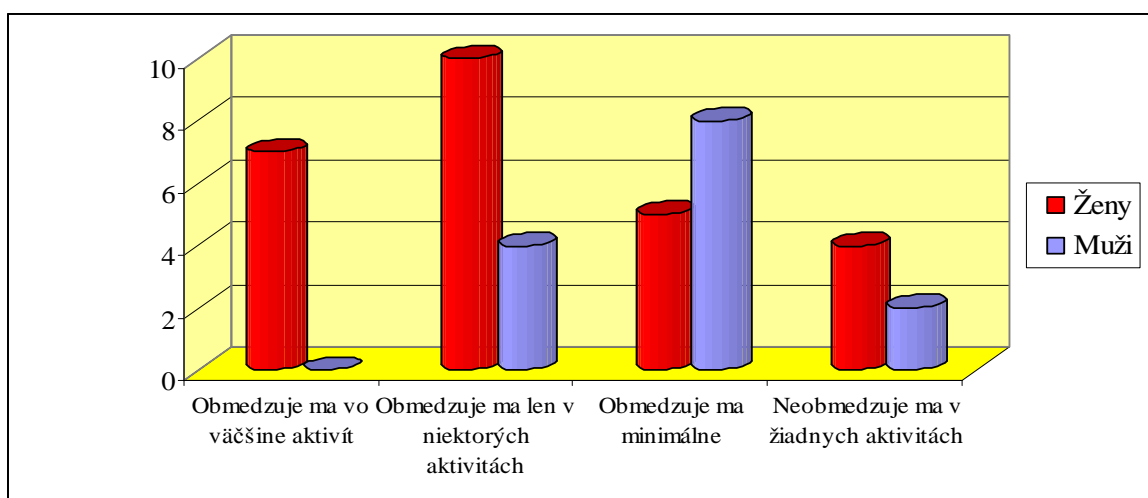
Graf 12 Ochorenie ako príčina práceneschopnosti / vymeškávania z vyučovania

Prekvapujúce je, že až $n = 9$ (22,5%) zamestnaných žien, $n = 1$ (2,5%) študentka a $n = 6$ (15%) zamestnaných mužov uviedlo ochorenie ako častú príčinu vymeškávania, $n = 7$ (17,5%) zamestnaných žien a $n = 2$ (5%) zamestnaní muži sa snažia návštevu lekára presunúť mimo pracovnej doby, $n = 2$ (5%) zamestnané ženy a $n = 2$ (5%) zamestnaní muži málo vymeškávajú z práce, $n = 3$ (7,5%) dôchodkyne, $n = 4$ (10%) nezamestnané ženy, $n = 1$ (2,5%) dôchodca a $n = 3$ (7,5%) nezamestnaní muži vôbec nevymeškávajú z práce.

Otázka č. 13 : Nakoľko narušilo Vaše ochorenie vykonávanie každodenných aktivít?

Tab. 13 Ochorenie a každodenné aktivity

Ochorenie a každodenné aktivity	Ženy	Muži	n	%
Obmedzuje ma vo väčšine aktivít	7	0	7	18%
Obmedzuje ma len v niektorých aktivitách	10	4	14	35%
Obmedzuje ma minimálne	5	8	13	33%
Neobmedzuje ma v žiadnych aktivitách	4	2	6	15%
Spolu	26	14	40	100%



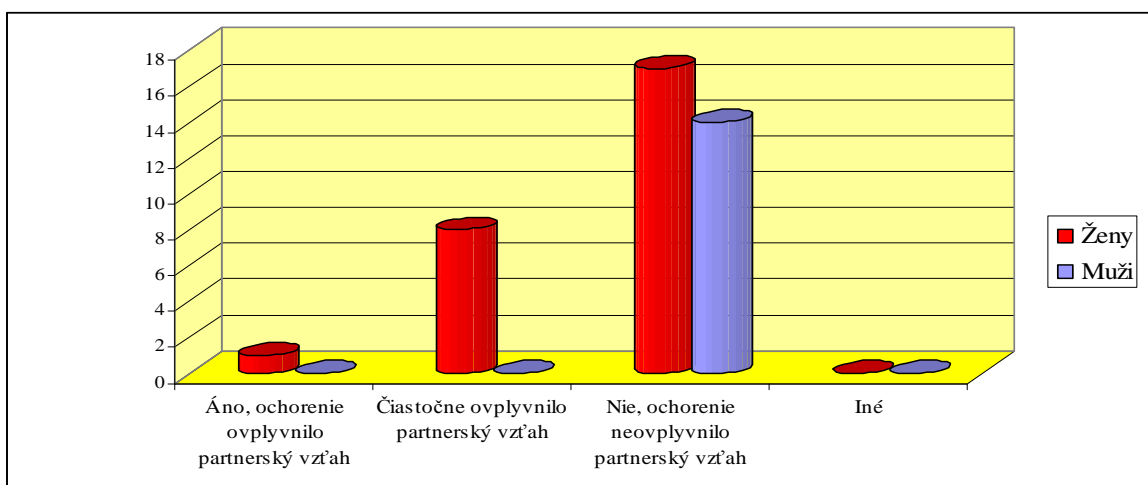
Graf 13 Ochorenie a každodenné aktivity

Z celej prieskumnej vzorky $n = 7$ (17,5%) žien uviedlo obmedzenie vo väčšine aktivít a $n = 0$ (0%) mužov neuviedlo obmedzenie vo väčšine aktivít, až $n = 10$ (25%) žien a $n = 4$ (10%) muži uviedli obmedzenie len v niektorých aktivitách, $n = 5$ (12,5%) žien a až $n = 8$ (20%) mužov uviedlo obmedzenie len minimálne; $n = 4$ (10%) ženy a $n = 2$ (5%) muži uviedli, že ochorenie ich neobmedzuje v žiadnych aktivitách.

Otázka č. 14 : Ovplyvnilo ochorenie Váš partnerský vzťah?

Tab. 14 Partnerský vzťah

Partnerský vzťah	Ženy	Muži	n	%
Áno, ochorenie ovplyvnilo partnerský vzťah	1	0	1	3%
Čiastočne ovplyvnilo partnerský vzťah	8	0	8	20%
Nie, ochorenie neovplyvnilo partnerský vzťah	17	14	31	78%
Iné	0	0	0	0%
Spolu	26	14	40	100%



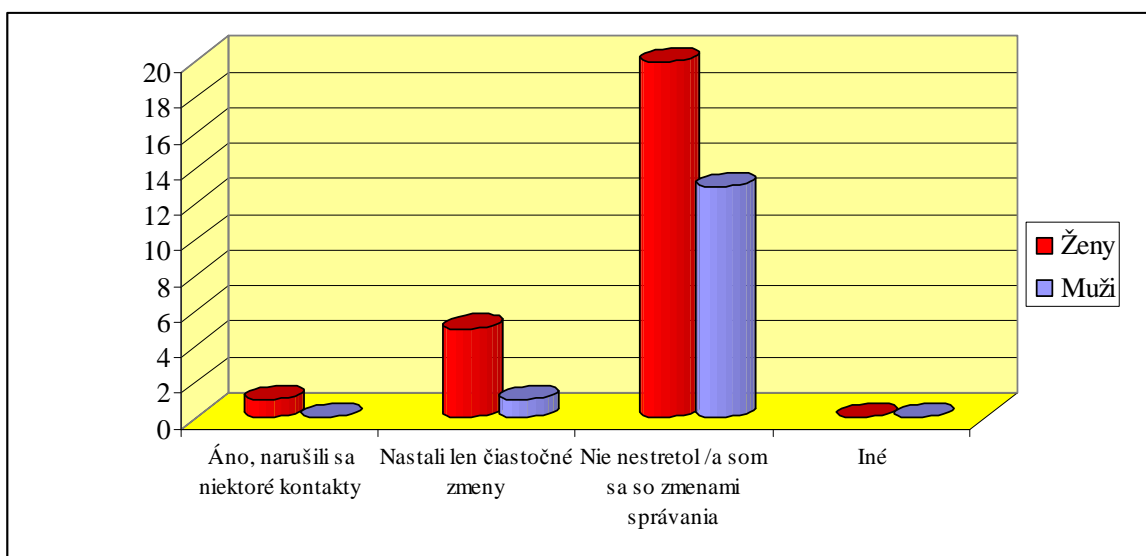
Graf 14 Partnerský vzťah

Je zarážajúce, že z prieskumnej vzorky iba $n = 1$ (2,5%) žena uviedla vplyv ochorenia na partnerský vzťah, pričom $n = 0$ (0%) túto možnosť neuviedlo, $n = 8$ (20%) žien a $n = 0$ (0%) mužov uviedlo čiastočný vplyv ochorenia na partnerský vzťah, $n = 17$ (42,5%) žien a $n = 14$ (35%) mužov uviedlo, že ochorenie neovplyvnilo ich partnerský vzťah.

Otázka č. 15 : Stretli ste sa so zmenami správania u Vašich blízkych vzhľadom na diagnostikovanie ochorenia?

Tab. 15 Zmeny správania u blízkych

Zmeny správania u blízkych	Ženy	Muži	n	%
Áno, narušili sa niektoré kontakty	1	0	1	3%
Nastali len čiastočné zmeny	5	1	6	15%
Nie nestretol/a som sa so zmenami správania	20	13	33	83%
Iné	0	0	0	0%
Spolu	26	14	40	100%



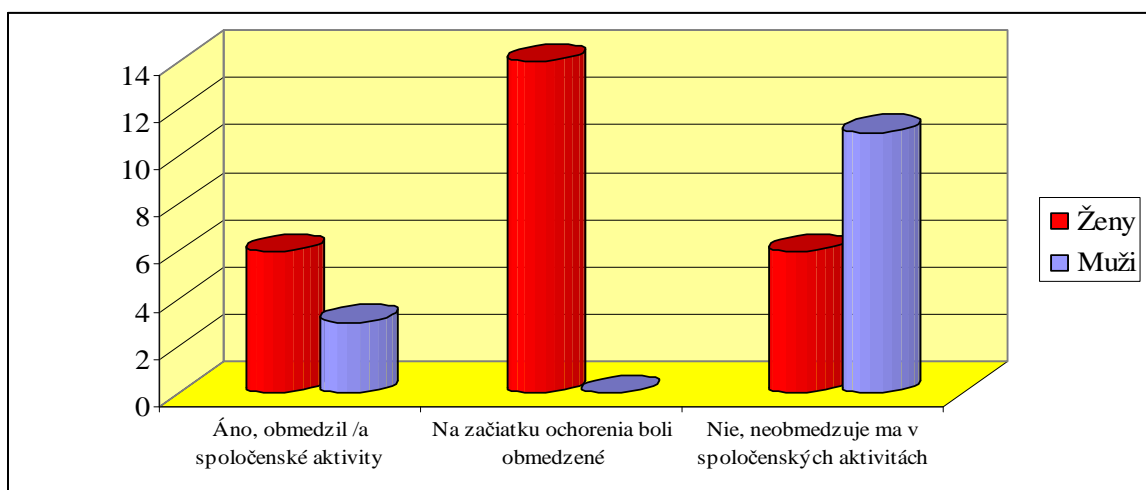
Graf 15 Zmeny správania u blízkych

Iba $n = 1$ (2,5%) žena a $n = 0$ (0%) mužov zaznamenali narušenie niektorých kontaktov, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž zaznamenali len čiastočné zmeny, $n = 20$ (50%) žien a $n = 13$ (32,5%) mužov sa nestretlo so zmenami správania u blízkych.

Otázka č. 16 : Ovplyvnilo ochorenie Vaše spoločenské aktivity?

Tab. 16 Spoločenské aktivity

Spoločenské aktivity	Ženy	Muži	n	%
Áno, obmedzil/a spoločenské aktivity	6	3	9	23%
Na začiatku ochorenia boli obmedzené	14	0	14	35%
Nie, neobmedzuje ma v spoločenských aktivitách	6	11	17	43%
Spolu	26	14	40	100%



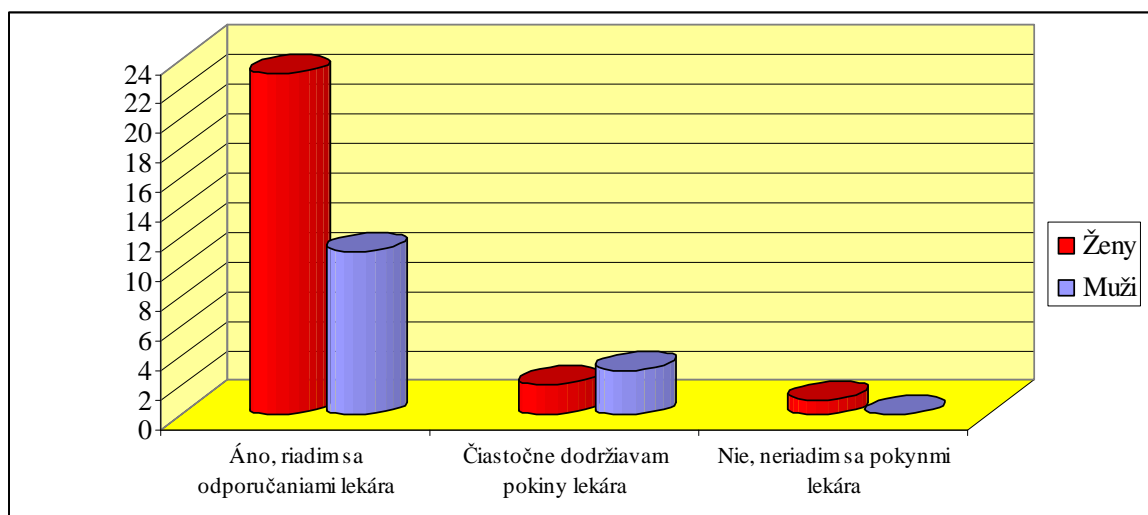
Graf 16 Spoločenské aktivity

Z celej prieskumnej vzorky iba $n = 6$ (15%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži zaznamenali obmedzenie spoločenských aktivít, $n = 14$ (35%) žien a $n = 0$ (0%) mužov zaznamenalo na začiatku ochorenia obmedzenie aktivít, $n = 6$ (15%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo neobmedzenie spoločenských aktivít.

