

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Vendula Šulcová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života osob s psoriázou

Vendula Šulcová

2022

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Vendula Šulcová**
Osobní číslo: **Z19134**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Kvalita života osob s psoriázou**
Téma práce anglicky: **Quality of life of people with psoriasis**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- GKALPAKIOTIS, S. a kol. *Psoriáza: od teorie k praxi*. Praha: Mladá fronta, 2020. 207 s. ISBN 978-80-204-5574-1.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
- OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta, 2012. 39 s. ISBN 978-80-204-2804-2.
- RÖCKEN, M. a kol. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada Publishing, 2018. 394 s. ISBN 978-80-271-0106-1.
- VAŠKŮ, Vladimír. *Psoriáza*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2020. Farmakoterapie pro praxi. 135 s. ISBN 978-80-7345-638-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života osob s psoriázou 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 5. 5. 2022

Vendula Šulcová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Vlastimile Semencové za odborné vedení bakalářské práce, za její trpělivost, ochotu a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přítelovi za podporu během celého studia. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se průzkumu zúčastnili a dotazník ochotně vyplnili.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života osob s psoriázou. Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části je popsána charakteristika psoriázy, její diagnostika a možnosti léčby. Součástí teoretické části je zároveň charakteristika kvality života a její měření. V průzkumné části jsou pak vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Lupénka, psoriáza, psoriatic, kvalita života

TITLE

Quality of life of people with psoriasis

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the issue of quality of life of people with psoriasis. The work is divided into theoretical and exploratory part. The theoretical part describes the characteristics of psoriasis, its diagnosis and treatment options. Part of the theoretical part is also the characteristics of quality of life and its measurement. In the exploratory part are evaluated the results of the questionnaire survey.

KEYWORDS

Psoriasis, psoriatic patient, quality of life

OBSAH

Úvod	12
Cíle práce.....	13
1 Psoriáza	14
1.1 Historie psoriázy	14
1.2 Etiopatogeneze	16
1.3 Průběh a formy onemocnění	17
1.4 Komorbidity psoriázy.....	18
1.5 Diagnostika	19
1.6 Možnosti léčby	20
1.6.1 Lokální léčba	21
1.6.2 Fototerapie	24
1.6.3 Systémová léčba	25
1.6.4 Biologická léčba	27
2 Kvalita života	29
2.1 Hodnocení kvality života	29
2.2 Kvalita života psoriaticků	30
3 Průzkumné otázky	32
4 Metodika průzkumu	33
4.1 Charakteristika průzkumného vzorku	33
4.2 Průběh průzkumného šetření	33
5 Prezentace výsledků	35
5.1 Prezentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám	35
5.2 Prezentace výsledků vztahujících se k průzkumným otázkám	58
6 Diskuze.....	62
7 Závěr	70
8 Použitá literatura	72
9 Přílohy	77

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Účinnost léčby (Pavelka et al., 2014, s. 317)	28
Obrázek 2: Graf zobrazující pohlaví respondentů	35
Obrázek 3: Graf zobrazující věkové skupiny respondentů	36
Obrázek 4: Graf znázorňující dobu trvání psoriázy u respondentů	37
Obrázek 5: Graf znázorňující výskyt psoriázy u respondentů.....	38
Obrázek 6: Graf znázorňující nejčastější příznaky psoriázy u respondentů	40
Obrázek 7: Graf znázorňující nejvíc obtěžující příznaky	41
Obrázek 8: Graf znázorňující přítomnost psoriatické artritidy u respondentů	42
Obrázek 9: Graf znázorňující příznaky psoriatické artritidy udávané respondenty	43
Obrázek 10: Graf znázorňující možnosti léčby, které respondenti využívají	44
Obrázek 11: Graf znázorňující členství v podpůrné skupině pro psoriatiky.....	46
Obrázek 12: Graf znázorňující přínos členství v podpůrné skupině pro psoriatiky	47
Obrázek 13: Graf znázorňující nakolik jsou respondenti uvedeni do rozpaků kvůli psoriáze.....	48
Obrázek 14: Graf znázorňující nakolik jsou respondenti ovlivněni při obstarávání domácnosti..	49
Obrázek 15: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivňuje výběr oblečení respondentů	50
Obrázek 16: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivňuje volný čas respondentů	51
Obrázek 17: Graf znázorňující nakolik respondentům vadí jejich onemocnění při sportu.....	52
Obrázek 18: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivnila respondenty v pracovním životě	53
Obrázek 19: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivnila vztahy respondentů.....	54
Obrázek 20: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivňuje sexuální život respondentů.....	55
Obrázek 21: Graf znázorňující každodenní problémy respondentů	56
Obrázek 22: Graf znázorňující nejčastěji postižené části těla u respondentů	58
Obrázek 23: Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou.....	59
Obrázek 24: Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou podle věkových skupin	60
Obrázek 25: Graf porovnávající problémy spojené s psoriázou napříč pohlavím	60
Obrázek 26: Graf znázorňující respondenty využívanou léčbu	61
Obrázek 27: Graf znázorňující souvislost mezi dobou trvání psoriázy a členstvím v podpůrných skupinách.....	61

Tabulka 1: Místa výskytu psoriázy u respondentů	39
Tabulka 2: Respondenty udávaná další místa výskytu	39
Tabulka 3: Způsoby alternativní terapie	44
Tabulka 4: Podpůrné skupiny udávané psoriatiky.....	46
Tabulka 5: Respondenty udávané každodenní problémy.....	56

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
BSA	Body Surface Area (procento postižení těla)
č.	číslo
ČR	Česká republika
DLQI	Dermatology Life Quality Index (dermatologický index kvality života)
et al.	et alii (a kolektiv)
KS	Kortikosteroidy
MED	Minimální erytémové dávky
MTX	Methotrexát
např.	například
NAPSI	Nail Psoriasis Severity Index (index závažnosti psoriázy u nehtové psoriázy)
obr.	obrázek
PASI	Psoriasis Area Severity Index (index plochy postižení a závažnosti psoriázy)
PDI	Psoriasis Disability Index (index kvality života u psoriázy)
popř.	popřípadě
př. n. l.	před naším letopočtem
PsA	Psoriatická artritida
PUVA	Psoralen + UVA (fotochemoterapie)
s.	strana
SPaA SR	Spoločnosť psoriatickov a atopikov SR
SPAЕ	Spolek psoriaticků a atopických ekzematiků
tzv.	takzvaně
UVA	Ultraviolet A (ultrafialové záření typu A)

UVB	Ultraviolet B (ultrafialové záření typu B)
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life (dotazníky kvality života Světové zdravotnické organizace)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Kůže patří k největším orgánům lidského těla a tvoří pro život nezbytné rozhraní mezi tělem a okolním prostředím. Kromě funkce ochranné či smyslové má řadu dalších funkcí. Jednou z nich je funkce komunikační – pomocí kůže lidé vyjadřují své emoce a psychické stavy (Hudák et al., 2017, s. 515). Porucha některé z funkcí kůže může zapříčinit celou řadu nemocí, které mohou přesahovat mimo kůži a mít tak systémové účinky – jedním takovým onemocněním je právě psoriáza, česky lupénka.

