

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Martina Keřková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou

Martina Keřková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Keřková**
Osobní číslo: **Z15017**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

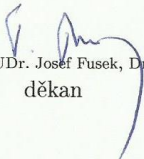
Seznam odborné literatury:

1. BĚLOBRÁDEK, Michal. Kožní nemoci: repetitorium pro praxi. Praha: Maxdorf, 2011. 215 s. ISBN 978-80-7345-221-6.
2. BENÁKOVÁ, Nina. Psoriáza nejen pro praxi. Praha: Triton, 2007. 192 s. ISBN 978 80 7254 966 5.
3. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-802-4736-259.
4. ŠTOLFA, Jiří a ŠTORK, Jiří. Psoriatická artritida a psoriáza: [etiologie, patogeneze, diagnostika, moderní léčba]. Praha: Maxdorf, 2007. 168 s. ISBN 978 80 7345 002 1.
5. VAŠKŮ, Vladimír. Psoriáza. Praha: Maxdorf, 2015. 128 s. ISBN 9788073454302.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vlastimila Semencová
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. července 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 07. 2018

Martina Keřková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Vlastimile Semencové za trpělivost, ochotu a poskytnutí cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří věnovali svůj čas k vyplnění dotazníků. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za jejich podporu během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku kvality života pacientů s psoriázou. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií kůže, charakteristikou psoriázy a vlivem zdraví na kvalitu života. V praktické části jsou pak rozebírány a hodnoceny výsledky dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Psoriáza, lupénka, psoriatic, kvalita života

TITLE

Assessing the quality of life in patients with psoriasis.

ANNOTATION

The bachelor's thesis is focused on the quality of life patients with psoriasis. It is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part deals with the anatomy and physiology of the skin, the characteristic of psoriasis and impact of health on quality of life. In the practical part, the results of the questionnaire survey are analyzed and then evaluated.

KEYWORDS

Psoriasis, psoriatic patient, quality of life

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	15
I. TEORETICKÁ ČÁST	16
1 Kůže (cutis, derma).....	16
1.1 Anatomie	16
1.1.1 Epidermis (pokožka)	16
1.1.2 Dermis (škára, korium)	16
1.1.3 Tela subcutanea (subcutis)	17
1.1.4 Kožní adnexa.....	17
1.2 Fyziologie kůže	18
1.3 Kožní nemoci v závislosti na stresu	20
2 Psoriáza.....	21
2.1 Definice	21
2.2 Historie	22
2.3 Epidemiologie.....	22
2.4 Etiologie	23
2.5 Patogeneze	24
2.6 Klinický obraz	25
2.7 Formy	25
2.7.1 Psoriasis vulgaris (ložisková psoriáza)	26
2.7.2 Psoriasis guttata (kapkovitá psoriáza).....	26
2.7.3 Psoriasis pustulosa (pustulózní psoriáza).....	26
2.7.4 Psoriasis arthropatica (psoriatická artritida).....	27
2.8 Diagnostika.....	28
2.9 Léčebné postupy a terapie	29
3 Kvalita života.....	34

3.1	Historie	34
3.2	Kvalita života psoriatických pacientů	35
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	37
4	Výzkumné otázky	37
5	Metodika výzkumu	38
5.1	Forma sběru dat	38
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku	39
5.3	Pilotní studie	39
5.4	Průběh výzkumu	39
5.5	Způsob vyhodnocení	40
6	Prezentace výsledků	41
6.1	Prezentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám	41
6.2	Prezentace výsledků vztahujících se k výzkumným otázkám	69
7	Diskuze	72
8	Závěr	82
9	Použitá literatura	84
10	Přílohy	89

SEZNAM ILUSTRACÍ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Graf zobrazující přehled respondentů dle pohlaví	41
Obrázek 2: Graf znázorňující věkovou strukturu respondentů	42
Obrázek 3: Graf zobrazující dobu trvání psoriázy u respondentů	43
Obrázek 4: Graf zobrazující výskyt forem psoriázy	44
Obrázek 5: Graf zobrazující četnost respondentů s jedním a více místy výskytu	45
Obrázek 6: Graf zobrazující výskyt remisí	47
Obrázek 7: Graf zobrazující četnost výskytu remisí	48
Obrázek 8: Graf zobrazující vliv psoriázy na výběr oblečení	49
Obrázek 9: Graf zobrazující vliv psoriázy na výběr povolání	51
Obrázek 10: Graf zobrazující vliv psoriázy na společenský život respondentů	53
Obrázek 11: Graf zobrazující zkušenosti respondentů se zápornými reakcemi	55
Obrázek 12: Graf zobrazující výskyt nezmíněných problémů způsobených psoriázou	58
Obrázek 13: Graf zobrazující pocit méněcennosti u respondentů	60
Obrázek 14: Graf zobrazující užívání terapie	62
Obrázek 15: Graf zobrazující užívání lázeňské léčby	63
Obrázek 16: Graf zobrazující účinnost terapie	65
Obrázek 17: Graf zobrazující členství respondentů v klubech či sdruženích pro psoriatiky ...	66
Obrázek 18: Graf zobrazující vliv pohlaví na vnímání dopadů psoriázy	69
Obrázek 19: Graf zobrazující vliv věku na vnímání dopadů psoriázy	69
Obrázek 20: Graf zobrazující vliv výskytu remisí na vnímání dopadů psoriázy	70
Obrázek 21: Graf zobrazující vliv délky trvání nemoci na vnímání dopadů psoriázy	70
Obrázek 22: Graf zobrazující vliv místa výskytu na vnímání dopadů psoriázy	71

Seznam tabulek

Tabulka 1: Výskyt jednotlivých forem psoriázy.....	44
Tabulka 2: Místa výskytu psoriázy.....	45
Tabulka 3: Jiná místa výskytu psoriázy.....	46
Tabulka 4: Individuální výskyt remisí.....	48
Tabulka 5: Nevhodné oblečení pro psoriatiky.....	50
Tabulka 6: Překážky ve výběru/výkonu povolání u psoriatiků.....	52
Tabulka 7: Společenská omezení respondentů.....	54
Tabulka 8: Nejčtenější záporné reakce vůči psoriatickým pacientům.....	56
Tabulka 9: Možnosti řešení záporných reakcí.....	57
Tabulka 10: Zmapování dalších problémů spojených s psoriázou.....	59
Tabulka 11: Využití jednotlivých léčebných metod psoriázy.....	61
Tabulka 12 - Jiné možnosti léčby podle respondentů.....	61
Tabulka 13: Důvody bránící užívání lázeňské léčby.....	63
Tabulka 14: Jiné důvody bránící užívání lázeňské léčby.....	64
Tabulka 15: Účinnost méně častých léčebných metod.....	65
Tabulka 16: Faktory pomáhající respondentům vyrovnat se s onemocněním.....	68

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACE	angiotensin-converting-enzyme (enzym angiotenzin-konvertáza)
aj.	a jiné
a kol.	a kolektiv
AMK	aminokyseliny
ASLO	antistreptolysin O
BSA	Body Surface Area (procento postižení povrchu těla)
CRP	C-reaktivní protein
č.	číslo
ČR	Česká Republika
DLQI	Dermatology Life Quality Index (dermatologický index kvality života)
DM	diabetes mellitus (cukrovka)
GFK	Growth from Knowledge
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
HLA	human leukocyte antigens (komplex specifických antigenů)
HRQoL	Health-Related Quality of Life (kvalita života podmíněná zdravím)
ICHS	ischemická choroba srdeční
kg	kilogram
m ²	metr čtverečný
MHC	major histocompatibility complex (hlavní histokompatibilní komplex)
MK	matné kyseliny
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-desátá revize
mm	milimetr
např.	například
nm	nanometr
NSA	nesteroidní antiflogistika

OCD	obsessive-compulsive disorder (obsedantně-kompulzivní porucha)
PASI	Psoriasis Area Severity Index (index plochy postižení a závažnosti psoriázy)
PDI	Psoriasis Disability Index (index kvality života u psoriázy)
př. n. l.	před naším letopočtem
příp.	případně
PSA	psoriatická artritida
PUVA	psoralen+UV-A (fotochemoterapie)
s.	strana
SPAЕ	Spolek psoriatických a atopických ekzematiků
SUP	selective ultraviolet phototherapy (selektivní fototerapie ultrafialovým světlem)
TAG	triacylglyceroly
tzv.	takzvaně
USA	United States of America (Spojené státy americké)
UV	ultraviolet (ultrafialové záření)
UV-A	ultraviolet A (ultrafialové záření typu A)
UV-B	ultraviolet B (ultrafialové záření typu B)
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQoL	World Health Organization Quality of Life (dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace)
WHOQoL-BREF	World Health Organization Quality of Life – BREF (dotazník kvality života typu BREF)
zejm.	zejména

ÚVOD

„Psoriáza nezabíjí, ale ničí život.“

T. B. Fitzpatrick

Psoriáza (česky lupénka) je chronickým zánětlivým onemocněním kůže (Štork a kol., 2013, s. 185). I když není zhoubným onemocněním, bývá spojována s vysokým počtem přidružených chorob (dále komorbidit), které mohou zkracovat délku života člověka. Také způsobuje pacientům obtíže, jakými jsou bolest či úporné svědění. Ve spojení s nevhledností psoriatických ložisek a dezinformovaností veřejnosti může výrazně ovlivňovat kvalitu života nemocných (Benáková a kol. 2007, s. 17-20).

Tento mnohdy celoživotní „boj s větrnými mlýny“ pacienty fyzicky i psychicky velmi vyčerpává a je tak pro ně každodenním handicapem v mnoha oblastech. Často více než onemocnění samotným, trpí pacienti chováním okolí. Protože kůže pokrývá celé naše tělo, bývá to první věc, které si veřejnost všimne (Tress, Krusse, Ott, 2007, s. 165). I přes to, že jde o poměrně rozšířenou chorobu, stále velké množství lidí předpokládá, že je psoriáza nakažlivá a skrze kožní projevy v nich budí jakousi nelibost. Celosvětový průzkum společnosti GFK poukazuje na fakt, že až 84 % psoriatiků se setkalo s diskriminací, ponižováním či odmítáním skrze svoji nemoc a téměř polovina se potýkala s dotazy na infekčnost psoriázy (Gejdoš, 2017).

Jelikož psoriázou trpí člen mé rodiny, tak sama vidím, jaké dopady tato nemoc může mít. Jak dokáže člověka omezovat v naprosto banálních věcech, narušit jeho duševní pohodu a celkově snížit kvalitu života nemocného. Je to jako být v začarovaném kruhu. Všechny již dříve zmíněné skutečnosti způsobují lidem s psoriázou (dále psoriatikům) stres a stres samotný způsobuje zhoršování této choroby (Gejdoš, 2017). Proto jsem se rozhodla prostřednictvím této práce zjistit, jak prožívají psoriázu ostatní pacienti a jak samotná nemoc ovlivňuje kvalitu jejich života.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to teoretické a výzkumné. Teoretická část má tři hlavní kapitoly. V první kapitole popisují anatomii a fyziologii kůže a také se zde zmiňují o vlivu stresu na kožní onemocnění. Druhá kapitola je věnována samotné psoriáze a v poslední kapitole se zabývám kvalitou života a způsoby, jakými ji lze hodnotit.

Výzkumná část práce obsahuje popis metodiky výzkumu a jsou v ní prezentována data dotazníkového šetření. Hlavní cíl bakalářské práce je zhodnocení kvality života psoriatiků.

Dále jsem si stanovila tři dílčí cíle. V prvním cíli mám za úkol zmapovat, které faktory nejčastěji ovlivňují vnímání psoriázy u respondentů. Ve druhém cíli zjišťuji, zda respondenti trpící psoriázou pocítují stigma společnosti. V posledním cíli mě naopak zajímají faktory, které mají pozitivní vliv na kvalitu života psoriatiků. Na základě těchto cílů jsem si ve výzkumné části stanovila sedm výzkumných otázek a dále sestavila nestandardizovaný anonymní dotazník. Prezentací výsledků dotazníkového šetření jsem zjistila odpovědi na výzkumné otázky, které jsou uvedeny v Diskuzi.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zhodnotit kvalitu života pacientů s psoriázou.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat nejčastější faktory, které ovlivňují vnímání psoriázy u respondentů.
2. Zjistit, zda respondenti s psoriázou pocítují stigma společnosti.
3. Zmapovat faktory, které zvyšují kvalitu života respondentů s psoriázou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KŮŽE (CUTIS, DERMA)

Kůže tvoří ochrannou bariéru mezi vnějším prostředím a organismem. Je právem považována za největší orgán lidského těla, protože pokrývá celý tělesný povrch. Rozsah kožního povrchu je závislý na tělesných proporcích jedince, ale v průměru zaujímá 1,6 – 1,8 m² tělesného povrchu, což odpovídá přibližně 4,5 kg lidské váhy (Křivánková, Hradová, 2009, s. 118). Zbarvení kůže je dáno především silou rohové vrstvy, obsahem melaninu a mírou prokrvení. Vliv na barvu má také hydratace, lipidy a karoten (Štork a kol., 2013, s. 1-2).

1.1 Anatomie

Anatomicky se kůže skládá z několika vrstev. Na povrchu se nachází epitelová vrstva (epidermis), následuje vrstva vazivové tkáně (dermis) a pod ní je vrstva tkáně tukové (tela subcutanea) (Merkunová, Orel, 2008, s. 26).

1.1.1 Epidermis (pokožka)

Jedná se o povrchovou bezcévnou část kůže tvořenou několika typy buněk. Nejstěžejnějšími jsou tzv. keratinocyty, které vytvářejí rohovatějící dlaždicový epitel. Tento epitel je uspořádaný do několika vrstev (stratum basale, spinosum, granulosum, lucidum, corneum) a vybíhá směrem do škáry ve formě čepů (Štork a kol., 2013, s. 2).

Keratinocyty vznikají oddělením od basální vrstvy, postupně zrají (rohovatějí) a prostupují všemi vrstvami směrem k povrchu epidermis. Po opotřebením dochází k jejich odlupování a prostupu nových buněk. Tento proces trvá průměrně 28 dní, vyjma kůže na hlavě, kde je interval zkrácen na 14 dní (Štork a kol., 2013, s. 4). Díky přítomnosti velkého množství keratinu (stavební bílkovina), vytvářejí účinnou bariéru proti působení okolního prostředí (Křivánková, Hradová, 2009, s. 118).

1.1.2 Dermis (škára, korium)

Dermis je střední vrstva kůže tvořena především vazivem a fibroblasty. Zpevňuje epidermis a je složena ze dvou úseků s nejasným rozhraním, pars papillaris a pars reticularis (Štork a kol., 2013, s. 5). Vnější vrstva (pars papillaris) je složena převážně z elastických vláken, která tvoří dermální papily promítající se do povrchové struktury kůže. Naopak vnitřní vrstvu (pars reticularis) tvoří spíše neuspořádané kolagenní vazivo. V tomto vazivu

jsou uloženy epidermální deriváty, kam patří vlasový folikul, potní a mazové žlázy a je navíc protkáno bohatou sítí lymfatických a krevních cév (Merkunová, Orel, 2008, s. 27). V dermis se také nachází jak cerebrospinalní senzitivní (tlak, dotyk, teplo, chlad), tak vegetativní inervace („husí kůže“, činnost potních žláz a arteriol) (Štork a kol., 2013, s. 6-7).

1.1.3 Tela subcutanea (subcutis)

Je nejhluběji uloženou vrstvou kůže. Tvoří ji hlavně tuková tkáň, kde je základní stavební jednotkou adipocyt. Díky vazivovým septům je subcutis členěna na laloky a lalůčky. Stejně jako dermis je bohatě cévně zásobená. Její tloušťka je různá dle anatomie, hmotnosti a výživy jedince. Nejvíce se tuk ukládá na stehnech, hýždích a bříše, kde může vytvořit tzv. tukový polštář (panniculus adiposus). Ten funguje jako rezervoár energie a chrání hlouběji uložené orgány (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 19).

1.1.4 Kožní adnexa

Kožní adnexa jsou lokalizovaná především v dermis a dělí se na keratinizovaná a žlázová (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 19).

Žlázová adnexa

Mazové žlázy vylučují maz (sebum), který vyživuje a chrání kůži, vlasy a chlupy. Zcela chybí na dlaních a ploskách nohou (Merkunová a Orel, 2008, s. 28). Naopak nejvíce se vyskytují v obličeji, na hrudníku a ve vazbě na vlasový folikul. Jejich počet se u dospělého člověka odhaduje na 300 000 (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 19).

Potní žlázy lze dělit na malé a velké a je pro ně typické vylučování potu. Malé potní žlázy jsou rozesety téměř po celém tělesném povrchu a secernují pot především vlivem teplotních či psychosociálních faktorů. Velké potní žlázy nalezneme především v axilách a anogenitálně. Zde je vylučování potu řízeno hormonálně a začíná až v období puberty. Tento sekret je bohatý na lipidy a vlivem bakteriálního rozkladu charakteristicky zapáchá (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 19-20).

Keratinizovaná adnexa

Nehet (unguis) je tvrdá, mírně vyklenutá destička tvořena keratinem. Epidermis je zde modifikovaná a nedochází k jejímu olupování. Vazivový podklad se nachází nad periostem koncových falangů a roste po celý život (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 20).

Vlasy (villus) vznikají již během embryonálního vývoje, kdy dochází ke vchlípení epidermis do škáry. Tento útvar je obklopen papilami, což vytvoří základ pro vlasový folikul. Ten je

uložen v epitelové pochvě, kam ústí mazové žlázy. Po celém těle máme asi 5 milionů vlasových folikulů, z čehož 100 000 připadá na oblast hlavy. Tento počet se postnatálně nemění. Za den vlas vyroste asi o 0,35 mm a jeho barva je podmíněna množstvím a aktivitou melanocytů. Tloušťka, hustota a růst pak závisí na pohlaví a geografické lokalitě. Zpravidla dělíme vlasy na dlouhé a krátké. Mezi dlouhé vlasy (pili longi) řadíme vlasy na hlavě, vousy, chlupy v podpaždí, pubické a tělesné ochlupení. Mezi krátké vlasy (pili breves) patří oční řasy, obočí, chloupky v nose a v zevním zvukovodu (Štork a kol., 2013, s. 7-8). Vlas také mění svou strukturu během dospívání a tak se na těle člověka za život prostřídá několik typů vlasů (prenatální lanugo, velusový, intermediální a terminální vlas (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 20).

1.2 Fyziologie kůže

Fyziologie blízce souvisí s anatómií a bariérovou rolí kůže, oddělující vnitřní a vnější prostředím organismu (Štork a kol., 2013, s. 9).

Ochranná (bariérová) funkce

Pevná, pružná a celistvá pokožka chrání tělo před fyzikálním působením jako je tah či tlak. Histiocyty, spolu se samočisticí schopností kůže a nárazníkovou funkcí kožního filmu, fungují jako účinná bariéra proti mikroorganismům, chemikáliím a dalším agresivním noxám. Kožní pigment melanin chrání organismus před účinky UV záření. Ochrannou funkci můžeme pozorovat již v prenatálním období. U plodu se objevuje tzv. „mázek“ (vernix caseosa), který má zamezit mechanickému poškození a bránit vniknutí infekce (Rokyta, 2015, s. 629).

Sekreční funkce

Díky kožním buňkám a žlázám dochází v kůži k sekreci mnoha látek. Keratin jako nejpevnější struktura v lidském těle zamezuje působení fyzikálních a chemických vlivů. Melanin je kožní pigment zajišťující fotoprotekci. Pot je podstatný pro hydrataci pokožky a tělesnou termoregulaci. Maz pak vytváří ochranný kožní film (Štork a kol., 2013, s. 10).

Depotní (skladovací) funkce

Kůže zabraňuje ztrátám tělesných tekutin a vzniku dehydratace. Představuje rezervoár vody, která se váže na kolagenní vlákna. Při poškození kožního krytu (např. popálení) je tak pacient ohrožen hypovolemickým šokem způsobeným nadměrnými ztrátami tekutin (Rokyta, 2015, s. 629). Kromě vody je v kůži uloženo velké množství krve, glukóza a podkožní tuk. Depotní funkci lze využít i při léčbě lokálními kortikoidy (Štork a kol., 2013, s. 11).

Metabolická funkce

Jde o metabolicky aktivní orgán a při svém rozsahu se podílí na metabolismu celého těla. Uskutečňuje se zde látková přeměna sacharidů (glukóza, glykogen, kyselina hyaluronová), lipidů (cholesterol, TAG, MK, skvalen), bílkovin (AMK) a steroidů (vitamín D) (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 24).

Regulační funkce

Kůže funguje jako polopropustná membrána. Průnik látek z okolí je závislý nejen na jejich charakteru, ale také na hydrataci a stavu pokožky. Navíc prostřednictvím pocení, odpařování vody z povrchu těla a vazomotorických změn řídí kůže termoregulaci organismu (Štork a kol., 2013, s. 11).

Senzorická funkce

V kůži se nachází velké množství receptorů, které organismu poskytují informace o stavu vnějšího a vnitřního prostředí. Díky množství tělísek a nociceptorů organismus pomocí kůže registruje teplo, chlad, tlak, dotyk a bolest. Kůže tedy funguje jako smyslový orgán (Štork a kol., 2013, s. 11).

Imunologická funkce

Z důvodu častého kontaktu kůže s antigeny bývá nejvíce senzibilizovaným orgánem těla (Štork a kol., 2013, s. 11). Imunitní reakce kůže může být fyziologická, kdy má ochranný charakter a odstraňuje cizorodé částice a vlastní odumřelé nebo poškozené buňky. V případě patologické imunitní reakce jde o intenzivní abnormální odpověď organismu na působící noxu a má ničivý charakter (alergie, autoimunitní choroby, imunodeficity) (Brychta, Stanek a kol., 2014, s. 25).

Psychosociální funkce

V dnešní době je kladen velký důraz na vzhled kůže. Je důležitým nástrojem nonverbální komunikace a vlivem jejího rozsahu a viditelnosti může výrazně ovlivňovat chování a postavení člověka (Štork a kol., 2013, s. 12).

Povrch pokožky je členěn vráskami vycházejícími ze škáry na valy, které jsou uspořádány v liniích. Tyto linie vytvářejí na dlaních a ploskách nohou charakteristické kresby (dermatoglyfy), čehož je využíváno při identifikaci osob. Kůže je tak velmi podstatná pro zachování identity jedince (Štork a kol., 2013, s. 1).

1.3 Kožní nemoci v závislosti na stresu

Pojem „stres“ je obecně chápán jako reálné či potenciální ohrožení homeostázy (rovnováhy) organismu. Krátkodobě bývá prospěšný a stimuluje organismus k lepším výkonům. Dlouhodobé vystavování organismu mimořádným podmínkám (dále stresorům) způsobuje jeho narušení rovnováhy a vyčerpání. Tyto stresory působí jak na fyzickou, tak na psychickou stránku člověka. Tomu odpovídá i stresová reakce organismu, který se brání jak tělesnými projevy, tak i změnami behaviorálními či duševními (Joshi, 2007, s. 19).

Můžeme tak vidět, že fyzická i psychická oblast zdraví jsou navzájem propojeny a jedna ovlivňuje druhou. Jde o tzv. psychosomatické pojetí zdraví či nemoci. A tak je tomu i v případě onemocnění pokožky (Poněšický, 2014, s. 13-14, 98).

Mezi kožní choroby, u kterých mají stresové faktory významný podíl na jejich propuknutí či zhoršení, nejčastěji patří atopický ekzém, kopřivka, akné, arteficiální dermatózy a psoriáza. U těchto nemocí lze vyzorovat, že jejich ataky časově odpovídají psychosociálnímu zatížení organismu (Tress, Kruse, Ott, 2007, s. 166-167).

Zatížení organismu mohou tedy způsobovat určité situace, mezi které řadíme úmrtí a rodinné konflikty. Velmi negativně také působí viditelnost těchto onemocnění. Způsobují pacientům obtíže v komunikaci a v navazování partnerských vztahů. Čím vyšší je intenzita a rozsah nemoci, tím větší má pacient strach z odmítnutí. Rovněž velmi často dochází k nepochopení nejen ze strany veřejnosti, ale také ze strany rodiny. Pacienti se proto svou nemoc snaží co nejvíce skrývat a vyhýbat se veřejným místům. Zatížením pro organismus jsou i samotné tělesné projevy nemoci, jako je bolest či svědění. Ze zmíněných skutečností lze tedy vyzorovat, že kožní choroby jsou silně ovlivňovány stresem a zároveň se samotné stávají jeho zdrojem (Javůrková, Raudenská, 2013, s. 77-78).

2 PSORIÁZA

Psoriáza je jedním z nejčastěji se vyskytujících kožních onemocnění. Propuká v kterémkoliv věku bez rozdílu pohlaví a setkáváme se s ní ve všech koutech světa. Rok od roku nemocných přibývá, čímž se stává vážným globálním problémem (WHO, 2016, s. 5, 7).

2.1 Definice

Psoriáza je chronické kožní onemocnění projevující se výsevem zánětlivých ložisek kdekoli na těle (Vašků, 2015, s. 11). Není tedy výjimkou, že psoriáza kromě kůže často postihuje také nehty či klouby a je spojená s velkým množstvím komorbidit. Dle toho je rozlišováno široké spektrum odlišným forem psoriázy (WHO, 2016, s. 13).

Obvykle je pro psoriázu charakteristické střídání období remisí s obdobími relapsů (exacerbací). Stejně jako je rozmanitý klinický obraz nemoci, bývá i průběh velmi individuální záležitostí. U většiny pacientů trvají remise krátce, nejvýše několik měsíců. Ale v některých případech může období klidu přetrvávat i roky (Benáková a kol., 2007, s. 41).