Otázka č. 17 : Dodržiavate pokyny lekára v súvislosti s ochorením?

Tab. 17 Dodržiavanie pokynov lekára

Dodržiavanie pokynov lekára	Ženy	Muži	n	%
Áno, riadim sa odporúčaniami lekára	23	11	34	85,0%
Čiastočne dodržiavam pokyny lekára	2	3	5	12,5%
Nie, neriadim sa pokynmi lekára	1	0	1	2,5%
Spolu	26	14	40	100%



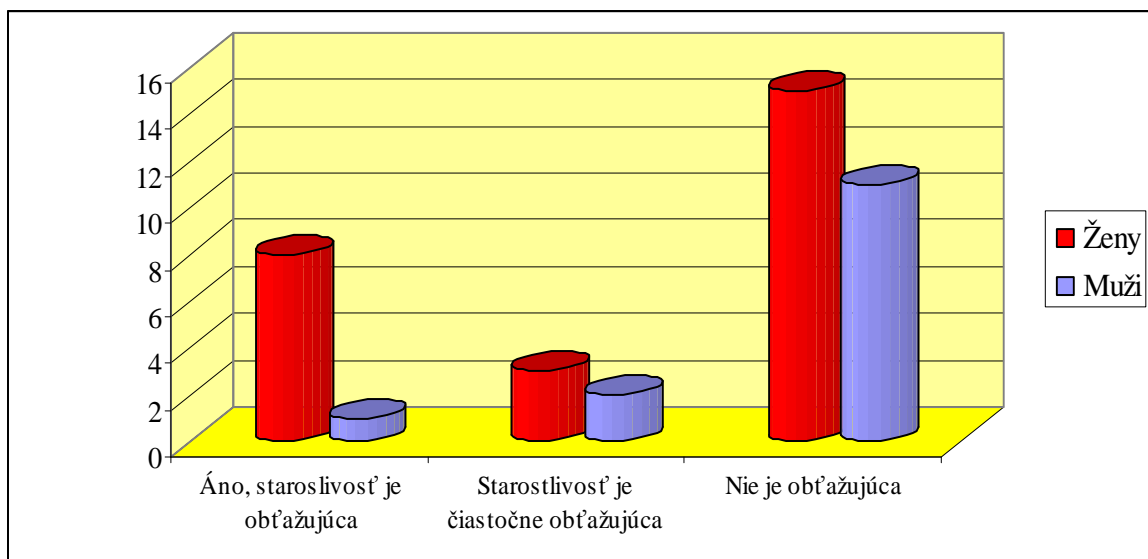
Graf 17 Dodržiavanie pokynov lekára

Z celej prieskumnej vzorky $n = 23$ (57,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov sa riadi odporúčaniami lekára, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 3$ (7,5%) muži čiastočne dodržiavajú pokyny lekára, $n = 1$ (2,5%) žena a $n = 0$ (0%) mužov sa neriadi pokynmi lekára.

Otázka č. 18 : Je pre Vás denná starostlivosť o pokožku obťažujúca?

Tab. 18 Denná starostlivosť o pokožku

Denná starostlivosť o pokožku	Ženy	Muži	n	%
Áno, starostlivosť je obťažujúca	8	1	9	23%
Starostlivosť je čiastočne obťažujúca	3	2	5	13%
Nie je obťažujúca	15	11	26	65%
Spolu	26	14	40	100%



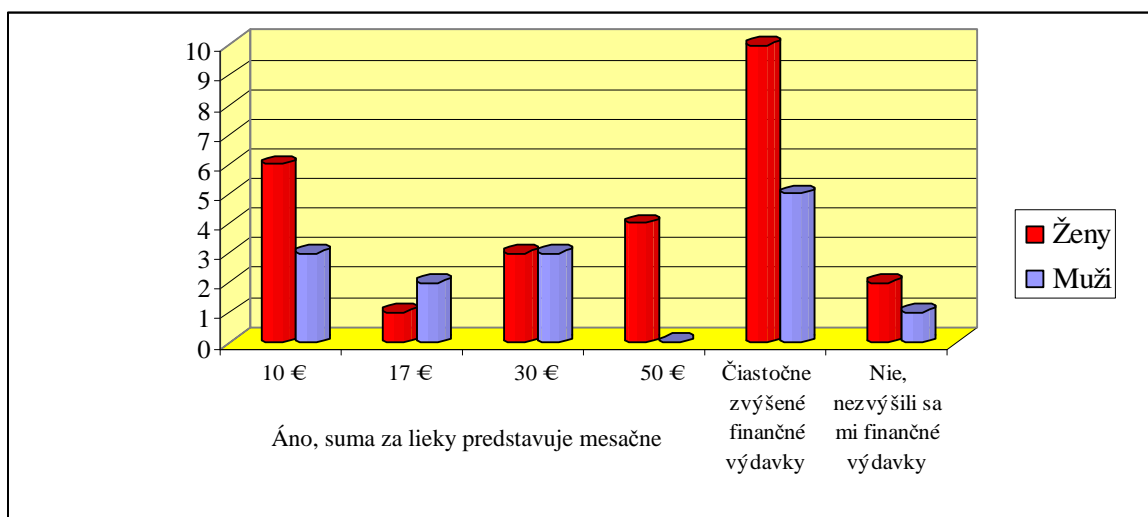
Graf 18 Denná starostlivosť o pokožku

U respondentov iba $n = 8$ (20%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že starostlivosť o pokožku je obťažujúca, $n = 3$ (7,5%) ženy a $n = 2$ (5%) muži uviedli, že starostlivosť o pokožku je čiastočne obťažujúca a až $n = 15$ (37,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo, že starostlivosť o pokožku nie je obťažujúca

Otázka č. 19 : Zaznamenali ste v súvislosti s ochorením zvýšené finančné výdavky?

Tab. 19 Finančné výdavky

Finančné výdavky		Ženy	Muži	n	%
Áno, suma predstavuje mesačne	10 €	6	3	9	23%
	17 €	1	2	3	8%
	30 €	3	3	6	15%
	50 €	4	0	4	10%
Čiastočne zvýšené finančné výdavky		10	5	15	38%
Nie, nezvýšili sa mi finančné výdavky		2	1	3	8%
Spolu		26	14	40	100%



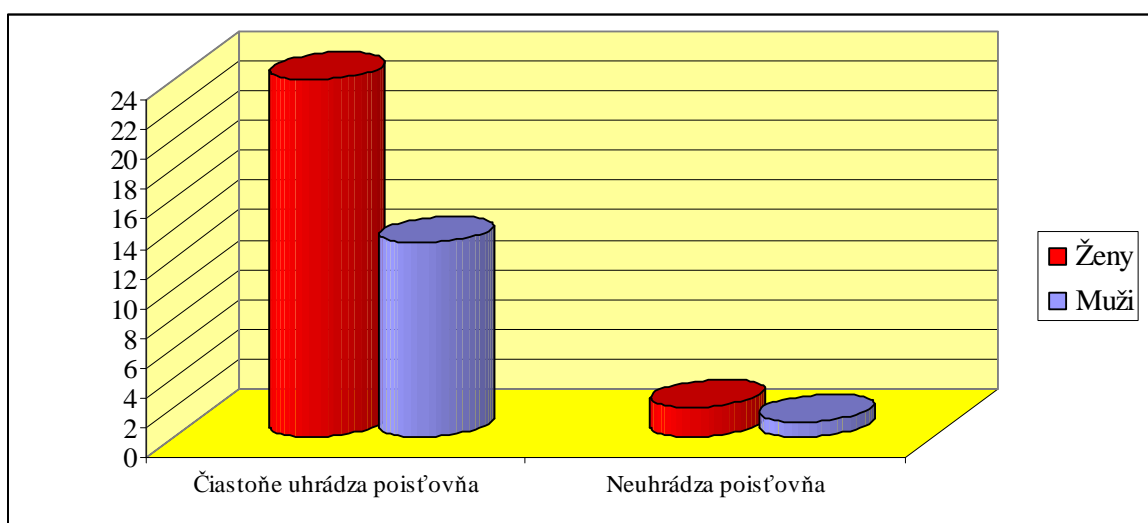
Graf 19 Finančné výdavky

Prekvapujúce je, že až $n = 14$ (35%) žien a $n = 8$ (20%) mužov zaznamenalo zvýšené finančné výdavky mesačne od 10 EUR do 50 EUR, $n = 10$ (25%) žien a $n = 5$ (12,5%) mužov uviedlo čiastočne zvýšené finančné výdavky, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli nezvýšenie finančných výdavkov v súvislosti s ochorením.

Otázka č. 20 : Náklady súvisiace s liečbou?

Tab. 20 Náklady súvisiace s liečbou

Náklady súvisiace s liečbou	Ženy	Muži	n	%
Čiastočne uhrádza poisťovňa	24	13	37	92,5%
Neuhrádza poisťovňa	2	1	3	7,5%
Spolu	26	14	40	100%



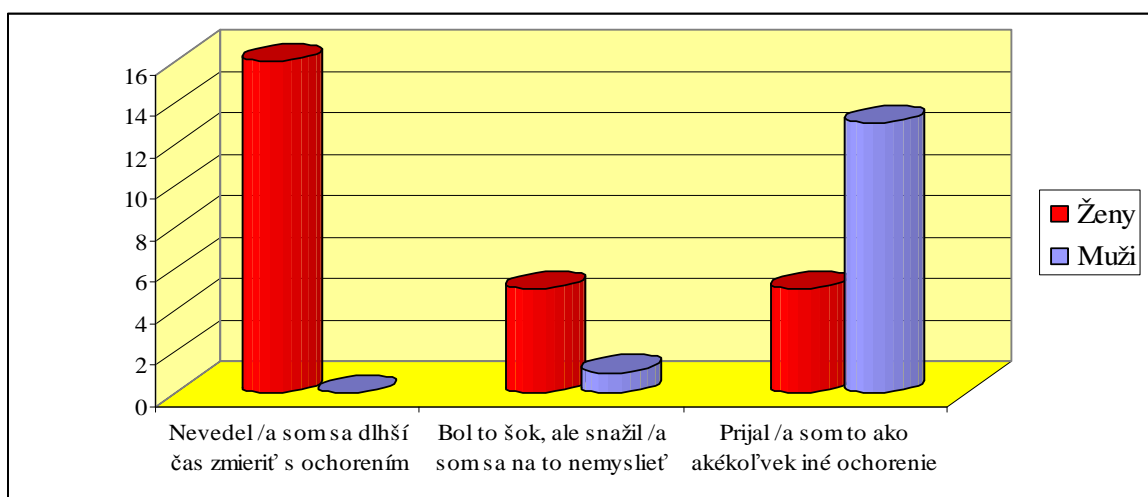
Graf 20 Náklady súvisiace s liečbou

U respondentov až $n = 24$ (60%) žien a $n = 13$ (32,5%) mužov uviedlo, že náklady spojené s liečbou čiastočne uhrádza poisťovňa, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že náklady spojené s liečbou neuhrádza poisťovňa.

Otázka č. 21 : Ako ste prijali diagnostikovanie ochorenia?