Psoriáza je běžné, chronické, neinfekční onemocnění bez jasné příčiny nebo léčby. Jedná se o vážný celosvětový problém, který postihuje nejméně 100 milionů jedinců po celém světě (WHO, 2016, s. 1). Dnes je již známo, že toto onemocnění nepostihuje pouze kůži, ale je spojeno s řadou komorbidit, jakými mohou být například psoriatická artritida nebo kardiovaskulární choroby (Gkalpakiotis et al., 2013, s. 13). I přesto, že je dnes lupénka známým onemocněním, řada lidí tuto chorobu stále považuje za infekční a kontakt s psoriatickými pacienty je jim přinejmenším nepříjemným. Proto běžné onemocnění jako psoriáza, která nebývá fatální ani nezpůsobuje trvalé poškození, narušuje životy mnoha postižených lidí (Röcken et al., 2018, s. 1).

Onemocnění psoriázou způsobuje velkou emoční, sociální, ale i fyzickou zátěž. Stav kůže pacientů s psoriázou se může měnit na základě jejich psychického stavu, a naopak změny na kůži mohou intenzivně působit na psychiku nemocného (Javůrková a Raudenská, 2013, s. 77). Jedno úzce souvisí s druhým a pacienti se tak můžou točit v kruhu. Aby léčba byla účinná, pacienti se musí s psoriázou naučit žít a hlavně sžít. Úkolem zdravotnického personálu je poukázat na tento fakt a zároveň pacienty povzbudit ke spolupráci (Navrátilová a Miklíková, 2012, s. 133).

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – teoretické a průzkumné. Teoretická část popisuje nemoc jako takovou, její historii, etiopatogenezi, průběh, nejčastější komorbidity, diagnostiku a možnosti léčby. Dále je popsána kvalita života a způsoby jejího měření. Průzkumná část popisuje výsledky průzkumu, jenž byl proveden metodou dotazníkového šetření. Průzkumná část zahrnuje postup při sběru dat, prezentaci výsledků a diskuzi, kde jsou výsledky porovnávány s výsledky z jiných prací.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zhodnocení kvality života u respondentů s psoriázou.

Dílčí cíle:

Zmapovat aspekty psoriázy ovlivňující kvalitu života respondentů.

Zjistit, jak věk a pohlaví respondentů s psoriázou působí na vnímání kvality života.

Zmapovat jaké možnosti léčby psoriázy pacienti nejvíce využívají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSORIÁZA

Nevoralová (2013, s. 160), Navrátilová s Miklíkovou (2012, s. 132) a řada dalších autorů popisují psoriázu, česky lupénku, jako chronické zánětlivé onemocnění, patřící mezi papuloskvamózní kožní nemoci. Dnes už je známo, že lupénka nepostihuje pouze kůži, dalšími postiženými místy mohou být nehty či kštice. Někdy mohou být dokonce postiženy i klouby a v takovém případě se jedná o tzv. psoriatickou artritidu (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 13). Lupénka bývá často provázena řadou souběžných onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, obezita, diabetes mellitus, psychiatrické choroby a další (Cetkovská et al., 2019, s. 135-136).

Psoriáza postihuje jak muže, tak ženy. První projevy se většinou objevují v rané dospělosti nebo okolo 50. roku života, mohou se však objevit i v dětství (Navrátilová a Miklíková, 2012, s. 132). Dětská psoriáza se naštěstí nevyskytuje tak často, její prevalence se udává kolem 0,7 % (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 15).

Řada autorů (Drlík, 2015, s. 152, Lomicová a Cetkovská, 2019, s. 122, Vašků, 2020, s. 11) se shoduje, že psoriáza patří mezi nejčastější chronická kožní onemocnění, které postihuje kolem 2-3 % světové populace. Drlík (2015, s. 152) udává incidenci 60/100 tisíc obyvatel za rok. WHO (2016, s. 7-10) a Drlík (2015, s. 152) zmiňují, že se prevalence psoriázy postupně zvyšuje, například ve Spojeném království byl od roku 2004 do roku 2010 nárůst z 1,62 % na 3,10 %. Prevalence lupénky se v jednotlivých zemích liší. Nejčastěji se vyskytuje v zemích severní Evropy a nejméně v zemích východní Asie. V České republice se počet nemocných odhaduje na 200-250 tisíc (Drlík, 2015, s. 152, Olejárová a Fialová, 2012, s. 4). Zajímavostí je, že onemocnění se nevyskytuje u původních obyvatel Ameriky, Austrálie a u Inuitů (Olejárová a Fialová, 2012, s. 4).

Z pohledu behaviorálních věd je psoriáza onemocnění s negativním psychosociálním vlivem na osobnost postiženého člověka a to více, než jiné kožní choroby (Vašků, 2020, s. 12). Jedná se tedy o nemoc s negativním vlivem na kvalitu života člověka a pacient by se měl s nemocí a její léčbou naučit žít tak, aby minimálně ovlivňovala jeho život (Nevoralová, 2013, s. 160).

1.1 Historie psoriázy

Psoriáza je pravděpodobně stejně stará jako lidstvo samo, ale jelikož se dermatologie vyvíjela velmi pomalu, v dílech starověkých lékařů je těžké najít její popis. Různí lékaři nazývali dané

nemoci různými jmény nebo naopak různé nemoci měly stejné pojmenování (O'Daly, 2012, s. 57).

Historie lékařství dokládá důkazy, že se psoriáza vyskytovala již před 4 tisíci lety. Vědci totiž objevili typická psoriatická ložiska na mumifikovaných tělech (O'Daly, 2012, s. 57). První písemná zmínka o kožních změnách, která už zčásti odpovídala klinickému obrazu psoriázy, pochází z období 460-377 př. n. l. Učinil ji tak Hippokratés, který pod názvem „lopoi“ popsal onemocnění charakteristické zčervenáním kůže a přítomností odlupujících se šupin (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 14). V té době se však lupénka považovala za formu lepry a nemocní byli izolováni v leprosáriích společně s malomocnými (Olejárová a Fialová, 2012, s. 6).