Psoriáza bývá často komplikována tzv. komorbiditami. Jedná se o choroby, které se vyskytují souběžně s psoriázou a často mají stejný patogenetický mechanismus, tedy uplatňování zánětlivých mediátorů. Mezi komorbidity v první řadě patří imunologicky podmíněná onemocnění jakými je Bechtěrevova choroba, roztroušená skleróza, ulcerózní kolitida a Crohnova choroba (Benáková, 2009). Vašků (2009, s. 64) uvádí, že je u psoriatiků pozorován také vyšší výskyt komorbidit spojených s metabolickým syndromem. Mezi tyto metabolické choroby je řazena obezita, diabetes mellitus II. typu, arteriální hypertenze, dyslipidémie a také ateroskleróza, která může vyústit až v infarkt myokardu nebo cévní mozkovou příhodu.

Nejen, že tyto choroby zhoršují kvalitu života, ale také mohou dobu života výrazně zkracovat. Proto je na místě, aby lékař aktivně pátral po těchto komorbiditách, nabádal pacienta ke zdravému životnímu stylu a spolupracoval se specialisty z jiných oborů. Dobrá kompenzace komorbidit a zdravý životní styl mohou příznivě ovlivnit průběh psoriázy a naopak včasná a účinná léčba psoriázy snižuje riziko rozvoje komorbidit (Benáková, 2009).

2.2 Historie

Zatím není přesně datováno, ve kterém stupni vývoje člověka se psoriáza začala vyskytovat. S vývojem techniky ale dokázali vědci objevit psoriatické plaky na mumifikovaných tělech starých 4000 let (Drozenová, 2008, s. 121).

Vzhledem k možné záměně s velkým spektrem lichenoidních dermatóz (lepra, lichen) je těžké určit, která písemná zmínka o psoriáze je tou počáteční. Za nejstarší dochovaný záznam je tak považován Ebersův papyrus z roku 1500 př. n. l., kde byl podrobně popsán přehled tehdejší léčby psoriázy. Na přelomu letopočtu zavedl Celsus do praxe nové možnosti lokální léčby. Téměř v totožný čas v antickém Římě se zabýval léčbou psoriázy také Galén (Vašků, 2015, s. 11-12). Mimo jiné je mu přisuzováno zavedení pojmu „psoriáza“. Ten je odvozen ze starořeckého slova „psora“, což lze přeložit jako svědění nebo také šupina (Benáková a kol., 2007, s. 15).

Až do 18. století byla většina dermatóz mylně zaměňována za lepru, což nemocné odsoudilo k životu na okraji společnosti. Lidé tyto choroby považovali za „Boží trest“ nebo čištění zkažené duše. K výraznému posunu došlo až v knize *Cutaneous Diseases* od Roberta Willana (1757-1812), který je považován za zakladatele moderní dermatologie. Popisuje zde různé formy psoriázy a označuje ji jako samostatné kožní onemocnění. Díky rodákovi z Brna Ferdinandu von Hebrovi bylo roku 1845 opět zavedeno do praxe označení „psoriáza“ (Vašků, 2015, s. 12).

Stále je ale neznámá přesná etiopatogeneze a z tohoto důvodu je také obtížné přijít na účinný způsob léčby. Proto se většina výzkumů a snah od počátku 20. století zabývá převážně mechanismem vzniku choroby. V 70. letech byla vyslovena hypotéza o imunopatologickém původu psoriázy a toho se držíme dodnes (Vašků, 2015, s. 13). Díky tomu byla v roce 2004 zavedena do praxe tzv. biologická léčba., která působí proti signálním molekulám imunitního systému (cytokinům) produkovaných kožními buňkami (keratinocyty) (Cetkovská, Kojanová, 2011, s. 254).

2.3 Epidemiologie

Podle Smithové (2015) psoriáza postihuje zhruba 125 milionů osob, což odpovídá 2,2 % světové populace. Počty nemocných se však v jednotlivých oblastech světa liší. Vyšší výskyt je pozorován převážně v rozvinutých zemích, kdy např. v USA je psoriáza nejčastějším autoimunitním onemocněním.

Prevalence psoriázy je do určité míry závislá na geografické poloze jednotlivých států. Nejvyšší je na severu Evropy (Faerské ostrovy) a směrem na jih klesá (Afrika, Asie, Jižní Amerika). Tento rozdíl je přisuzován především působení environmentálních a genetických faktorů (stravování, infekce, intenzita slunečního záření aj.) (Tichý, 2011, s. 227).

Této geografické rozdílnosti pak odpovídá fakt, že u bílé rasy se psoriáza vyskytuje nejčastěji. Až o polovinu méně případů najdeme mezi africkou populací u rasy černé. V případě Asiatů (Čína, Indie) a jihoamerických Indiánů se psoriáza prakticky nevyskytuje. Co se pohlaví týče, výskyt mezi muži a ženami je v dospělosti téměř totožný. Avšak při nástupu psoriázy v dětství bývá více nemocných mezi dívkami (Vašků, 2015, s. 16).

Dle nástupu nemoci můžeme rozlišit dva psoriatické typy:

- **Typ I** se vyskytuje asi u 2/3 nemocných. Nastupuje do 40. let věku a obvykle mívá těžší průběh (Tichý, 2011, s. 227). Na vzniku se často podílí pozitivní rodinná anamnéza a typická je asociace s antigeny hlavního histokompatibilního komplexu (MHC) (Fialová, Hercogová, 2010).
- **Typ II** nastupuje až po 40. roce života s vrcholem mezi 50. a 60. lety. Je zde negativní rodinný výskyt, asociace s MHC antigeny je minimální a průběh nebývá tak bouřlivý (Fialová, Hercogová, 2010).

2.4 Etiologie

Psoriáza je multifaktoriálním heterogenním onemocněním, ale její přesná příčina není dosud známa. Důležitou roli zde hrají především spouštěcí (provokační) faktory a genetické predispozice (asociace s MHC). V případě, že na jedince s děděnými sklony začnou tyto faktory působit, může dojít ke spuštění patologického procesu a klinickým projevům (Štork a kol., 2013, s. 185).

Moosová (2015) uvádí, že u jedinců bez pozitivní rodinné anamnézy je riziko výskytu pouze okolo 2-3 %. Avšak u dítěte s jedním psoriatickým rodičem tato pravděpodobnost roste na 30 % a při postižení obou rodičů je to až 70 %. Při postižení jednoho dítěte je 20% riziko propuknutí nemoci u sourozence.

Spouštěcí faktory mohou být jak zevní tak vnitřní. Samy o sobě nemoc nezpůsobují, ale mají výrazný podíl na jejím vzniku či zhoršení (Moosová, 2015). Řadíme sem fyzikální a chemické vlivy (úrazy, operace, poleptání, popálení, tření, UV záření), infekce (streptokokové angíny, HIV, kvasinky, herpes viry), léky (beta blokátory, ACE inhibitory,

antimalaritika, NSA, náhlé vysazení kortikosteroidů), psychické vlivy (stres), vlivy metabolické (puberta, těhotenství, estrogeny, hypokalcémie, diabetes mellitus, tyreopatie, dna) a jako u většiny chorob má i zde negativní dopady alkohol a kouření (Vašků, 2015, s. 22-24).

2.5 Patogeneze

Patogenetický proces není dosud zcela objasněn. Existují i spekulace, které nepovažují psoriázu za jednu samostatnou chorobu, ale za propuknutí více chorob současně (Vašků, 2015, s. 17-18). Pro zjednodušení lze vznik psoriázy chápat jako důsledek vzájemného působení leukocytů, buněčných populací a protizánětlivých molekul (cytokiny, chemokiny, mediátory) přítomných v kůži (Benáková a kol., 2007, s. 47-48).

Toto vzájemné působení se projevuje několika základními pochody, které při vzniku psoriázy probíhají a mezi ně patří:

- 1) Změny keratinocytů (Hyperproliferační, abnormální diferenciací)
 - 2) Hyperplazie epidermis (Akantóza, parakeratóza, hyperkeratóza)
 - 3) Změny endotelií (Angioproliferační, aktivace)
 - 4) Infiltrace zánětlivými buňkami (lymfocyty, polymorfonukleáry)
- (Štork a kol., 2013, s. 185)

V současnosti je tedy psoriáza považována za autoimunitní onemocnění. Jedná se o reakci imunitního systému (T-lymfocytů), kdy dochází k napadání a poškozování zdravých buněk těla vlastních (Moosová, 2015).

Předpokládá se, že vše začíná u dendritické (Langerhansovy) buňky nacházející se v kůži. Tato buňka předkládá neznámý antigen imunitnímu systému. Ten zanese antigen do spádové lymfatické uzliny, kde dojde k jeho rozeznání. Tím se aktivují T-lymfocyty, které jsou vyslány do místa určení (korium, epidermis) a po kontaktu s antigenem produkují protizánětlivé látky (cytokiny) způsobující kaskádu patologických změn vedoucích k psoriáze (Štork a kol., 2013, s. 186).

Vlivem vytvořeného zánětu dochází ke zmnožení, rychlému růstu a poruše diferenciací keratinocytů. To vede ke zkrácení doby zrání a do rohové vrstvy kůže prostoupí již za 4 dny, což je oproti běžným 28 dnům až 7x rychleji (Moosová, 2015).

2.6 Klinický obraz

Klinické projevy psoriázy jsou velmi rozmanité. Avšak typickým kožním příznakem této choroby je výskyt dobře ohraničených ložisek červeného zbarvení, jejichž okraj bývá mírně vyvýšený oproti okolní zdravé tkáni. Velmi často jsou tato ložiska pokryta stříbřitými šupinami, které bývají nehtem snadno odlučitelné (Drozenová, 2008, s. 121). Ve většině případů je výskyt těchto lézí doprovázen nepříjemnými subjektivními pocity. Pacienti pociťují svědění, řezání, pálení a nezhřídka také bolest (Benáková a kol., 2007, s. 23).

Pro psoriatická ložiska jsou typické tzv. fenomény. V případě, že nánosy šupin při škrábání nehtem odskakují, jde o fenomén voskové svíčky. Pod těmito šupinami je pak přítomna tzv. poslední kůžička. Jde o ztenčenou epidermis, při jejímž poranění dochází snadno k drobnému bodovitému krvácení. Objevení této kůžičky se označuje jako Auspitzův fenomén (Štork a kol., 2013, s. 186). Jeho přítomnost je pak potvrzena dalším škrábnutím nehtu, kdy se objeví drobné krvácení, což je nazýváno jako fenomén krvavé rosy. Ložiska také mohou vznikat v místě předchozího poškození a potom se hovoří o Koebnerově izomorfním fenoménu (Benáková a kol., 2007, s. 36).

2.7 Formy

Psoriáza má velmi rozmanité spektrum příznaků. Z tohoto důvodu je v dnešní době popisováno mnoho různých forem psoriázy. Ty se mezi sebou mohou lišit průběhem, charakterem psoriatických lézí, jejich lokalizací, tvarem či rozsahem (Drozenová, 2008, s. 121).

Jedno ze základních dělení psoriázy je podle její dynamiky (průběhu). Až 95 % pacientů se léčí s chronickou formou psoriázy. Jedná se o mírněji probíhající formu často s progredujícím charakterem. Pacienti se s ní potýkají po celý život a její příznaky odpovídají výše zmíněným (viz 2.6 klinický obraz, s. 25). Dále je možné se setkat s akutně probíhající formou psoriázou, která se častěji vyskytuje u dětí a mladistvých. Projevuje se rychlým agresivním nástupem. V řádu hodin se na těle objevují drobná začervenalá ložiska, která mohou splynout a pokrýt celé tělo. Často je tento stav doprovázen horečkou a může být životu nebezpečný (Česká akademie dermatovenerologie, 2011).

Lze také definovat psoriázu dle její závažnosti, kde hodnotíme rozsah postižení kůže v procentech a k čemuž nám slouží standardizované nástroje PASI a BSA (viz příloha A, s. 90) (Vašků, 2015, s. 25).

Dále jsou zmiňovány pouze základní formy psoriázy a jejich morfologické varianty dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2018, s. 431).

2.7.1 Psoriasis vulgaris (ložisková psoriáza)

Je nejčastěji se vyskytující formou tohoto onemocnění a postihuje okolo 80 % psoriaticů (Drozenová, 2008, s. 121). Léze jsou u této formy většinou dobře ohraničeny a nápadně zbarvené do cihlově červené barvy. Ve většině případů probíhá chronicky. Obvyklou predilekcí jsou místa lidského těla nadměrně vystavená tlaku (kolena, lokty, lumbosakrální krajina), což odpovídá Koebnerově fenoménu (Vašků, 2015, s. 13).

Ložiskovou psoriázu lze dělit dle velikosti a tvaru lézí na:

- **psoriasis punctata** – léze mají bodovitý tvar
- **psoriasis guttata** – léze jsou kapkovitého tvaru
- **psoriasis follicularis** – výskyt lézí je vázán na folikuly
- **psoriasis nummularis** – mincovitý tvar lézí
- **psoriasis geographica** – plošný výskyt lézí
- **psoriasis erythrodermatica** – postižení celé plochy těla

(Drozenová, 2008, s. 121)

Menší typy lézí mohou také nabývat různých uspořádání a to např.:

- **lineární** – proužkovité
- **anulární** – prstencovité
- **serpiginózní** – vlnité, s nepravidelnými okraji

(Štork a kol., 2013, s. 186)

2.7.2 Psoriasis guttata (kapkovitá psoriáza)

Psoriasis guttata je akutně probíhající formou psoriázy, kdy dochází k hustému výsevu drobných ložisek po celém těle. Nejvíce se vyskytuje na trupu a končetinách. Nezřídka také postihuje obličej, uši a kštici. Její výskyt je poměrně častý a typicky vzniká po prodělání bakteriální infekce zejm. streptokokové. Běžné trvá kolem 3 až 4 měsíců a pak se spontánně vyhojí. Do 3 až 5 let pak lze očekávat relaps onemocnění (Nevoralová, 2012, s. 383).

2.7.3 Psoriasis pustulosa (pustulózní psoriáza)

Je jedním ze vzácných typů psoriázy, při které dochází k tvorbě silně zanícených, červeně zbarvených lézí spojených s výsevem sterilních pustul. Může se vyskytovat ve formě lokalizované nebo generalizované. Psoriasis pustulosa generalisata acuta (von Zumbusch)

se vyznačuje opakovanými a rozsáhlými výsevy pustul, které mohou splývat a vyústit v erythrodermii. Kromě projevů celkových se lze setkat i s postižením ústní sliznice a zvýšeným rizikem vzniku sepse. V případě komplikací je třeba pacienta hospitalizovat, jelikož tento typ psoriázy může mít smrtelné následky. Psoriasis pustulosa localisata (Barber) se nejvíce vyskytuje v palmoplantární oblasti s postižením bříšek prstů na ruce i na nohou (Štork a kol., 2013, s. 188; Vašků, 2015, s. 15).

2.7.4 Psoriasis arthropatica (psoriatická artritida)

Je chronické zánětlivé postižení kloubů vyskytující se v kombinaci s psoriázou. Zánět se typicky projevuje otokem, horkostí, erytémem a bolestivostí kloubu, kdy dochází ke vzniku tzv. daktylitidy. Může být postižený jeden či více kloubů (Brennerová a kol., 2013, s. 74). Pacienti trpící psoriatickou artritidou tvoří asi 1/4 všech psoriatiků. Velice často předchází vzniku kožní projevy psoriázy či předchozí traumatizace kloubu (Štork a kol., 2013, s. 188-189).

Podle doprovodných příznaků a variability průběhu dělíme PSA na několik forem a to:

- **symetrická polyartikulární forma** – je nejčastěji diagnostikovanou formou postihující totožné klouby na obou stranách těla.
- **asymetrická oligoartikulární forma** – tato forma se projevuje zánětem kloubů pouze na jedné straně těla.
- **mutilující forma** – je velmi nebezpečná forma projevující se destrukcí kloubních kostí, což vede ke vzniku deformit. Prsty jsou nápadně zkrácené, ale kůži lze natáhnout do původní délky, tzv. „teleskopické prsty“.
- **axiální forma** – u této formy dochází k postižení páteře a kromě zánětu může dojít i k ztuhnutí kloubů mezi obratli (spondylitida, sakroiliitida).

(Štork a kol., 2013, s. 189)

Dále jsou zmíněny méně typické, avšak klinicky významné formy psoriázy. Mezi ně patří například postižení dlaní a plosek nohou (Psoriasis palmoplantaris). Na těchto místech dochází k šupinatění a tvorbě hlubokých ragád, které mohou svou bolestivostí výrazně omezovat život pacienta (Drozenová, 2008, s. 122). Další netypickou formou je intertriginózní psoriáza (Psoriasis inversa). Liší se především predilekčními oblastmi, což jsou místa s vlhkou zapádkou, kam patří třísla, podpaží, oblast pod prsy, kožní záhyby, okolí genitálií a perianální oblast (Vašků, 2015, s. 14). Ložisková psoriáza se může postihovat také nehty. Typické je tzv. dolíčkování, kdy na nehtu pozorujeme drobné bodovité jamky. Nehtová

ploténka může být z části či zcela bělavě zbarvena (leukonychie) a v případě postižení nehtového lůžka pod nehtem prosvítají tzv. olejové skvrny. Vše může vyústit až v drolení nehtu a odloučení nehtového lůžka (Janoušková, 2014, s. 149).

Klasifikace psoriázy je téma velmi obsáhlé. Zde vyjmenované a popsané formy jsou nejčastěji se vyskytujícími. Můžeme se ale setkat i s dalšími formami, které se vyskytují vzácně a patří tam např. fotosenzitivní psoriáza, anulární verukózní psoriáza, rupoidní psoriáza s tvorbou šupin aj. (Vašků, 2015, s. 16).

2.8 Diagnostika

Pro stanovení psoriázy je velmi důležité klinické vyšetření. Základem je důkladné fyzikální vyšetření a dobře odebraná úplná anamnéza. Hodnotí se místa výskytu ložisek, jejich vzhled, ohraničení a přítomnost psoriatických fenoménů. Pátrá se také po celkových či kloubních příznacích a po době vzniku prvních příznaků (Benáková a kol., 2007, s. 38).

Velký důraz je kladen na podrobnou rodinnou anamnézu, která může výrazně pomoci v hledání příčiny onemocnění. Dále se pátrá po možných spouštěcích faktorech, sezónních vlivech či klimatickém působení, které často úzce souvisejí s recidivami onemocnění (Vašků, 2015, s. 26). V tomto případě je důležité zjistit dobu trvání remise, množství recidiv během roku a podmínky jejich vzniku (nemoc, stres, počasí,...). Dobré je rovněž zjistit, jaká byla u pacienta uplatněna léčba a zda měla kladný či záporný účinek (Benáková a kol., 2007, s. 38).

Přínosná jsou také laboratorní vyšetření, která jsou využita především pro zahájení léčby a kontrolu jejího průběhu. Význam mají ale i v případě klinicky nejasných případů a při přítomnosti celkových či kloubních obtíží (Benáková a kol., 2007, s. 40). V krvi jsou často zvýšené zánětlivé markery (CRP, ASLO, sedimentace erytrocytů, leukocytóza) a také jsou patrné změny v krevním obraze a biochemii (Vašků, 2015, s. 25). V případě psoriatické artritidy může být zvýšená hodnota revmatoidního faktoru a prokázána přítomnost určitých antigenů HLA (Benáková a kol., 2007, s. 40).

Mezi další možnosti diagnostiky patří vyšetření revmatologická, mykologická, bakteriologická a rentgenologická (Benáková a kol., 2007, s. 40). Také se hojně využívá kožní biopsie, kde lze pod mikroskopem pozorovat základní histologické znaky psoriatické léze (Tichý, 2011, s. 228).

Důležité je brát zřetel na odlišení od jiných chorob probíhajících pod stejným či podobným klinickým obrazem. Mezi tyto choroby se řadí různé dermatózy (lichen planus, dermatitis seborrhoica), ekzémy (numulární, plantopalmární), syfilis, kožní lymfomy aj. (Vašků, 2015, s. 31-33).

2.9 Léčebné postupy a terapie

Konečnou diagnózu a následně pak vedení léčby vždy určuje dermatolog. V případě postižení kloubů je pak přizván ke spolupráci revmatolog. Pokud se jedná o lehčí formu psoriázy, je možné svěřit pacienta do péče praktického lékaře za spolupráce s dermatologem (Navrátilová, Miklíková, 2011, s. 230).

Psoriáza je považována za onemocnění nevléčitelné avšak léčitelné. Dosažení úplného zhojení je tedy prakticky nereálné, proto je cílem prostřednictvím vhodné léčby získat nad onemocněním kontrolu. To umožní zastavit či zpomalit progresy zánětlivého procesu a udržet tak nemoc dlouhodobě v remisi (Navrátilová, Miklíková, 2011, s. 230).

Vzhledem k multifaktoriálnímu původu a množství forem psoriázy, je i léčba velmi rozmanitá. Z tohoto důvodu je důležitý komplexní přístup k nemocnému. Každý pacient má jiné spektrum obtíží, jiná přidružená onemocnění a u každého působí jiné provokační faktory. Léčebný postup se též přizpůsobuje věku, pohlaví, celkovému zdravotnímu stavu, sociálním faktorům (zaměstnání, finance) a také odpovědi na předchozí léčbu. Jde tedy obecně o diferencovanou léčbu, která je individualizována na míru konkrétnímu pacientovi (Benáková a kol., 2007, s. 59-61).

Vliv na léčbu má také fáze nemoci, která u pacienta právě probíhá. V případě akutního vzplanutí volí dermatolog intervenční (akutní) léčbu, zatím co v případě remise jde o tzv. udržovací (chronickou) léčbu. Můžeme se setkat i s tzv. přemostovací (stabilizační) léčbou, která je jakýmsi mezistupněm. Při léčbě lze využít i různých efektů jednotlivých léčiv a léčebných metod. V případě kombinované léčby, jde o kombinaci metod či léčiv s různým mechanismem účinku, což ale paradoxně zvyšuje účinnost léčby, její stabilitu a snižuje množství vedlejších účinků oproti monoterapii. Sekvenční léčba je založena na principu, kdy je nejprve podáván účinný agresivní lék a až po nástupu klinického efektu se přechází k léku pomaleji působícímu a bezpečnějšímu. U rotační léčby dochází plánovitě po určitém času k přechodu z jedné léčebné metody na jinou (z fototerapie na celkový lék aj.). Snižuje se tak riziko toxického působení a vzniku tolerance vůči dané léčebné metodě (Benáková a kol., 2007, s. 61, 65).

Zde jsme se ale bavili spíše o léčebných postupech než o samotné terapii. V současné době mezi terapeutické možnosti patří, tak jak uvádí Štork a kol. (2013, s. 190-191), především léčba lokální, fototerapie a léčba systémová., které lze doplnit doprovodnou terapií.

Lokální terapie

Lokálně působící léčiva (viz příloha B, s. 91) jsou první volbou dermatologické terapie. Pro léčbu mírné až středně těžké psoriázy bývají dostačující. U těžké psoriázy ji pak volíme jako léčbu doplňkovou. Tato léčba je dlouhodobějšího charakteru a trvá několik týdnů, než se projeví první viditelné účinky (Benáková a kol., 2007, s. 71). Důležité pro účinnost léčby je pacienta seznámit se správnou technikou aplikace léčiv, správným uchováváním a předcházení nežádoucích účinků (Navrátilová, Miklíková, 2011, s. 230).

Nevýhodou oproti jiným léčebným možnostem bývá časová náročnost aplikace, pomalejší nástup účinku či nižší léčebný efekt. Nejzávažnější nežádoucí účinky má léčba kortikoidy a to nejen lokální, ale i systémové a farmakologické (Benáková a kol., 2007, s. 75). U pacienta můžeme pozorovat atrofii kůže, tvorbu strií, změny pigmentace, rozšířené žilky, zhoršené hojení ran nebo sekundární kožní infekce. V případě aplikace kortikoidů v okolí očí může dojít ke vzniku glaukomu nebo katarakty. Systémově pak mohou zvyšovat hladinu glykemie v krvi, krevní tlak, způsobují řídnutí kostí (osteoporóza), peptidické vředy, váhový přírůstek (cushingoidní vzhled) a naopak snižují hladinu draslíku v krvi (hypokalémie) (Benáková a kol., 2007, s. 79; Mlčoch, 2008). Z farmakologického hlediska po určité době aplikace léčba ztrácí efekt, což je nejspíše způsobeno obsazením jaderných receptorů. Náhle ukončení léčby kortikosteroidu může vést k opětovnému propuknutí choroby s vyšší intenzitou. Mezi nežádoucí efekty ostatních léčebných látek může patřit barvení, nepříjemný zápach a dráždění pokožky. Ne všechna lokální léčiva lze předepisovat gravidním či kojícím ženám a dětem. (Benáková a kol., 2007, s. 90, 91, 85 a 87).

Fototerapie

Další možností je léčba využívající příznivých účinků UV záření, neboli fototerapie (viz příloha B, s. 91). Zahrnuje jak záření přirozené (sluneční záření), tak i záření uměle vytvořené (zářiče). Nejvíce používané je záření pásma UV-B o vlnové délce 280-320 nm, přičemž největší účinky vykazuje úzkospektré záření o vlnové délce 311 nm. Lze se setkat i s kombinací UV-A a UV-B záření nebo tzv. fotochemoterapií (metoda PUVA), kdy se užívají nejprve tzv. psoraleny, které fotosenzibilují kůži, která se následně ozáří UV-A paprsky (Štork a kol., 2013, s. 191).