Tab. 21 Prijatie ochorenia

Prijatie ochorenia	Ženy	Muži	n	%
Nevedel/a som sa dlhší čas zmieriť s ochorením	16	0	16	40%
Bol to šok, ale snažil/a som sa na to nemyslieť	5	1	6	15%
Prijal/a som to ako akékoľvek iné ochorenie	5	13	18	45%
Spolu	26	14	40	100%



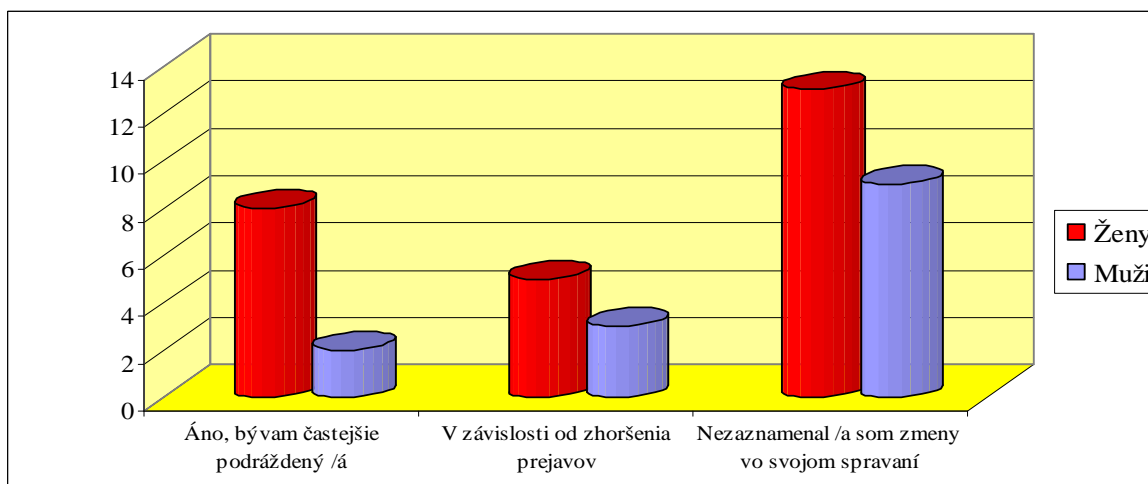
Graf 21 Prijatie ochorenia

Zarážajúce je, že až $n = 16$ (40%) žien sa nevedelo dlhší čas zmieriť s ochorením, pričom $n = 0$ (0%) mužov túto skutočnosť neuviedlo, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž prijali ochorenie ako šok, ale snažili sa na to nemyslieť a iba $n = 5$ (12,5%) žien a až $n = 13$ (32,5%) mužov prijalo ochorenie ako akékoľvek iné ochorenie.

Otázka č. 22 : Zaznamenali ste zmeny vo svojom správaní v súvislosti s ochorením?

Tab. 22 Zmeny vo vlastnom správaní

Zmeny vo vlastnom správaní	Ženy	Muži	n	%
Áno, bývam častejšie podráždený/á	8	2	10	25%
V závislosti od zhoršenia prejavov	5	3	8	20%
Nezaznamenal/a som zmeny vo svojom správaní	13	9	22	55%
Spolu	26	14	40	100%



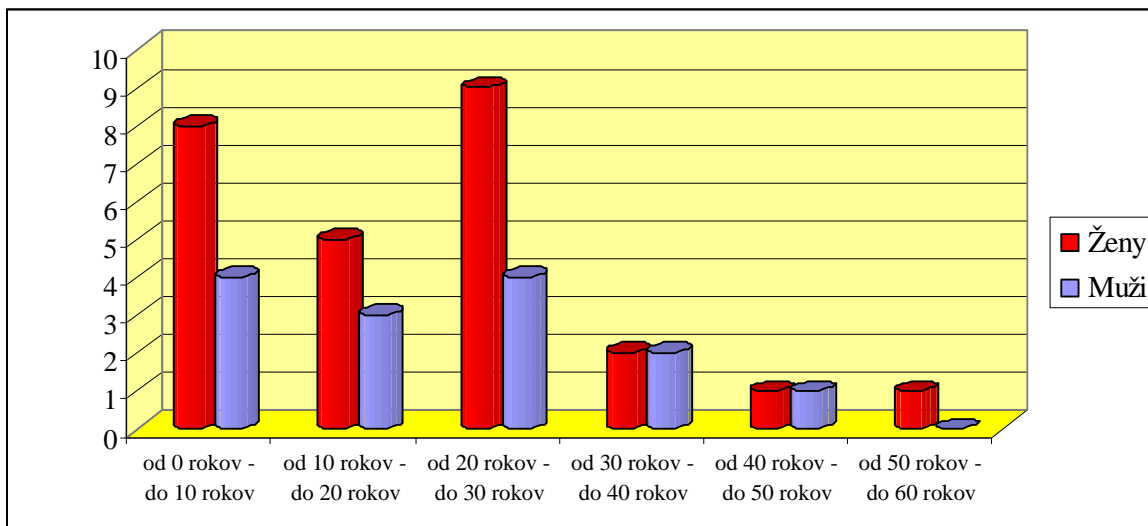
Graf 22 Zmeny vo vlastnom správaní

Z celej prieskumnej vzorky iba $n = 8$ (20%) žien a $n = 2$ (5%) muži zaznamenali častejšiu podráždenosť, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži zaznamenali zmenu vo vlastnom správaní v závislosti od zhoršenia prejavov ochorenia a až $n = 13$ (32,5%) žien a $n = 9$ (22,5%) mužov nezaznamenalo zmenu vo svojom správaní.

Otázka č. 23 : Ako dlho sa liečite na psoriázu?

Tab. 23 Dĺžka liečby

Dĺžka liečby	Ženy	Muži	n	%
od 0 rokov - do 10 rokov	8	4	12	30,0%
od 10 rokov - do 20 rokov	5	3	8	20,0%
od 20 rokov - do 30 rokov	9	4	13	32,5%
od 30 rokov - do 40 rokov	2	2	4	10,0%
od 40 rokov - do 50 rokov	1	1	2	5,0%
od 50 rokov - do 60 rokov	1	0	1	2,5%
Spolu	26	14	40	100%



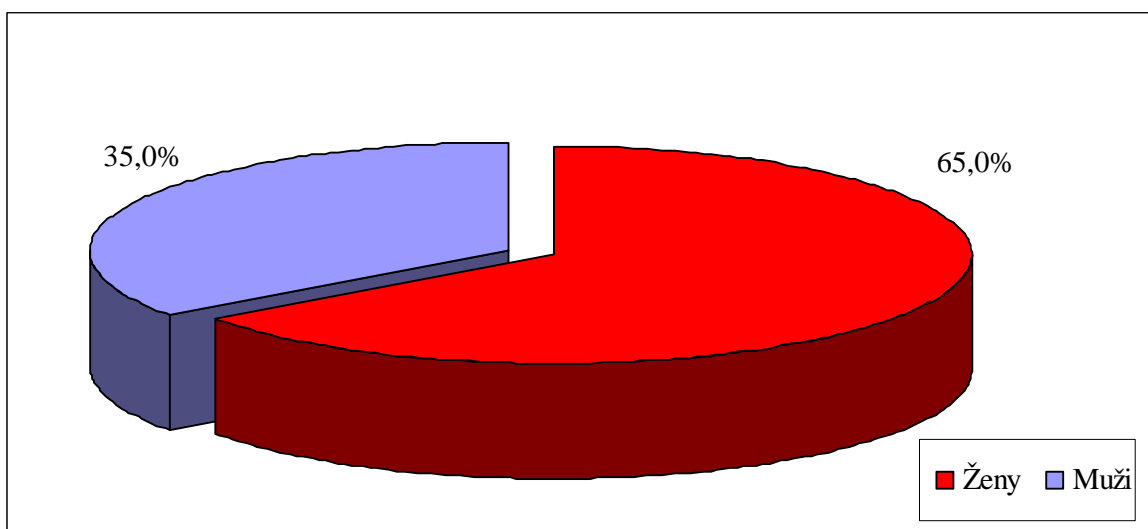
Graf 23 Dĺžka liečby

Priemerná dĺžka liečby u žien bola 22 rokov a u mužov 21 rokov.

Otázka č. 24 : Pohlavie

Tab. 24 Pohlavie respondentov

Pohlavie respondentov	n	%
Ženy	26	65%
Muži	14	35%
Spolu	40	100%



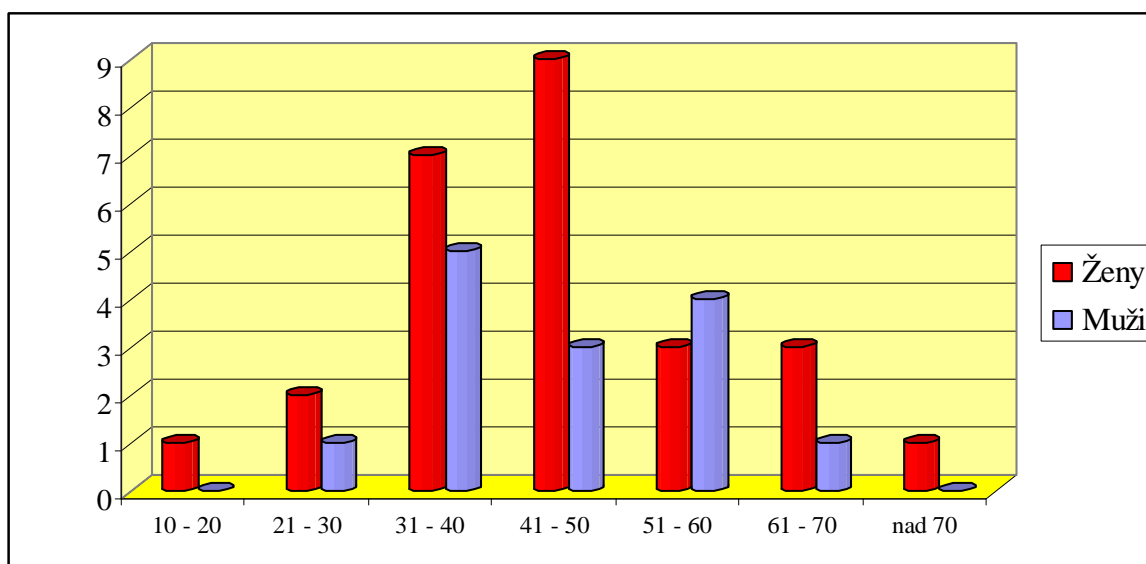
Graf 24 Pohlavie respondentov

Prieskumnú vzorku tvorilo n = 25 (65%) žien a n = 15 (35%) mužov.

Otázka č. 25 : Koľko máte rokov?

Tab. 25 Vek respondentov

Vek respondentov	Ženy	Muži	N	%
10 - 20	1	0	1	2,5%
21 - 30	2	1	3	7,5%
31 - 40	7	5	12	30,0%
41 - 50	9	3	12	30,0%
51 - 60	3	4	7	17,5%
61 - 70	3	1	4	10,0%
nad 70	1	0	1	2,5%
Spolu	26	14	40	100%



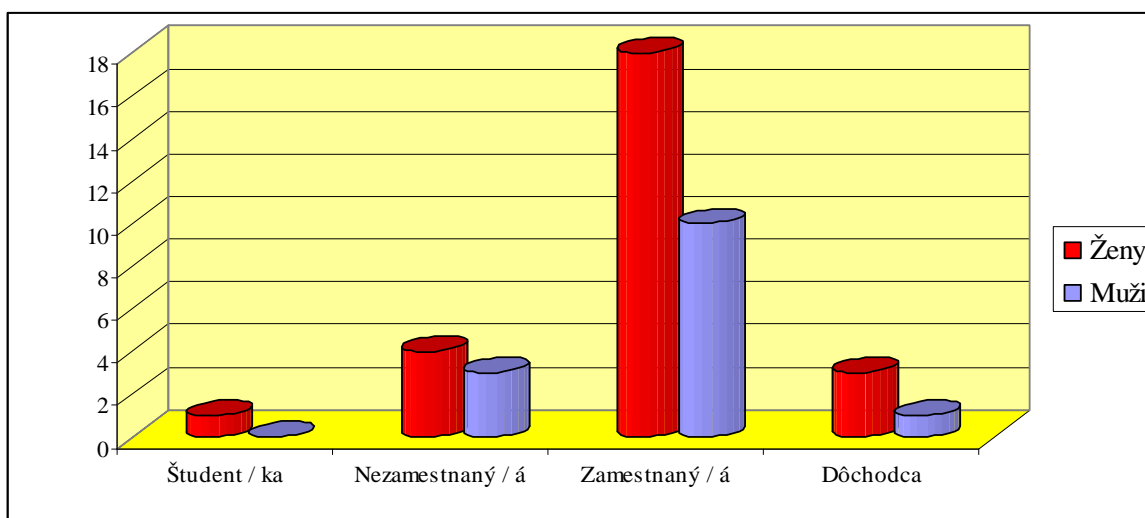
Graf 25 Vek respondentov

Priemerný vek u žien bol 42 rokov, u mužov bol 40 rokov, pričom najmladší respondent mal 15 rokov a najstarší 75 rokov.

Otázka č. 26 : Ekonomická situácia

Tab. 26 Ekonomická situácia

Ekonomická situácia	Ženy	Muži	N	%
Študent / ka	1	0	1	3%
Nezamestnaný / á	4	3	7	18%
Zamestnaný / á	18	10	28	70%
Dôchodca	3	1	4	10%
Spolu	26	14	40	100%



Graf 26 Ekonomická situácia

Z celej prieskumnej vzorky $n = 1$ (2,5%) žena navštevovala ešte školské zariadenie, $n = 4$ (10%) ženy a $n = 3$ (7,5%) muži boli nezamestnaní, $n = 18$ (45%) žien a $n = 10$ (25%) mužov bolo zamestnaných, $n = 3$ (7,5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž boli na starobnom dôchodku.

5.2 Analýza kazuistík

Z dôvodu dosiahnutia stanovených cieľov uvádzame kazuistiky troch respondentov.