O 3 století později, mezi lety 129-99 př. n. l., Galén poprvé použil termín „psora“, aby popsal chorobu projevující se svěděním a olupováním. Termín „psora“ ve starořečtině znamenal právě svědění a olupování, v novořečtině se však tento termín používá pro onemocnění scabies – svrab. Díky těmto překladům není proto jisté, zda Galén popisoval lupénku, ekzém, lepru, nebo již zmíněný svrab (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 14). Galén byl přesvědčen, že se dané onemocnění dá léčit zmiijemi vařenými v zeleninové směsi. Zajímavé je, že právě zmiije doporučuje k léčbě Turner ještě v roce 1783 (Vašků, 2020, s. 12).

V 18. století anglický lékař Robert Willan vydal knihu *On cutaneous disease*, ve které již částečně odděloval lupénku od lepry (psora leprosa a lepra grecorum). Také si všiml, že nemoc začíná na kolenou a loktech a napadá taktéž pokožku hlavy a prsty a nehty na nohou (O'Daly, 2012, s. 60).

Psoriáza jako samostatné onemocnění byla definitivně popsána teprve až v roce 1841 profesorem Ferdinandem Ritterem von Hebrem a jeho žákem Moritzi Kaposim (Olejárová a Fialová, 2012, s. 6). V roce 1879 pak Henrich Koebner zjistil, že v místě traumatu později dochází ke vzniku psoriatických jevů. Označení *Koebnerův fenomén* se pro tento jev využívá dodnes (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 14).

Co se léčby týče, v 19. století se nejčastěji využíval arsen. Byl vyzkoušen na řadu dermatologických onemocnění a nejlepší účinky se zaznamenaly právě u lupénky. Ke konci 19. století se ale čím dál tím víc řešila jeho toxicita a nežádoucí účinky (onemocnění gastrointestinálního traktu, hyperpigmentace či rakovinné výrůstky na kůži) a přestal se k léčbě využívat (Reid a Griffiths, 2020, s. 70).

Na počátku 20. století bylo k léčbě poprvé použito rentgenové záření, ale i od tohoto způsobu léčby se muselo již v 50. letech upustit, díky zjevným karcinogenním účinkům (Reid a Griffiths, 2020, s. 70). V 50. letech ale došlo k ohromnému převratu v léčbě psoriázy. V roce 1952 Sulzberger a Witten poprvé použili k léčbě kožních onemocnění lokální kortikosteroidy, které se postupem času staly velmi využívaným lékem v léčbě lupénky. V roce 1958 pak Edmundson a Guy popsali vynikající účinky methotrexátu. Methotrexát je nyní nejčastěji používaným systémovým lékem na psoriázu a psoriatickou artritidu (Olejárová a Fialová, 2012, s. 7).

Koncem 20. století se díky Muellerovi a Hermannovi začal používat další nový lék – cyklosporin – a od roku 2004 se pro pacienty s těžkými formami psoriázy začala využívat biologická léčba (Rønholt a Iversen, 2017, s. 2, Olejárová a Fialová, 2012, s. 7).

1.2 Etiopatogeneze

Psoriáza se řadí mezi multifaktoriální polygenní onemocnění. To znamená, že k propuknutí onemocnění dochází u jedinců s genetickou predispozicí až po vystavení provokačních vlivů zevního či vnitřního prostředí (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 15). Olejárová s Fialovou (2012, s. 10) uvádí, že přítomnost těchto genů se odhaduje až u desítek procent lidí v populaci. Nejedná se však o chorobu dědičnou, ale geneticky podmíněnou. Může se tedy stát, že potomci pacienta s psoriázou nikdy touto chorobou neonemocní i za přítomnosti daných genů (Pavelka et al., 2014, s. 309).

K propuknutí psoriázy tedy samotné geny nestačí – je potřeba zapůsobení určitého provokačního faktoru. Jedním z nejčastějších provokačních faktorů je poranění a s tím již zmíněný Koebnerův fenomén. Dalším častým spouštěčem lupénky je infekce, u dětí zejména streptokoková infekce horních cest dýchacích (Olejárová a Fialová, 2012). Dalšími spouštěcími faktory mohou být léky (např. léky na vysoký krevní tlak nebo nesteroidní antiflogistika) či psychogenní vlivy, zejména stres. Alkohol a kouření sice psoriázu nespouštějí, ale mají negativní vliv na průběh onemocnění (Drlík, 2015, s. 152).

Drlík (2015, s. 152) dále udává, že ke zhoršení či prvnímu výsevu lupénky může dojít i díky hormonálním vlivům u žen v pubertě a v graviditě. Naopak Olejárová s Fialovou (2012, s. 11) udávají, že u žen během těhotenství může docházet ke zlepšení nemoci, což je způsobeno zvýšenou koncentrací progesteronu a estradiolů v těle. Po porodu pak dochází ke zhoršení onemocnění.

Gkalpakiotis et al. (2020, s. 15-16) i Pavelka et al. (2014, s. 309) popisují vznik psoriatického ložiska jako reakci buněk vrozeného imunitního systému (T-lymfocyty, makrofágy) na

neznámý antigen. To má za následek produkci cytokinů, které aktivují další složky imunitního systému produkující zánětlivé mediátory a dojde k proliferaci keratinocytů. U psoriázy je rychlost množení keratinocytů až 6x vyšší, než je tomu u zdravého jedince. Díky rychlému množení keratinocytů nemají epidermální buňky dostatek času ke kvalitnímu dozrání a nejsou schopny se odlučovat z kožního povrchu v mikroskopických částech. To má za následek jejich shlukování a odlučování se ve formě šupin.

1.3 Průběh a formy onemocnění

Psoriáza je chronické recidivující onemocnění, které u pacienta probíhá po desetiletí, někdy i celoživotně (Röcken et al., 2018, s. 156). Vývoj nemoci je nepředvídatelný a rozsah postižení kůže se pohybuje od mírných až po velmi těžké formy. Časový interval mezi recidivujícími epizodami se může lišit od několika měsíců až po několik let (Gisoni et al., 2017, s. 3). Stejně tak se mohou lišit příznaky onemocnění. WHO (2016, s. 13) popisuje nejčastější příznaky psoriázy jako: olupování kůže (až u 92 % pacientů), svědění, erytém, krvácení, bolest a otoky kloubů.