Aplikace UV záření je poměrně jednoduchá, ale pro výraznější účinek je potřeba absolvovat minimálně 20 až 30 sezení (cca 3x týdně po dobu 2 až 3 měsíců), takže je pro pacienty časově náročná (Navrátilová, Miklíková, 2011, s. 231).

Často je pozorován výskyt nežádoucích účinků. Mezi akutní reakce patří začervenání pokožky, otok a puchýře. Při dlouhodobém používání dochází k optickému stárnutí kůže, snížení léčebných výsledků a zvyšuje se riziko vzniku karcinomu kůže (Benáková a kol., 2007, s. 112).

Systémová terapie

Po systémových léčivech (viz příloha B, str. 91) sahá lékař v případě těžké formy psoriázy. Vždy je třeba řádně zvážit rizika a přínosy léčby, protože sama psoriáza svým průběhem ovlivňuje život nemocných. Při chronické léčbě je tak doporučován spíše rotační léčebný postup, abychom se vyhnuli vzniku nežádoucích účinků. Pro předejití komplikacím je dobré pacienta důsledně edukovat a provádět pravidelný klinický a laboratorní monitoring (Navrátilová, Miklíková, 2011, s. 231).

Nežádoucími účinky systémové léčby jsou nejčastěji únava, nauzea, bolest hlavy, mukokutánní účinky (cheilitis, suchost, ragády), hepatotoxicita, hyperlipidemie či hypertenze (Benáková a kol., 2007, s. 120-122, 125, 129).

Biologická terapie

Kromě standardní systémové léčby se v dnešní době začíná uplatňovat léčba biologická. Biologické preparáty (tzv. biologika) obsahují aktivní peptidy, které specificky působí na složky imunitního systému nemocného (Vašků, 2015, s. 51). Biologická léčiva jsou vyráběna uměle metodou genového inženýrství, ale mají totožnou strukturu jako látky tělu vlastní. Z toho plynou jasné výhody biologické léčby, kam spadá hlavně minimum nežádoucích účinků. Díky tomu se snižují počty hospitalizovaných a invalidizovaných pacientů. I když je finančně nákladná, představuje relativně bezpečnou a dobře kontrolovatelnou léčebnou metodu (Biologická léčba, 2010).

Biologické léky jsou určeny pacientům se středně těžkou až těžkou ložiskovou formou psoriázy, kteří splňují určitá kritéria. PASI příp. BSA (viz příloha A, s. 90) musí být více jak 10, ale při závažných dopadech psoriázy na psychiku pacienta ji lze indikovat i při nižším rozsahu. Dalším kritériem je kontraindikace fototerapie nebo standardní systémové terapie,

intolerance či neúčinnost systémové terapie a také v případě, kdy psoriáza ohrožuje pacienta na životě (Vašků, 2015, s. 51-52).

Častými nežádoucími účinky jsou chřipkové příznaky (bolesti hlavy, kloubů, teplota) a zánětlivá reakce v místě vpichu léčiva. Vzhledem k vlivu terapie na imunitní systém není neobvyklý výskyt infekcí, případně vznik novotvarů (lymfom) (Benáková a kol., 2007, s. 142-143).

Doprovodná terapie

Mezi doprovodné terapie v léčbě psoriatiků patří například:

- **psychoterapie** – v dnešní době je velký důraz kladen na psychosomatický přístup k nemocem. Veškeré stresové situace mohou působit jako provokační faktory a negativně ovlivňovat průběh onemocnění. Dobré tedy je, aby se na léčbě psoriázy podílel klinický psycholog. V těžších případech je pak vhodná i konzultace s psychiatrem. Mezi nejpoužívanější metody patří podpůrná psychoterapie, behaviorální terapie (relaxační techniky, autosugesce) a kognitivní terapie. Tyto techniky nejsou pouze individuální záležitostí, ale hojně se využívají i skupinové, rodinné či párové terapie (Javůrková, Raudenská, 2013, s. 77).
- **dietní opatření** – i přes neexistující přímé spojitosti mezi jídelníčkem pacienta a průběhem nemoci, můžeme výběrem vhodných potravin omezit vznik komorbidit či podpořit remisi psoriázy. Dle zkušeností z praxe lékaři doporučují více konzumovat rybí olej, stravu bohatou na antioxidanty (ovoce, zelenina) a nízkotučné nebo bezlepkové potraviny. Naopak je dobré z jídelníčku vyřadit alkoholické nápoje a omezit kouření (Benáková a kol., 2007, s. 162-163).
- **volnočasové aktivity/povolání** – pacienti by se měli vyhýbat aktivitám, u kterých dochází k nadměrnému pocení, častému kontaktu s vodou, tření či odírání kůže, kontaktu s chemikáliemi aj. Nevhodné jsou také činnosti spojené se zvýšeným psychickým vypětím. Pravidelná pohybová aktivita je ale pro pacienta důležitá v rámci udržení zdravé váhy. Vhodná je například turistika, cyklistika, jóga či tanec (Benáková a kol., 2007, s. 163). Významně mohou pacientům pomoci i aktivní organizace. V Čechách mezi takové organizace patří tzv. SPAE. Jedná se o spolek psoriatiků a atopických ekzematiků, která sdružuje občany postižené psoriázou, vitiligem, atopickým ekzémem a je otevřená i dobrovolníkům. Hlavním účelem je výměna zkušeností mezi členy, jejich podpora v obtížných životních situacích, ale

také osvětová činnost. Pravidelně pro členy vydávají zpravodaj a pořádají společné akce (SPAЕ, 2014).

- **balneoterapie (lázeňství)** – je jedním ze základních pilířů zevní terapie. I když s ní nelze nahradit farmakoterapii, je vhodným doplňkem léčby pro dlouhodobé udržení nemoci v remisi. Zvláště vhodná je v případě postižení kloubů u psoriatické artritidy, kdy se často kombinuje i s elektroterapií, rehabilitací a dalšími procedurami. V léčbě psoriázy mají největší význam sírné léčebné koupele. Síra má totiž v těle člověka nezastupitelný význam. Podílí se na oxidoredukčních dějích v organismu, tudíž je důležitá pro hojení ran a dělení buněk. Také je součástí keratinu, který se nachází v bílkovinách kůže, nehtů a vlasů. Kromě toho mají sírné koupele antiseptické, myorelaxační a analgetické účinky. Mimo to zmírňují svědění, odstraňují šupiny a nečistoty a tlumí sekretorickou funkci kůže. V České Republice jsou sirovodíkové prameny převážně na Moravě, kde mohou pacienti využít sírné lázně ve Velkých Losinách, Petrově, Slatinicích či Ostrožské Nové Vsi (Macháčková, 2008, s. 37-38).

Lázně nejsou vhodné pro těhotné ženy, inkontinentní pacienty, pacienty v akutní fázi choroby nebo pacienty s infekčním, psychiatrickým či progredujícím maligním onemocněním. Další nevýhodou může být i délka pobytu, která je obvykle kolem 28 dnů a může být limitující z pracovních či rodinných důvodů. Nesporným pozitivem je ale oproštění pacienta od nemocničního prostředí, kde má pacient volnější režim obohacený o volnočasové aktivity, čímž se snižuje psychické vypětí z léčby (Macháčková, 2008, s. 38).

3 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“ je poměrně těžké jednoznačně vymezit. I přes existenci mnoha definic není v současnosti žádná z nich obecně uznávaná. Zjednodušeně ji lze chápat jako soubor vlastností, kterými se sledovaný objekt odlišuje od objektů jiných. Pro hodnocení je tedy podstatné určit objekt, kterého se měření bude týkat a normu, se kterou budeme daný objekt srovnávat. Objektem může být nejen život jednotlivce, ale také život skupin, společnosti i celých populací (Gurková, 2011, s. 23, 21).

Nejčastěji se však zabýváme životem individuálním, který zahrnuje široké spektrum oblastí, činností a projevů typických pro živý organismus – člověka. Život tedy není chápán jen jako opozitum smrti, ale je považován za multifaktoriální koncept (Gurková, 2011, s. 21). Slováček a kol. (2004, s. 6) srovnává kvalitu života s Maslowovou pyramidou potřeb (viz příloha C, s. 92), z čeho vyplývá, že člověk musí nejprve uspokojit základní fyziologické potřeby, aby došlo k naplnění potřeb vyšších a dosažení životního štěstí.

Payne (2005, s. 207) uvádí, že ve většině z oblastí kvality lidského života rozlišujeme pouze dvě základní dimenze a to objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života je chápána jako splnění určitých norem týkajících se materiálního zabezpečení, společenského postavení a tělesného zdraví. Subjektivně je pak hodnocena celková spokojenost se životem (Balašík, 2011, s. 206-207).

3.1 Historie

Prvně byl pojem „kvalita života“ použit ve 20. letech 20. století v USA. Jednalo se o ekonomickou úlohu státu v podpoře nižších sociálních vrstev společnosti. Poté se tento koncept znovu objevil v poválečných letech (50.-60. léta) jako součást volebních cílů amerického prezidenta Johnsona. Poukázal na to, že lidská spokojenost nespočívá pouze v dostupnosti zboží, ale v podmínkách pro život, které je třeba sledovat a případně upravit. V 70. letech byl tento pojem použit německým politikem Willy Brandtem také jako bod jeho volebního programu. Následně se začal koncept kvality života využívat v sociologii k odlišení materiální a pocitové stránky života lidí. Do této doby spadá i první sociologický výzkum, který zkoumal vliv společenských změn na životy občanů (Payne, 2005, s. 205). V 70. letech 20. století byl rovněž započat výzkum kvality života i v medicínském oboru. Podnětem bylo zjistit úspěšnost léčby a její finanční nákladnost. V 80. letech pak začal být využíván model HRQoL (Gurková, 2011, s. 41).

Zájem o tuto problematiku však narostl až v posledních letech. Týmy pracovníků z různých oblastí se snaží odhalit faktory přispívající ke smysluplnému životu a dosažení štěstí a spokojenosti. Také zkoumají interakce mezi těmito faktory a snaží se tak vytvořit jednotný koncept (Payne, 2005, s. 206).

3.2 Kvalita života psoriatických pacientů

Jelikož psoriáza nepatří mezi život ohrožující choroby, veřejnost ji stále považuje za nezávažnou nemoc (Benáková a kol., 2007, s. 19). Avšak výzkumy ukazují, že svými dopady na kvalitu života bývá psoriáza srovnatelná s těžkými chorobami, jakými jsou onkologická onemocnění, ICHS nebo DM. Proto není žádným překvapením, že se u psoriatických často objevují různé psychopatologie (úzkosti, deprese, OCD) (Balaščík, 2011, s. 207).

Kvalitu života podmíněnou zdravím lze tedy zvyšovat či udržovat nejen prostřednictvím somatické léčby, ale také psychoterapií. Z tohoto hlediska je vhodná mezioborová spolupráce dermatologa s klinickým psychologem či psychiatrem (Balaščík, 2011, s. 207).

Měření kvality života psoriatických pacientů

Pro určení kvality života pacienta si dermatolog vystačí s dobře vedeným rozhovorem (Balaščík, 2011, s. 206). Pro větší studie a výzkumy už jsou pak vhodnější standardizované dotazníky, které máme buď obecné, nebo specifické (Slováček a kol., 2004, s. 7-8).

Obecné dotazníky hodnotí celkový zdravotní stav člověka nehledě na dané onemocnění, věk či pohlaví. Lze je tak aplikovat u jakýchkoli populačních skupin (Slováček a spol., 2004, s. 7). Mezi nejpoužívanější patří WHOQOL dotazníky (100, BREF, old). Oblasti, které jsou v dotaznících zahrnuty, se týkají fyzického zdraví, práce, bolesti, spánku, emotivity a sociální role (Gurková, 2011, s. 147-148).

Specifické dotazníky jsou již určeny pro pacienty s konkrétním typem onemocnění. Mají mnohem větší výpovědní hodnotu a mohou obsahovat i dotazník obecný (Slováček a kol., 2004, s. 8).

Prvním a stále velmi používaným specifickým nástrojem pro měření kvality života v dermatologii je DLQI (viz příloha D, s. 93). Je určený pouze pro dospělé pacienty od 16. let věku. Byl vyvinutý v roce 1994 a je přeložen do 90 světových jazyků. Skládá se z 10 jednoduchých otázek, které jsou vztaženy na poslední týden života pacienta. Zaměřují

se na projevy nemoci, denní činnosti, volný čas, vztahy, léčbu, prožívání a pracovní či studijní okolnosti (Gurková, 2011, s. 162-163).

Přímo pro psoriatické pacienty byly také vytvořeny specifické dotazníky. Nejvýznamnější z nich je pro nás PDI (viz příloha F, s. 98), protože je dostupný i v české verzi. Skládá se z 15 otázek, které se týkají denních aktivit nemocného, jeho prožívání mezilidských vztahů a volnočasových aktivit. Hodnocení se týká posledních čtyř týdnů života pacienta (Slonková, Urbánková, Vašků, 2012).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

V této kapitole je popsána realizace výzkumné části mé bakalářské práce. Je zde podrobně rozebírána zejména organizace výzkumu, metody zvolené ke sběru dat a jejich statistické zpracování.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká forma psoriázy se u výzkumného vzorku respondentů nejčastěji vyskytuje?
2. Ovlivňuje pohlaví a věk respondentů vnímání dopadů psoriázy?
3. Má vliv výskyt remisí a délka trvání nemoci na vnímání dopadů psoriázy u respondentů?
4. Ovlivňuje místo výskytu ložiska psoriázy vnímání nemoci respondenty?
5. Pociťují respondenti s psoriázou negativní chování lidí ve svém okolí, a jak tomuto chování lze předcházet?
6. Omezují projevy psoriázy běžné denní činnosti respondentů?
7. Jaký typ léčby či jiné další faktory pozitivně ovlivňují vnímání psoriázy u respondentů?

5 METODIKA VÝZKUMU

Pro sběr dat byla využita metoda kvantitativního výzkumu ve formě nestandardizovaného anonymního dotazníku mé vlastní tvorby (viz příloha G, s. 100). Samotnému výzkumu předcházelo jeho schválení hlavní sestrou oblastní nemocnice a vrchní sestrou kožního oddělení (k nahlédnutí u autorky práce). Na žádost vrchní sestry jsem do dotazníku zařadila čtyři otázky, konkrétně otázky č. 6, 7, 21 a 22, které se týkají výskytu remisí, účinnosti léčby a užívání balneoterapie. Proto bude výstup z mé bakalářské práce sloužit k účelům tohoto kožního oddělení.

5.1 Forma sběru dat

Jak již bylo zmíněno, ke sběru dat byl využit mnou sestavený dotazník, který byl distribuován tištěnou a elektronickou formou. Metodu dotazníkového šetření jsem si vybrala z důvodu její finanční a časové nenáročnosti. Dotazník je také rychlý na přípravu a snadno se vyhodnocuje. Navíc dává respondentům větší prostor k rozmyšlení a lze dobře zajistit anonymitu získaných dat. Je však možné riziko přeskočení otázek respondentem, vyplnění jiným člověkem nebo nízká návratnost (Olecká, Ivanová, 2010, s. 23-24).

Dotazník obsahuje celkem 25 otázek, z čehož 7 otázek je otevřených, na které mohou respondenti libovolně odpovědět. Další 12 otázek je uzavřených, takže si respondenti vybírají mezi dvěma či více stanovenými odpověďmi a pouze u 1 z těchto otázek bylo možné označit odpovědi více. Zbýlých 6 otázek je polouzavřených. To znamená, že kromě stanovených odpovědí, zde umožňuji doplnění těchto variant prostřednictvím možnosti „jiné“, kde může respondent volně odpovědět. U 3 z těchto polouzavřených otázek bylo možné označit více odpovědí. 8 dotazníkových otázek pak bylo rozvinuto o navazující otázky v případě, že respondent zaškrtnl určitou odpověď. Pokud odpověď nezaškrtnl, přeskočil na otázku následující (Olecká, Ivanová, 2010, s. 25).

Dotazníkové otázky jsou seskupeny do několika okruhů. První okruh je zaměřený na demografické údaje, jakými je pohlaví a věk respondenta (otázky č. 1-2). Ve druhém okruhu jsou respondenti dotazováni na základní data týkající se jejich choroby (otázky č. 3-7). Ve třetím okruhu jsou otázky inspirovány dotazníky DLQI (viz příloha D, s. 93) a PDI (viz příloha F, s. 98), takže se týkají vlivu psoriázy na běžný život respondenta (otázky č. 8-20). Na rozdíl od těchto dotazníků, které berou v potaz pouze informace z posledních týdnů života pacienta, nejsou moje otázky časově vymezeny. V posledním čtvrtém okruhu jsou otázky

zaměřeny na léčbu a další faktory, které pomáhají respondentům vyrovnat se s jejich onemocněním (otázky č. 21-25).

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumného vzorku byli zařazeni pacienti trpící psoriázou v jakémkoliv stupni závažnosti. Kritéria pro výběr respondentů byla pouze věk 18 a více let a dobrovolný souhlas s vyplněním dotazníku. Ten jsem dostala v případě tištěné formy přijetím dotazníku k vyplnění a u elektronické formy jeho zpětným odesláním. Na tato kritéria jsem pacienty předem upozornila a také jsou definována v úvodní části dotazníku.

V rámci kožního oddělení bylo osloveno 48 respondentů bez ohledu na pohlaví. S vyplnění dotazníku souhlasilo 41 těchto respondentů a to 33 žen a 8 mužů. Prostřednictvím sociálních sítí byly osloveny 3 skupiny sdružující několik set psoriatických pacientů. Odkaz na dotazník jsem zaslala správcům těchto skupin, kteří ho pak distribuovali mezi respondenty. Návratnost těchto elektronických dotazníků byla tedy libovolná. Zpět se mi dostala data od 69 respondentů, avšak pouze 66 z nich, konkrétně 61 žen a 5 mužů, dotazníky správně vyplnili. Výzkumu se tedy celkem účastnilo 94 žen a 13 mužů (viz obrázek 1, s. 41).

5.3 Pilotní studie

Před samotným výzkumem jsem nejprve dala dotazník k dispozici pouze 10 respondentům na kožní ambulanci. Cílem tohoto kroku bylo zjistit, zda jsou dotazníkové otázky pro respondenty dobře pochopitelné.

Díky vzniklým připomínkám došlo k úpravě u otázky č. 3 (Jakou formou psoriázy trpíte?), kde bylo možné vybrat pouze jednu odpověď. Tato otázka tak byla přeformulována na možnost vybrat více odpovědí (Jakými formami psoriázy trpíte?).

Těchto 10 pilotních dotazníků nebylo zařazeno do výzkumu.

5.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal v období od počátku prosince 2017 do konce března 2018. Data byla získána prostřednictvím rozdaných dotazníků a to jak na ambulantním, tak na lůžkovém úseku kožního oddělení nejmenované oblastní nemocnice. Na tato oddělení jsem pravidelně docházela a pacienty osobně oslovovala. Předem jsem je tak mohla informovat o kritériích pro vyplnění dotazníku a díky tomu byla jejich návratnost 100%. Pro zachování anonymity jsem s dovolením vrchní sestry využila místní zapečetěnou schránku pro vkládání nemocničních dotazníků, o čemž jsem respondenty také informovala.

Aby byly výsledky co nejvíce objektivní, potřebovala jsem rozšířit vzorek respondentů. Proto jsem využila také možnost vytvořit dotazník v elektronické podobě. Díky tomu jsem ho mohla poskytnout prostřednictvím internetu respondentům, kteří jsou sdruženi ve skupinách na sociálních sítích. Zde byli respondenti informováni o kritériích pro vyplnění dotazníku prostřednictvím jeho úvodu a anonymita byla zachována tím, že nazpět se mi vracela pouze vyplněná data bez jakéhokoliv spojení s respondenty. V dotazníku jsem se sice neptala na místo bydliště, ale lze předpokládat, že respondenti byli z celého území České Republiky.

5.5 Způsob vyhodnocení

Získaná data jsou interpretována prostřednictvím grafů a tabulek spolu s jejich popisy. K jejich zpracování jsem zvolila programy Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. Výsledky jsou uvedeny ve formě počtu odpovědí (absolutní četnost- n_i) s procentem z celkového počtu (relativní četnost- f_i). Jde tedy o podíl absolutní (n_i) a celkové četnosti (n) vynásobený 100.

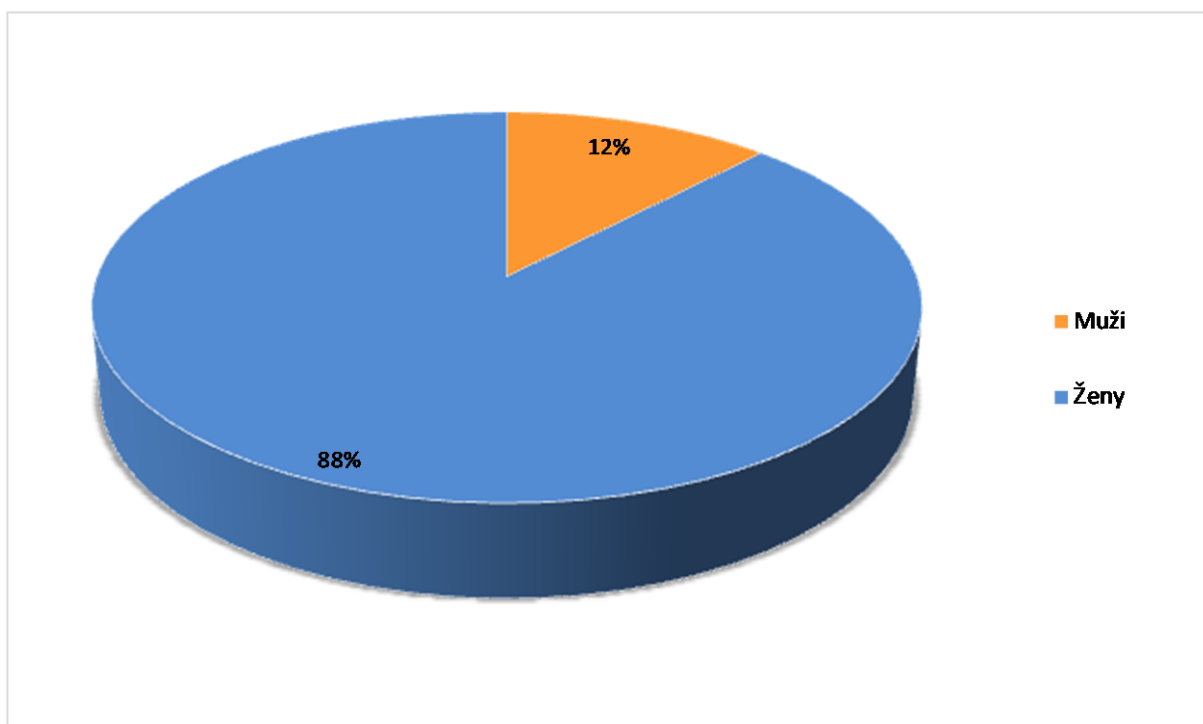
$$f_i = \frac{n_i}{n} \times 100$$

Vzhledem k tomu že v případě některých otázek (otázka č. 4, 5, 9, 13, 15, 16, 18, 20, 25) měl respondent možnost uvést více odpovědí, součet jednotlivých relativních četností tak může být vyšší než 100 % (Chrásková, 2007, s. 41). Těchto relativních četností jsem využívala v Diskuzi, kde pro mě byly podstatné pro porovnávání s jinými výzkumy.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

6.1 Presentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám

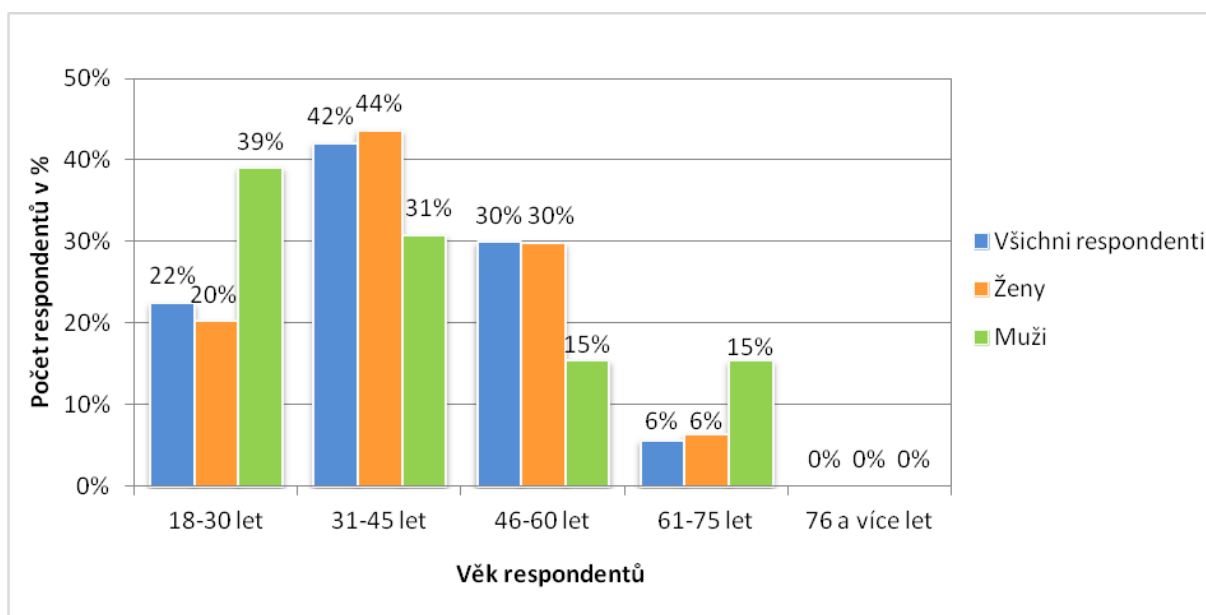
Otázka č. 1 – Vaše pohlaví je?