Kazuistika č.1

Anamnéza

48 ročná žena, udáva tri týždne zhoršenie prejavov psoriázy. Ložiská sú lokalizované na obidvoch horných končatinách v oblasti predlaktia, na hrudníku v oblasti medzi prsiami a na ľavej dolnej končatine v oblasti predkolenia, ako aj vo vlasovej časti hlavy v oblasti nad ušnicami. Celkové zhoršenie prejavov ochorenia zaznamenáva žena hlavne v ročnom období jeseň a zima. Za následok zhoršenia stavu v súčasnosti žena udáva nedostatočnú starostlivosť o pokožku z dôvodu obáv zo straty zamestnania, ako aj zimné ročné obdobie. Žena žije s manželom a dospelým synom v spoločnej domácnosti. Nefajčí, alkohol pije len príležitostne. Lieči sa na osteoporózu. Na kožu si ráno aplikuje Betacorton U mastný krém a večer Daivonex, užíva aj Osteogenon. Predchádzajúca liečba zahŕňala aplikáciu mastičiek a krémov, fototerapiu, ako aj kúpeľnú liečbu.

Na psoriázu sa už lieči 38 rokov. Žena si nepamätá výskyt ochorenia u blízkych. Keď mala 16 rokov otec dostal náhlu cievnu mozgovú príhodu. „Okrem školských povinností, í tak ako

každé dieťa v mojom veku, mi pribudla ďalšia povinnosť a to starostlivosť o otca. Po roku otec zomrel. Bolo to pre mňa dosť ťažké obdobie”. Po otcovej smrti sa začali zjavovať zdravotné problémy aj u jej mamy, ktorá zomrela na rakovinu maternice. „Keď som mala 18 rokov zostala som s mojím bratom sama. Bolo to naozaj veľmi ťažké. Lekári mi povedali, že psoriáza mi mohla prepuknúť aj následkom ťažkého obdobia, ktoré som prekonala a ktoré bolo pre mňa stresujúcim“. Spočiatku žena znášala ochorenie veľmi zle. „Hanbila a zároveň bála som sa nadviazať vzťah s nejakým chlapcom. Jeden priateľ ma dokonca aj opustil, keď som mu povedala, aké mám ochorenie. Dokonca som na začiatku ochorenia obmedzila aj spoločenské aktivity”. Toto ochorenie ovplyvnilo jej život. „Či máte alebo nemáte ložiská, stále sa musíte starať o pokožku, natierať sa a to nehovorím koľko oblečenia som zničila a koľko som minula peňazí na mastičky“. Žena udáva aj zmenu v spôsobe obliekania od diagnostikovania ochorenia, ako aj pri zhoršení prejavov ochorenia je viac podráždenejšia. „Keďže psoriáza má vplyv aj na kosti a dostala som aj osteoporózu. Musím sa priznať, že momentálne si za zhoršenie stavu môžem tak trochu aj sama. Nevenujem dostatočnú pozornosť natieraniu, a aj stres v práci spôsobil svoje, si myslím“.

Na prvom stretnutí sme sa s respondentkou porozprávali ako ochorenie vzniklo a pozbierali sme si potrebné informácie. Pri rozhovore sme si všimli, že pani sa vyhýbala očnému kontaktu, v rámci mimiky sme spozorovali hanblivý výraz tváre a uhýbanie pohľadom. Počas komunikácie sa nebránila pozitívnym prejavom haptiky, ako nap. položenie ruky na ruku, pri komunikácii sme udržiavali osobnú zónu. Pani pri rozhovore sedela na gauči, pričom využívala gestá rukami, pomocou ktorých sa snažila zakryť postihnuté miesta na hrudníku a na predlaktí. Celková gestikulácia vyjadrovala uzavretosť a hanblivosť. V rámci vzhľadu pôsobila upravené. Žena praktické zručnosti ovláda, ale priznala sa, že v súčasnosti si pravidelne neaplikuje potrebné mastičky na pokožku. Je viac roztržitá a zanedbáva starostlivosť o seba.

Na druhom stretnutí sme spozorovali, že sa respondentka počas rozhovoru nevyhýbala už toľko očnému kontaktu ako na prvom stretnutí. V rámci mimiky sme si všimli, že pani mala v tvári vyrovnanejší výraz a úprimnejší pohľad. Počas komunikácie sa nebránila pozitívnym prejavom haptiky, pri ktorom sme udržiavali osobnú zónu. Pani pri rozhovore bola viac otvorenejšia, rozprávala o sebe, o svojej rodine a o práci, čo som doplnila aj v anamnéze. Počas rozhovoru sedela v kresle, pričom využívala gestá rukami. V porovnaní s prvým stretnutím si menej zakrývala postihnuté miesta, ale spozorovali sme, že si pani škriabe postihnuté miesta a to hlavne na predlaktí a na hrudníku. Ona sama pri rozhovore

udávala svrbenie, kde i pohľadom bolo možné vidieť miestami doškriabanie s prejavmi mierneho zakrvácania, pri styku s inými ľuďmi i na verejnosti sa snaží zakryť postihnuté miesta, bojí sa nepríjemných pohľadov ľudí, ako aj nerada sa pozerá na svoje telo pri zhoršení prejavov. V rámci celkového vzhľadu pôsobila pani upraveno. Praktické zručnosti ovládala, svoju pozornosť upriamila viac na starostlivosť o pokožku.

Na tretom stretnutí sa snažila udržiavať očný kontakt, pričom sa dalo vidieť miestami, že to bolo pre ňu ťažké. V rámci mimiky sme spozorovali pokojnejší výraz v tvári a úprimnejší pohľad. Počas komunikácie sa nebránila pozitívnym neverbálnym prejavom haptiky, pri ktorej sme udržiavali osobnú zónu. Pani bola komunikatívna. Počas rozhovoru sedela na gauči, pričom využívala gestá rukami. Aj na tomto stretnutí si do určitej miery zakrývala postihnuté miesta, ale v porovnaní s predchádzajúcimi stretnutiami to bolo menej krát. V rámci vzhľadu bola upravená. Praktické zručnosti ovládala, začala sa venovať viac starostlivosti o pokožku, uviedla, že keby nezanedbávala starostlivosť o seba, tak sa jej nemuseli zhoršiť prejavy ochorenia.

Analýza a interpretácia:

Kazuistika, súčasťou ktorej bol rozhovor a pozorovanie, nám poskytla informácie o pozorovanej osobe a jej problémoch. V rámci celkového zhodnotenia kazuistiky sme zistili, že pani prežila ťažšie obdobie počas dospievania, čo mohlo podnietiť vznik psoriázy. Vyrovnanie sa s ochorením bolo ťažšie, spočiatku sa vyhýbala aj niektorým spoločenským podujatiam, v období dospievania zaznamenala aj problémy s partnermi. Psoriáza zasahuje do starostlivosti o seba samého a ovplyvňuje aj spôsob obliekania. Pani uviedla, že aby často nevymeškávala z práce, snaží sa ísť k lekárovi mimo pracovnej doby. Zistili sme, že o ochorení mala dostatočné informácie, ďalej sme zistili, že ochorenie ovplyvňuje jej finančnú situáciu, správanie, pretože pri zhoršení je viac podráždenejšia. Každodenná starostlivosť a praktické zručnosti pri ochorení sú veľmi dôležité. V rámci ošetrovateľských diagnóz sme u respondentky spozorovali narušenú kožnú integritu, pruritus a narušený obraz tela.

Kazuistika č.2

Anamnéza

32 ročný muž udáva 3-4 týždne zhoršenie prejavov psoriázy. Ložiská sú lokalizované na obidvoch predkoleniach a v oblasti členkov. Celkové zhoršenie ochorenia zaznamenáva v zimných mesiacoch. Za následok zhoršenia zdravotného stavu udáva ročné obdobie zima, ako aj pracovnú vyťaženosť z dôvodu dvoch zamestnaní.

Muž žije s manželkou a rok a pól ročnou dcérou. Nefajčí a alkohol pije len príležitostne. Nelieči sa na žiadne iné ochorenie. Na kožu si v súčasnosti aplikuje Betacorton U mastný krém, Daivonex, Excipial U Lipolotio, Oilatum. Predchádzajúca liečba bola tiež na mastičkách.

Na ochorenie sa muž lieči dva roky. Z blízkych trpí na psoriázu aj jeho matka. „S priateľkou sme sa rozhodli zobrať a založiť si rodinu. Keďže sme chceli bývať sami a nemali sme dostatok peňazí, zohnal som si ešte jednu prácu”. Toto obdobie trvalo 3 roky. Neskôr si kúpili v neďalekej dedinke starší dom, ktorý potreboval rekonštrukciu. „Zakrátko mi priateľka oznámila, že je tehotná. Keďže sme potrebovali peniaze, pretože svadba a rekonštrukcia domu, ktorá ešte nebola dokončená, stojí veľa, znovu som si musel nájsť druhú prácu“. Mladý muž okrem týždňa pracoval aj cez víkendy. „Zakrátko som začal mať zdravotné problémy. Vzhľadom na to, že to má aj moja mama a pracovná vyčerpanosť, urobili svoje. Diagnóza od kožného lekára bola jasná – psoriáza “. Ako sa ďalej mladý muž vyjadril, ochorenie prijal ako akékoľvek iné ochorenie. Jeho manželka tiež nemala problém s prijatím mužovho ochorenia. Muž si priznal, že ohľadom ochorenia nemá dostatočné informácie, a že doposiaľ sa ani o nejaké informácie nezaujímal. Zmeny v rámci diagnostikovania zaznamenal len čiastočné. „Je pravda, že keď začína byť teplo, snažím sa pokiaľ idem do spoločnosti, dať si dlhé nohavice. Nemám rád pohľady iných ľudí. Našťastie cez leto sa mi to zlepšilo. Mal by som sa každý deň natierať, čo je taká ďalšia menšia zmena, no niekedy som tak unavený, čo je v poslednom čase častejšie, že to zanedbávam. Čo sa týka peňazí, tak dosť platím za mastičky, i keď poisťovňa mi čo-to preplatí”. Manželia majú strach, aby toto ochorenie nedostala aj ich dcérka. „Chodíme s ňou ku kožnej lekárke, pretože sa jej na telíčku objavili suché fličky. Lekárka povedala, aby sme nerobili unáhlené závery“. V rámci ochorenia muž neudáva zmeny v správaní. „Zhoršenie ochorenia si myslím, že spôsobilo toto chladné obdobie, lebo v zime to mám vždy o niečo horšie a možno aj to, že som unavený a menej sa natieram. Asi to nejakou spolu súvisí”.

Na prvom stretnutí sme sa s mladým mužom porozprávali a zozbierali sme si potrebné informácie. Pri rozhovore sme si všimli, že muž udržiaval očný kontakt, v rámci mimiky sme spozorovali vyrovnaný výraz v tvári a priateľský pohľad. Počas komunikácie sa nebránil pozitívnym prejavom haptiky, pri ktorej sme udržiavali osobnú zónu. Muž sedel pri rozhovore na stoličke, pričom využíval gestá rukami a ramenami. V rámci vzhľadu pôsobil upravene. Praktické zručnosti ovládal : „Ráno sa natieram Betacortonom a večer sa natieram Daivonex, mal by som si dávať v priebehu dňa Excipial U Lipolotio a do

kúpeľa si pridávam Oilatum”. Ďalej mladý muž uviedol, že sa snaží pred aplikáciou masť umyť ruky, a ak mu čas dovoľuje, aj meniť si oblečenie, ako aj každodenne si premasťovať kožu, čo však v poslednom čase zanedbáva.

Na druhom stretnutí sa muž snažil udržiavať očný kontakt. V tvári sme si všimli aj na tomto stretnutí vyrovnaný výraz a priateľský pohľad. Počas komunikácie sa nebránil pozitívnym prejavom haptiky. Muž bol komunikatívny, informácie nadobudnuté rozhovorom som doplnila v anamnéze. Nerobilo mu problém porozprávať o svojom ochorení, o sebe, o rodine a ani o práci. Nepopieral, že zanedbáva starostlivosť o kožu, priznal sa, že je deň, kedy si neaplikuje ani jednu z predpísaných mastičiek. V súčasnosti spozoroval na sebe zvýšenú svrbivosť na postihnutých miestach bez viditeľných prejavov zakrvácania. V rámci vzhľadu bol upravený. Sľúbil, že si zlepší starostlivosť o seba, tým predíde nepríjemnému svrbeniu a následnému olupovaniu suchej kože.

Na tretom stretnutí pri komunikácii udržiaval očný kontakt. V tvári mal vyrovnaný výraz a priateľský pohľad. Bol usmievavý. Počas komunikácie sa nebránil pozitívnym neverbálnym prejavom haptiky, pričom sme udržiavali osobnú zónu. Počas rozhovoru sedel na gauči, pričom využíval gestá rukami. Aj na tomto stretnutí bol upravený. V rámci starostlivosti o pokožku manželka uviedla, že sa snažil aspoň dvakrát denne si aplikovať predpísané mastičky. Manželka tiež potvrdila, že viac dohliada, aby si dával aj pravidelne *Oilatum* do kúpeľa, a že muž si čítal o ochorení na internete.