Psoriáza má několik klinických forem. Každá má jiný průběh i odpověď na léčbu a je mnoho pacientů, kteří mají současně více forem lupénky (Villaseñor-Park et al., 2012, s. 415).

Nejčastějším typem lupénky je psoriasis vulgaris neboli ložisková psoriáza. Trpí jí až 80 % pacientů (Olejárová a Fialová, 2012, s. 12). Jejím typickým projevem je ostře ohraničený plak různých tvarů a velikostí se stříbřitými šupinami. Po odloupení šupiny je typické drobné bodcovité krvácení, tzv. Auspitzův jev (Kupetsky a Keller, 2013, s. 787). Nejčastěji bývá zasažena oblast nad lokty, nad kolena a křížová oblast, v některých případech je za součást predilekce považována pokožka hlavy. Obecně se jedná o trvale zatěžovaná a drážděná místa kůže (Vašků, 2020, s. 13).

Gutátní (kapénková) psoriáza je akutní forma vyskytující se nejčastěji u dětí. Velmi často ji předchází streptokoková infekce a lékaři bývá špatně diagnostikována jako alergická reakce na antibiotika (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 30). Jejími projevy jsou drobná kulatá nebo lehce oválná ložiska s typickými šupinkami pokrývající celé tělo. Průběh gutátní lupénky většinou trvá 3-4 měsíce a snadno se hojí (Nevoralová, 2013, s. 113).

Méně častou formou lupénky je inverzní psoriáza. Postihuje zapárkové oblasti, především podpaží, třísla, vnitřní plochy stehna a u obézních lidí se také vyskytuje v kožních záhybech (Vašků, 2020, s. 14). Jejím projevem jsou dobře ohraničené erytematózní skvrny. Na rozdíl od ložiskové psoriázy se na povrchu neobjevují šupiny a povrch se tak jeví jako vlhký, hladký a

lesklý. Inverzní psoriáza se někdy může zaměnit za intertrigo, které má podobné projevy (Micali et al., 2019, s. 955).

Odlišnou klinickou formou je pustulózní psoriáza. Většinou se jedná o závažné akutní psoriatické vzplanutí (Röcken et al., 2018, s. 156). Postihuje přibližně 3 % psoriatiků, jedná se tedy též o méně častou formu onemocnění. Rozlišuje se generalizovaná a lokalizovaná forma (Tichý, 2015, s. 231-232). Generalizovaná pustulózní psoriáza je charakteristická výsevem puchýřků s hnisavým obsahem po celém těle. Doprovodnými příznaky bývá horečka a zvětšení mízních uzlin (Olejárová a Fialová, 2012, s. 13). Lokalizovaná pustulózní psoriáza má dvě formy: psoriasis pustulosa palmoplantaris Barber (palmoplantární psoriáza) a acrodermatitis continua Hallopeau. U palmoplantární psoriázy se objevují hnisavé puchýřky v oblasti dlaní a plosek nohou a u acrodermatitis continua Hallopeau jsou projevy omezené pouze na oblast distálních falangů (Tichý, 2015, s. 233). Gkalpakiotis et al. (2020, s. 33) uvádí, že příčina vzniku pustulózní psoriázy je idiopatická, přesto je popsáno několik spouštěčů: léková reakce, ukončení systémové nebo biologické léčby psoriázy, infekční onemocnění a lokální iritace.

Dalším méně častým typem je erythrodermická psoriáza. Projevuje se olupováním kůže a generalizovaným erytémem na téměř celém povrchu těla (více než 90 %). Někdy může být problém určit správnou diagnózu, jelikož erythrodermie provází řadu dalších kožních chorob. Pokud tedy již dříve nebyla pacientovi diagnostikována lupénka, je vhodné diagnózu psoriatické erythrodermie potvrdit histologicky (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 31). Vašků (2020, s. 15) uvádí, že důsledkem psoriatické erythrodermie je tepelná instabilita, ztráta vody, iontů a ohrožení infekcemi, v krajním případě se dokonce může jednat o život ohrožující stav.

Často se u lupénky setkáváme s postižením nehtů. Nehtová psoriáza se objevuje společně s kožními projevy až u 50 % psoriatiků. Samostatné postižení nehtů bez jiných forem lupénky se vyskytuje u 5-10 % nemocných. (Janoušková, 2014, s. 149). Pokud je postižen nehtový val, můžeme pozorovat dolíčkování, leukonychie (bělavé tečky, plošky nebo pruhy na nehtových ploténkách), červené skvrny v oblasti lunuly a drobení nehtové ploténky. Při postižení nehtového lůžka se objevují třískovité hemoragie, olejové skvrny, onycholýza (bezbolestné odloučení nehtové ploténky od lůžka) a hyperkeratóza nehtového lůžka (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 39).

1.4 Komorbidity psoriázy

Dnes je již známo, že lupénka se neprojevuje pouze na kožním povrchu, ale je spojena i s řadou komorbidit. Tyto komorbidity vznikají v důsledku chronických zánětlivých změn nebo se jedná

o choroby s podobnou patogenezí (Cetkovská et al., 2017, s. 4). Obecně platí, že s rozsahem psoriázy narůstají rizika komorbidit (Vašků, 2020, s. 61). Nevoralová (2013, s. 113) udává, že těžká psoriáza spojená s dalšími komorbiditami může zkrátit délku života o 3,5 roku u mužů a o 4,4 roku u žen v porovnání s osobami bez psoriázy.

Zhruba u pětiny pacientů se společně s psoriázou objevuje psoriatická artritida (dále PsA) (Olejárová a Fialová, 2012, s. 13). Jedná se o zánětlivé postižení kloubů bez přítomnosti revmatoidních faktorů v krvi. Nejčastěji se projevuje artritidou, entezitidou (zánět úponu šlachy), daktylitidou (zánět kloubů na prstech nohou a rukou) a postižením axiálního skeletu spondyloartritidou (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 61, 67). Až u 75 % případů se PsA objevuje přibližně po 10 letech od prvních kožních příznaků lupénky. Naopak u 10-20 % případů se PsA objevuje ještě před kožními příznaky. S PsA bývá spojeno i postižení nehtů. Společně s PsA trpí nehtovou psoriázou 80-90 % pacientů. (Lomicová a Cetkovská, 2019, s. 123, Villaseñor-park et al., 2012, s. 417). Jako nejčastější příznaky pacienti udávají bolest a otok kloubů, přičemž kloub může být i zarudlý. V pokročilejší fázi a u těžších forem PsA pak vznikají kloubní deformity (Olejárová a Fialová, 2012, s. 14)

Dalšími komorbiditami mohou být ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, Bechtěrevova choroba, jaterní steatóza, psychiatrická onemocnění, a především projevy metabolického syndromu (Diabetes mellitus II. Typu, arteriální hypertenze, dyslipidemie) (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 46).