Obrázek 1: Graf zobrazující přehled respondentů dle pohlaví

První otázka měla zmapovat zastoupení mužského a ženského pohlaví ve výzkumném vzorku. Jak graf na obrázku 1 ukazuje, z celkového počtu 107 (100 %) respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo pouze 13 (12 %) mužů a 94 (88 %) žen.

Otázka č. 2 – Jaký je Váš věk?



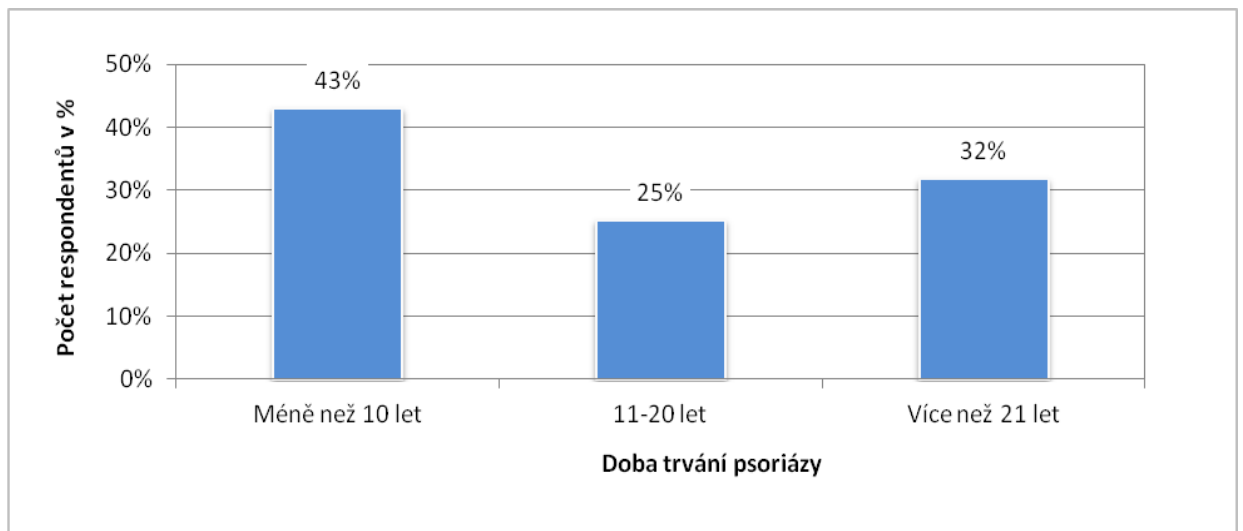
Obrázek 2: Graf znázorňující věkovou strukturu respondentů

Z grafu na obrázku 2 můžeme vidět, že z celkového počtu 94 (100 %) žen, jich 41 (44 %) udává věk v rozmezí 31-45 let a tvoří tak největší skupinu výzkumného vzorku. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy ve věkovém rozmezí 46-60 let, kam spadá 28 (30 %) respondentek. Možnost 18-30 let zvolilo 19 (20 %) žen a kategorii 61-75 let pouze 6 (6 %) žen.

Nejvíce mužů je ve věkovém rozmezí 18-30 let, kam z celkového počtu 13 (100 %) mužů spadá 5 (39 %) respondentům. Druhou největší skupinu tvoří muži ve věku 31-45 let, kam spadají 4 (31 %) respondenti. Ve věkových skupinách 46-60 let a 61-75 let je shodně po 2 (15 %) respondentech.

Bez rozdílu pohlaví pak bylo nejvíce respondentů, konkrétně 45 (42 %), ve věku 31-45 let a žádný z respondentů nebyl starší 76 let.

Otázka č. 3 - Jak dlouho psoriázou trpíte?



Obrázek 3: Graf zobrazující dobu trvání psoriázy u respondentů

Jak nám graf na obrázku 3 ukazuje, z celkového počtu 107 (100 %) respondentů trpí psoriázou méně než 10 let 46 (43 %) z nich a tvoří tak nejpočetnější skupinu ve výzkumném vzorku. Dalších 27 (25 %) respondentů uvedlo dobu trvání psoriázy v rozmezí 11-20 let. Více než 21 let trpí psoriázou zbylých 34 (32 %) respondentů.

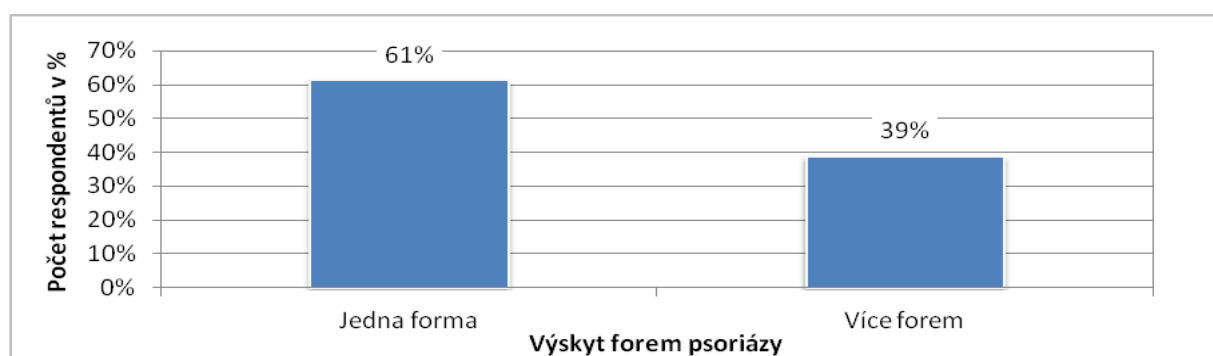
Otázka č. 4 – Jakými formami psoriázy trpíte?

Tabulka 1: Výskyt jednotlivých forem psoriázy

Forma psoriázy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Psoriasis vulgaris	85	79%
Psoriasis guttata	14	13%
Psoriasis pustulosa	7	7%
Psoriasis arthropatica	20	19%
Nevím	9	8%

Cílem této otázky bylo zjistit, které formy psoriázy se u respondentů vyskytují nejběžněji. Otázka byla uzavřená, ale z důvodu možného výskytu několika forem psoriázy současně, měl respondent možnost označit více odpovědí. Do dotazníku jsem zvolila dělení forem dle mezinárodní klasifikace nemocí, aby byl pro pacienta co nejsnadnější výběr odpovědí.

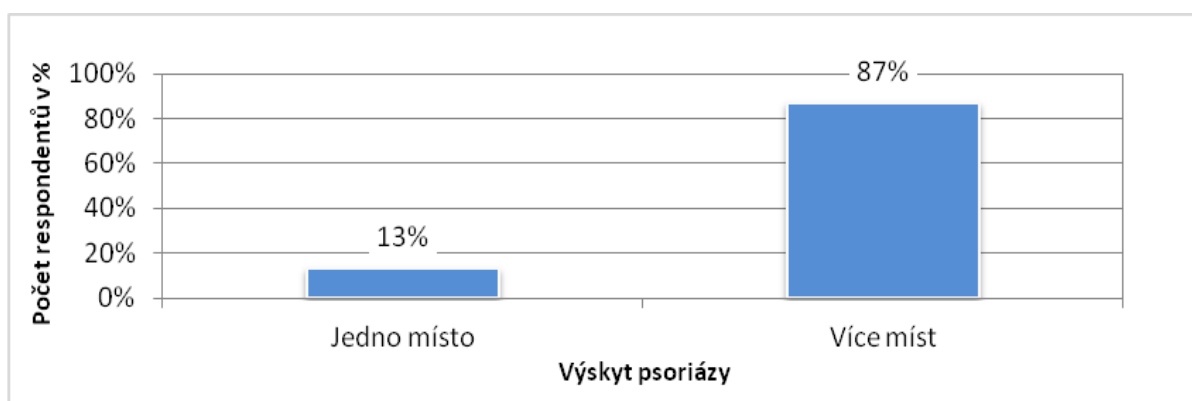
Jak je patrné z tabulky 1, nejčastěji se vyskytující formou je psoriasis vulgaris. Tuto možnost označilo 85 (79 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Druhou nejběžnější formou je psoriasis arthropatica, kterou uvedlo 20 (19 %) respondentů. Psoriasis guttata postihuje 14 (13 %) respondentů a psoriasis pustulosa pouze 7 (7 %) respondentů. Zbýlých 9 (8 %) respondentů nezná přesnou formu svého onemocnění.



Obrázek 4: Graf zobrazující výskyt forem psoriázy

Dle grafu na obrázku 4, z celkového počtu 98 (100 %) respondentů, kteří znají svou přesnou diagnózu jich 60 (61 %) zvolilo pouze jednu formu a zbylých 38 (39 %) více forem.

Otázka č. 5 - Na kterém/kterých místech Vašeho těla, se psoriáza nejčastěji vyskytuje?



Obrázek 5: Graf zobrazující četnost respondentů s jedním a více místy výskytu

Otázka č. 5 měla za úkol zmapovat místa lidského těla, která jsou nejčastěji napadena psoriázou. Tato otázka byla polouzavřená a respondenti měli možnost označit více odpovědí najednou. Kromě mnou daných odpovědí, byla otázka doplněna o možnost „jiné“ pro případ, že by nabídka respondentům nevyhovovala. Graf na obrázku 5 ukazuje, že u 14 (13 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů, se psoriáza vyskytuje pouze na jednom místě lidského těla. U zbylých 93 (87 %) respondentů postihuje více částí, v některých případech i celý povrch lidského těla.

Tabulka 2: Místa výskytu psoriázy

Odpověď	Výskyt na jednom místě	Výskyt na více místech	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vlasy	3	63	66	62%
Lokty	3	63	66	62%
Kolena	0	48	48	45%
Trup	2	36	38	36%
Záda	0	33	33	31%
Nehty	0	29	29	27%
Klouby	2	22	24	22%
Kožní záhyby	0	22	22	21%
Genitálie	0	20	20	19%
Jiné	4	24	28	26%

Tabulka 2 vyobrazuje četnost výskytu psoriázy na jednotlivých tělesných partiích. Nejčastějšími odpověďmi zde byli vlasy a lokty, které označilo hned 66 (62 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Druhým nejčastějším místem výskytu jsou kolena, která

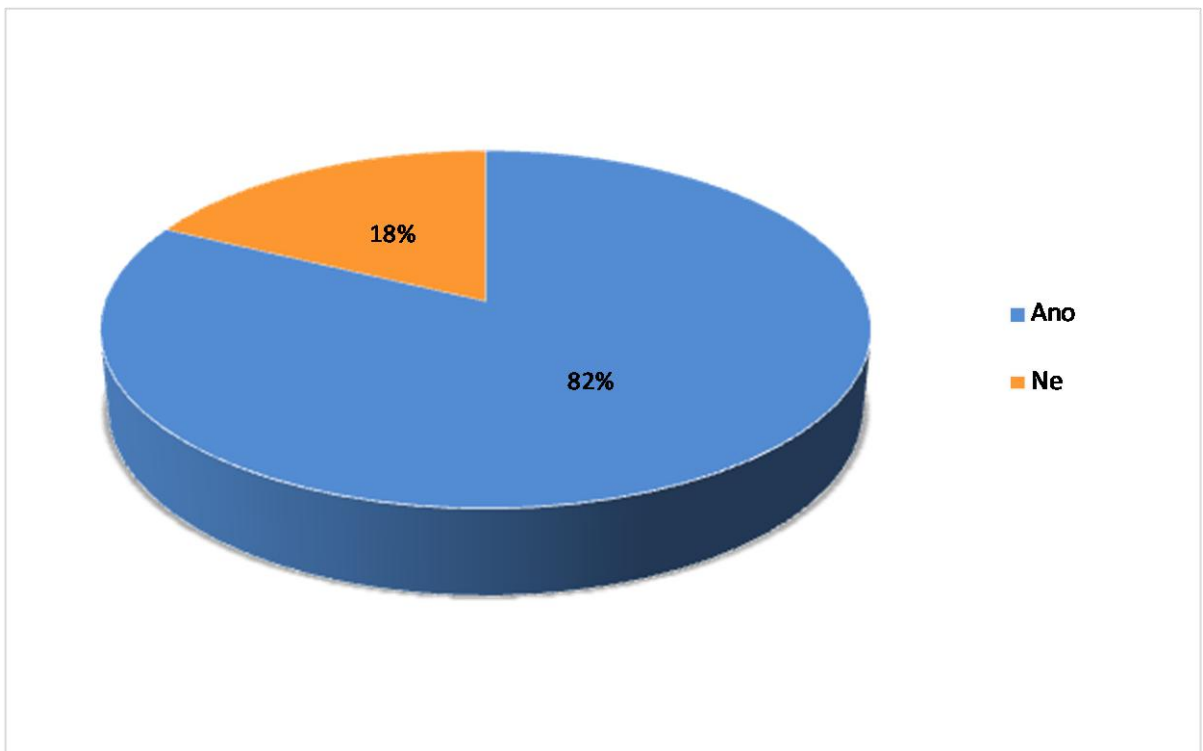
v dotazníku uvedlo 48 (45 %) dotazovaných. Následuje postižení trupu s 38 (36 %) odpověďmi a postižení zad s 33 (31 %) odpověďmi. Dalších 29 (27 %) respondentů označilo odpověď nehty. 24 (22 %) respondentů má psoriázou postiženo klouby. 22 (21 %) respondentů udává výsev psoriázy v kožních záhybech a dalších 20 (19 %) v oblasti genitálií. Zbýlých 28 (26 %) respondentů uvedlo „jiné oblasti“, sepsané v tabulce 3.

Tabulka 3: Jiná místa výskytu psoriázy

Odpověď	Výskyt na jednom místě	Výskyt na více místech	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Horní končetiny	0	7	7	25%
Dlaně	2	3	5	18%
Dolní končetiny	0	5	5	18%
Plosky	2	2	4	14%
Obličej	0	3	3	11%
Hýždě	0	2	2	7%
Celý tělesný povrch	0	1	1	4%
Paty	0	1	1	4%

Tabulka 3 zobrazuje odpovědi na možnost „jiné“, kde respondenti vypisovali jiné oblasti výskytu nemoci, než jim byly nabídnuty ve výběru. Nejčastěji respondenti uváděli postižení horních končetin, převážně ramen a předloktí. Tuto možnost napsalo 7 (25 %) respondentů z celkového počtu 28 (100 %). Shodně po 5 (18 %) respondentech uvedlo dlaně a dolní končetiny s převahou na bérkách a stehnech. Plosky nohou pak uvedli 4 (14 %) respondenti, obličej 3 (11 %) respondenti a hýždě 2 (7 %) respondenti. Po 1 (4 %) respondentovi měly odpovědi celý tělesný povrch a paty.

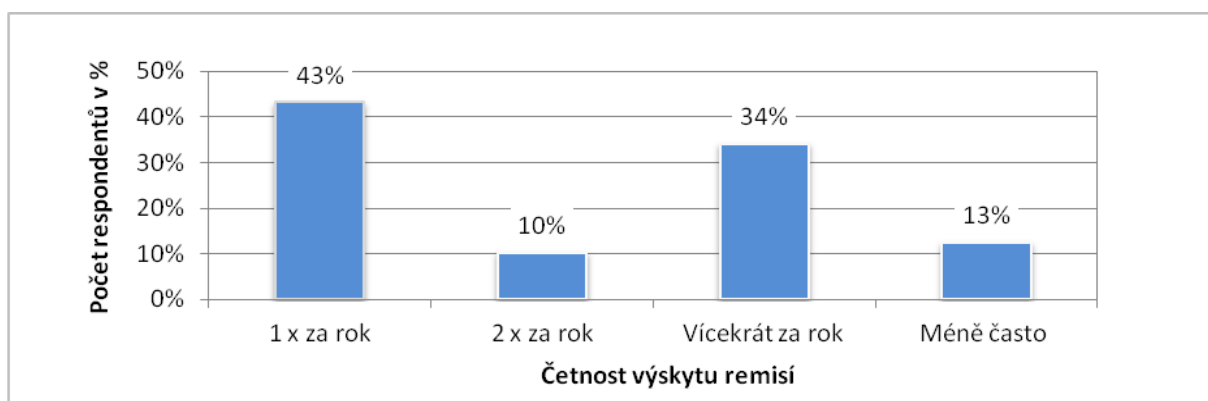
Otázka č. 6 - Objevily/objevují se u Vás remise tohoto onemocnění?



Obrázek 6: Graf zobrazující výskyt remise

Tato otázka měla zmapovat, u kolika respondentů dochází nebo někdy došlo k ústupu příznaků psoriázy neboli remise. Jak ukazuje graf na obrázku 6, tuto otázku zodpovědělo všech 107 (100 %) respondentů a 88 (82 %) z nich uvedlo, že se s remisí psoriázy setkali. U zbylých 19 (18 %) respondentů se remise nikdy neobjevily. V případě, že respondent zaškrtnl možnost „ano“, pokračoval k otázce č. 7.

Otázka č. 7 - Jak často se u Vás remise objevují?



Obrázek 7: Graf zobrazující četnost výskytu remisí

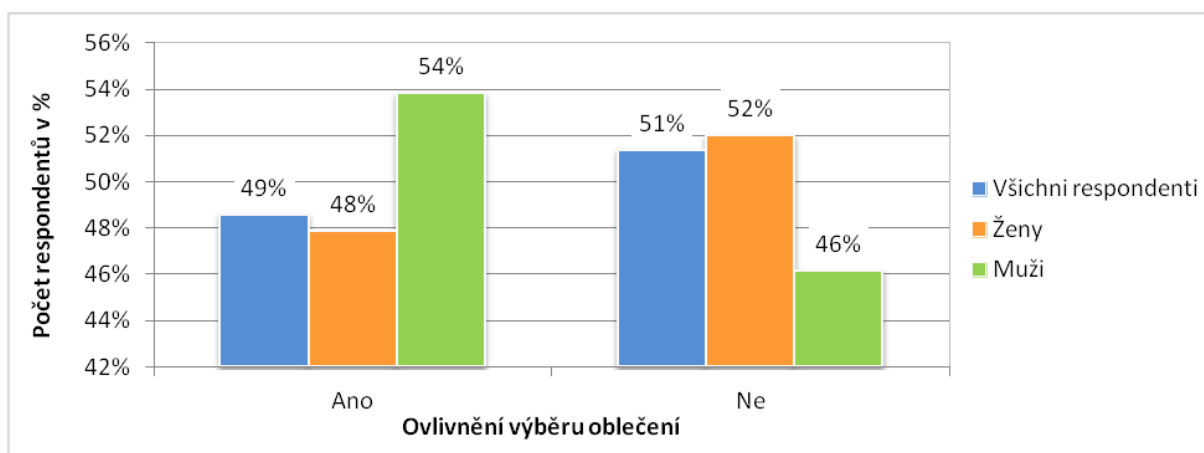
V otázce č. 7 jsem se snažila zjistit, jak často se remise u respondentů objevují. Na tuto otázku odpovídalo pouze 88 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili možnost „ano“. Podle grafu na obrázku 7, se u 38 (43 %) z těchto respondentů objevují remise jednou do roka a tvoří tak nejčetnější skupinu. Pouze u 9 (10 %) respondentů dochází k ústupu příznaků jednou za dva roky. Avšak překvapivých 30 (34 %) uvedlo, že u nich dochází k remisím vícekrát do roka. U zbylých 11 (13 %) respondentů se remise vyskytují méně často a jejich seznam je uveden v tabulce 4.

Tabulka 4: Individuální výskyt remisí

Výskyt remisí	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nepřavidelně	5	45%
Více jak 5 let v remisi	3	27%
1 x za 2 roky	2	19%
Balneoterapie	1	9%
Součet	11	100%

Jelikož šlo o otázku polouzavřenou, měli respondenti možnost zaškrtnout odpověď „méně často“. Odpovědi na tuto otázku dokumentuje tabulka 4. Celkem tuto možnost zvolilo 11 (100 %) respondentů, z nichž u 5 (45 %) dochází k remisím nepřavidelně. Více jak 5 let drží chorobu v remisi celkem 3 (27 %) respondenti. Další 2 (19 %) respondenti se setkávají s výskytem remisí jednou za dva roky a pouze 1 (9 %) respondent uvedl, že k remisi dochází vždy po absolvování lázeňské léčby.

Otázka č. 8 - Ovlivňuje psoriáza výběr Vašeho oblečení?



Obrázek 8: Graf zobrazující vliv psoriázy na výběr oblečení

Z grafu na obrázku 8 je patrné, že téměř polovina respondentů, konkrétně 52 (49 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů, přizpůsobuje šatník svému onemocnění. Překvapivý výsledek je, že mezi muži ovlivňuje psoriáza výběr oblečení u 7 (54 %) z celkových 13 (100 %) respondentů. Mezi ženami je to o něco méně a to 45 (48 %) z celkového počtu 94 (100 %) respondentek. Výsledek však může být zkreslen malým zastoupením mužů ve výzkumném vzorku.

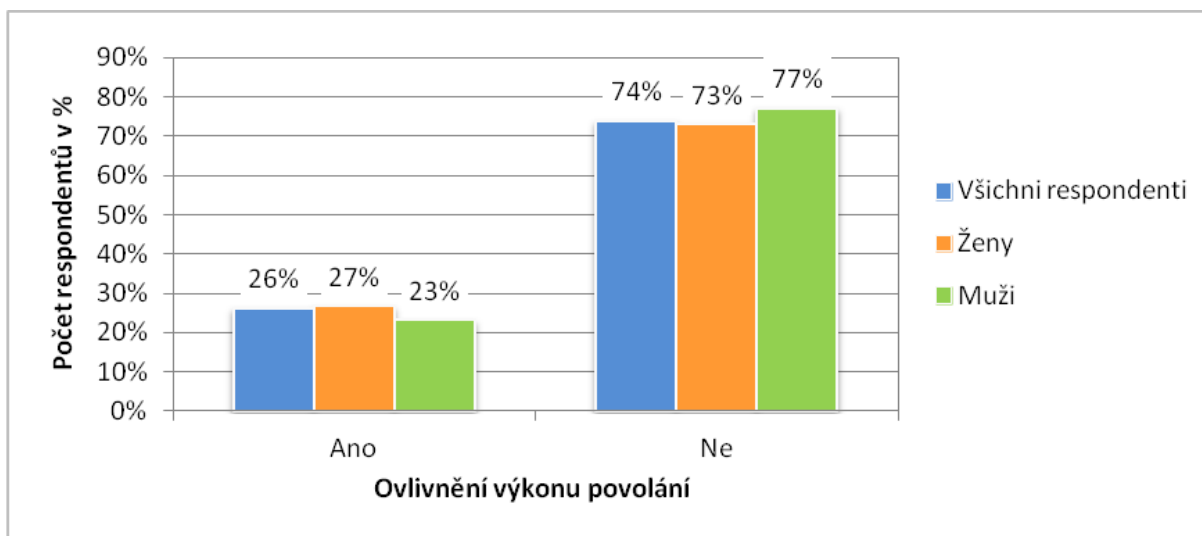
Otázka č. 9 - Jaké oblečení si vzhledem ke svému onemocnění musíte odříkat?

Tabulka 5: Nevhodné oblečení pro psoriatiky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Krátké nohavice/sukně/šaty	30	58%
Krátký rukáv	29	56%
Plavky	10	19%
Černá barva	9	17%
Umělá vlákna	7	13%
Bílá barva	3	6%
Sandále	2	4%
Pletené svetry	1	2%
Upnuté oblečení	1	2%

Na otázku č. 9 odpovídalo pouze 52 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce označili možnost „ano“. Otázka byla otevřená a umožňovala tak respondentům volně vypsát, jaké oblečení je pro ně nevyhovující. Dle tabulky 5 si respondenti nejvíce odpírají krátké nohavice-30 (58 %), krátké rukávy-29 (56 %) a plavky-10 (19 %). Oblečení z umělých vláken nevyhovuje 7 (13 %) respondentům. Velkou roli hraje také barva oblečení. Hned 9 (17 %) respondentů si musí odpírat černé oblečení, jelikož jsou na něm viditelné odlupující se šupinky kůže. Bílou barvu oblečení pak nemohou nosit 3 (6 %) respondenti, z důvodu krvácení ložisek. S botami mají problém pouze 2 (4 %) respondenti, kteří nemohou nosit sandály. Shodně po 1 (2 %) respondentovi měly zastoupení pleteniny a upnuté oblečení.

Otázka č. 10 - Máte pocit, že psoriáza ovlivnila výběr Vašeho povolání nebo Vaši pracovní pozici/činnost?



Obrázek 9: Graf zobrazující vliv psoriázy na výběr povolání

Graf na obrázku 9 jasně ukazuje, že z celkového počtu 107 (100 %) respondentů 28 (26 %) pociťuje, že byl/je výběr jejich povolání nebo výkon pracovní činnosti ovlivněn jejich onemocněním. Zbýlých 79 (74%) respondentů vykonávalo/vykonává svoji pracovní činnost bez omezení.

Ženy i muži dle grafu na obrázku 9 vnímají vliv nemoci na povolání téměř stejně. V případě žen se cítí ovlivněno 25 (27 %) z celkového počtu 94 (100 %) respondentek a u mužů jsou to 3 (23 %) z celkového počtu 13 (100 %) respondentů.