Analýza a interpretácia:

Kazuistika, súčasťou ktorej bol rozhovor a pozorovanie, nám poskytla informácie o pozorovanej osobe a jej problémoch. V rámci celkového zhodnotenia kazuistiky sme zistili, že v živote nastali len čiastočné zmeny v rámci diagnostikovania ochorenia. Muž nemal problémy s prijatím ochorenia, ale nemal dostatočné vedomosti, pokiaľ išlo o samotné ochorenie. Chorobný proces ovplyvnil jeho finančnú situáciu, ale nemal vplyv na zmeny v správaní, čo potvrdila aj pacientova manželka. Psoriáza čiastočne ovplyvňuje starostlivosť o seba samého a muž uviedol, že nespôsobuje častú práceneschopnosť. Starostlivosť o seba nie je pravidelná. V rámci ošetrovateľských diagnóz sme spozorovali pruritus a strach

Kazuistika č.3

Anamnéza

78 ročná žena udáva, že v ročnom období zima zaznamenáva zhoršenie prejavov psoriázy. Striedajú sa obdobia ústupu a obdobia zhoršenia. Ložiská sú lokalizované na oboch

horných končatinách v oblasti predlaktia, mierne zasahujúce na chrbát a na obidvoch dolných končatinách v oblasti predkolenia.

Žena žije s dcérou, jej mužom a s dvomi dospelými deťmi v spoločnej domácnosti. Nefajčí a alkohol nepije. Dcéra uviedla, že jej matka nebola u lekára približne 10 rokov a nelieči sa na žiadne vážnejšie ochorenie. Predchádzajúca liečba zahŕňala aplikáciu mastí a krémov a tiež fototerapiu. V súčasnosti si neaplikuje žiadne maste ani krémy.

Na psoriázu sa žena lieči okolo 20 rokov. Nepamätá si, že by sa niekto z rodiny ešte liečil na toto ochorenie. *„Po mužovej smrti sa mi na koži začali objavovať nejaké flaky. Zo začiatku som nevenovala tomu pozornosť. No neskôr sa začali rozširovať a svrbieť“*. Pani uviedla, že spočiatku nevyhľadala lekársku pomoc. *„Myslela som si, že mi to prejde a mala som zložitejšie problémy. Mužova smrť sa ma dotkla. Lekári mi povedali, že sa mám pripraviť na všetko, ale viete, verila som a modlila som sa, aby sa tak nestalo“*. Až keď si jej dcéra všimla, že sa jej stav nezlepšuje, prehovorila matku, aby vyhľadala pomoc lekára. *„Lekár mi nakoniec oznámil, že mám psoriázu“*. S prijatím ochorenia pani uviedla, že nemala žiadny problém. *„Sú aj horšie ochorenia, beriem to tak, že sa to malo tak stať“*. Priznala sa, že ohľadom ochorenia nemá dodnes dostatočné informácie a nevie o tom, že by ochorenie bolo spúšťačom iného ochorenia. *„Viem, iba toľko, že je to ochorenie na celý život, ale ak Vám mám povedať pravdu, ani som sa nezaujímal o nejaké bližšie informácie“*. V rámci zmien v dôsledku ochorenia uviedla: *„Na začiatku som si kupovala aj rôzne mastičky, čo stálo aj viac peňazí. Je pravda, že som to nemala takéto, ale teraz som už dosť dlho nebola u lekára, a ani si nič nato nedávam. Niekedy to dosť svrbí, ale keď si to dám pod vlažnú tečúcu vodu, tak to svrbí oveľa menej“*. Cez leto pani uvádza zlepšenie príznakov. Ale keď ide do kostola, tak sa snaží miesta postihnuté psoriázou zakryť. *„Je mi to také nepríjemné, keď sa na mňa pozerajú ľudia, aj keď v lete to mám oveľa lepšie. V dôsledku diagnostikovania ochorenia nezaznamenala zmeny v správaní u seba, ani u blízkych. V doterajšom živote ohľadom ochorenia si všimla iba čiastočné zmeny. Pani je na dôchodku a nespozorovala, že by ochorenie zasahovalo do vykonávania denných aktivít, a ani že by ochorenia ovplyvnilo spoločenské aktivity. „Tak Vám poviem, ja už som stará, takže nejaké výrazné zmeny som nezistila. Kebyže som mladšia, možno by to bolo iné“*. Za následok momentálneho zhoršenia zdravotného stavu udáva práve ročné obdobie zima. Príbuzní udali aj nedostatočnú starostlivosť o pokožku.

Na prvom stretnutí sme sa s pani porozprávali a zozbierali sme si potrebné informácie. Pri rozhovore sme si všimli, že pani sa snažila udržiavať očný kontakt, i keď miestami som spozorovala menšie uhýbanie pohľadom, ale bolo to veľmi málo a v rámci mimiky sme

spozorovali hanblivejší výraz v tvári a úprimný pohľad. Počas komunikácie sa nebránila pozitívnym prejavom haptiky, pri ktorej sme udržiavali osobnú zónu. Miestami sa snažila zakryť ložiská na predlaktiach. Pani sedela pri rozhovore v kresle, pričom využívala gestá rukami a ramenami. V rámci vzhľadu pôsobila upraveno. Praktické zručnosti ovládala, ale ich nevykonáva.

Na druhom stretnutí sme spozorovali, že pani počas rozhovoru udržiavala očný kontakt. V tvári sme si všimli pokojnejší výraz tváre a priateľský pohľad. Počas komunikácie sa nebránila pozitívnym prejavom haptiky a udržiavali sme osobnú zónu. Pri rozhovore sedela v kresle, pričom využívala gestikuláciu rukami. V porovnaní s prvým stretnutím si menej zakrývala postihnuté miesta. Všimli sme si postihnuté miesta, ale i pani sama uviedla svrbenie na predlaktiach. Málo chodí do spoločnosti, ale keď už niekam ide, snaží sa zakryť postihnuté miesta, pretože sa chce vyhnúť nepríjemným pohľadom. V rámci celkového vzhľadu pôsobila pani upraveno. Praktické zručnosti ovládala, ale keďže je pani tvrdohlavá, čo potvrdili i príbuzní, na kožu si nechce aplikovať žiadne masti, ani krémy.

Na treťom stretnutí pani udržiavala očný kontakt pri komunikácií. V tvári mala pokojnejší výraz a priateľský pohľad. Počas komunikácie sa ani na treťom stretnutí nebránila pozitívnym prejavom haptiky a udržiavali sme osobnú zónu. Pani bola komunikatívna, počas rozhovoru sedela na gauči, pričom používala gestikuláciu rukami. Aj na tomto stretnutí sa do určitej miery snažila zakryť postihnuté miesta, i keď v porovnaní s predchádzajúcimi stretnutiami to bolo oveľa menej. V rámci vzhľadu pôsobila upraveno. V starostlivosti o pokožku sa nič nezmenilo.

Analýza a interpretácia:

Kazuistika, súčasťou ktorej bol rozhovor a pozorovanie, nám poskytla informácie o pozorovanej osobe a jej problémoch. V rámci celkového zhodnotenia kazuistiky sme zistili, že v živote pani nastali len čiastočné zmeny v dôsledku ochorenia. S prijatím ochorenia nemala žiadne problémy. Žena nemala dostatočné informácie o psoriáze a spočiatku malo ochorenie vplyv aj na finančnú situáciu. Nezaznamenala žiadne zmeny v správaní u seba, ani u blízkych vzhľadom na ochorenie. Hoci každodenná starostlivosť o pokožku je dôležitá, pani si neaplikuje žiadne masti ani krémy, a keďže je na starobnom dôchodku, nespôsobuje u nej práceneschopnosť. V rámci ošetrovateľských diagnóz u pani dominoval pruritus.

6 DISKUSIA

Diagnostikovanie akéhokoľvek ochorenia ovplyvňuje ďalšiu budúcnosť chorého a mnohokrát spôsobuje zmeny v doterajšom živote. Môže ísť o malé zmeny alebo aj o radikálnejšie. V súčasnosti existuje celý rad rôznych chorôb, ktoré postihujú jednotlivé systémy.

Človek je veľmi vnímavý tvor a akákoľvek zmena v rámci vzhľadu a pokožky vplýva na jeho vnímanie a prežívanie. **Hlavným cieľom** práce bolo zistiť zmeny v živote u pacientov v dôsledku diagnostikovania ochorenia. Výsledky prieskumu ukázali, že u pacientov so psoriázou si ochorenie vyžiadalo zmeny. Svedčia o tom aj odpovede na otázku č.7: Vyžiadalo si diagnostikovanie ochorenia zmeny v doterajšom živote? Až $n = 14$ (35%) žien uviedlo, že si ochorenie vyžiadalo zmeny, pričom z mužov túto skutočnosť neuviedol ani jeden, $n = 7$ (17,5%) žien a až $n = 11$ (27,5%) mužov si vyžiadalo iba čiastočné zmeny, 5 (12,5%) žien a 3 (7,5%) muži nezaznamenali zmeny v doterajšom živote.

Ako uvádza Blahová (2003), pre človeka je bezchybná koža dôležitá nielen z ochranného, termoregulačného, imunologického a zmyslového hľadiska, ale rovnako má dôležitú sebarealizačnú, estetickú i komunikačnú funkciu. Súhlasíme s týmto názorom, pretože prostredníctvom nej človek vyjadruje svoj pocity. Akékoľvek zmeny pôsobia na jedinca nepriaznivo. Zvlášť, ak sa jedná o ženské pohlavie. Ženy chcú byť pre mužov príťažlivé a čo sa týka pokožky, chcú byť bezchybné. Výsledky poukazujú na existujúci rozdiel medzi pohlavím.

V rámci zmien sme sa tiež sústredili aj na nasledovné oblasti. Otázka č.14: Ovplyvnilo ochorenie Váš partnerský vzťah? Podľa nášho výskumu respondenti nezaznamenali zmeny v partnerskom živote. Svedčia o tom aj zistené fakty. Iba $n = 1$ (2,5%) žena uviedla vplyv ochorenia na partnerský vzťah a $n = 0$ (0%) túto možnosť neuviedlo, $n = 8$ (20%) žien a $n = 0$ (0%) mužov uviedlo čiastočný vplyv ochorenia a až u $n = 17$ (42,5%) žien a $n = 14$ (35%) mužov ochorenie neovplyvnilo ich partnerský vzťah.

„... Zo strachu z genetickej záťaže sa vyhýbajú založeniu rodiny a splodeniu potomstva. ...životný partner sa nevie zmieriť s chorobou a vzhľadom toho druhého...“ (Tereková, 2007 s. 73). Keďže ako uvádza Arpášová, Lukášová (2006), ide o geneticky podmienenú nefyziologickú reakciu epidermy na rôzne provokačné činitele, z tohto dôvodu môžeme povedať, že chorý môže pociťovať strach, či toto ochorenie nevzplanenie aj u jeho potomkov. Je prirodzené, že človek myslí aj na svojich potomkov. Treba však mysliť aj

na to, že ochorenie sa môže, aj nemusí prejavíť. Na vznik ochorenia môže vplývať viac faktorov. Závisí to, ako hovorí Fetisová (2004), od vonkajších a vnútorných provokačných faktorov. Je pravda, že niektorí pacienti môžu intenzívnejšie prežívať vplyv ochorenia, keďže musíme brať do úvahy individualitu každého jedinca. V rámci partnerského vzťahu vo výsledkoch prevažujú odpovede, že ochorenie neovplyvnilo partnerský vzťah a nezaznamenali sme ani na žiadne rozdiely v rámci pohlavia. Môže sa stať, že ak sa ochorenie zjaví v mladom veku, kedy sa chce človek osamostatniť, nájsť si partnera a založiť si rodinu, môže byť životným problémom. Nie všetci partneri to vedia pochopiť a byť tolerantní. Ochorenie môže u nich vzbudzovať odpor a môžu trpieť pocitom strachu z nakazenia sa od jedinca. Na druhej strane sa môžeme stretnúť s partnermi, ktorí nevnímajú ochorenie ako problém v nadväzovaní kontaktu s opačným pohlavím. Vnímajú osobu ako jedinečnú a pre nich môže stelesňovať dokonalosť.

V rámci spoločenského života sme sa zamerali na otázku č. 16 Ovplyvnilo ochorenie Vaše spoločenské aktivity? Zistili sme odlišné odpovede u pohlaví. Iba $n = 6$ (15%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži zaznamenali obmedzenie spoločenských aktivít, až $n = 14$ (35%) žien a $n = 0$ (0%) mužov zaznamenalo na začiatku ochorenia obmedzenie aktivít, $n = 6$ (15%) žien a až $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo neobmedzenie spoločenských aktivít.