1.5 Diagnostika

Ke stanovení diagnózy psoriázy většinou stačí pouze klinické vyšetření. Pokud si dermatolog není diagnózou jist, odebere vzorek na histologické vyšetření nebo provede vyšetření dermatoskopem (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 41).

U klinického vyšetření je důležitá anamnéza, zejména rodinná anamnéza. U pacienta se zjišťuje možná přítomnost psoriázy či jiných kožních onemocnění u všech příbuzných. Dále se zjišťuje, kdy projevy začaly, v jakých místech se poprvé objevily, sezónnost, klimatické vlivy a zda výsevu něco předcházelo, např. infekce, trauma nebo stres (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 41, Vašků, 2020, s. 27).

U nejasných klinických projevů může diagnóze psoriázy napomoci histologické vyšetření – lékař odebere z postižené oblasti malý vzorek kůže, který se následně vyšetří v histopatologické laboratoři. V optickém mikroskopu je patrné zesílení rohové vrstvy, pokožka i škára jsou více zvlněné a jsou zde výrazně zmnoženy leukocyty (Olejárová a Fialová, 2012, s. 19).

Pro objektivní zhodnocení závažnosti kožní formy se od roku 1978 používá index PASI (Psoriasis Area Severity Index). Ke stanovení PASI skóre (viz příloha A, s. 78) je třeba zhodnotit v jednotlivých oblastech těla rozsah postižení, zarudnutí, infiltraci (tloušťku lézí) a deskvamaci (olupování kůže). Výsledkem je číslo od 0 do 72, kdy PASI > 10 značí středně těžkou formu onemocnění a je kandidátem na systémovou terapii (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 26). K měření rozsahu postižení kůže se může využít hodnota BSA (Body Surface Area), která udává postiženou plochu těla v procentech. K výpočtu lze použít dlaň pacienta – jedna dlaň se rovná 1 % (Olejárová a Fialová, 2012, s. 21).

K objektivnímu hodnocení nehtového postižení je od roku 2003 používáno NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index) skóre (viz příloha B, s. 79). Každý nehet je rozdělen na kvadranty a podle rozsahu postižení jsou přítomné změny hodnoceny skórem 0-4. Hodnotí se zvláště postižení nehtového valu a nehtového lůžka, maximální skóre jednoho prstu může být tedy 8. Konečný výsledek je dán součtem skóre všech prstů. Minimální hodnota NAPSI je 0, maximální hodnota, pokud se počítají horní i dolní končetiny, je 160 (Janoušková, 2014, s. 149).

K diagnostice nepochybně patří i diferenciální diagnóza, kdy je nutné odlišit psoriázu od chorob s podobným klinickým obrazem. Jedná se především o seboroickou dermatitidu, ekzém, lichen planus, syfilis aj. (Vašků, 2020, s. 33-35).

1.6 Možnosti léčby

Možností léčby psoriázy je mnoho. Různé formy onemocnění vyžadují různé formy léčby. Zároveň je ke zvolení vhodné léčby zapotřebí individuální přístup, měl by být zohledněn věk a pohlaví pacienta, jeho celkový zdravotní stav, komorbidity, ale například i zaměstnání či ochota spolupracovat a podílet se na léčbě (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 98). Mít nemoc dlouhodobě pod kontrolou je zásadní nejen vzhledem k hrožícím komorbiditám, ale i vzhledem ke kvalitě života nemocných (Vašků, 2020, 37). Jelikož je psoriáza chronické onemocnění, léčebné režimy by měly být pro pacienty dobře snášitelné, kosmeticky přijatelné a bezpečné pro dlouhodobé použití (Vojáčková, 2017, s. 176).

Lehké formy psoriázy může léčit praktický lékař za konziliární spolupráce s dermatologem, ovšem ve většině případů je pacient svěřen do péče dermatologa. Při postižení kloubů je pak přizván ke spolupráci revmatolog. U závažných případů, vyžadujících hospitalizaci, jsou pacienti léčeni na lůžkové části kožního oddělení (Navrátilová a Miklíková, 2012, s. 132, Vašků, 2020, s. 28, 61).

Vojáčková (2017, s. 175) uvádí, že léčbu psoriázy lze rozdělit na 3 fáze: fázi indukční, která má za cíl zklidnění nálezu na kůži, fázi přechodnou pro regresi ložisek a fázi udržovací s cílem stabilizace choroby. Součástí léčby by zároveň měla být i režimová opatření – správná životospráva, eliminace provokačních faktorů a vhodná pohybová aktivita (Cetkovská et al., 2017, s. 4).

Pacientům s mírnou formou psoriázy, popřípadě s omezeným rozsahem onemocnění, je v první řadě zpravidla předepisována lokální léčba. Pokud lokální léčba není dostačující, jejich onemocnění se považuje za středně závažné a léčí se fototerapií nebo systémovou léčbou. Pokud ani systémová léčba nezabírá nebo je kontraindikována, pacienti jsou léčeni biologickými přípravky (Reid a Griffiths, 2020, s. 72). Nesprávně léčená psoriáza významně zhoršuje kvalitu života pacientů, přesto až 90 % nemocných, kteří by měli být léčeni systémovou terapií, je léčeno pouze lokálními přípravky nebo se neošetřuje vůbec (Cetkovská et al., 2017, s. 4).

Psoriázu můžeme léčit, ale úplně vyléčitelná není. Cílem terapie je tedy získat kontrolu nad chorobou, snížit rozsah postižení, dosažení dlouhodobé remise a zlepšení kvality života pacienta (Navrátilová a Miklíková, 2012, s. 132, Obstová, 2016, s. 12).

Jelikož je psoriáza chronické onemocnění s častými recidivami, pacienti často hledají další alternativní způsoby léčby. Těmi může být balneoterapie, klimatická léčba (sanatoria u Mrtvého moře), úprava životního stylu, hypnóza, meditace či úprava stravy (Drlík, 2015, s. 153, Nevoralová, 2013, s. 164, Obstová, 2016, s. 15). Lomicová s Cetkovskou (2019, s. 123) poukazují na studie, ze kterých vyplývá, že úprava hmotnosti má vliv na snížení rozsahu psoriázy – obézní lidé hůře odpovídají na léčbu a je u nich vyšší riziko rozvoje některých nežádoucích účinků. U mnoha pacientů hraje zásadní roli i psychoterapie, jelikož psychosociální vlivy mohou působit jako provokační faktory a zhoršovat tak průběh nemoci (Nevoralová, 2013, s. 164).