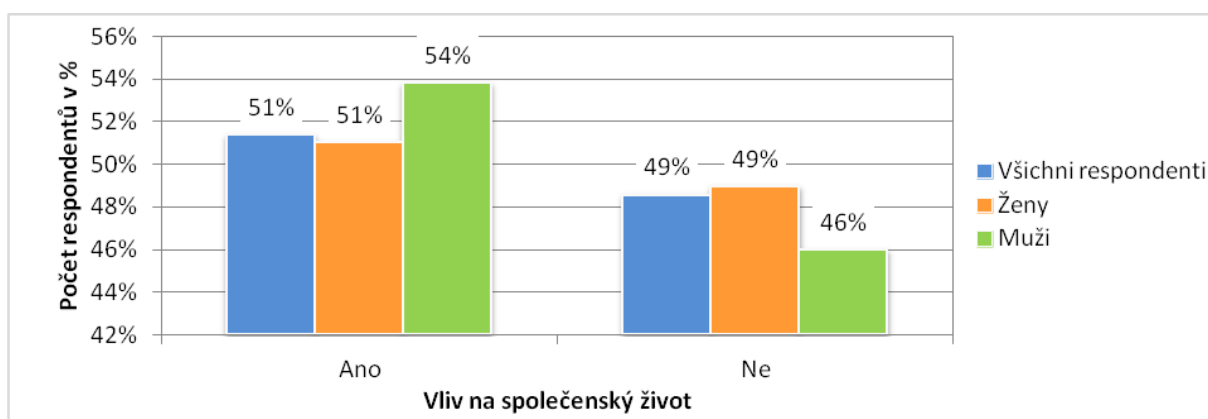
Otázka č. 11 - Jakým způsobem psoriáza ovlivnila výběr Vašeho povolání nebo Vaši pracovní pozici/činnost?

Tabulka 6: Překážky ve výběru/výkonu povolání u psoriaticků

Pracovní překážka	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Stud	8	29%
Nevydání PP	6	21%
Nemocenská	5	18%
Pracovní prostředí	4	14%
Pracovní pohovory	2	7%
Bolest	2	7%
Modeling	1	4%
Celkem	28	100%

Na otázku č. 11 odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce označili odpověď „ano“. Na tuto otázku tedy odpovídalo 28 (100 %) respondentů a jejich odpovědi jsou sepsány v tabulce 6. Nejvíce respondentů, tedy 8 (29 %), uvedlo, že jim ve výkonu povolání brání stud, který vlivem vzhledu své nemoci pocítují. Je jim nepříjemné se stýkat s cizími lidmi a vypořádávat se s jejich nepříjemnými pohledy. Problém mělo také 6 (21 %) respondentů s vydáním potravinářského průkazu, proto se museli vzdát práce ve zdravotnictví, u policie a v potravinářství či pohostinství. Dalším důvodem byla častá návštěvnost lékaře a vysoká absence v práci při zhoršení choroby, což uvedlo 5 (18 %) respondentů. Vlivem toho někteří z nich přišli o zaměstnání, žádné zaměstnání nehledají nebo nedostudovali VŠ. Dále 4 (14 %) z respondentů uvedli, že je pro ně podstatné pracovní prostředí. Nesmí pracovat ve velkém teple ani chladu, prašném či stresujícím prostředí, v prostředí, kde je možný větší výskyt infekce. Dalším 2 (7%) respondentům z důvodu psoriázy „nevyšel“ pracovní pohovor, protože se jim vyskytují psoriatické léze v oblasti obličeje a vlasů. U 2 (7 %) respondentek s PSA byla pak limitující bolest, proto nemohou vykonávat stojaté zaměstnání nebo dělat drobnou manuální práci. V případě 1 (4%) respondentky byla uvedena odpověď, že vzhledem k rozsahu její choroby nepřipadá v úvahu vykonávat modeling.

Otázka č. 12 - Máte pocit, že psoriáza ovlivňuje Váš společenský život?



Obrázek 10: Graf zobrazující vliv psoriázy na společenský život respondentů

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, zda má psoriáza vliv na společenský život respondentů. Z grafu na obrázku 10 je patrné, že odpovědi byly poměrně vyrovnané. Z celkového počtu 107 (100%) respondentů jich 55 (51%) uvedlo, že je jejich společenský život psoriázou ovlivňován. Ženy cítí vliv psoriázy na svůj společenský život ve 48 (51 %) z 94 (100 %) případů. Muži jsou na tom téměř stejně, kdy vliv na společenský život pocítuje 7 (54 %) z celkového počtu 13 (100 %) mužů.

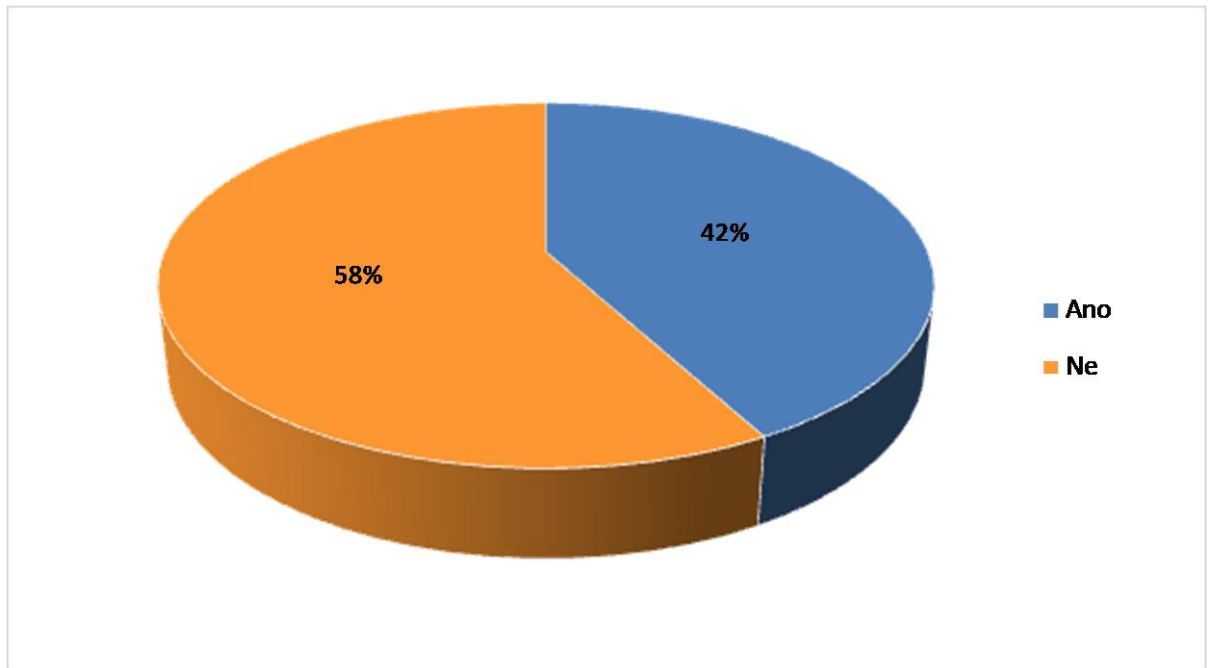
Otázka č. 13 - Jakým způsobem je Váš společenský život psoriázou ovlivňován?

Tabulka 7: Společenská omezení respondentů

Společenská omezení	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Návštěva veřejných míst (bazén, fit centrum)	29	53%
Výběr oblečení	21	38%
Větší kolektiv	17	31%
Návštěva společenských akcí (divadlo, plesy)	15	27%
Vhodný účes	6	11%
Zkoušení prádla/oblečení	6	11%
Kadeřnice	4	7%

Na otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce č. 12 zvolili odpověď „ano“. I když se jednalo o otevřenou otázku, odpovědi respondentů se velmi často opakovaly a také trpěli více omezeními současně. Tyto odpovědi jsou zmapovány v tabulce 7. Více jak polovina z celkového počtu 55 (100 %) respondentů, přesně 29 (53 %), se vyhýbá návštěvám veřejných míst, z čehož 2 z nich byl vstup na tato místa dokonce zakázán. U 21 (38 %) respondentů je problémem výběr oblečení a 6 (11 %) respondentů mělo dokonce problém při jeho zkoušení v obchodě. Pro 17 (31 %) respondentů je nepříjemné pohybovat se ve větším kolektivu. Dalších 15 (27 %) se zdržuje návštěv společenských akcí, 6 (11 %) respondentů musí volit vhodný účes a 4 (7 %) respondenti musí mít z tohoto důvodu jednu stálou kadeřnici.

Otázka č. 14 - Setkal/a jste se někdy se zápornými reakcemi souvisejícími s Vaším onemocněním



Obrázek 11: Graf zobrazující zkušenosti respondentů se zápornými reakcemi

Otázka č. 14 měla za úkol zmapovat četnost výskytu záporných reakcí souvisejících s psoriázou. Z grafu na obrázku 11 je patrné, že 45 (42%) z celkového 107 (100 %) respondentů se někdy za život setkalo se zápornou reakcí okolí vůči svému onemocnění.

Otázka č. 15 - Můžete vypsát, o jaké záporné reakce se nejčastěji jedná?

Tabulka 8: Nejčtenější záporné reakce vůči psoriatickým pacientům

Záporné reakce	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odtažené chování	17	38%
Strach z nakažlivosti	11	24%
Nepříjemné pohledy	9	20%
Nevhodné otázky a vtipy	8	18%
Litování	1	2%
Odmítání pokrmů	1	2%

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce č. 14 zvolili odpověď „ano“, tedy 45 (100 %) z nich. I když se jednalo o otázku otevřenou, opakovaly se u respondentů tytéž odpovědi. Většina respondentů se setkala s více než jednou negativní reakcí a uváděli tak jejich kombinace. Jejich přehled sepsaný v tabulce 8 ukazuje, že 17 (38 %) respondentů se nejčastěji setkává s odtažitým chováním okolí. Lidé se vyhýbají blízkému kontaktu s respondenty, odmítají jim podat ruku a nezdráhají se od nich odsednout či poodstoupit. Někteří respondenti takto přišli o přátele a partnery. I přes pokrok dnešní doby 11 (24 %) respondentů uvedlo, že se stále potýkají s dotazy ohledně nakažlivosti psoriázy. 9 (20 %) respondentů vnímá nepříjemné až štítivé pohledy okolí. Dalších 8 (18 %) respondentů uvedlo, že se již někdy setkali s nevhodnými otázkami či vtipy mířenými na jejich onemocnění. Lidé se jich ptají, zda se léčí nebo proč se pořádně neumyjí. V případě 1 (2 %) respondenta jej okolí spíše lituje. Ovšem ani tato skutečnost není dobrá pro psychiku pacienta. Zbylý 1 (2 %) respondent uvedl, že se setkal s odmítnutím jím připraveného pokrmu. Dle respondentů takto negativně reaguje nejen laická veřejnost, ale v některých případech také zdravotníci včetně lékařů.

Otázka č. 16 - Jaké by bylo podle Vás nejlepší řešení pro předejití těmto záporným reakcím?

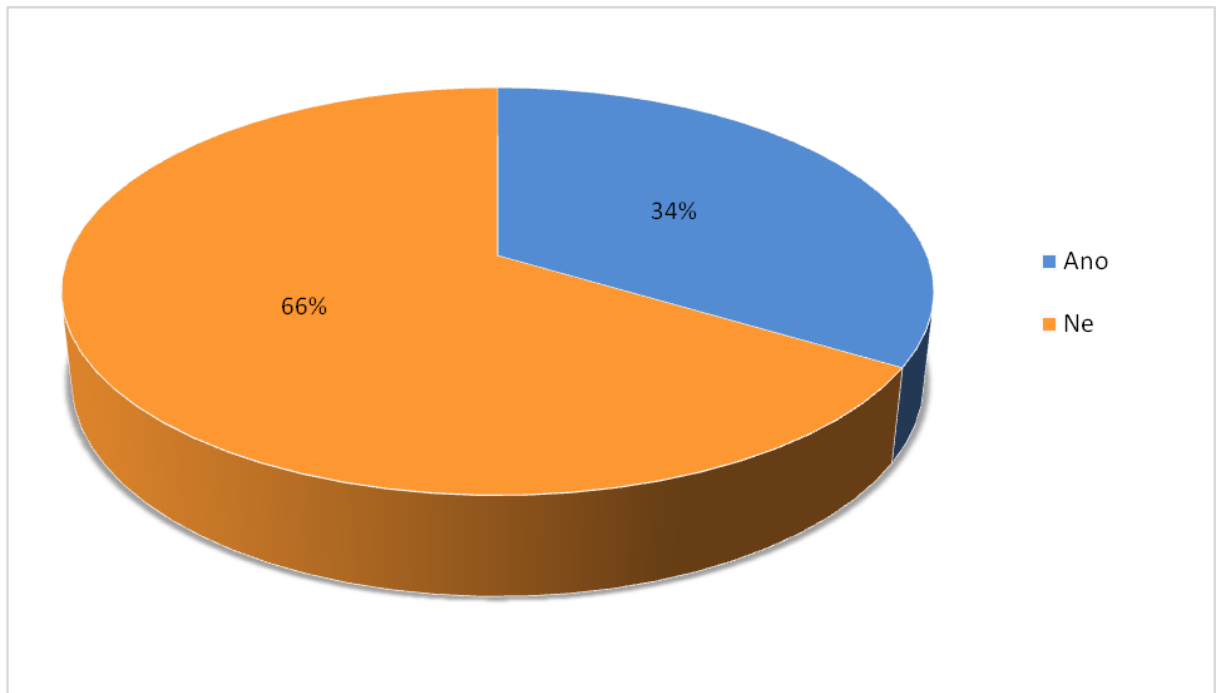
Tabulka 9: Možnosti řešení záporných reakcí

Řešení záporných reakcí	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Přes média	42	93%
Odborné přednášky	30	67%
Informace od praktických lékařů	27	60%
Jiné řešení	7	16%

Tato otázka je opět určena pouze těm 45 (100 %) respondentům, kteří v otázce č. 14 označili odpověď „ano“. Snažím se zde zmapovat, v čem by respondenti viděli nejlepší řešení pro předcházení záporným reakcím. Respondenti zde měli možnost zvolit více odpovědí včetně možnosti „jiné“, kde mohli případně uvést své vlastní nápady či zkušenosti. Tudíž jde o otázku polouzavřenou.

Z tabulky 9 je patrné, že více jak polovina respondentů, tedy 42 (93 %), vidí řešení ve vyšší informovanosti o psoriáze v médiích (např. TV, rádio, tisk). 27 (60 %) respondentů by uvítalo více informací v čekárnách či přímo od praktických lékařů (např. letáčky, odborné časopisy). U 30 (67 %) respondentů by pak bylo řešením více odborných přednášek od zdravotníků (např. školy, dny zdraví). Posledních 7 (16 %) respondentů uvedlo odpověď „jiné“. Z těchto 7 respondentů si 4 myslí, že osvěta laické veřejnosti nemá smysl, další 2 by viděli možnost v objevení účinného léku a 1 respondent by učivo o psoriáze zavedl do osnov přírodopisu.

Otázka č. 17 - Trpíte dalšími problémy každodenního života spojenými s psoriázou, o kterých v dotazníku nebyla zmínka?



Obrázek 12: Graf zobrazující výskyt nezmíněných problémů způsobených psoriázou

V této otázce jsem se ptala respondentů, zda trpí nějakými dalšími obtížemi způsobenými psoriázou, o kterých jsem se v dotazníku nezmiňovala. Otázku zodpovědělo všech 107 (100 %) respondentů. Z grafu na obrázku 12 vidíme, že 36 (34 %) respondentům způsobuje psoriáza více problémů, než bylo zmíněno. Zbýlých 71 (66 %) respondentů se s jinými problémy nesetkává.

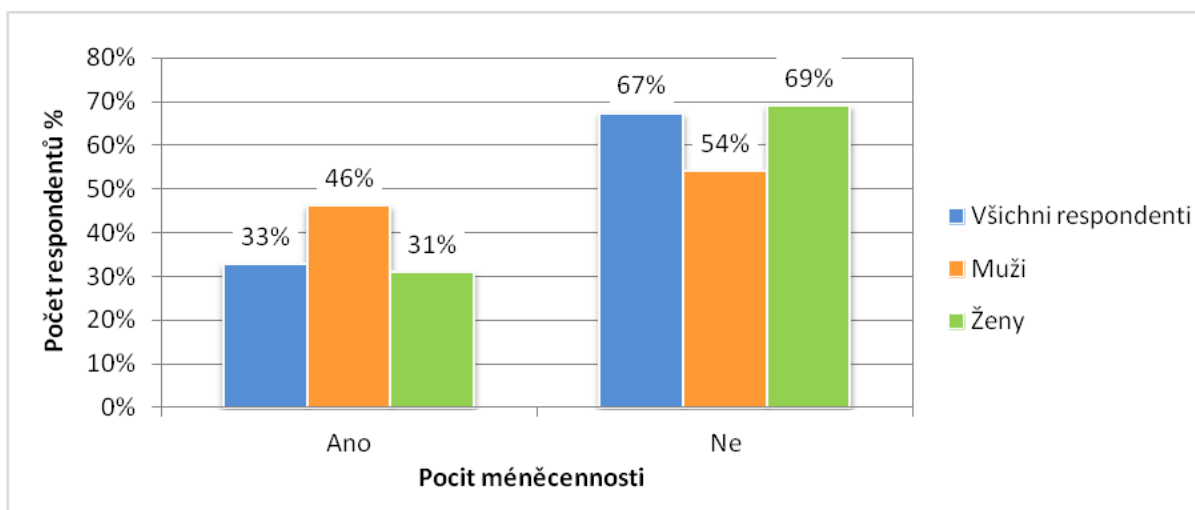
Otázka č. 18 - Prosím o sdělení, o které problémy se jedná.

Tabulka 10: Zmapování dalších problémů spojených s psoriázou

Další problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Bolest	13	36%
Zvýšený úklid	10	28%
Zvýšená sebeděže	7	19%
Mastné oblečení/vlasy	6	17%
Svědění	5	14%
Cena léčebných přípravků	4	11%
Navazování vztahů	4	11%

Na tuto otázku odpovídalo pouze 36 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce č. 17 označili odpověď „ano“. Jednalo se o otevřenou otázku a respondenti tak mohli volně odpovědět, jaké další problémy s psoriázou je trápí. Odpovědi se opět často opakovaly a u většiny respondentů se vyskytovalo více nezmíněných obtíží současně. Nejčetnější odpovědí dle tabulky 10 byla bolest, která trápí 13 (36 %) respondentů. Kromě bolesti ložisek uváděli respondenti i časté bolesti kloubů, které jim brání v pohybu a v péči o domácnost. Někteří dokonce museli odejít do invalidního důchodu. 10 (28 %) respondentů se musí denně několikrát věnovat úklidu skrze nadměrné padání šupin z ložisek. U 7 (19 %) respondentů je problémem zvýšená sebeděže, která je pro ně časově náročná. 5 (14 %) respondentů trápí silné svědění a shodně po 4 (11 %) respondentech uvedlo, že je pro ně problémem vysoká cena léčivých přípravků a navazování partnerských vztahů.

Otázka č. 19 – Cítíte se Vy sám/sama ve společnosti méněcenným/méněcenná?



Obrázek 13: Graf zobrazující pocit méněcennosti u respondentů

Otázka č. 19 měla za úkol zmapovat, zda se respondenti ve společnosti cítí méněcenní. Graf na obrázku 13 ukazuje, že z celkového počtu 107 (100 %) respondentů pociťuje méněcennost 35 (33 %) z nich. Vztaheno na ženy, z jejich celkového počtu 94 (100 %), uvedlo odpověď „ano“ 29 (31 %) respondentek. Mezi muži trpí pocitem méněcennosti 6 (46 %) z celkového počtu 13 (100 %) respondentů, což je o 15 % více, než je tomu u žen. Žádný dopad nepociťuje 65 (69 %) žen a 7 (54 %) mužů.

Otázka č. 20 - Jaké možnosti léčby psoriázy využíváte?

Tabulka 11: Využití jednotlivých léčebných metod psoriázy

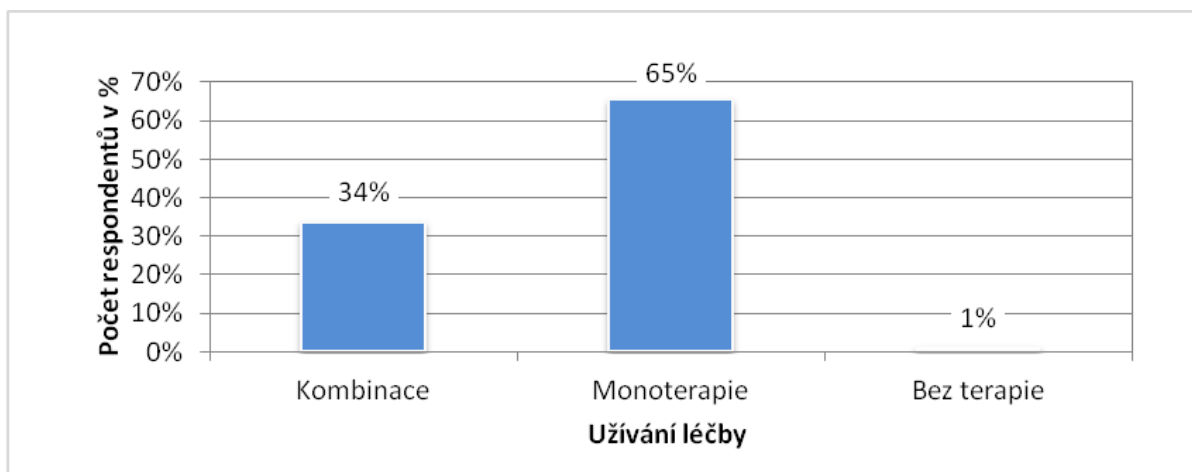
Možnost léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Topická léčba	72	67%
Fototerapie	26	24%
Farmakoterapie	25	23%
Biologická léčba	8	7%
Lázeňská léčba	10	9%
Jiné	17	16%

Otázka č. 20 měla za úkol zmapovat využití jednotlivých možností léčby psoriázy. Otázka byla strukturovaná polouzavřeně a opět doplněna o možnost „jiné“ pro případ nevyhovujících odpovědí. Respondenti měli také možnost označit více odpovědí současně. Nejvyužívanější léčbou dle tabulky 11 je léčba topická a označilo ji 72 (67 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Na fototerapii pak dochází 26 (24 %) respondentů. Pomocí farmakoterapie se léčí 25 (23 %) a prostřednictvím biologické terapie 8 (7 %) respondentů. Pouze 10 (9 %) respondentů pravidelně využívá nebo někdy využilo balneoterapii. 17 (16 %) respondentů využívá jiné možnosti léčby, které jsou uvedeny v tabulce 12.

Tabulka 12 - Jiné možnosti léčby podle respondentů

Další možnosti léčby	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Moře	7	41%
Vitamíny (A, B, C, D, E)	3	18%
Fytoterapie	2	12%
Čínská medicína	1	6%
Dieta	4	24%
Celkem	17	100%

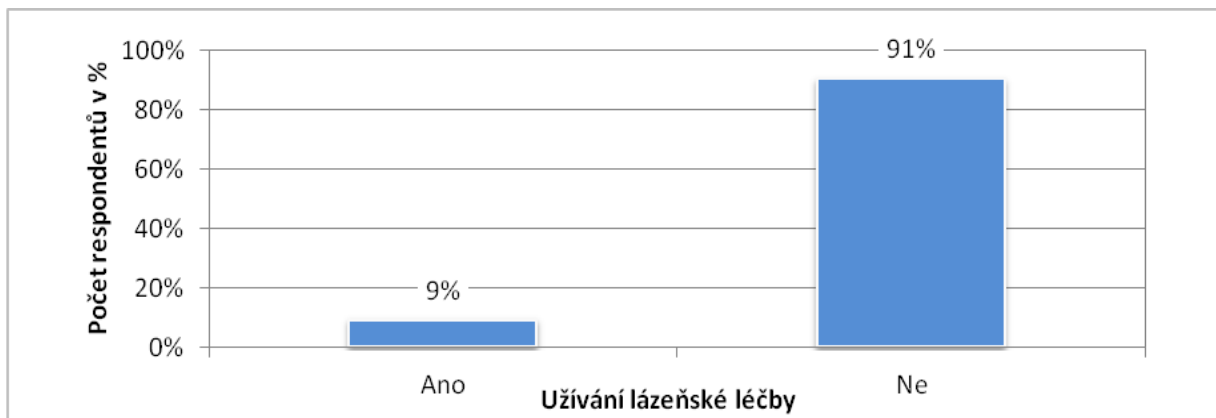
Tabulka 12 mapuje volné odpovědi respondentů, kteří zvolili možnost „jiné“. Ukazuje, jaké další možnosti léčby respondenti využívají. Nejvíce respondentům pomáhají v boji s psoriázou přímořské pobyty. Tuto odpověď napsalo 7 (41%) z celkového počtu 17 (100%) respondentů. U 4 (24%) respondentů výrazně pomohla úprava stravy a dodržování určitého jídelníčku. 3 (18%) respondenti pocítují zlepšení při zvýšeném užívání vitamínových doplňků. Další 2 (12%) respondenti bojují s psoriázou pomocí bylinek a 1 (6%) využívá k léčbě čínskou medicínu.



Obrázek 14: Graf zobrazující užívání terapie

V otázce č. 20 mohli respondenti zvolit více odpovědí. Jak je vidět z grafu na obrázku 14, 36 (34 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů využívá možnosti kombinovat více léčebných metod současně. 70 (65 %) respondentů užívá pouze jednu léčebnou metodu a 1 (1 %) respondent to již vzdal a nijak se neléčí.

Otázka č. 21 - Z jakého důvodu nevyužíváte možnosti léčby prostřednictvím lázeňských pobytů?



Obrázek 15: Graf zobrazující užívání lázeňské léčby

Tato otázka je polouzavřená a odpovídali na ni pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce č. 20 nezaškrtili položku „lázeňská léčba“. Dle grafu na obrázku 15 neoznámilo možnost lázeňské léčby 97 (91%) z celkového počtu 107 (100%) respondentů. Na otázku č. 21 však odpovědělo pouze 93 (96%) respondentů.