Tereková (2003) uvádza, že pacienti postihnutí psoriázou sú na akýkoľvek prejav odporu citliví, keďže chorobné prejavy psoriázy sú viditeľné, neestetické až odpudzujúce. „...znižuje sa miera sebahodnotenia, vzniká komplex menejcennosti, môže dôjsť k sociálnej izolácii...“ (Tereková, 2007 s. 73). Ďalej uvádza „... Redukujú spoločenské kontakty z dôvodu ľudského opovrhovania, zvedavosti...“ (Tereková, 2007, s. 73). Čo sa týka obmedzenia spoločenských aktivít súhlasíme s vyjadrením autorky Terekovej. Pacienti mnohokrát redukujú spoločenské aktivity. Niektorí na začiatku ochorenia, čo sa nám potvrdilo aj našim prieskumom u ženách, iný zase nezaznamenali obmedzenie v spoločenských aktivitách, čo sa nám potvrdilo na druhej strane u mužov. Je nepríjemné, keď choroba na nich upriamuje pozornosť. Chcú sa vyhýbať nepríjemným pohľadom, prípadnému ukazovaniu na miesta postihnuté psoriázou, ktoré sú voľným okom viditeľné. Čo sa týka spôsobu obliekania v súvislosti s ochorením nám respondenti na otázku č. 10 Má psoriáza vplyv na Vaše obliekanie? Odpovedali nasledovne: až $n = 15$ (37,5%) žien a iba $n = 1$ (2,5%) muž uviedli zakrývanie postihnutých oblastí, $n = 5$ (12,5%) žien a až $n = 10$ (25%) mužov uviedlo čiastočný vplyv na spôsob obliekania a nakoniec $n = 6$ (15%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži uviedli, že nezaznamenali vplyv na obliekanie.

Tereková (2007) uvádza, že pacienti sú obmedzovaní v mimopracovných aktivitách, vo voľbe účesu, vo výbere vhodného oblečenia, v športových aktivitách... Podľa výsledkov prieskumu môžeme povedať, že s týmto názorom súhlasíme. U žien ochorenie viac vplýva na spôsob obliekania, muži zase uvádzajú len čiastočný vplyv na spôsob obliekania. Jedinci sa snažia postihnuté miesta v období zhoršenia prejavov zakrývať. Obzvlášť ženy sú citlivejšie na vzhľad svojho tela. Ochorenie môže vzbudiť u nich pocit menejcennosti, úzkosti a nepríťažlivosti. Dokonca môžu pociťovať odpor k svojmu telu.

Na otázku č. 11 Zaznamenali ste zmeny v správaní vo Vašom okolí? Nám respondenti odpovedali nasledovne: iba $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 2$ (5%) muži uviedli zaznamenanie zmeny, čo sa týka ženského pohlavia, až $n = 12$ (30%) žien a iba $n = 4$ (10%) muži si nemyslia, že by ochorenie vplývalo na zmenu a dokonca $n = 9$ (22,5%) žien a $n = 8$ (20%) mužov si zatiaľ nevšimli zmeny v správaní u ľudí.

Čapčíková et al., (2002) hovoria o tom, že najväčšiu úzkosť zo sociálnych situácií vyvoláva návšteva lekára, skúšanie šiat, spoločné prezliekanie, rekreačné pobyty a aktivity...Podľa nášho názoru ide o situácie, kedy človek odhaľuje svoje telo a má strach ako ho jedinci budú vnímať, či sa stretnú s negatívnymi reakciami alebo nie. U žien v našom prieskume prevažovala odpoveď, že si nemyslia, že by ochorenie vplývalo na zmenu správania u ľudí a muži si zatiaľ nevšimli zmeny v správaní u ľudí.

V otázke č. 13 Nakoľko narušilo Vaše ochorenie vykonávanie každodenných aktivít? Nám $n = 7$ (17,5%) žien a $n = 0$ (0%) mužov uviedlo obmedzenie vo väčšine aktivít, $n = 10$ (25%) žien a $n = 4$ (10%) muži uviedli obmedzenie len v niektorých aktivitách, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 8$ (20%) mužov uviedlo obmedzenie len minimálne, $n = 4$ (10%) ženy a $n = 2$ (5%) muži uviedli, že ochorenie ich neobmedzuje v žiadnych aktivitách. Na základe uvedených údajov môžeme povedať, že u niektorých pacientov môže psoriáza zasahovať aj do vykonávania každodenných aktivít. Závisí to samozrejme aj od vnímania ochorenia samotným jedincom.

Otázkou č.9 Zaznamenali ste vplyv kožného ochorenia na starostlivosť o seba samého?

Sme zistili, že až $n = 14$ (35%) žien, pričom muži neuviedli túto možnosť, $n = 7$ (17,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo iba čiastočný vplyv na starostlivosť, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži nezaznamenali vplyv starostlivosti o seba samého.

Na otázku č. 8 Zaznamenali ste vplyv kožného ochorenia na starostlivosť o rodinu? Respondenti odpovedali nasledovne: $n = 7$ (17,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži zaznamenali vplyv ochorenia, ani jeden respondent nezaznamenal čiastočný vplyv ochorenia a až $n = 19$ (47,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov nezaznamenalo vplyv ochorenia na starostlivosť

o rodinu. Medzi psychické fenomény Tereková (2007, s. 73) zaraďuje „*nutnosť rešpektovať stereotypy (starostlivosť o kožu), pravidelné návštevy odbornej ambulancie, ... znalosť nežiaducich účinkov per os užívaných liekov, ... porovnávanie sa s ostatnými...*”. Psoriáza je ochorenie, ktoré zasahuje do starostlivosti o seba samého. Potvrdilo sa nám to aj výpoveďami našich respondentov. Aj pri tejto otázke sme zaznamenali rozdielnosť odpovedí medzi pohlaviami. V niektorých prípadoch môže, ale aj nemusí ochorenie zasahovať do starostlivosti o rodinu, i keď respondenti nezaznamenali výrazné zasahovanie ochorenia do tejto oblasti.

Zaujímavé sú odpovede aj na otázku č.6 Vnímate zhoršenie zdravotného stavu v súvislosti s ročným obdobím? Až $n = 22$ (55%) žien a $n = 12$ (30%) mužov uviedlo zhoršenie zdravotného stavu vzhľadom na ročné obdobie, a z toho $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži na jar, $n = 0$ žien a $n = 1$ (2,5%) muž cez leto, $n = 6$ (15%) žien a $n = 4$ (10%) muži na jeseň, $n = 11$ (27,5%) žien a $n = 4$ (10%) muži v zime, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že ročné obdobie čiastočne vplýva na zdravotný stav, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že zhoršenie zdravotného stavu nesúvisí s ročným obdobím. Prejavy ochorenia sa môžu zhoršovať v súvislosti s ročným obdobím. Na niekoho ročné obdobie vplýva iba čiastočne, ale nájdeme aj takých, u ktorých ročné obdobie neovplyvňuje prejavy ochorenia.

Na otázku č. 17 Dodržiavate pokyny lekára v súvislosti s ochorením? Až $n = 23$ (57,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov sa riadi odporúčaniami lekára, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 3$ (7,5%) muži čiastočne dodržiavajú pokyny lekára, $n = 1$ (2,5%) žena a $n = 0$ (0%) mužov sa neriadi pokynmi lekára. Dôležité sú pravidelné návštevy odbornej ambulancie a riadenie sa pokynmi ošetrojúceho lekára, ktoré sa pacienti snažia v rámci svojho zdravotného stavu dodržiavať. Čo nám potvrdili aj naši respondenti svojimi výpoveďami.

Na otázku č. 18 Je pre Vás starostlivosť o pokožku obťažujúca? Nám $n = 8$ (20%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že starostlivosť o pokožku je obťažujúca, $n = 3$ (7,5%) ženy a $n = 2$ (5%) muži uviedli, že starostlivosť o pokožku je čiastočne obťažujúca a až $n = 15$ (37,5%) žien a $n = 11$ (27,5%) mužov uviedlo, že starostlivosť o pokožku nie je obťažujúca. Každodenná starostlivosť o pokožku je zdĺhavá, časovo náročná či dokonca obťažujúca. Samozrejme nie pre každého. Vo väčšine prípadov sa pacienti zmierili s aplikáciou predpísaných liečiv.

Otázkou č. 12 Je Vaše ochorenie častou príčinou práceneschopnosti? Nám respondenti odpovedali nasledovne: až $n = 9$ (22,5%) zamestnaných žien, $n = 1$ (2,5%) študentka a $n = 6$ (15%) zamestnaných mužov uviedlo ochorenie ako častú príčinu vymeškávania,

n = 7 (17,5%) zamestnaných žien a n = 2 (5%) zamestnaný muži sa snažia návštevu lekára presunúť mimo pracovnej doby, n = 2 (5%) zamestnané ženy a n = 2 (5%) zamestnaný muži málo vymeškávajú z práce, n = 3 (7,5%) dôchodkyne, n = 4 (10%) nezamestnané ženy, n = 1 (2,5%) dôchodca a n = 3 (7,5%) nezamestnaný muži vôbec nevymeškávajú z práce.

Tereková (2007) uvádza, že psoriáza býva častou príčinou práceneschopnosti, priebeh choroby si môže dokonca vyžiadať zmenu zamestnania a užívanie antihistaminík, môže mať za následok obmedzenie schopnosti výkonu profesie. Naším prieskumom sme zistili, že chorí sú mnohokrát nútení vyhľadať lekársku pomoc, čo vedie k vymeškávaniu z práce. Niektorí pacienti v dôsledku obáv zo straty zamestnania buď lekársku pomoc odkladajú, alebo sa snažia ísť k lekárovi mimo pracovnej doby. Iný môžu vymeškávať z práce málo alebo vôbec. Závisí to od rôznych činiteľov, pretože na každého jedinca vplyva ochorenie inak. Masťami a krémami dochádza k znehodnocovaniu oblečenia. Pacienti z tohto dôvodu majú nárok na finančný príspevok. Pri užívaní liekov je potrebná dostatočná informovanosť v rámci nežiaducich účinkov. Tak isto netreba zabúdať ani na možnosť kúpeľnej liečby. Môžeme povedať, že v živote jedinca trpiaceho na toto ochorenie vzniká množstvo zmien, s ktorými sa musí naučiť žiť, a ktoré musí prijať ako súčasť svojho života. Vzhľadom na uvedené odpovede respondentov a na stanovenú výskumnú otázku č. 1: Existuje rozdiel v životných zmenách medzi ženami a mužmi so psoriázou? môžeme konštatovať, že v závislosti od pohlavia sa vyskytujú v určitých oblastiach zmeny. Čo je aj vyššie uvedené.

Na dosiahnutie **prvého čiastkového cieľa** sme sa zamerali na vedomostnú úroveň. Vzhľadom na realizovaný prieskum si myslíme, že pacienti trpiaci na psoriázu by mali byť viac informovaný o svojom ochorení. Čo sa nám potvrdilo aj odpoveďami respondentov. Otázkou č. 1 Ako by ste definovali svoje ochorenie? Sme zistili, že iba n = 6 (15%) žien a n = 4 (10%) muži mali dostatočné informácie o ochorení, n = 3 (7,5%) ženy a n = 2 (5%) muži mali iba čiastočné informácie o ochorení a až n = 17 (42,5%) žien a n = 8 (20%) mužov nemalo dostatočné informácie o ochorení.

Na otázku č. 2 Ako ste informovaný o spôsobe stravovania v súvislosti s ochorením? Len n = 6 (15%) žien a n = 3 (7,5%) muži boli dostatočne informovaný, n = 5 (12,5%) žien a n = 4 (10%) muži majú iba čiastočné informácie a až n = 15 (37,5%) žien a n = 7 (17,5%) mužov nevie o tom, že by ochorenie malo za následok nejaké diétne obmedzenia. Nedostatočná informovanosť vyplýva aj z odpovedí respondentov na otázku č. 3 Bola psoriáza spúšťačom iného ochorenia? Kde n = 5 (12,5%) žien a 2 (5%) muži uviedli

psoriázu ako spúšťáč iného ochorenia, z toho $n = 3$ (7,5%) ženy a $n = 2$ (5%) muži psoriatickú artritídu, $n = 2$ (5%) ženy uviedli osteoporózu, pričom $n = 0$ (0%) mužov túto možnosť neuviedlo, $n = 6$ (15%) žien a $n = 4$ (10%) muži uviedli, že psoriáza nebola spúšťáčom iného ochorenia a až $n = 15$ (37,5%) žien a $n = 8$ (20%) mužov uviedlo, že nepočuli, že by psoriáza bola spúšťáčom iného ochorenia.

Pacienti by mali vedieť o aké ochorenie sa jedná, tiež by mali poznať vonkajšie a vnútorné činitele, dôsledky ochorenia, ako aj možné spôsoby liečby. Pozornosť treba upriamiť i na vhodné stravovanie. Z článku Psoriáza (2009) sa odporúča strava bohatá na surové jedlá, zeleninu, vlákninu, chudobná na cukry, mäso, rafinované uhľohydráty a saturované tuky. Dôležité je odstránenie alergií z jedla. Aj my sa pridávame k tomuto názoru, pretože nie všetci pacienti vedia aj o vhodnom stravovaní v dôsledku ochorenia. Mnohí pacienti ani nevedia, že by psoriáza mala za následok nejaké diétne obmedzenia, iní majú informácie iba čiastočné. Dokonca niektorí pacienti ani nevedia, že by ochorenie bolo spúšťáčom iného ochorenia. Ako uvádza Raffayová (2008), psoriázu môžu sprevádzať aj kĺbové ťažkosti, čo sa označuje ako artritída spojená s týmto ochorením. Myslíme si, že pacienti by mali mať informácie aj o tej oblasti. Informovanosť pacienta by mala byť na prvom mieste. Predsa ide o ich zdravotný stav a o ich život, ktorý je spojený až do smrti so psoriázou. V rámci druhej výskumnej otázky: Ovplyvňuje súčasná elektronizácia úroveň vedomostí pacientov so psoriázou? sme zistili, že aj napriek tomu, že žijeme v období internetu, ktorý nám umožňuje získať množstvo informácií v rôznych formách, pacienti trpiaci na psoriázu nemajú nedostatočné informácie o svojom ochorení.