1.6.1 Lokální léčba

Řada autorů (Vašků, 2020, s. 36, Vojáčková, 2017, s. 176 a další) se shoduje, že lokální léčba je základem léčebného plánu psoriázy. Dopytalska et al. (2018, s. 392) uvádí, že 70-80 % pacientů má mírné formy lupénky a vyžadují tak pouze lokální léčbu, ve zbývajících procentech je nutné přistoupit k pokročilejším terapeutickým metodám. Výhodou lokální léčby je cílené působení pouze na psoriatická ložiska, bezpečnost a dobrá snášenlivost léčby. Nevýhodou je

naopak čas strávený aplikací, někdy může být nepříjemný zápach či barva přípravků (Vojáčková, 2017, s. 174).

K lokální léčbě se využívají různá léčiva – kortikosteroidy, analoga a deriváty vitamínu D₃, cignolin, dehet, ichtamol, retinoidy a podpůrná léčiva jako keratolytika a emoliencia (Vojáčková, 2017, s. 174-175). Dermatolog by měl promyslet nejen volbu účinné látky, ale i vehikula daného léku. Forma léku závisí na lokalizaci a typu psoriázy. Může se jednat o krémy, masti, pasty, oleje, mléka, pěny, gely, šampóny, spreje a další. Důležité je zároveň i použití optimálního množství léku. Jednotka prstového lůžka by měla ošetřit 2 % těla, což odpovídá dvěma dlaním. Neméně důležitá je i volba vhodných mycích prostředků na kůži a vlasy pro správnou hygienickou péči (Fialová a Kojanová, 2020, s. 63-64).

Nezastupitelné místo v léčbě psoriázy mají kortikosteroidy (dále KS). Řada dermatologů je volí jako základ léčby díky jejich protizánětlivým, antiproliferačním, imunosupresivním a vazokonstrikčním účinkům. Flexibilitu v léčbě umožňují KS různé síly (slabě, středně, silně a velmi silně účinné) a různé formy (fluorované a nefluorované). Při volbě lokálního KS se bere zřetel především na lokalizaci a rozsah ložisek (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 101, Nevoralová, 2013, s. 114). U léčby KS se uplatňuje zásada „raději silnější kortikoid krátce než slabý kortikoid dlouho“ (Nevoralová, 2013, s. 114). Toto pravidlo ovšem neplatí u obličeje a genitálu. Zde je kůže náchylnější k nežádoucím účinkům, mezi něž patří ztenčení kůže, změna pigmentace nebo zmnožení ochlupení (Olejárová a Fialová, 2012, s. 23). Na tyto oblasti se doporučují pouze slabě až středně účinné KS a pouze na co nejkratší dobu. Mezi další nežádoucí účinky patří teleangiektazie (rozšíření drobných cév viditelné na kůži), akné, vznik strií, folikulitida, purpura a periorální dermatitida. Pokud se ovšem pacient řídí doporučením lékaře a výrobců léčiva, objevují se tyto nežádoucí účinky jen výjimečně (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 102).

Společně s KS se lékem první volby staly analoga a deriváty vitamínu D₃ s antiproliferačními, prodiferenciačními a imunomodulačními účinky. Oproti KS mají pomalejší nástup účinku, ale účinek má poté delší trvání a jsou také bezpečnější z dlouhodobého hlediska. Díky tomu jsou vhodné zejména pro udržovací fázi léčby. V ČR dostupná analoga a deriváty D₃ vitamínu jsou kalcitriol, takalcitol a kalcipotriol. Analogy a deriváty D₃ vitamínu by neměli užívat pacienti s poruchami metabolismu kostí, ledvinovým selháním a těhotné a kojící ženy (Nevoralová, 2013, s. 115-116, Vojáčková, 2017, s. 175-176).

Pokud selže nebo je kontraindikována léčba KS a analogy a deriváty D3 vitamínu, doporučuje se jako druhá volba cignolin (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 104). Jedná se o syntetický ekvivalent chrysoarobinu, který se získával z brazilského stromu *Andira araroba*. Cignolin má antiproliferační a protizánětlivé účinky (Fialová a Kojanová, 2020, s. 64). Při zahájení léčby se použije lék v menší koncentraci na krátký čas a podle snášenlivosti se pak koncentrace i čas může zvyšovat. Cílem je použití vhodné koncentrace a délky působení tak, aby léčba byla dostatečně účinná a co nejméně dráždila pokožku. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří iritace kůže a lokální hyper nebo hypopigmentace, dále zanechává trvalé hnědé skvrny na oblečení a předmětech. Použití cignolinu je kontraindikováno u nestabilní, pustulózní a erythrodermické psoriázy (Vojáčková, 2017, s. 175).

Méně využívanou léčivou látkou jsou dehty – produkty karbonizace organických látek. K léčbě lupénky se využívá kamenouhelný dehet, který se získává destilací černého uhlí. Má protizánětlivé, protisvědivé, antiproliferační, antimikrobiální a keratoplastické účinky (Fialová a Kojanová, 2020, s. 64). Využívá se především v nemocničním prostředí v kombinaci s fototerapií, v domácím prostředí má největší uplatnění ve formě šamponů. Častým vedlejším účinkem je iritace pokožky a folikulitida. Navíc se nesmí používat u dětí a těhotných či kojících žen (Nevoralová, 2013, s. 117). Fialová s Kojanovou (2020, s. 64) udávají, že kamenouhelný dehet je u zvířat karcinogenní, avšak u lidí neexistují žádné údaje prokazující karcinogenní účinky.

Mezi dehty se řadí i ichtamol. Získává se z důlních sedimentů v hnědouhelných dolech, není tedy dehtem v pravém slova smyslu (Olejárová a Fialová, 2012, s. 25). Má podobné, ale slabší účinky jako kamenouhelný dehet. Na rozdíl od kamenouhelného dehtu je snášenlivější a nevzniká iritace pokožky a folikulitida (Fialová a Kojanová, 2020, s. 64).

Dříve se v České republice využívaly k léčbě lupénky i retinoidy, konkrétně tazaroten. Tazaroten se používá v gelu a má především antiproliferační a protizánětlivé účinky. Jako nežádoucí účinek se uvádí iritace kůže. Nyní se v České republice tazaroten již nevyužívá (Fialová a Kojanová, 2020, s. 65, Nevoralová, 2013, s. 116).