Tabulka 13: Důvody bránící užívání lázeňské léčby

Důvody bránící lázeňské léčbě	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Lázeňská léčba mi nepomáhá	3	3%
Po lázeňské léčbě se mi zhoršují příznaky nemoci	1	1%
V lázních se necítím dobře, nebaví mě to	1	1%
Lázeňská léčba psoriázy mi nebyla nabídnuta	60	65%
Nemám dostatek času na lázeňskou léčbu psoriázy	5	5%
Jiné důvody	23	25%
Celkem	93	100%

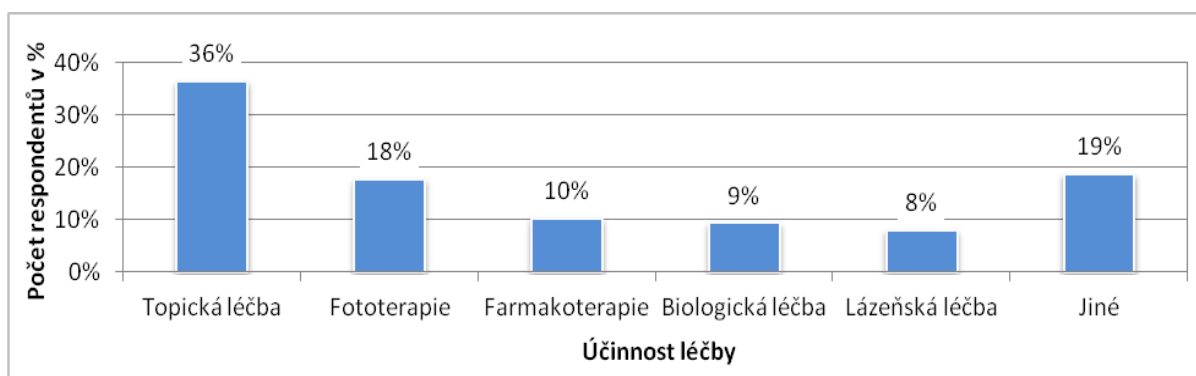
V tabulce 13 je zobrazen přehled důvodů bránících lázeňské léčbě. U 3 (3 %) z celkového počtu 93 (100 %) respondentů nemá lázeňská léčba účinek a 1 (1 %) respondentovi příznaky nemoci dokonce zhoršuje. Další 1 (1 %) respondent se v lázních cítí osamocen a přepadá jej depresivní ladění. Více jak polovině respondentů, přesně 60 (65 %), nebyla lázeňská léčba psoriázy vůbec nabídnuta. 5 (5 %) respondentů trpí nedostatkem času a 23 (25 %) má jiné důvody bránící lázeňské léčbě sepsané v tabulce 14.

Tabulka 14: Jiné důvody bránící užívání lázeňské léčby

Jiné důvody bránící lázeňské léčbě	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Finance	7	30%
Rodina	9	39%
Práce	5	22%
Lázeňská kapacita	2	9%
Celkem	23	100%

Jak lze vidět v tabulce 14, nejčastěji zmiňovaným jiným důvodem bránícím navštěvování lázní je rodina. 9 (39 %) z celkového počtu 23 (100 %) respondentů má malé děti, které potřebují jejich péči nebo nemají možnost hlídání. U 7 (30 %) respondentů jsou problémem finance. Dalších 5 (22 %) si nemůže dovolit dlouhodobě chybět v zaměstnání a 2 (9 %) respondenti doplatili na nedostatečnou lázeňskou kapacitu.

Otázka č. 22 - Jaká léčba psoriázy Vám nejvíce pomáhá?



Obrázek 16: Graf zobrazující účinnost terapie

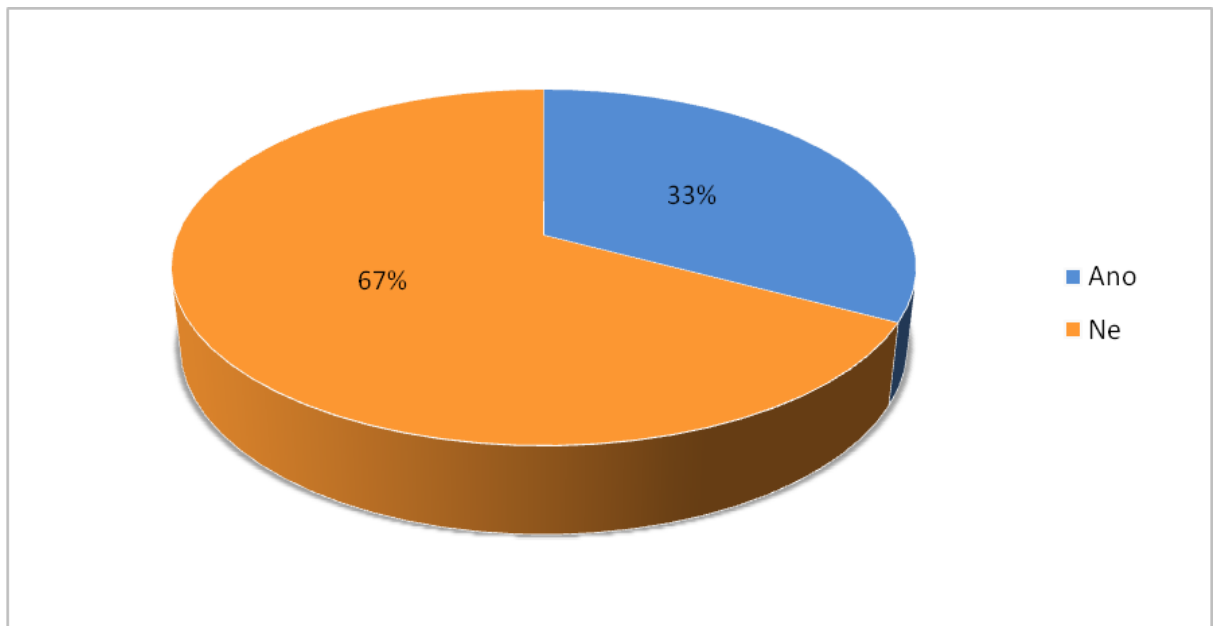
Cílem této otázky bylo zjistit, která léčba je u respondentů nejúčinnější. Opět je to otázka polouzavřená a doplněná o možnost „jiné“, pro případ nedostačujících nabízených odpovědí. Podle grafu na obrázku 16 má nejlepší účinky léčba topická, kterou označilo 39 (36 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Fototerapie vykazuje dobré účinky u 19 (18 %) respondentů. U 11 (10 %) respondentů je nejúčinnější léčbou farmakoterapie a 10 (9 %) respondentů úspěšně podstupuje léčbu biologickou. Dalších 8 (8 %) respondentů pocítuje největší zlepšení po absolvování lázeňské kúry a zbylých 20 (19 %) má nejlepší výsledky s jinými léčebnými metodami uvedenými v tabulce 15.

Tabulka 15: Účinnost méně častých léčebných metod

Léčebná metoda	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žádná léčba	6	30%
Nevím	4	20%
Moře	4	20%
Úprava životosprávy	3	15%
Čínská medicína	1	5%
Vitamíny	1	5%
Fytoterapie	1	5%
Celkem	20	100%

V tabulce 15 jsou sepsány účinnosti metod dle respondentů, kteří využili odpověď „jiné“. U 6 (30%) z celkového počtu 20 (100%) respondentů není účinná žádná léčba. V případě 4 (20%) respondentů léčba probíhá krátkou dobu a zatím nelze říci, zda zabírá či nikoliv. Dalším 4 (20%) respondentům nejvíce pomáhají pobyty u moře. 3 (15%) respondenti pocítili největší zlepšení po změně životosprávy. Shodně po 1 (5%) respondentovi nejvíce pomáhá čínská medicína, užívání vitamínů a fytoterapie.

Otázka č. 23 - Jste členem nějakého klubu či sdružení pro psoriaticky?



Obrázek 17: Graf zobrazující členství respondentů v klubech či sdruženích pro psoriaticky

Tato otázka měla za úkol zjistit, kolik respondentů je členy nějakého sdružení či klubu pro psoriaticky. Jak graf na obrázku 17 ukazuje, členství využívá pouhá jedna třetina respondentů, což odpovídá 35 (33 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Zbýlých 72 (67 %) respondentů nejeví o členství zájem.

Otázka č. 24 - Jaký má pro Vás toto členství přínos?

Tato otázka byla otevřená a odpovídali na ni pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce č. 23 zvolili odpověď „ano“. Takových respondentů bylo 35 (100 %), ale tuto otázku jich zodpovědělo pouze 6 (17 %). Nejčastěji respondenti uváděli, že díky členství získávají nové informace, vzájemně se s ostatními nemocnými podporují a předávají si poznatky o účinnosti jejich léčby.

Otázka č. 25 - Jaké další faktory Vám pomáhají vyrovnat se s Vaším onemocněním?

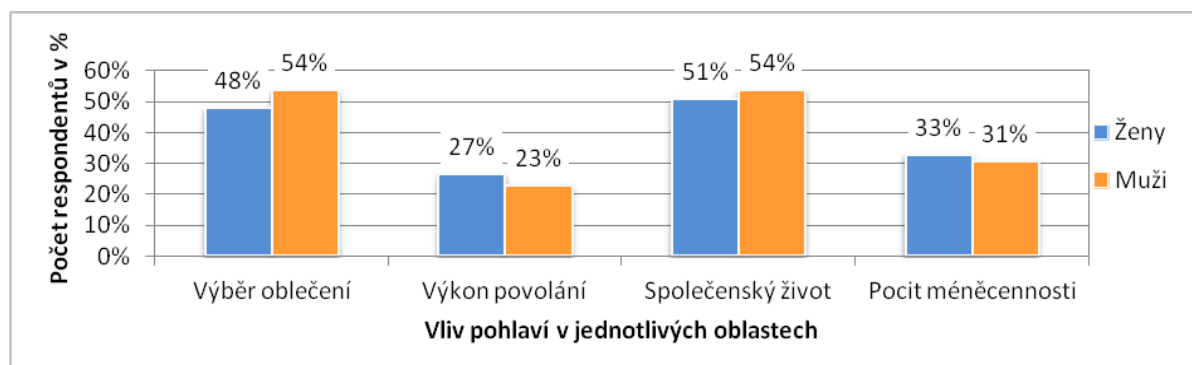
Tabulka 16: Faktory pomáhající respondentům vyrovnat se s onemocněním

Pomáhající faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodina	35	33%
Partner	32	30%
Lékař/zdravotnický personál	28	26%
Přátelé	21	20%
Remise	14	13%
Psycholog	6	6%

Tato otázka měla zmapovat faktory, které mají pozitivní vliv na respondenty a pomáhají jim vyrovnat se s jejich onemocněním. Otázka byla otevřená, tudíž měli respondenti možnost volně odpovědět. Respondenti většinou uváděli ty stejné odpovědi, které jsem pro přehlednost uvedla do tabulky 16. Dle této tabulky respondentům nejvíce pomáhá rodina, kterou uvedlo hned 35 (33 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. U 32 (30 %) dotazovaných je velkou oporou partner či partnerka. 28 (26 %) respondentů hledá pomoc u lékařů a sestřiček. Dalších 21 (20 %) dotazovaných se vyrovnává s nemocí prostřednictvím přátel a na 14 (13 %) působí pozitivně remise onemocnění. Zbýlých 6 (6 %) respondentů pak hledá pomoc u psychologa.

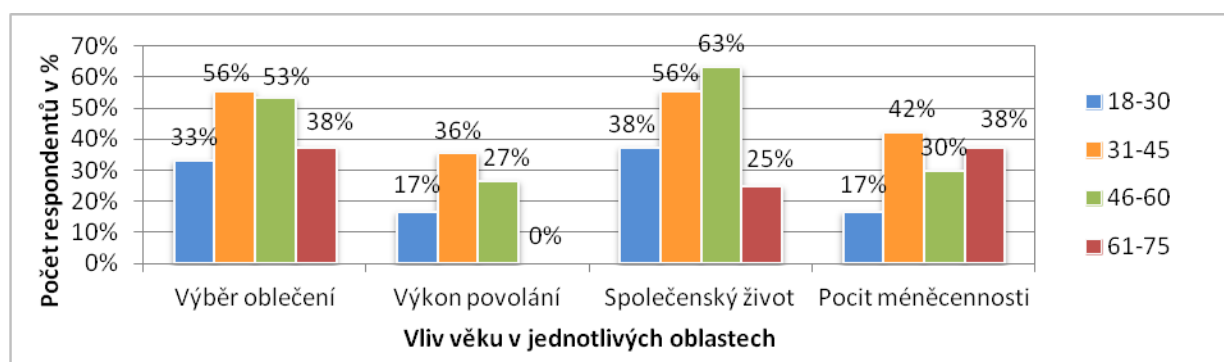
6.2 Prezentace výsledků vztahujících se k výzkumným otázkám

Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje pohlaví a věk respondentů vnímání dopadů psoriázy?



Obrázek 18: Graf zobrazující vliv pohlaví na vnímání dopadů psoriázy

Graf na obrázku 18 zobrazuje vliv pohlaví na vnímání dopadů psoriázy na jednotlivé oblasti života člověka. Z celkového počtu 94 (100 %) žen jich 45 (48 %) pocítuje omezení při výběru oblečení, 25 (27 %) ve výkonu povolání, 48 (51 %) ve společenském životě a 31 (33 %) se cítí méněcenných. Mezi muži omezení ve výběru oblečení pocítuje 7 (54 %) z celkového počtu 13 (100 %). Dalších 3 (23 %) cítí vliv při výkonu povolání, 7 (54 %) ve společenském životě a pocit méněcennosti uvedlo 4 (31 %).

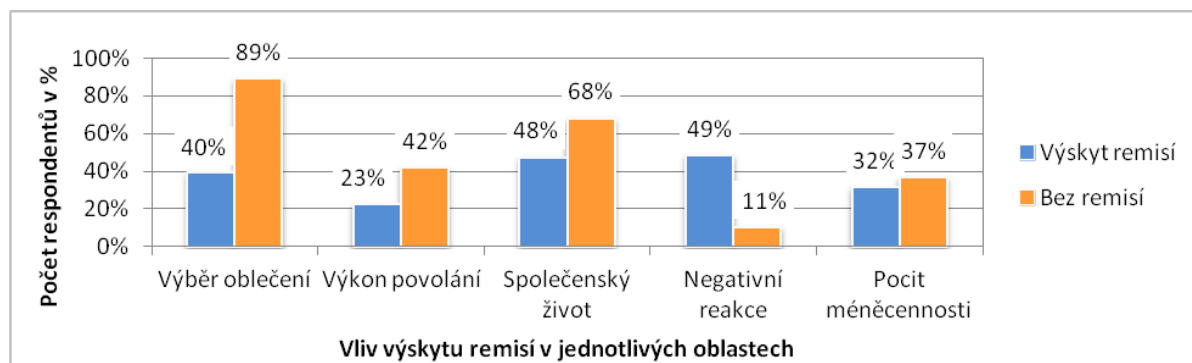


Obrázek 19: Graf zobrazující vliv věku na vnímání dopadů psoriázy

Jak graf na obrázku 19 ukazuje, respondenti ve věku 18-30 let cítí největší omezení ve společenském životě, což udalo 8 (33 %) z 24 (100 %) dotazovaných a nejmenší vliv uvedli 4 (17 %) dotazovaní při výkonu povolání a v případě méněcennosti. Respondenti ve věku 31-45 let pocítují největší vliv ve společenském životě a při výběru oblečení u 25 (56 %) ze 45 (100 %) dotazovaných a naopak nejmenší vliv uvedlo 16 (36 %) dotazovaných při výkonu povolání. 19 (63 %) z 30 (100 %) respondentů ve věku 46-60 let je nejvíce ovlivněno ve společenském životě a pouze 8 (27 %) při výkonu povolání. Ve věku

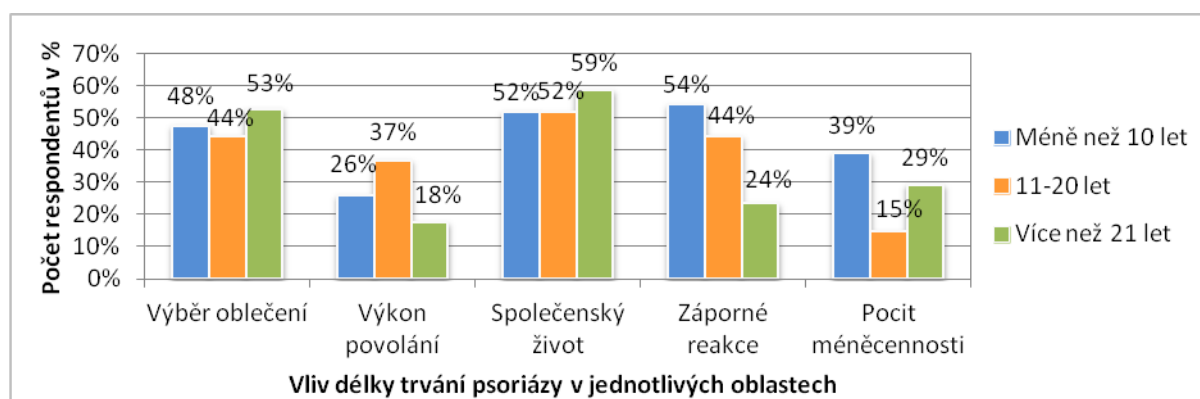
61-75 let cítí 3 (38 %) z 8 (100 %) dotazovaných největší omezení při výběru oblečení a také se cítí méněcenní. Žádný dotazovaný v tomto věku nepocíťoval vliv ve výkonu povolání.

Výzkumná otázka č. 3: Má výskyt remisí a délka trvání nemoci vliv na vnímání dopadů psoriázy u respondentů?



Obrázek 20: Graf zobrazující vliv výskytu remisí na vnímání dopadů psoriázy

Jak lze vidět v grafu na obrázku 20, z 88 (100 %) respondentů s výskytem remisí jich 35 (40 %) cítí vliv ve výběru oblečení, 20 (23 %) při výkonu povolání, 42 (48 %) ve společenském životě, 43 (49 %) se setkala s negativní reakcí a 28 (32 %) se cítí méněcenných. Bez remisí je pak 19 (100 %) respondentů, ze kterých 17 (89 %) cítí vliv ve výběru oblečení, 8 (42 %) při výkonu povolání, 13 (68 %) ve společenském životě, 2 (11 %) se setkala s negativní reakcí a pocit méněcennosti má 7 (37 %).

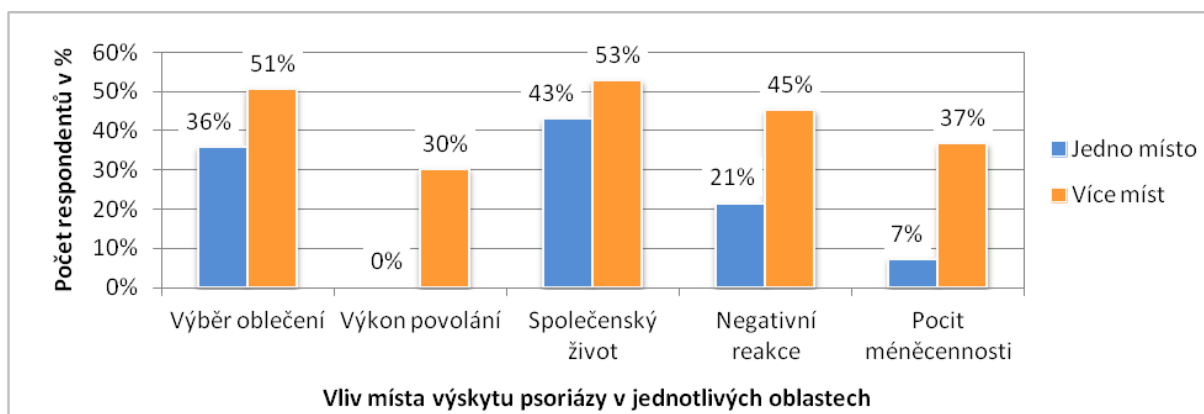


Obrázek 21: Graf zobrazující vliv délky trvání nemoci na vnímání dopadů psoriázy

Respondenti trpící psoriázou méně než 10 let, se podle grafu na obrázku 21 nejčastěji setkávají se zápornými reakcemi a to u 25 (54 %) ze 46 (100 %) dotazovaných a nejméně pocíťují omezení při výkonu povolání v případě 12 (26 %) dotazovaných. Ve společenském životě se cítí omezeno nejvíce respondentů při délce trvání nemoci 11-20 a to u 14 (52 %)

z 27 (100 %) dotazovaných, pouze 4 (15 %) mají pocit méněcennosti. Také respondenti s délkou trvání psoriázy více než 21 let uvádí ve 20 (59 %) případech z 34 (100 %), omezení ve společenském životě. Nejméně jsou pak tyto respondenti omezeni při výkonu povolání a to u 6 (18 %) dotazovaných.

Výzkumná otázka č. 4: Ovlivňuje místo výskytu ložiska psoriázy vnímání nemoci respondenty?



Obrázek 22: Graf zobrazující vliv místa výskytu na vnímání dopadů psoriázy

Jak ukazuje graf na obrázku 22, u respondentů s jedním místem výskytu pociťuje z jejich počtu 14 (100 %) omezení při výběru oblečení 5 (36 %), při výkonu povolání žádný z těchto respondentů, ve společenském životě 6 (43 %), s negativními reakcemi se setkali 3 (21 %) a méněcennost pociťují 1 (7 %). Naopak mezi respondenty s výskytem psoriázy na více místech pociťuje z jejich počtu 93 (100 %) hned 47 (51 %) omezení při výběru oblečení, 28 (30 %) při výkonu povolání a 49 (53 %) ve společenském životě. S negativními reakcemi se pak setkala 42 (45 %) těchto dotazovaných a méněcennost pociťuje 34 (37 %) z nich.

7 DISKUZE

V této kapitole se zaměřuji na rozbor jednotlivých položek dotazníkového šetření a hledám odpovědi na mnou stanovené výzkumné otázky (viz s. 37). V průběhu diskuze porovnávám odpovědi s výsledky bakalářských prací „Kvalita života psoriatiků“ Kosová (2013), „Život s lupénkou“ Ohryzkova (2014), diplomových prací „Psoriáza jako stigma“ Sládková (2008), „Vliv psoriázy na kvalitu života člověka“ Blahová (2016) a dále s některými zdroji uvedenými v seznamu literatury

Výzkumná otázka č. 1: Jaká forma psoriázy se u výzkumného vzorku respondentů nejčastěji vyskytuje?

Tato výzkumná otázka měla za úkol zjistit, která forma psoriázy se u respondentů vyskytuje nejčastěji. K této výzkumné otázce se vztahuje pouze jedna dotazníková otázka a to č. 4.

Podle výsledků mého výzkumu (viz tabulka 1, s. 44) je nejčastěji se vyskytující formou „psoriasis vulgaris“, kterou uvedlo 85 (79 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Druhou nejběžnější formou je „psoriasis arthropatica“, která trápí 20 (19 %) respondentů. „Psoriasis guttata“ postihuje 14 (13 %) respondentů a „psoriasis pustulosa“ pouze 7 (7 %) respondentů. Zbýlých 9 (8 %) respondentů nezná přesnou formu svého onemocnění. V porovnání s Ohryzkovou (2014, s. 38) tvořilo v jejím výzkumu nejpočetnější skupinu 59,5 % respondentů, kteří neznali přesnou formu psoriázy, kterou trpěli. Toto zjištění je naprosto odlišné od mého šetření. Dále Ohryzkova uvedla, že „psoriasis vulgaris“ postihuje 25,5 % dotazovaných, „psoriasis arthropatica“ 5,7 % dotazovaných a „psoriasis guttata“ 4,7 % dotazovaných. U dalších 2,8 % respondentů se vyskytuje „psoriasis pustulosa“. Tyto údaje již hierarchicky souhlasí s mými výsledky, pouze v mém výzkumu je vyšší zastoupení respondentů u jednotlivých forem. To je nejspíše zapříčiněno vysokým počtem respondentů, kteří dle Ohryzkové formu své nemoci neznají. Naopak od porovnání s prací Ohryzkové, moje šetření koresponduje s Vladimírem Vašků (2015, s. 13), který uvádí „psoriasis vulgaris“ jako nejčastěji se vyskytující formu psoriázy. Také Sládková (2008, s. 43) ve své práci zjistila, že nejběžněji se vyskytuje „psoriasis vulgaris“ a to u 64 % respondentů.

Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje pohlaví a věk respondentů vnímání dopadů psoriázy?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda nemocní rozdílného věku či pohlaví vnímají dopady psoriázy odlišně. K tomu jsem použila dotazníkové otázky č. 1, 2, 8, 10, 12, a 19.

Z mého šetření vyplývá (viz obrázek 18, s. 69), že mezi ženami pociťuje omezení při výběru oblečení 45 (48 %) z celkového počtu 94 (100%) žen, při výkonu povolání 25 (27 %), omezení ve společenském životě pociťuje 48 (51 %) a méněcenně se cítí 31 (33 %) z nich. Z celkového počtu 13 (100 %) mužů, 7 (54 %) přizpůsobuje výběr oblečení, 3 (23 %) pocítili ovlivnění při výkonu povolání, 7 (54 %) se omezuje ve společenském životě a 4 (31 %) se cítí méněcenní. Z výsledných dat vyplývá, že rozdíly ve vnímání dopadů psoriázy mezi pohlavími jsou zcela minimální. Tyto výsledky jsou však těžko porovnatelné s jiným šetřením, jelikož v jediné práci, která se touto problematikou zabývá, je využita jiná metoda šetření. Blahová (2016, s. 54-55) hodnotila rozdíl ve vnímání psoriázy mezi ženami a muži metodou Mann-Whitneyova U testu. Při využití WHOQOL-BREF (viz příloha E, s. 95), nebyl podle Bláhové nalezen signifikantní rozdíl mezi jednotlivými pohlavími. V případě využití DLQI (viz příloha D, s. 93) výsledky šetření ukázaly, že mají ženy výrazně zhoršenou kvalitu života oproti mužům, což s mým šetřením nekoresponduje. Určité zkreslení ale může způsobovat fakt, že se mého výzkumného šetření účastnilo výrazně méně mužů než žen. Myslím, že je to zapříčiněno tím, že ženy bývají obvykle sdílnější než muži.