Druhý čiastkový cieľ sme sústredili na finančnú situáciu. V rámci prieskumu sme zamerali otázky aj na finančnú situáciu. Na základe odpovedí respondentov na otázku č. 19 Zaznamenali ste v súvislosti s ochorením zvýšené finančné výdavky? môžeme konštatovať, že ochorenie – psoriáza je spojené so zvýšenými finančnými výdavkami. Až $n = 14$ (35%) žien a $n = 8$ (20%) mužov zaznamenalo zvýšenie finančných výdavkov mesačne od 10 EUR do 50 EUR, $n = 10$ (25%) žien a $n = 5$ (12,5%) mužov uviedlo čiastočne zvýšené finančné výdavky, $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli nezvýšenie finančných výdavkov v súvislosti s ochorením. Na otázku č. 20 Náklady súvisiace s liečbou? Nám až $n = 24$ (60%) žien a $n = 13$ (32,5%) mužov uviedlo, že náklady spojené s liečbou čiastočne uhrádza poisťovňa a iba $n = 2$ (5%) ženy a $n = 1$ (2,5%) muž uviedli, že náklady spojené s liečbou neuhrádza poisťovňa.

V súvislosti so psoriázou teda môžeme konštatovať aj zvýšenie finančných výdavkov. Samozrejme, že je to ovplyvnené aj spôsobom liečby. Vo väčšine prípadov poisťovňa

hradí len čiastočné výdavky spojené s liečbou. Rôzne druhy masť a krémov, ako aj liekov či kúpeľnú starostlivosť si chorý vo väčšej miere uhrádza sám. Každodenná starostlivosť o pokožku a aplikácia potrebných prípravkov si vyžaduje aj ich časté kupovanie.

V rámci **d'alsieho čiastkového cieľa** sme sa zamerali na zistenie vplyvu ochorenia na zmeny v správaní chorého. Ako uvádza Čapčíková et al., (2002) pacienti s týmto ochorením môžu odmietat' pohľad na svoje telo, môžu pociťovať strach z odmietnutia alebo reakcie druhých, môžu mať pocit bezradnosti, hanby... Ďalej uvádzajú, že je dôležité, aby sa pacient nepoddal výsmechu, znechuteniu, odporu, začudovaniu a odstupu svojich blízkych, čo by len zvyšovalo úzkosť. Myslíme si, že vo väčšine prípadov sa pacienti nestretli so zmenami v správaní u blízkych v dôsledku tohto ochorenia. Potvrdzujú nám to aj výsledky dosiahnuté realizovaným prieskumom.

Na otázku č. 15 Stretli ste sa so zmenami správania v Vašich blízkych vzhľadom na diagnostikovanie ochorenia? Respondenti odpovedali nasledovne: až $n = 20$ (50%) žien a $n = 13$ (32,5%) mužov uviedlo, že sa nestretli so zmenami správania a u blízkych, $n = 1$ (2,5%) žena a $n = 0$ (0%) mužov zaznamenalo narušenie niektorých kontaktov, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž zaznamenali len čiastočné zmeny. Ide o ochorenie, ktoré si človek nevyberá z vlastnej vôle a možné zmeny zo strany blízkych sa nám zdajú byť neprijateľné. V rámci problémov, ktoré sa u pacientov môžu vyskytnúť zaraďujeme aj prijatie ochorenia.

Na otázku č. 21 Ako ste prijali diagnostikovanie ochorenia? $n = 16$ (40%) žien a $n = 0$ (0%) mužov sa nevedelo dlhší čas zmieriť s ochorením, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 1$ (2,5%) muž prijali ochorenie ako šok, ale snažili sa na to nemyslieť, $n = 5$ (12,5%) žien a až $n = 13$ (32,5%) mužov prijalo ochorenie ako akékoľvek iné ochorenie. Ženy, pre ktoré je dôležitá krása tela, ťažšie znášajú prijatie diagnostikovaného ochorenia ako muži. Ženy sa podľa výsledkov nášho prieskumu nevedia dlhší čas zmieriť s ochorením. Na druhej strane muži nemajú vo väčšine prípadov problém s prijatím ochorenia. Myslíme si, že je to do určitej miery podmienené aj pohlavím, opačným zmýšľaním, prežívaním a cítením. Pacienti môžu zaznamenať aj zmeny vo svojom správaní, ktoré môžu závisieť aj od prejavov zhoršenia ochorenia.

V otázke č. 22 Zaznamenali ste zmeny vo svojom správaní v súvislosti s ochorením? Až $n = 13$ (32,5%) žien a $n = 9$ (22,5%) mužov nezaznamenalo zmenu vo svojom správaní, $n = 8$ (20%) žien a $n = 2$ (5%) muži zaznamenali častejšiu podráždenosť, $n = 5$ (12,5%) žien a $n = 3$ (7,5%) muži zaznamenali zmenu v závislosti od zhoršenia prejavov ochorenia.

Keďže starostlivosť o pokožku je veľmi dôležitá, **nasledujúci čiastkový cieľ** sme zamerali na úroveň starostlivosti u pacientov. Ako sme už vyššie spomínali, Tereková (2007) uvádza „...*nutnosť rešpektovať stereotypy (starostlivosť o kožu)*...”. Súhlasíme s Terekovou, pretože i podľa vyjadrení pacientov je dôležitá starostlivosť o pokožku. Mnohokrát sa stáva, že túto časť podceňujú, čo môžeme zistiť aj z uvedených kazuistík. Pri tom si neuvedomujú možné následky. Dôležitá je starostlivosť o tvár, o vlasmi pokrytú časť hlavy, o ruky, nechty a nohy. Pozornosť treba upriamiť tiež na kožné záhyby, genitálie a nemožno zabúdať i na vhodný výber oblečenia, ktorý s tým jednoznačne súvisí. Keďže psoriáza sa zaraďuje medzi nevyliciteľné ochorenia, nutná je každodenná starostlivosť o svoje telo.

Posledným čiastkovým cieľom sme chceli zistiť najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy u pacientov. Čapčíková et al., (2002) uvádzajú, že holisticky ponímaná problematika u pacientov so psoriázou podmieňuje v diagnostickom procese zameranie sa nielen na fyzické, ale tiež i na psychické a sociálne súvislosti a dôsledky ochorenia. Ďalej pokračujú a hovoria, že v dôsledku toho si nevystačíme s ošetrovateľskými diagnózami, ktoré sú zamerané iba na zmeny na koži. Stotožňujeme sa s názorom autoriek. Medzi najčastejšie vyskytujúce diagnózy sa zaraďuje pruritus. Tento nepríjemný pocit je spojený s odlučovaním psoriatických šupín následkom, ktorého dochádza k narušeniu kožnej integrity. U pacientov, ktorí majú vplyvom psoriázy zasiahnuté aj kĺby, vzniká ďalšia možná diagnóza, ktorou je znížená tolerancia aktivity. Postihnutie kĺbov je rôzne. Medzi ďalšie diagnózy vyplývajúce z ochorenia patrí: narušený obraz tela, narušená osobná identita a sebaúcta, úzkosť, beznádej, narušený chod domácnosti... Myslím si, že pre sestru v rámci ochorenia plynie množstvo ošetrovateľských diagnóz, ktoré je nutné u pacienta riešiť metódou ošetrovateľského procesu.

6.1 Odporúčania pre ošetrovateľskú prax

Vzhľadom na zistené skutočnosti na základe realizovaného prieskumu by v rámci odporúčaní pre prax bolo vhodné:

- zvýšiť informovanosť chorých trpiacich na psoriázu prostredníctvom letákov, brožúr a prednášok,
- poskytnúť dostatok informácií aj širokej verejnosti o ochorení pomocou letákov a brožúr,

- vštepovať pacientom nutnosť každodennej starostlivosti o kožu v ambulantnej starostlivosti,
- zvýšiť sebauvedomenie sestier prostredníctvom prednášok, ktoré svojou profesionalitou pomáhajú prekonávať chorým zmeny v živote.

ZÁVER

Súčasná doba, hoci nie každý si to uvedomuje, kladie na človeka veľké nároky a vyžaduje si zmeny v živote. Následkom nich je človek vystavený stresu, žije uponáhľaným životom... Častokrát si hodnotu zdravia uvedomuje až vtedy, keď je neskoro, pretože množstvo nepriaznivých faktorov, ktoré na neho vplýva, je spúšť'áčom viacerých ochorení, medzi ktoré môžeme zaradiť aj kožné ochorenia. Ich výsledkom sú vo väčšine prípadov zmeny na koži, ktoré človek vníma veľmi citlivo.

Pacienti so psoriázou sa musia zmieriť s tým, že ide o chronické nevyliciteľné ochorenie a zároveň sa niektorí musia vyrovnat' so zmenami v doterajšom živote, ktoré sú s ním spojené. Medzi tieto zmeny môžeme zaradiť: dodržiavanie každodennej starostlivosti o pokožku a to nielen v období zhoršenia prejavov, ale aj vplyv ochorenia na spôsob obliekania. U niektorých ochorenie môže vplývať na zamestnanie, na správanie nielen u seba, ale aj u iných ľudí, na partnerský vzťah, ako aj na spoločenské aktivity, finančnú situáciu, či v poslednom rade na prijatie diagnostikovaného ochorenia. Dôležitá je dostatočná informovanosť pacientov.

Cieľom bakalárskej práce bolo zistiť zmeny v živote pacientov vznikajúce v dôsledku ochorenia. Následne sme sa zamerali aj na vedomostnú úroveň pacientov, na dosah ochorenia na finančnú situáciu, ale aj na možnosť výskytu zmien v správaní chorého. Pozornosť sme upriamili tiež na úroveň starostlivosti o seba samého a najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy u pacientov.

Preštudovaná literatúra nám umožnila presne stanoviť ciele práce, ktoré sme dosiahli. Prieskumom sme zistili, že u pacientov v dôsledku diagnostikovania ochorenia nastávajú zmeny v priebehu života. Môžu sa však odlišovať v závislosti od pohlavia a veku. Následne sme ďalej zistili, že pacienti nemajú dostatok informácií o ochorení, ktorá do určitej miery zasahuje aj do finančnej situácie chorého. Vo väčšine prípadov pacienti nezaznamenali vplyv ochorenia na zmeny vo svojom správaní, ale závisí to aj od prejavov ochorenia. Niektorí pacienti podceňujú zmiernenie prejavov ochorenia a úroveň starostlivosti, ktorá je dôležitá. Na základe prieskumu sme zistili tiež najčastejšie vyskytujúce sa ošetrovateľské diagnózy u chorých, medzi ktoré môžeme zaradiť napr. narušený obraz tela, pruritus, narušená integrita kože, strach a úzkosť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ZDROJOV

- ARPÁŠOVÁ, M., LUKÁŠOVÁ, V. 2006. Psoriasis vulgaris. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. ISSN 1335-5090, 2006, roč. XII, č. 4, s. 185 - 186.
- BALOGHOVÁ, J., JAUTOVÁ, J. 2008. Psoriáza a Komorbidity. In *Revue Medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2008, roč. 6, č.1, s. 25.
- BERNÁTOVÁ, V. 2004. Balneoterapia kožných ochorení. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2004, roč. III, č. 3, s. 20 - 21.
- BLAHOVÁ, K. 2003. Psychosomatické problémy pacientov s kožnými ochoreniami. In *Sestra*. ISSN 1335- 9444, 2003, roč. II, č. október, s. 17.
- BUCHVALD, D., BUCHVALD, J. 2002. *Dermatovenerológia*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2002. 284 s. ISBN 80-223-1681-4.
- BUCHVALD, J. 1993. *Dermatovenerológia*. Martin: Osveta, 1993. 286 s. ISBN 80- 217-0498-5.
- CZANIKOVÁ, A. 2006. Liečba pacientov so psoriázou biologikami. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. ISSN 1335-5090, 2006, roč. XII, č. 4. s.187 - 188.
- ČAPČÍKOVÁ, Z. et al. 2002. Vybrané Ošetrovateľské diagnózy pri psoriáze. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2002, roč. I, č. júl - august, s. 40 - 43.
- DYLEVSKÝ, I. 2003. *Somatológia*. Martin : Osveta, 2003. 438 s. ISBN 80-8063-127-1.
- FARKAŠOVÁ, D. 2005. Rola sestry a profesionálna príprava. In : FARKAŠOVÁ, D. – ZÁVODNÁ, V. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta. 2005. ISBN 80- 8063-182-4. s.186 - 188.
- FETISOVÁ, Ž. 2004. *Psoriáza a jej manažment*. 2004. In Helios [online]. 2004, č.3 [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.spae.sk/prva.htm>>.

HEGYI, E., HEGYI, V. 2003. *Aktuálne kapitoly klinickej dermatológie a venerológie*. 2. vydanie. Bratislava : September, spol.s.r.o., 2003. 321 s. ISBN 80- 969066-0-7.