Dále se k léčbě psoriázy využívají lokální imunomodulátory, které jsou primárně určeny k léčbě atopického ekzému. Jedná se o inhibitory kalcineurinu s protizánětlivými a imunomodulačními účinky. Při použití v okluzi (nanesená mast se překryje neprodyšnou vrstvou a nechá působit) jejich účinek odpovídá účinnosti středně silných až silných KS. Na rozdíl od KS ale nezpůsobují atrofii kůže, a tak jsou vhodné především na místa s tenkou kůží (obličej, genitál). Jelikož je

jejich užití v České republice off-label (nejsou indikovány pro léčbu psoriázy), přípravky nejsou hrazené ze zdravotního pojištění a pacient si je tak musí plně hradit sám (Fialová a Kojanová, 2020, s. 65, Nevoralová, 2013, s. 177, Vojáčková, 2017, s. 175)

Součástí lokální léčby především ložiskové psoriázy jsou ještě keratolytika a emolienca představující podpůrnou léčbu. Díky jejich schopnosti zvláčnit pokožku a zbavit ji šupin se zvýší propustnost kůže pro další účinné látky. Nejpoužívanějšími keratolytiky je kyselina salicylová a močovina, obě látky navíc působí protisvědivě. Stejně účinky mají emolienca, které navíc ještě zvyšují hydrataci pokožky (Olejárová a Fialová, 2012, s. 22, Vojáčková, 2017, s. 176).

1.6.2 Fototerapie

Léčebná metoda na pomezí lokální a systémové terapie je fototerapie. Při postižení celého těla se využívají celotělové zářiče, zatímco při lokalizovaných projevech se používají zářiče lokální (Olejárová a Fialová, 2012, s. 25). Léčebná metoda spočívá v aplikaci neionizujícího elektromagnetického záření na kůži, a i když je určitou nevýhodou nutnost častého docházení do zdravotnického zařízení, fototerapie je považována za velmi účinnou, krátkodobě bezpečnou ale i ekonomicky výhodnou metodu léčby. (Benáková, 2012, s. 64, Cetkovská et al., 2017, s. 4).

O fototerapii dermatologové uvažují u pacientů, kteří nedostatečně reagují na pečlivě prováděnou lokální léčbu. Fototerapie je vhodná především jako indukční léčba, k dlouhodobé léčbě se z bezpečnostních důvodů nehodí. Z tohoto důvodu je doporučeno sčítat celkovou kumulativní dávku záření nebo počet sezení (Benáková, 2012, s. 65).

Plán léčebné terapie vychází z předem určeného fototypu nebo minimální erytémové dávky (dále MED) pacienta. Před každou aplikací fototerapie je vhodné odstranit případné šupiny na kůži a během léčby kůži promazávat emolencií, protože fototerapie může kůži vysušovat. Frekvence ozařování je 2-5krát týdně a postupně se dávky zvyšují. Podle reakce kůže se pak léčebný plán upravuje (Cetkovská et al., 2017, s. 5). Akutními nežádoucími účinky jsou erytém, puchýře, svědění a pálení kůže. Mezi pozdní nežádoucí účinky patří hyperpigmentace, stárnutí kůže, popřípadě karcinogenní působení (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 112). Účinnost fototerapie lze očekávat zpravidla po 1-2 týdnech a u více než 75 % pacientů je po 4-6 týdnech dosaženo PASI 75 (zlepšení výchozího PASI skóre o 75 %) (Cetkovská et al., 2017, s. 5). Absolutními kontraindikacemi fototerapie jsou kožní karcinomy, fotodermatózy, fotosenzitivita a trvalé užívání léků s fotosenzibilizujícím účinkem. Relativními kontraindikacemi pak jsou

imunosuprimovaní pacienti po orgánových transplantacích, atypické névy nebo kožní karcinomy v osobní či rodinné anamnéze (Benáková, 2012, s. 65).

Za nejbezpečnější a nejúčinnější variantu fototerapie je považováno úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm. Širokospektré UVB záření (290-320 nm) je méně účinné a je tak vhodné jej kombinovat s lokální léčbou. UVB fototerapie se používá samostatně, ale i v kombinaci s jinými antipsoriatickými léčivy – s perorálně podávaným retinoidem, s dehtem (Goeckermenova metoda) nebo s cignolinem (Ingramova metoda). Kombinace s jinými systémovými léčivy se nedoporučuje (Fialová a Kojanová, 2020, s. 65)

Poměrně novější metodou fototerapie je excimerový laser vysílající záření o vlnové délce 308 nm. Laser umožňuje izolované ošetření pouze psoriatického ložiska a tím šetří okolní zdravou kůži. Zároveň je díky tomu možné použití dávek několikanásobně převyšujících MED a tím dochází k významnému zkrácení léčby. Každopádně tato metoda je vhodná pouze k ošetření menších ploch (Cetkovská et al., 2017, s. 5-6, Gkalpakiotis et al., 2020, s. 110).

Méně častou metodou léčby je fotochemoterapie (PUVA). Jedná se o kombinaci UVA záření s psoralenem jako fotosenzibilizátorem. Psoralen zde lze podávat systémově (perorálně 1-2 hodiny před ozářením) nebo lokálně (koupel, krém či roztok) (Vašků, 2020, s. 48).

Další možností léčby je kombinovaná fototerapie. Především se kombinuje PUVA či UVB s perorálně podaným retinoidem. Tato metoda umožňuje snížení kumulativní dávky UV záření (Cetkovská et al., 2017, s. 4). Cetkovská et al. (2017, s. 4) udávají jako další způsob kombinované fototerapie ještě fotobalneoterapii – fototerapie po koupání ve slané vodě.

1.6.3 Systémová léčba

Pokud lokální léčba nepřináší žádný efekt, je potřeba léčba systémová. Systémová léčba je též doporučena u pacientů s nestabilní psoriázou a u pacientů, u kterých je výrazně snížena kvalita života (Fialová a Kojanová, 2020, s. 66). Cetkovská et al. (2017, s. 4) kromě toho uvádí, že včasnou adekvátní systémovou léčbou lze příznivě ovlivnit riziko vzniku komorbidit.