V porovnání s věkem respondentů, největší omezení ve výběru oblečení pociťují respondenti mezi 31-45 lety a to u 25 (56 %) případů. Podobný výsledek jsem zaznamenala ve věkové skupině 46-60 let, kde problém s výběrem oblečení označilo 16 (53 %) dotazovaných. Naopak nejméně se nechává ovlivnit dopady psoriázy při výběru oblečení skupina 18-30 let a to u 8 (33 %) dotazovaných (viz obrázek 19, s. 69).

Při výkonu povolání pociťuje, tak jako problémy s oblékáním, nejvíce věková skupina 31-45 let, a to u 16 (36 %) respondentů. Žádná omezení při výkonu povolání pak nepociťují respondenti ve věku 61-75 let. To je zapříčiněno nejspíše tím, že většina dotazovaných v tomto věku již pobírá starobní důchod (viz obrázek 19, s. 69).

Omezení ve společenském životě udává nejvíce respondentů ve věku 46-60 let a to 19 (63 %) z nich. Nejméně ovlivnění ve společenském životě jsou respondenti ve věku 61-75 let a to u 2 (25 %) dotazovaných. Domnívám se, že toto zjištění vzhledem k věku respondentů je předpokládané, protože tyto dotazovaní mají většinou v životě jiné priority než společensky žít (viz obrázek 19, s. 69).

Nejvíce méněcenní se cítí respondenti ve věku 31-45 let, kterých je 19 (42 %). Opačně je tomu u respondentů ve věku 18-30 let, kde pociťují méněcennost pouze 4 (17 %) z nich (viz obrázek 19, s. 69).

Obecně tedy nelze říct, která věková skupina je tímto problémem nejvíce zasažena. S věkem se mění hierarchie potřeb člověka a dle toho vnímá každá věková skupina omezení v jiné oblasti. Tyto výsledky nemohu porovnat s jiným šetřením, jelikož se problematikou vlivu věku na vnímání dopadů psoriázy žádný seriózní výzkum nezabývá.

Výzkumná otázka č. 3: Má výskyt remisí a délka trvání nemoci vliv na vnímání dopadů psoriázy u respondentů?

V této výzkumné otázce bylo za úkol zjistit, zda remise a délka trvání onemocnění zmírňují dopady psoriázy na respondenty či nikoliv. Odpovědi na tuto otázku byly získány prostřednictvím dotazníkových otázek č. 3, 6, 7, 8, 10, 12, 14 a 19.

V mém výzkumném vzorku se remise objevují u 88 (82 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. U zbylých 19 (18 %) se remise nevyskytují (viz obrázek 6., s. 47). U 38 (43 %) z těchto 88 (100 %) respondentů se objevují remise jednou do roka, u dalších 9 (10 %) dochází k ústupu příznaků jednou za dva roky (viz obrázek 7, s. 48). Pro mě překvapivých 31 (35 %) respondentů uvedlo výskyt remisí vícekrát do roka. Zbylých 11 (12 %) respondentů mívá remise méně často a nejvíce z nich (5) uvedlo nepravidelný výskyt (viz tabulka 4, s. 48). Z 88 (100 %) respondentů s výskytem remisí jich 35 (40 %) pociťuje omezení při výběru oblečení, 20 (23 %) při výkonu povolání, 42 (48 %) ve společenském životě, 43 (49 %) se setkává s negativními reakcemi okolí a 28 (32 %) se cítí méněcenně. Z 19 (100 %) respondentů, u kterých se remise nevyskytují, pociťuje 17 (89 %) omezení při výběru oblečení, 8 (42 %) při výkonu povolání, 13 (68 %) při společenských aktivitách a 7 (37 %) má pak pocit méněcennosti. Šetření prokázalo, že se tyto respondenti mnohem méně setkávají se zápornými reakcemi a to jen ve 2 (11 %) případech (viz obrázek 20., s. 70). Až na setkávání respondentů se zápornými reakcemi z mého výzkumu vyplývá, že remise mají pozitivní vliv na vnímání dopadů psoriázy u dotazovaných. Bohužel, opět nemohu své výsledky porovnat s jiným šetřením, které by se touto problematikou zabývalo.

V další části této výzkumné otázky jsem zjišťovala, zda má vliv délka trvání nemoci na respondenty. V mém výzkumném vzorku bylo 46 (43 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů trpících psoriázou méně než 10 let a tvořili tak nejpočetnější skupinu. Mezi 11 a 20 lety označilo délku trvání 27 (25 %) respondentů. Více než 21 let pak psoriázou trpí zbylých 34 (32 %) respondentů (viz obrázek 3, s. 43). Odlišných výsledků dosáhla ve své práci Kosová (2013, s. 45), kde největší skupinu tvořili respondenti s délkou onemocnění

21 let a více, kterých bylo 41 %. 11-20 let trpělo psoriázou 34,9% respondentů a nejmenší skupinu tvořili respondenti s délkou trvání psoriázy 10 let a méně, kterých bylo dle Kosové pouze 24,1 %.

Vliv doby trvání nemoci na výběr oblečení je u všech skupin dosti vyrovnaný, vždy okolo poloviny dotazovaných. Největší omezení ale dle mého výzkumu pocítují respondenti trpící psoriázou 21 a více let a to u 18 (53 %) z 34 (100 %) dotazovaných. Největší omezení ve výkonu povolání uvedli respondenti trpící psoriázou v rozmezí 11-20 let, kterých bylo 10 (37 %) z 27 (100 %) dotazovaných. Omezení ve společenském životě opět nejvíce pocítují respondenti s dobou trvání psoriázy více jak 21 let, konkrétně 20 (59 %) z 34 (100 %) dotazovaných. S negativními reakcemi okolí se nejčastěji setkávají respondenti s délkou trvání nemoci méně než 10 let, a to 25 (54 %) ze 46 (100 %) dotazovaných. Tato skupina respondentů také nejvíce pocítuje méněcennost, kterou uvedlo 18 (39 %) z nich (viz obrázek 21, s. 70). Z výsledků šetření vyplývá, že mezi jednotlivými skupinami s různou délkou trvání nemoci, není výrazný rozdíl ve vnímání dopadů psoriázy. Ani v tomto případě výsledky nemohu porovnat s jiným šetřením, protože se touto problematikou žádný seriózní výzkum nezabývá.

Výzkumná otázka č. 4: Ovlivňuje místo výskytu ložiska psoriázy vnímání nemoci respondenty?

Odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsem získala prostřednictvím dotazníkových otázek č. 5, 8, 10, 12, 14 a 20. Cílem bylo zjistit, zda má místo výskytu psoriázy vliv na vnímání nemoci respondenty.

Prvně bylo třeba zmapovat, kde se ložiska psoriázy vyskytují nejčastěji. Zde jsem pro přehlednější zhodnocení a porovnání s jinými daty uvedla pouze pět nejčastějších míst výskytu. Podle mého výzkumu nejvíce psoriáza postihuje vlasy a lokty, což uvedlo 66 (62%) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů. Druhým nejčastějším místem výskytu jsou kolena, která označilo 48 (45 %) dotazovaných (viz tabulka 2, s. 45). Stejných výsledků dosáhla ve své práci i Kosová (2013, s. 50), která uvedla, že psoriáza postihuje v 59 % lokty, ve 49,4 % křtici a u dalších 38,6 % kolena. Dle mého výzkumu je dále častý výskyt na trupu s 38 (36 %) a postižení zad s 33 (31 %) odpověďmi (viz tabulka 2, s. 45). Dle Kosové (2013, s. 50) jsou napadena záda ve více případech, než je tomu u trupu. V číslech byla záda postižena u 21,7 % a trup jen u 16,9 % dotazovaných. Také Ohryzkova (2014, s. 41) se ve své práci zabývala totožnou otázkou. Prezентuje zde, že se nejvíce psoriatická ložiska vyskytují

na loktech a to u 21,6 % případů. Dále na kolenou u 15,3 % odpovědí, kštica je postižena u 14,6% a záda u 11,1 % odpovědí. Jako poslední nejčastěji zasažené místo nevyšel Ohryzkove trup, ale u 8,7 % odpovědí to byly nehty. Dalším rozdílem je, že Ohryzkova vztahovala relativní četnost na počet odpovědí a nikoliv na počet respondentů, tudíž jí vycházejí nižší procentuální hodnoty, než je tomu v mém případě. Ze získaných dat lze vyvodit, že je postižena převážně horní polovina těla, která je pro okolí nejvíce viditelná. To může být pro nemocného výrazně omezující, na což také navazuji dále.

Těmto místům výskytu psoriatických ložisek odpovídá i typ oblečení, které respondenti odmítají nosit. V nejvíce případech se respondenti snaží zakrývat oblast dolních končetin. 30 (58 %) z 55 (100 %) respondentů, kteří pociťují omezení při výběru oblečení, uvedlo, že odmítá nosit krátké nohavice, šaty či sukně. 29 (56 %) se snaží zakrýt ruce a vyhýbají se tak nošení krátkých rukávů a tílek. Dalších 10 (19 %) nechce odhalovat trup a odmítá nosit plavky. Černému oblečení se skrze odpadávání šupin z oblasti kštica vyhýbá 9 (8 %) respondentů (viz tabulka 5, s. 50).

Dále jsem zjišťovala vliv výskytu psoriatických ložisek na celkové vnímání respondentů. Porovnávala jsem zde respondenty s jedním místem výskytu psoriázy a respondenty s více místy výskytu psoriázy. Respondentů, kteří měli postiženo pouze jedno místo lidského těla, bylo 14 (100 %). 5 (36 %) z těchto respondentů musí přizpůsobovat nemoci výběr oblečení, 6 (43 %) se musí omezovat ve společenském životě, 3 (21 %) se setkali se zápornými reakcemi, pouze 1 (7 %) se cítí méněcenně a žádný respondent nepocítil omezení při výkonu povolání. U zbylých 93 (100 %) respondentů napadá psoriáza více částí, v některých případech i celý povrch lidského těla. 47 (51 %) z těchto respondentů musí přizpůsobovat výběr oblečení, 49 (53 %) se omezuje ve společenském životě, 42 (45 %) se setkala se zápornými reakcemi, 34 (37 %) se cítí méněcenně a 28 (30 %) dotazovaných omezuje psoriáza ve výkonu povolání (viz obrázek 22, s. 71). Jak lze z výsledných dat vypožorovat, omezení ve společenských aktivitách je u respondentů s výskytem psoriatických ložisek na jednom nebo více místech těla srovnatelné. V ostatních složkách jednoznačně převažuje skupina s postižením více tělesných míst, kde se cítí omezena vždy téměř polovina dotazovaných vyjma pracovní oblasti, kde vliv psoriázy udává přibližně třetina dotazovaných. Blahová (2016, s. 56-66) se ve své práci snažila analyzovat pomocí Kruskal-Wallisova testu vztah mezi umístěním ložisek psoriázy a vnímanou kvalitou života měřenou pomocí dotazníku WHOQOL-BREF (viz příloha E, s. 95). Vzhledem k tomu, že Bláhová využila

odlišnou metodu šetření, nelze naše data přímo porovnat. Její výsledky ale potvrzují, že existuje rozdíl ve vnímání dopadů psoriázy mezi skupinami psoriatiků s různým typem lokalizace ložisek. Nejhorší kvalitu života Bláhová naměřila u respondentů s výskytem psoriázy na hlavě, rukách, kloubech a nohách.

Výzkumná otázka č. 5: Pociťují respondenti s psoriázou negativní chování lidí ve svém okolí, a jak tomuto chování lze předcházet?

K této výzkumné otázce se vztahovaly tři dotazníkové otázky, přesněji otázky č. 14, 15 a 16, které na sebe navazovaly. Hlavním úkolem bylo zjistit, zda se respondenti s psoriázou setkávají se zápornými reakcemi svého okolí na svoje onemocnění a pokud ano, pak s jakými. Dalším šetřením jsem zjišťovala, zda a jakým způsobem se podle respondentů může negativnímu pohledu okolí na psoriatiku předejít.

Z mého výzkumu vyplynulo, že se téměř polovina respondentů, a to 45 (42%) z celkového počtu 107 (100%), setkala se zápornou reakcí okolí vůči svému onemocnění. Zbýlých 62 (58%) respondentů takové reakce nezaznamenalo (viz obrázek 11, s. 55). Sládková (2008, s. 60) ve své práci zjišťovala, zda psoriatici pociťují odtažité chování od svých nových spolupracovníků. Uvedla zde, že 33 % dotazovaných takové chování pociťuje. Vzhledem k tomu, že neměla Sládková otázku vztáženou k celému pracovnímu kolektivu, ale pouze k novým spolupracovníkům, se naše výsledky příliš neliší.

Další dotazníkovou otázkou jsem zjišťovala, s jakými typy záporných reakcí se těchto 45 respondentů nejčastěji setkává. Dle mého výzkumu nejvíce respondentů pociťuje odtažité chování okolí, což odpovídá 17 (38 %) z nich. Další častou reakcí okolí je strach z nakažlivosti psoriázy, s čímž se setkala 11 (24 %) respondentů. Nepříjemných pohledů si pak všimá dalších 9 (20 %) respondentů (viz tabulka 8, s. 56). Dle Ohryzkove (2014, s. 55) pociťuje odstup pouze 12,3 % dotazovaných, přičemž s nepříjemným pozorováním se potýká 35,8 % dotazovaných. Tyto výsledky jsou téměř zrcadlově odlišné od mého šetření. Kosová (2013, s. 38) ve své práci zkoumala znalosti veřejnosti o psoriáze a uvedla zde, že pouze 4,2 % si myslí, že je psoriáza nakažlivá a 12,7 % uvedlo, že neví. Podle jejího výzkumu až 17 % lidí z řad veřejnosti může mít obavy z nakažlivosti psoriázy, což odpovídá i výsledkům mého šetření.

Také mě zajímalo, jaké by mohlo být dle respondentů řešení záporných reakcí okolí na projevy psoriázy. Zde zmiňuji pouze nejčastější odpovědi 45 respondentů, kteří se setkali

se zápornou reakcí vůči jejich nemoci (viz tabulka 9, s. 57). 42 (93 %) respondentů vidí řešení ve vyšší informovanosti o psoriáze veřejnými médii (např. TV, rádio, tisk), 27 (60 %) respondentů by uvítalo více informací pro veřejnost u praktických lékařů (např. letáčky, odborné časopisy) a u dalších 30 (67 %) respondentů by pak bylo řešením více odborných přednášek (např. školy, dny zdraví). Ze zbylých 7 (16 %) odpovědí si 4 respondenti myslí, že osvěta veřejnosti nemá smysl, další 2 by viděli možnost v objevení účinného léku a 1 respondent by učivo o psoriáze zavedl do osnov přírodopisu. Jelikož jsem nenašla v žádném výzkumu ani odborné literatuře odpověď na podobnou otázku, rozhodla jsem se porovnat výsledky mého šetření s prací Kosové (2013, s. 36), která zkoumala nejčastější zdroje informací pro veřejnost. Ve své práci Kosová uvádí, že nejčastějšími zdroji o psoriáze pro veřejnost jsou média (časopisy-25,3 %, TV a internet shodně 22,5%) a odborná literatura-16,9 %. V mém šetření respondenti uvádějí, že poskytnutím informací veřejnosti těmito zdroji lze nejvíce předcházet negativním reakcím na psoriatiku.

Výzkumná otázka č. 6: Omezují projevy psoriázy běžné denní činnosti respondentů?

Tato výzkumná otázka měla za úkol zmapovat, zda psoriáza ovlivňuje běžné denní činnosti respondentů. Odpověď jsem hledala prostřednictvím dotazníkových otázek č. 12, 13, 17 a 18.

Ve výzkumu jsem se zaměřila na to, jakým způsobem psoriáza ovlivňuje běžný život respondentů. Výsledky analýzy dat odhalily, že více než polovina respondentů, 55 (51%) z celkového počtu 107 (100%), se musí omezovat ve společenském životě (viz obrázek 10, s. 53). Z těchto 55 (100 %) respondentů se 29 (53 %) vyhýbá návštěvám veřejných míst, jakými jsou fit centra či koupaliště (viz tabulka 7, s. 54). Předpokládám, že z důvodu odhalení velké plochy svého těla, čelí respondenti mnohem více nepříjemným pohledům, než obvykle. Ve 2 případech byl respondentům vstup na tato místa dokonce zakázán. Sládková (2008, s. 70) ve své práci uvádí téměř shodný výsledek. U 65 % jejích respondentů je návštěva jmenovaných míst nepříjemná, zakrývají se nebo je nenavštěvují vůbec.

Dalším problémem, který z mého výzkumu vyplývá je, že 21 (38 %) respondentů má potíže s výběrem oblečení a 6 (11 %) respondentů mělo dokonce problém při zkoušení oblečení, kdy jim to bylo personálem obchodu zakázáno (viz tabulka 7, s. 54). Zjištěný výsledek jsem porovnávala se Sládkovou (2008, s. 73), která však uvádí, že pouze 9 % respondentů má problémy s výběrem oblečení

Zajímavé bylo pro mě zjištění, že 17 (31 %) respondentů v mém výzkumu uvádí velmi nepříjemný pocit v prostředí většího uskupení lidí. Návštěva společenských akcí (např. divadlo, ples) je nemyslitelná pro 15 (27 %) dotazovaných (viz tabulka 7, s. 54). Jako důvod uvádějí svědění psoriatických ložisek a tendenci se neustále „ošívat“, což jim kazí požitek z akce a navíc mají pocit, že vyrušují ostatní návštěvníky. Totožné výsledky prezentuje ve své práci Kosová (2013, s. 60), kde uvádí, že obtíže při návštěvě společenských akcí má 30,1 % dotazovaných. Sládková (2008, s. 71) naopak uvádí vyšší počet dotazovaných (55 %), kteří by nikdy na společenskou akci nešli nebo by se snažili zakrýt postižená místa.

S volbou účesu má problém 6 (11 %) respondentů, což je pro ně v některých situacích časově náročné. Další 4 (7 %) respondenti mají jednu stálou kadeřnici, protože se u jiných setkali s odmítnutím (viz tabulka 7, s. 54).

36 (34 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů uvedlo, že trpí dalšími obtížemi spojenými s psoriázou, které ovlivňují jejich běžné denní činnosti (viz obrázek 12, s. 58). Nejvíce tyto respondenty trápí bolest, kterou uvedlo 13 (36 %) z 36 (100 %) dotazovaných (viz tabulka 10, s. 59). Kromě bolesti ložisek uváděli respondenti i časté bolesti kloubů, které jim brání v pohybu a v péči o domácnost. Někteří dokonce museli odejít do invalidního důchodu. Dle Kosové (2013, s. 52) i Sládkové (2008, s. 73) uvedlo bolest pouze 14 % respondentů, což je o polovinu méně než udává můj výzkum. Dále 10 (28 %) respondentů se musí denně několikrát věnovat úklidu z důvodu nadměrného odlučování šupin z ložisek. U 7 (19 %) respondentů je problémem zvýšená sebepéče, která je pro ně časově náročná (viz tabulka 10, s. 59). Stejného výsledku dosáhla ve své práci i Sládková (2008, s. 73), kdy se zvýšené hygieně věnuje 18 % dotazovaných. Sládková (2008, s. 73) také ve své práci uvádí, že silné svědění trápí pouhé 3 % respondentů, což nekoresponduje s mým výsledkem, kde si na svědění stěžuje 5 (14 %) respondentů. Analýzou dat jsem zjistila, že 4 (11 %) dotazovaní uvádí problém v navazování partnerských vztahů (viz tabulka 10, s. 59). V porovnání s Kosovou (2013, s. 60), má obtíže v partnerských vztazích více respondentů, a to 21,7 %.

Z výzkumného šetření také vyšlo najevo, že 28 (26 %) z celkového počtu 107 (100 %) respondentů pociťuje omezení při výkonu či výběru povolání (viz obrázek 9, s. 51). Z těchto 28 (100 %) respondentů jich nejvíce, konkrétně 8 (29 %), udává jako překážku stud, 6 (21 %) nevydání potravinářského průkazu a dalších 5 (18 %) mělo problémy s častými návštěvami lékaře (viz tabulka 6, s. 52). Tyto výsledky jsou téměř totožné s výzkumem Sládkové (2008,

s. 56), která ve své práci uvádí, že ovlivnění v zaměstnání pocítuje 35 % dotazovaných, zbylých 65 % nemá v zaměstnání v souvislosti s psoriázou problém.

Zhodnocením mého výzkumného šetření bylo prokázáno, že narušení běžných denní činností respondentů je poměrně výrazné.

Výzkumná otázka č. 7: Jaký typ léčby či jiné další faktory pozitivně ovlivňují vnímání psoriázy u respondentů?

S touto otázkou bylo spojeno pět dotazníkových otázek a to č. 20, 21, 22, 23, 24 a 25. Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jaká léčba má u respondentů nejlepší účinek a zda jsou nějaké další faktory pomáhající psoriatikům lépe se vyrovnat s nemocí.

Z mého výzkumu (viz obrázek 16, s. 65) vzešlo, že nejlepší účinky má léčba topická, kterou označilo 39 (36 %) z celkového počtu 107 (100%) respondentů. Fototerapie je neúčinnější léčbou u 19 (18 %) respondentů. U 11 (10 %) respondentů vykazuje dobré účinky farmakoterapie a 10 (9 %) respondentů úspěšně absolvovalo léčbu biologickou. Dalším 8 (8 %) respondentům pomáhá pravidelné absolvování lázeňské léčby. U zbylých 20 (19 %) mají nejlepší výsledky jiné léčebné metody. 6 z těchto 20 respondentů se nijak neléčí, 4 zatím neznají účinnost jejich léčby, protože se léčí krátkou dobu. Dalším 4 pomáhají pobyty u moře, 3 respondentům nejvíce pomohla úprava životosprávy a po 1 respondentovi nejvíce zabírají vitamíny, bylinky a čínská medicína (viz tabulka 15, s. 65). Podobné výsledky uvádí ve své práci Ohryzkova (2014, s. 45). Neúčinnější léčbou jejího výzkumu je terapie topická, kterou označilo 37,4 % respondentů. Následuje léčba alternativní s 26,8 % odpovědí, fototerapie s 12,1 % odpovědí a lázeňská terapie 11,1 %. 8,4 % dotazovaných zvolilo možnost biologické terapie a u zbylých 4,2 % dotazovaných má nejvyšší účinek farmakoterapie. Jelikož měla Ohryzkova stanoveny totožné léčebné metody, lze naše výzkumy velmi dobře porovnat. Ve většině případů jsou naše výsledky stejné, avšak v mém výzkumu o dost méně respondentů využívá alternativní metody léčby. Naopak u více mých respondentů má dobré účinky léčba farmakologická. Dle Kosové (2013, s. 63, 65) je také nejčastěji užívanou metodou topická léčba a to v případě 92,8 % respondentů, z nichž je 87,9 % s léčbou spokojeno. Lze ale předpokládat, že kdyby nebyla biologická léčba určena pouze pacientům splňujícím daná kritéria, nejspíše by byla právě tato terapeutická možnost tou neúčinnější.

Z výzkumného šetření také vyšlo najevo, jaké nejčastější důvody brání respondentům v užívání lázeňské terapie. Z 93 (100 %) respondentů jich 60 (65 %) uvedlo, že jim léčba nebyla nabídnuta. U 23 (25 %) hrají roli finance, mají rodiny nebo je nevolní ze zaměstnání.

5 (5 %) respondentů uvedlo, že nemají dostatek času, dalším 3 (3 %) respondentům tato léčba nezabírá a 2 (2 %) respondentům se v lázních buď zhoršují příznaky, nebo se tam necítí dobře (viz tabulka 13, s. 63).

Dalším bodem této výzkumné otázky bylo zjistit, jaké faktory pozitivně ovlivňují vnímání psoriázy u respondentů. Nejprve jsem se dotazovala na členství v podpůrných klubech či jiných skupinách sdružujících psoriatické (viz obrázek 17., s. 66). Ze 107 (100%) dotazovaných respondentů 35 (33 %) uvádí pozitivní vliv členství v některých z uskupení psoriatických. Důvodem je získávání nových informací, vzájemná podpora a poznatky z léčby. Tento výsledek byl těžko porovnatelný, protože jsem o něm našla zmínku pouze v práci Kosové (2013, s. 63), kde však na tuto otázku žádný z respondentů neodpověděl.