HEGYI, E., HEGYI, V. 1997. *Dermatovenerologická propedeutika*. Bratislava : Medicina Correctiva, 1997. 314 s. ISBN 80-967751-0-3.

HELER, J. *Garra Rufa – Doktor ryba*. 2007. [online]. [cit. 2009.10.27.]. Dostupné na internete: <<http://www.mosrz.drahovce.sk/phprs/view.php?navezclanku=garra-rufa-doktor-ryba&cislocclanku=2007050042>>.

KAMPE, T. *Diagnóza*. 2007. [online]. [cit. 2009.10.28.]. Dostupné na internete : <<http://www.psoriaza.sk/Public/Dermatol%C3%B3gia/Diagn%C3%B3za/tabid/1332/Default.aspx>>.

KLOMÍNKOVÁ, L. 2008. Lupénka je problém řešitelný. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2008, roč. 18, č. 4, s. 51 - 52.

KRIŠTOFOVÁ, E. 2008. Dermatovenerologické ošetrovatel'stvo. In : SCHMIDTOVÁ, Z. et al. *Vybrané odbory ošetrovatel'stva*. Martin : Osveta. 2008. ISBN 978- 80- 8063-295-3, s.20 -22 .

Lekár s plutvami. [online]. 2008, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<https://www.vedatechnika.sk/Blog/Lists/Posts/Post.aspx?List=2703c3ae-d376-47b2-ad52-495a25596ef8&ID=42>>.

Lekár s plutvami. [online]. 2008, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<https://www.vedatechnika.sk/Blog/Lists/Posts/Post.aspx?List=2703c3ae-d376-47b2-ad52-495a25596ef8&ID=42>>.

MACHÁČKOVÁ, K. 2009. Psoriáza- súčasné možnosti léčby. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2009, roč. 19, č. 4, s. 54 - 55.

Miesta výskytu psoriázy. [online]. 2009, [cit. 2009.10.27].Dostupné na internete: <<http://www.psorinfo.sk/Miesta-v%C3%BDskytu-psori%C3%A1zy.aspx?ID=4112>>.

MIKULOVÁ, E. 2001. Spoločná pokrývka (Integumentum commune). In: BINOVSÝ, A. et al. *ANATÓMIA II*. Bratislava : Polygrafické stredisko UK. 2001. ISBN 80- 223-1557-5, s.185 - 189.

MOSNÁROVÁ, A. 2008. Biologická liečba psoriázy. In *Lekárske listy*. 2008, roč. III, č.51, s.22.

Ošetrovanie psoriázy (Ichthyotherapy). [online]. 2009, [cit. 2009.10.29]. Dostupné na internete: <<http://www.knabberfische.at/knabberfische/behandlung.php?lang=sk>>.

Psoriáza – súhrn. [online]. 2009, [cit. 2009.10.24]. Dostupné na internete : <http://www.badatel.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=42>

RAFFAYOVÁ, H. 2008. Psoritická artritída. In *Bedeker Zdravia*. ISSN 1337- 2734, 2008, roč. IV, č. 6, s. 62-64.

Starostlivosť o kožné záhyby. [online]. 2009, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.psorinfo.sk/Ko%C5%BEEn%C3%A9-z%C3%A1hyby.aspx?ID=4128>>.

Starostlivosť o nohy. [online]. 2009, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.psorinfo.sk/Nohy.aspx?ID=4127>>.

Starostlivosť o ruky. [online]. 2009, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.psorinfo.sk/Ruky.aspx?ID=4126>>.

Starostlivosť o tvár. [online]. 2009, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.psorinfo.sk/Tv%C3%A1r.aspx?ID=4129>>.

Starostlivosť o vlasmi pokrytú časť hlavy (kapilícium). [online]. 2009, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.psorinfo.sk/Vlasy.aspx?ID=4130>>.

Terapeutické postupy pre psoriázu nechtov. [online]. 2009, [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.psorinfo.sk/Nechty.aspx?ID=4125>>.

TEREKOVÁ, V. 2007. Psychosociálne problémy u pacientov so psoriázou. In *Ošetrovateľský Obzor*. ISSN 1336-5606, 2007, roč. IV, č. 3, s. 72 - 74.

ZELENKOVÁ, H., STRACENESKÁ, J. 2009. *Aplikácia prípravkov radu Dr. Michaels v dermatologickej praxi*. In Helios [online]. 2009, č.2 [cit. 2009.10.27]. Dostupné na internete : <<http://www.spae.sk/prva.htm>>.

PRÍLOHY

Príloha A

Príloha B

Príloha C

Príloha D

Príloha A

Štruktúrovaný rozhovor

- 1. Aký máte názor na informovanosť o svojom ochorení?**
 - a. Mám dostatočné informácie o ochorení
 - b. Mám iba čiastočné informácie o ochorení
 - c. Nemám dostatočné informácie o ochorení

- 2. Ako ste informovaný o spôsobe stravovania v súvislosti s ochorením?**
 - a. Mám dostatočné informácie o spôsobe stravovania
 - b. Mám iba čiastočné informácie o stravovaní
 - c. Neviem o tom, že by ochorenie malo za následok nejaké diétne obmedzenia

- 3. Bola psoriáza spúšťáčom iného ochorenia?**
 - a. Áno.....
 - b. Nebola spúšťáčom iného ochorenia
 - c. Nepočul/a som, že by bola spúšťáčom iného ochorenia

- 4. Aká bola Vaša doterajšia liečba v súvislosti so psoriázou?**
 - a. Maste, krémy
 - b. Tabletky
 - c. Fototerapia
 - d. Kúpeľná liečba
 - e. Iné.....

- 5. Ako sa liečite v súčasnosti?**
 - a. Maste, krémy
 - b. Maste, krémy, tabletky
 - c. Maste, krémy, fototerapia
 - d. Maste, krémy, kúpeľná liečba
 - e. Maste, krémy, tabletky, kúpeľná liečba
 - f. Iné.....

6. Vnímate zhoršenie zdravotného stavu v súvislosti s ročným obdobím?

- a. Áno..... (Jar, Leto, Jeseň, Zima) – zakrúžkujte obdobie
- b. Čiastočne vplýva
- c. Nie, ročné obdobie neovplyvňuje môj zdravotný stav

7. Vyžiadalo si diagnostikovanie ochorenia zmeny v doterajšom živote?

- a. Áno, vyžiadalo si zmeny
- b. Čiastočné zmeny
- c. Nezaznamenal/a som zmeny

8. Zaznamenal ste vplyv kožného ochorenia na starostlivosť o rodinu?

- a. Áno, zaznamenal/a som vplyv ochorenia
- b. Zaznamenal/a som čiastočný vplyv ochorenia
- c. Nezaznamenal/a som vplyv ochorenia

9. Zaznamenal ste vplyv kožného ochorenia na starostlivosť o seba samého?

- a. Áno, zaznamenal/a som vplyv ochorenia
- b. Čiastočne vplýva na starostlivosť
- c. Nie, nezaznamenal/ a som vplyv ochorenia

10. Má psoriáza vplyv na Vaše obliekanie?

- a. Áno, zakrývam si postihnutú oblasť
- b. Čiastočne ovplyvňuje spôsob obliekania
- c. Nezaznamenal/a som vplyv na obliekanie

11. Zaznamenal ste zmeny v správaní vo Vašom okolí (kaderník /čka, kúpaliská ...)?

- a. Áno, zaznamenal/a som zmeny v správaní u ľudí
- b. Nemyslím si, že by ochorenie vplývalo na zmenu správania u ľudí
- c. Zatiaľ som si nevšimol/a zmeny v správaní u ľudí

12. Je Vaše ochorenie často príčinou práceneschopnosti?

- a. Áno, vymeškávam z práca veľa
- b. Snažím sa ísť k lekárovi mimo pracovnej doby
- c. Málo vymeškávam z práce
- d. Vôbec nevymeškávam z práce

- 13. Nakoľko narušilo Vaše ochorenie vykonávanie každodenných aktivít?**
- a. Obmedzuje ma vo väčšine aktivít
 - b. Obmedzuje ma len v niektorých aktivitách
 - c. Obmedzuje ma minimálne
 - d. Neobmedzuje ma v žiadnych aktivitách
- 14. Ovplyvnilo ochorenie Váš partnerský vzťah?**
- a. Áno, ochorenie ovplyvnilo partnerský vzťah
 - b. Čiastočne ovplyvnilo partnerský vzťah
 - c. Nie, ochorenie neovplyvnilo partnerský vzťah
 - d. Iné.....
- 15. Stretli ste sa so zmenami správania u Vašich blízkych vzhľadom na diagnostikovanie ochorenia?**
- a. Áno, narušili sa niektoré kontakty
 - b. Nastali len čiastočné zmeny
 - c. Nie, nestretol/a som sa so zmenami správania
 - d. Iné.....
- 16. Ovplyvnilo ochorenie Vaše spoločenské aktivity?**
- a. Áno, obmedzil/a som spoločenské aktivity
 - b. Na začiatku ochorenia boli obmedzené
 - c. Nie, neobmedzuje ma v spoločenských aktivitách
- 17. Dodržiavate pokyny lekára v súvislosti s ochorením?**
- a. Áno, riadim sa odporúčaniami lekára
 - b. Čiastočne dodržiavam pokyny lekára
 - c. Nie, neriadim sa pokynmi lekára
- 18. Je pre Vás denná starostlivosť o pokožku obtťažujúca?**
- a. Áno, starostlivosť je obtťažujúca
 - b. Starostlivosť je čiastočne obtťažujúca
 - c. Nie je obtťažujúca

19. Zaznamenali ste v súvislosti s ochorením zvýšené finančné výdavky?

- a. Áno, suma predstavuje mesačne.....
- b. Čiastočne zvýšené finančné výdavky
- c. Nie, nezvýšili sa mi finančné výdavky

20. Náklady súvisiace s liečbou?

- a. Čiastočne uhrádza poisťovňa
- b. Neuhrádza poisťovňa

21. Ako ste prijali diagnostikovanie ochorenia?

- a. Nevedel/a som sa dlhší čas zmieriť s ochorením
- b. Bol to šok, ale snažil/a som sa na to nemyslieť
- c. Prijal/a som to ako akékoľvek ochorenie

22. Zaznamenali ste zmeny vo svojom správaní v súvislosti s ochorením?

- a. Áno, bývam častejšie podráždená/ý
- b. V závislosti od prejavov
- c. Nezaznamenal/a som zmeny vo svojom správaní

23. Ako dlho sa liečite na psoriázu?

24. Pohlavie

25. Koľko máte rokov?

26. Ekonomická situácia

- a. Študent/ka
- b. Nezamestnaný/á
- c. Zamestnaný/á
- d. Dôchodca

Príloha B

Pozorovací hárok

1. Očný kontakt počas rozhovoru :

- a) udržiava očný kontakt
- b) vyhýba sa očnému kontaktu

2. Mimika :

- a) pokojný výraz tváre
- b) vyrovnaný výraz tváre
- c) hanblivý výraz tváre
- d) úzkostlivý výraz tváre

3. Pohľad :

- a) uhýbanie pohľadom
- b) priateľský pohľad
- c) dlhý uprený pohľad
- d) úprimný pohľad
- e) utrápený pohľad

4.Haptika

- a) pozitívne prejavy
- b) negatívne prejavy

5. Proxemika :

- a) intímna zóna
- b) osobná zóna
- c) sociálna zóna
- d) verejná zóna

6. Posturika :

- a) prechádzanie po izbe
- b) sedenie
- c) státie
- d) ležanie na posteli
- e) prekrížené ruky

7. Gestikulácia :

- a) gestá dlaňami
- b) gestá rukami pri tvári
- c) gestá rukami a ramenami

8. Vzhľad :

- a) upravený vzhľad
- b) neupravený vzhľad

9. Praktické zručnosti pri starostlivosti o pokožku :

- a) pacient/ka ovláda praktické zručnosti
- b) pacient/ka potrebuje usmernenie
- c) pacient/ka neovláda praktické zručnosti

Príloha C

Fotografie pacientov z kazuistík

Kazuistika č.1:

Prvé stretnutie



Tretie stretnutie



Kazuistika č.2:

Prvé stretnutie



Tretie stretnutie



Kazuistika č.3:

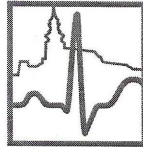
Prvé stretnutie



Tretie stretnutie



Príloha D



FAKULTNÁ NEMOCNICA NITRA

Riaditeľstvo
Špitálska 6, 950 01 Nitra


Vážená pani
Eva Zachariašová
Neverice 63
951 72 Neverice

Nitra, 21.01.2010

Vec: Uskutočnenie výskumu – súhlas

Na Vašu žiadosť zo dňa 18.1.2010 o povolenie na vykonanie prieskumu na kožnom oddelení použitím metódy kazuistika a rozhovor, ako súčasť Vašej bakalárskej práce Vám oznamujeme, že **súhlasíme** s realizáciou výskumu.

S pozdravom.


Mgr. Angelika Bahiková
námestníčka pre OŠS

FAKULTNÁ NEMOCNICA
NITRA
- 67 -