Dále jsem se respondentů dotazovala, které další faktory mají příznivý vliv na vnímání jejich choroby. Výstupem bylo, že dotazovaným nejvíce pomáhá rodina, kterou uvedlo 35 (33 %) z celkového počtu 107 respondentů. U 32 (30 %) dotazovaných je velkou oporou partner či partnerka. 28 (26 %) respondentů hledá pomoc u lékařů a zdravotnického personálu. Dalších 21 (20 %) dotazovaných se vyrovnává s nemocí prostřednictvím přátel a na 14 (13 %) působí pozitivně remise onemocnění. Zbýlých 6 (6 %) respondentů pak hledá pomoc u psychologa (viz tabulka 16, s. 68). Sládková (2008, s. 52) ve své práci uvádí, že 51 % respondentů má největší oporu v rodině, 21 % dotazovaných zmínilo lékaře či zdravotní sestru. Pouze 7 % dotazovaných uvedlo největší podporu ze strany svého partnera/partnerky a právě v tomto bodě se naše výsledky liší. Tak jak jsem již uvedla, 6 % respondentů pak hledá pomoc u psychologa. Kosová (2013, s. 58) uvádí, že 8,4 % jejích respondentů taktéž vyhledává pomoc u psychologa, což se shoduje s mým výzkumem.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřená na zhodnocení kvality života pacientů s psoriázou. Protože psoriáza je kožní onemocnění charakterizované především kožními projevy, je tedy na první pohled viditelné a pacientům způsobuje značné problémy nejenom somatické, ale také psychické a často i společenské. Mnozí psoriatici se musí vyrovnávat se snížením tělesné přitažlivosti, se ztížením společenského uplatnění, s pocitem méněcennosti nebo s nepříjemnými reakcemi okolí. Poněšický (2014, s. 98-99) uvádí, že tyto zatěžující aspekty mají mnohdy nepříznivý vliv na průběh nemoci a její léčbu.

První část práce je věnována teoretickým poznatkům vztahujícím se k tématu a v druhé části práce je uvedena metodika výzkumu a analýza výsledků dotazníkového šetření, které jsou blíže rozebrány v Diskuzi.

Před zahájením tvorby bakalářské práce jsem si stanovila jeden hlavní a tři dílčí cíle. Ke splnění daných cílů pak posloužily výzkumné otázky, na které jsem získala odpovědi dotazníkovým šetřením.

Prvním z dílčích cílů bylo zmapovat nejčastější faktory, které ovlivňují vnímání psoriázy u respondentů. Podle výsledných dat lze říci, že na vnímání nemoci respondenty má největší vliv reakce okolí. Tím, že se chtějí psoriatici vyhnout nepříjemným pohledům či dotazům, se často straní veřejným místům. Také samotné symptomy jsou pro nemocné velmi limitující. Bolest, šupinatění či krvácení omezuje jejich možnost pečovat o domácnost, vykonávat některá povolání, více času musí věnovat sebeděči a úklidu odloučených šupin. Problémem je i volba oblečení, kterým se snaží zakrývat postižené části těla, což je pro pacienty po psychické i sociální stránce velmi náročné. Také barva oblečení je pro ně limitující. Jak uvádějí respondenti, na tmavém oblečení jsou vidět odloučené šupiny a světlé oblečení se zbarvuje mastmi použitých na ošetření lézí. Zajímavé bylo zjištění, že nejméně problémů s výběrem oblečení udává nejmladší věková skupina respondentů od 18 do 30 let a to shodně obě pohlaví (viz obrázek 19, s. 69).

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda respondenti s psoriázou pocítují stigma společnosti. Z výzkumu vyplývá, že se téměř polovina respondentů minimálně jednou za život potýkala s negativní reakcí vůči jejich chorobě. Není ojedinělé, že respondent byl odmítnut kadeřnicí či masérem, že měl problém se vstupem do bazénů či při ucházení se o zaměstnání. Ponižující situaci muselo zažít dokonce šest respondentů, kteří uvedli, že jim bylo odmítnuto

si vyzkoušet oblečení, o které měli v prodejně zájem. Z těchto skutečností lze usuzovat, že jsou psoriatici velmi často terčem diskriminace a rozhodně pocítují stigma společnosti.

Třetím dílčím cílem bylo zmapovat faktory, které zvyšují kvalitu života respondentů s psoriázou. Z výsledků dotazníkového šetření jasně vyplynulo, že mezi takovéto faktory patří jednoznačně účinná léčba a výskyt remisí. Pro mnoho respondentů je dále oporou rodina, partner či partnerka, přátelé, ale také rozhovor s ošetřujícím lékařem či přímo psychologem. Téměř třetina dotazovaných je členem spolku sdružujícího psoriatické, kde se nemocní navzájem podporují, pořádají společné akce a sdělují si své zkušenosti s léčbou. Jako faktor zvyšující kvalitu života by se dala považovat i kvalitní osvěta veřejnosti a předcházení negativním reakcím.

Je smutné, že se více jak třetina dotazovaných cítí méněcenných. Tím lze poukázat na to, že kvalita života psoriatických pacientů není tam, kde by v dnešní době mohla být. Z tohoto důvodu bych pro případná další šetření zabývající se touto problematikou doporučila jako výstup práce vytvořit brožuru, jejímž cílem by bylo zvýšit povědomí o psoriáze mezi laickou veřejností a nastolit tak vhodné podmínky pro přijetí těchto nemocných ve společnosti.

Výsledky mého šetření byly předány vrchní sestře kožního oddělení, na jejíž žádost bylo do výzkumu přidáno několik dotazníkových otázek (viz metodika výzkumu, s. 38). Doufám tak, že má bakalářská práce bude pro toto oddělení přínosem a pomůže zlepšit zdravotní péči a celistvý přístup ke psoriatickým pacientům.

„Kůže je zrcadlem naší emoční pohody. Často se však rozhodneme nevídat si psychologicko-etnologického pozadí a léčíme pouze kožní změny.

Divíme se pak, proč je naše léčba neúčinná.“

G. Lazarus

9 POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

1. BENÁKOVÁ, Nina, ETTLER, Karel, ŠTORK, Jiří, VAŠKŮ, Vladimír. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton, 2007, 190 s. ISBN 978-80-7254-966-5.
2. BRYCHTA, Pavel, Jan J. STANEK a kol. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014, 352 s. ISBN 978-80-247-0795-2.
3. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
4. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-1.
5. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
6. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ. *Somatologie: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009, 244 s. ISBN 978-80-247-2988-6.
7. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
8. *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část. Aktualizované vydání k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017, 876 s. ISBN 978-80-7472-168-7.
9. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010, 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.
10. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
11. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014, 168 s. ISBN 978-80-7387-804-7.
12. ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015, 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

13. ŠTORK, Jiří, a kol. *Dermatovenerologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2013. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.
14. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2007, 320 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
15. VAŠKŮ, Vladimír. *Psoriáza*. Praha: Maxdorf Jessenius, 2015, 128 s. ISBN 978-80-7345-430-2.

Články v periodických publikacích

16. BALAŠTÍK Drahomír. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 5, č. 4, 206-209 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/07.pdf>
17. BRENEROVÁ, Marcela a kol. Mutilující forma psoriatické artritidy. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2013, roč. 7, č. 2, 73-76 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/02/07.pdf>
18. CETKOVSKÁ, Petra, KOJANOVÁ, Martina. Biologická léčba psoriázy-současná doporučení. *Remedia* [online]. 2011, roč. 21, č. 3, 254-258 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 2336-3541. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Biologicka-lecba-psoriazy-soucasna-doporuceni/6-F-16L.magarticle.aspx>
19. DROZENOVÁ Helena. Lupénka. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 2, č. 3, 121-125 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/03/03.pdf>
20. JANOUŠKOVÁ, Gabriela. Nehtová psoriáza. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2014, roč. 8, č. 4, 149-150 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/04/06.pdf>
21. JAVŮRKOVÁ Alena, RAUDENSKÁ, Jaroslava. Psychoterapeutický přístup u pacienta s psoriázou. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2013, roč. 7, č. 2, 77-78 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/02/08.pdf>

22. MACHÁČKOVÁ Kateřina. Možnosti balneoterapie v současné farmakoterapii chronických dermatóz. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 2, č. 1, 37-38 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/01/10.pdf>
23. NAVRÁTILOVÁ, Marie, MIKLÍKOVÁ, Jana. Psoriáza-možnosti léčby, edukace pacienta. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 5, č. 4, 230-231 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/14.pdf>
24. NEVORALOVÁ Zuzana. Lupénka v dětském věku. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 6, 383-386 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/06.pdf>
25. SLOVÁČEK, Ladislav a kol. Kvalita života nemocných-jeden z nejdůležitějších parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, roč. 73, č. 1, 6-9 s. [cit. 2018-01-07] ISSN: 0372-7025. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf
26. TICHÝ Martin. Psoriáza-základní charakteristika častého onemocnění. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 5, č. 4, 227-229 s. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/13.pdf>
27. VAŠKŮ Vladimír. Komorbidity u psoriázy, nový pohled na staré onemocnění. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2009, roč. 3, č. 2, 63-66 s. [cit. 2018-01-07]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/02/03.pdf>

Elektronické zdroje

28. BENÁKOVÁ, Nina. Komorbidita psoriázy. In. *Postgraduální medicína* [online]. 2009 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/komorbidity-413549>
29. BIOLOGICKÁ LÉČBA. Lupénka (psoriáza) [online]. 2010 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <http://www.cilena-lecba.cz/lupenka>

30. CARDIFF UNIVERSITY. PDI Different Language Version. In *Department of dermatology* [online]. 2014 [cit. 2018-01-07] Dostupné z: <http://sites.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/psoriasis-disability-index-pdi/pdi-different-language-versions/>
31. ČESKÁ AKADEMIE DERMATOVENEROLOGIE. Lupénka-Psoriáza (psoriasis vulgaris). In. *Dermanet* [online]. 2011 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: [http://www.dermanet.cz/cs/kozni-choroby/abeceda-koznich-nemoci/lupenka---psoriaza-\(psoriasis-vulgaris\)_s589x7308.html](http://www.dermanet.cz/cs/kozni-choroby/abeceda-koznich-nemoci/lupenka---psoriaza-(psoriasis-vulgaris)_s589x7308.html)
32. DERMAKALK. DLQI [online]. 2016 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <http://www.dermakalk.cz/dlqi/>
33. FIALOVÁ, Jorga, HERCOGOVÁ, Jana. Psoriáza. In. *Postgraduální medicína* [online]. 2010 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/psoriaza-450830>
34. GEJDOŠ, Pavel. Většina pacientů s lupénkou čelí ponižování a diskriminaci. In. *České noviny* [online]. 2017 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/pacienti-s-lupenkou-celi-ponizovani-a-diskriminaci/1514713>
35. MLČOCH, Zbyněk. Vedlejší nežádoucí účinky kortikoidů, glukokortikoidů a steroidů v tabletách. In *Mudr. Zbyněk Mlčoch* [online]. 2008 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/vedlejsi-nezadouci-ucinky-kortikoidu-glukokortikoidu-a-steroidu-v-tabletach>
36. MOOSOVÁ, Hana. Lupénka [online]. 2015 [cit. 2018-19-03]. Dostupné z: <http://www.moosova-kozni.cz/novinky/lupenka.html>
37. SLONKOVÁ Veronika, Šárka URBÁNKOVÁ a Vladimír VAŠKŮ. Hodnocení kvality života v dermatologii. In. *Postgraduální medicína* [online]. 2012 [cit. 2018-01-07] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-kvality-zivota-v-dermatologii-467117>
38. SMITH, Yolanda. Psoriasis Epidemiology. In. *News Medical* [online]. 2015 [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Psoriasis-Epidemiology.aspx>

39. SPOLEČNOST PSORIATIKŮ A ATOPICKÝCH EKZEMATIKŮ. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR / pomáháme druhým* [online]. 2010 [cit. 13.06.2018]. Dostupné z: <http://nrzp.cz/o-nas/clenske-organizace/277-spolecnost-psoriatiku-a-atopicky-ekzematiku.html>
40. WIKIMEDIA COMMONS. Maslowova pyramida potřeb [online]. 2014 [cit. 2018-01-07] Dostupné z: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb_-_C4%8Dernob%C3%ADle.jpg
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Report on Psoriasis [online]. 2016 [cit. 2018-01-07] Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204417/9789241565189_eng.pdf;jsessionid=B9CA48BED96E6CB6E926F4A075DC4597?sequence=1
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF [online]. 2012 [cit. 2018-01-07] Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/czech_whoqol.pdf

Bakalářské a diplomové práce

43. BLÁHOVÁ, Marcela. *Vliv psoriázy na kvalitu života člověka*. Olomouc, 2016, 97 s. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.
44. KOSOVÁ, Veronika. *Kvalita života psoriatiků*. Jihlava, 2013, 85 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Radka Křepinská.
45. OHRYZKOVA, Alina. *Život s lupénkou*. Brno, 2014, 103 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.
46. SLÁDKOVÁ, Tereza. *Psoriáza jako stigma*. České Budějovice, 2008, 103 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Definice závažnosti psoriázy prostřednictvím BSA a PASI skóre</i>	90
Příloha B – <i>Přehled terapie psoriázy</i>	91
Příloha C – <i>Maslowova pyramida lidských potřeb</i>	92
Příloha D – <i>DLQI</i>	93
Příloha E – <i>WHOQOL-BREF</i>	95
Příloha F – <i>PDI</i>	98
Příloha G – <i>Dotazník</i>	100

Příloha A – Definice závažnosti psoriázy prostřednictvím BSA a PASI skóre

Závažnost	Hodnota BSA	Hodnota PASI	Požadavky na terapii
Mírná	<10%	<10	Lokální léčba dostačující
Středně těžká	>10%	>10	Nastupující potřeba fototerapie
Těžká	>10%	10-20	Lokální léčba selhává, nestupující systémová terapie
Velmi těžká	>20%	>20	Nutná systémová terapie

Zdroj: Vašků, 2015, s. 25

Příloha B – Přehled terapie psoriázy

Lokální terapie	Fototerapie	Systémová terapie
Keratolytika (5-10% acidum salicylicum)	UV-B 311 nm	Retinoidy celkově podávané
Kortikoidy	UV-B	Methotrexát
Ditranol (antralin, cignolin)	PUVA	Cyklosporin
Dehty	SUP (UV-B+UV-A)	Fumaráty (nejsou v ČR dostupné)
Analoga vitamínu D	Klimatoterapie	Biologika (infliximab, ustekinumab)
Retinoidy místně podávané		
Inhibitory kalcineurinu		
Emulzní systém (krémy, masti, koupele)		

Zdroj: Štork a kol., 2013, s. 190; Vašků, 2015, s. 43, 51, 55-56

Příloha C – Maslowova pyramida lidských potřeb



Zdroj: Wikimedia, © 2014

Příloha D – DLQI

DERMATOLOGICKÝ INDEX PACIENTOVI KVALITY ŽIVOTA (DLQI)

Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, do jaké míry Vaše kožní choroba ovlivnila Váš život v posledním týdnu. Prosím, zaškrtněte jeden čtvereček u každé otázky.

				Skóre
1.	Do jaké míry Vás během minulého týdne kůže svrběla, bolela, pátila nebo vám způsobovala nepříjemné pocity?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
2.	Do jaké míry jste se během minulého týdne cítili kvůli své pokožce trapně nebo v rozpacích?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
3.	Do jaké míry Vám překážela Vaše pokožka během minulého týdne v nakupování anebo v péči o domácnost či záhradu?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
4.	Do jaké míry ovlivňovala během minulého týdne vaše pokožka to, jaké oblečení jste si oblékali?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
5.	Do jaké míry měla během minulého týdne Vaše pokožka vliv na společenské nebo rekreační aktivity?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
6.	Do jaké míry Vám během minulého týdne Vaše pokožka způsobovala problémy se sportováním?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0

7.	Zabránila Vám v minulém týdnu Vaše pokožka v práci nebo studiu?	Ano Ne	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Irelevantní <input type="checkbox"/>
	Pokud jste odpověděli "Ne", jak moc Vám Vaše pokožka během minulého týdne způsobovala problémy v práci nebo při studiu?	Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
8.	Do jaké míry byla během minulého týdne Vaše pokožka příčinou problémů s partnerem(-kou) nebo blízkými přáteli či příbuznými?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
9.	Do jaké míry Vám během minulého týdne Vaše pokožka způsobovala problémy v sexuálním životě?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
10.	Do jaké míry Vám během minulého týdne způsobovala léčba Vaší pokožky problémy, například kvůli tomu, že jste měli v domácnosti nepořádek nebo Vám to zabíralo čas?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0

Celkové skóre DLQI:

Zdroj: Dermakalk, © 2016

Příloha E – WHOQOL-BREF

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL)

[Poznámka: dejte participantovi kartičku s odpověďmi č. 4.]

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Přečtu Vám jednotlivé otázky spolu s možnostmi odpovědi. **Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější.** Pokud si nejste jistý/y, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Myslete prosím na své zásady, očekávání, potěšení a zájmy. Prosíme, abyste přemýšleli o svém životě v **1 měsíci před vstupem do léčby.**

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/ a	Nespokojený /a	Ani spokojený/a ani nespokojený/ a	Spokojený/a	Velmi spokojený(a)
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se ptají na to, **do jaké míry** jste v posledních 4 týdnech zažil/a/pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	5	4	3	2	1
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Vaš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5

		Vůbec ne	Málo	Průměrně	Velmi	V obrovské míře
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, do jaké míry jste v posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Průměrně	Většinou	Naprostě
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek příležitosti pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/a	Nespokojený/a	Ani spokojený/a ani nespokojený/a	Spokojený/a	Velmi spokojený/a
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5
19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5

20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24	Jak spokojený/á jste s s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťoval/a nebo zažívala určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

		Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	5	4	3	2	1

Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?

Zdroj: WHO, © 2012

Příloha F – PDI

Index kvality života u lupénky (psoriasis vulg.) (Psoriasis Disability Index)

Všechny otázky se týkají posledních 4 týdnů.

Denní aktivity

- 1) Jak ovlivnila lupénka v posledních 4 týdnech vaši schopnost pečovat o vaši domácnost event. zahradu?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- 2) Jak často jste v posledních 4 týdnech kvůli lupénce změnil/a typ nebo barvu oděvu?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- 3) Musel/a jste v posledních 4 týdnech kvůli lupénce častěji prát nebo měnit oblečení?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- 4) Měl/a jste v posledních 4 týdnech kvůli lupénce problémy u holiče nebo kadeřníka?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- 5) Koupal/a jste se v posledních 4 týdnech častěji než obvykle?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- u pracujících
- 6a) Kolik času jste v posledních 4 týdnech ztratil/a ve vašem zaměstnání pracovní neschopností pro lupénku?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- 7a) Ztížila vám v posledních 4 týdnech lupénka výkon vaší práce?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- u nepracujících
- 6b) Nakolik lupénka narušila v posledních 4 týdnech vaše normální denní aktivity?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho
- 7b) Jak změnila v posledních 4 týdnech lupénka způsob, kterým vykonáváte normální denní aktivity?
- vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

- 8) Byla vaše kariéra ovlivněna lupénkou, např. odmítnutí povýšení, ztráta zaměstnání, požadavek na změnu zaměstnání?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

Mezilidské vztahy

- 9) Měl/a jste kvůli lupénce v posledních 4 týdnech sexuální problémy?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

- 10) Vyvolala lupénka v posledních 4 týdnech problémy s vaším partnerem nebo některým z vašich blízkých přátel a příbuzných?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

Volný čas

- 11) Nakolik vám v posledních 4 týdnech lupénka znemožnila společenské aktivity nebo funkce?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

- 12) Musel/a jste kvůli lupénce v posledních 4 týdnech omezit své sportovní aktivity?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

- 13) Nemohl/a jste v posledních 4 týdnech kvůli lupénce použít veřejné lázně, zamezila vám jejich použití nebo jste byl/a vystaven/a poznámkám?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

- 14) Vedla vaše lupénka v posledních 4 týdnech ke zvýšené spotřebě cigaret a alkoholu?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

- 15) Měl/a jste v posledních 4 týdnech doma problémy s nepořádkem nebo špínou kvůli lupénce a její léčbě?

vůbec ne
 málo
 hodně
 mnoho

Zdroj: Cardiff University, © 2014

Příloha G – Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Martina Keřková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

K příležitosti ukončení mého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma "*Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou*". Pro moji práci jsou nejdůležitějším zdrojem informací samotní pacienti. Proto bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, prostřednictvím kterého tak získám cenné informace k zodpovězení mých cílů.

Snažte se, prosím, zodpovědět otázky v dotazníku, jak nejlépe to půjde. Vámi vybrané odpovědi označte nebo můžete odpověď doplnit vlastními slovy.

Dotazník je určen pacientům, kteří již dosáhli 18 let věku. Také je zcela anonymní a dobrovolný. Bude sloužit pouze k účelům mé práce.

V případě zájmu, Vás po vyhodnocení dotazníkového šetření ráda seznámím s jeho výsledky.

Děkuji Vám za ochotu spolupracovat a Váš čas.

1. Vaše pohlaví je?

- Mužské
- Ženské

2. Jaký je Váš věk?

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 – 60
- 61 – 75
- 76 a více

3. Jak dlouho psoriázou trpíte?

- Méně než 10 let
- 11 - 20 let
- Více než 21 let

4. Jakými formami psoriázy trpíte? (Možno více odpovědí)

- Ložisková (Psoriasis vulgaris)
- Kapkovitá (Psoriasis guttata)
- Pustulózní (Psoriasis pustulosa)
- Psoriatická artritida (Psoriasis arthropatica)
- Nevím

5. Na kterém/kterých místech Vašeho těla, se psoriáza vyskytuje?

- Pouze na jednom místě (označte jedno místo, kde se na Vašem těle psoriáza vyskytuje)
 - Vlasy
 - Klouby
 - Nehty
 - Trup
 - Záda
 - Lokty
 - Kolena
 - Kožní záhyby (třísla, podpaždí, pupek, prsy)
 - Genitálie
 - Jiné:.....

- Na více místech (*označte všechna místa, kde se na Vašem těle psoriáza vyskytuje*)
- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vlasy | <input type="checkbox"/> Lokty |
| <input type="checkbox"/> Klouby | <input type="checkbox"/> Kolena |
| <input type="checkbox"/> Nehty | <input type="checkbox"/> Kožní záhyby (třísla, podpaždí, pupek, prsy) |
| <input type="checkbox"/> Trup | <input type="checkbox"/> Genitálie |
| <input type="checkbox"/> Záda | <input type="checkbox"/> Jiné:..... |

6. Objevily/objevují se u Vás remise (zmírnění/vymizení projevů) tohoto onemocnění?

- Ano
 Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

7. Jak často se u Vás remise objevují?

- 1 x za rok
 2x za rok
 Vícekrát za rok
 Méně často (doplňte):.....

8. Ovlivňuje psoriáza výběr Vašeho oblečení?

- Ano
 Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

9. Jaké oblečení si vzhledem ke svému onemocnění musíte odříkat? (Volná odpověď)

.....

10. Máte pocit, že psoriáza ovlivnila výběr Vašeho povolání nebo Vaši pracovní pozici/činnost (např.: studijní /učební obor, ztráta zaměstnání, méně zakázek, zamítnutí povýšení,)?

- Ano
 Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

11. Jakým způsobem psoriáza ovlivnila výběr Vašeho povolání nebo Vaši pracovní pozici/činnost? (Volná odpověď)

.....

12. Máte pocit, že psoriáza ovlivňuje Váš společenský život (např.: návštěvy restaurací, bazénu, masáží, členství v klubech/ sportovních týmech, ...)?

- Ano
 Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

13. Jakým způsobem je Váš společenský život psoriázou ovlivňován? (Volná odpověď)

.....
.....

14. Setkal/a jste se někdy se zápornými reakcemi souvisejícími s Vaším onemocněním (např.: odtažité chování vůči Vám, odmítání Vámi vyrobených pokrmů, ...)?

- Ano
- Ne

Na následující dvě otázky (15. a 16.) odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

15. Můžete vypsát, o jaké záporné reakce se nejčastěji jedná? (Volná odpověď)

.....
.....

16. Jaké by bylo podle Vás nejlepší řešení pro předejití těmto záporným reakcím? (Možno více odpovědí)

- Vyšší informovanost o psoriáze v médiích (např.: TV, rádio, tisk)
- Možnost si přečíst informace o psoriáze v čekárnách u praktických lékařů (např.: letáčky, odborné časopisy)
- Odborné přednášky zdravotníků na toto téma (např.: základní školy, střední školy, dny zdraví)
- Jiné:

17. Trpíte dalšími problémy každodenního života spojenými s psoriázou, o kterých v dotazníku nebyla zmínka?

- Ano
- Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

18. Prosím o sdělení, o které problémy se jedná (Volná odpověď):

.....
.....

19. Cítíte se Vy sám/sama ve společnosti méněcenným/méněcenná?

- Ano
- Ne

20. Jaké možnosti léčby psoriázy využíváte? (Možno více odpovědí)

- Topická (zevní) léčba
- Fototerapie
- Farmakoterapie
- Biologická léčba
- Lázeňská léčba
- Jiné:

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří v předchozí otázce nezaškrtnuli položku „lázeňská léčba“

21. Z jakého důvodu nevyžíváte možnosti léčby prostřednictvím lázeňských pobytů?

- Lázeňská léčba mi nepomáhá
- Po lázeňské léčbě se mi zhoršují příznaky nemoci
- V lázních se necítím dobře, nebaví mě to
- Lázeňská léčba psoriázy mi nebyla nabídnuta
- Nemám dostatek času na lázeňskou léčbu psoriázy
- Jiné:

22. Jaká léčba psoriázy Vám nejvíce pomáhá?

- Topická/zevní léčba
- Fototerapie
- Farmakoterapie
- Biologická léčba
- Lázeňská léčba
- Jiné:

23. Jste členem nějakého klubu či sdružení pro psoriaticky?

- Ano
- Ne

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“.

24. Jaký má pro Vás toto členství přínos? (Volná odpověď)

.....
.....

25. Jaké další faktory Vám pomáhají vyrovnat se s Vaším onemocněním? (Volná odpověď)

.....
.....

Děkuji Vám za spolupráci a věnovaný čas.

Zdroj: Autor práce