Nejdéle používaným systémovým lékem v léčbě psoriázy je methotrexát (dále MTX), který byl k léčbě schválen již v roce 1971. Indikován je především u pacientů se středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou se současným postižením kloubů. Má antiproliferační a imunosupresivní účinky (Fialová a Kojanová, 2020, s. 66). Před začátkem léčby MTX je nutné provést laboratorní vyšetření, které musí prokázat normální ledvinové a jaterní funkce a krevní obraz. Lék se podává jednou týdně perorálně, subkutánně, intramuskulárně nebo intravenózně. Účinek

bývá zaznamenáván po 4-5 týdnech od zahájení léčby a maximální efekt je dosažen po 12-16 týdnech (Drlík, 2015, s. 153). Vašků (2020, s. 49-50) uvádí, že až 60 % pacientů se středně těžkou až těžkou psoriázou léčených MTX vykazuje 75 % zlepšení stavu zhruba po 3 měsících léčby. K nejčastějším nežádoucím účinkům MTX patří únava, nauzea, vypadávání vlasů, změny v krevním obraze, gastrointestinální obtíže či elevace jaterních transamináz. Tyto nežádoucí účinky lze zmírnit podáním kyseliny listové 24 hodin po užití MTX (Drlík, 2015, s. 153-154, Fialová a Kojanová, 2020, s. 66).

O několik let novější systémové antipsoriaticum je cyklosporin. Je indikován především u pacientů s těžkou ložiskovou, pustulózní, erythrodermickou a palmoplantární psoriázou. Cyklosporin je využíván především ke krátkodobé terapii, která trvá 3-6 měsíců a lék se podává 2x denně. Jen výjimečně je podáván po delší dobu, nejdéle však může být podáván po dva roky (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 119-120). Kombinace cyklosporinu s jakoukoliv lokální léčbou je možná, ovšem kombinace s jinou systémovou léčbou, fototerapií nebo s biologickou léčbou se nedoporučuje (Fialová a Kojanová, 2020, s. 67). Nežádoucími účinky mohou být hypertenze, porucha funkce ledvin, zvýšené riziko především kožních tumorů, tremor, poškození jaterních a gastrointestinálních funkcí nebo akrální parestezie (Drlík, 2015, s. 155).

Mezi systémově podávané retinoidy patří acitretin, syntetický analog kyseliny retinové. Indikován je u pacientů s těžkou ložiskovou, erythrodermickou a pustulózní psoriázou a na rozdíl od jiných systémových antipsoriatic nemá imunosupresivní účinky. Jako nežádoucí účinky se uvádí suchost kůže a sliznic, vypadávání vlasů, fotosenzibilita, elevace jaterních testů a hyperlipidemie. Při dlouhodobé terapii může acitretin způsobit poruchy osifikace skeletu (Fialová a Kojanová, 2020, s. 67).

Systémové kortikosteroidy se v dnešní době používají jen ve výjimečných případech. Krátkodobě se dají podávat u pacientů s generalizovanou pustulózní psoriázou, erythrodermickou psoriázou a psoriatickou artritidou. Po ukončení této léčby dochází až u 80 % pacientů k relapsu (Pavelka et al., 2014, s. 311-312).

Nejnovějším systémovým lékem psoriázy je apremilast, který je indikován pro léčbu středně těžké ložiskové psoriázy a psoriatické artritidy. Velmi častým nežádoucím účinkem je průjem, dále se mohou objevit infekce dýchacích cest, dyspeptické potíže, migréna, únava nebo psychiatrické poruchy jako insomnie a deprese – zde je doporučeno léčbu apremilastem ukončit (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 130-132).

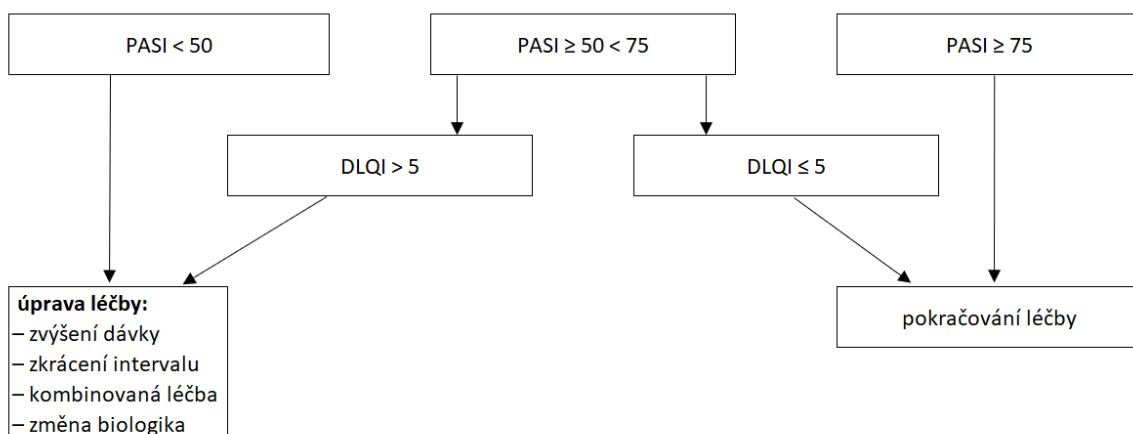
1.6.4 Biologická léčba

Přechod na biologickou léčbu je obecně doporučován osobám, u kterých vzhledem k malé účinnosti, nesnášenlivosti léků či kontraindikacím byly vyčerpány možnosti systémové léčby včetně fototerapie. Pacientům, u nichž se systémová léčba musí ukončit kvůli špatné snášenlivosti, se s přechodem na biologickou léčbu musí počkat, dokud nedojde k normalizaci nebo stabilizaci stavu. Naopak pacientům, u nichž se systémová léčba ukončuje kvůli nedostatečnému účinku, se s biologickou léčbou může začít ihned, krátký čas se léčby dokonce mohou překrývat (Cetkovská et al., 2017, s. 15).

Biologika jsou biotechnicky vyráběná léčiva, která upravují biologickou odpověď proti jednotlivým molekulám účastnících se na vzniku psoriatického zánětu. Díky tomu je biologická léčba vysoce účinná a bezpečnější než jiné systémové léky (Obstová, 2016, s. 15). V České republice je tento moderní způsob léčby veden zkušenými specializovanými lékaři v Centrech pro biologickou léčbu (Drlík, 2015, s. 156).

V současné době jsou v České republice schváleny biologika ze 4 léčebných skupin. Jednotlivé skupiny se od sebe odlišují mechanismem účinku (každá skupina cílí na jiné molekuly imunitního systému), dávkováním, účinností a nežádoucími účinky. Jeden nežádoucí účinek je však společný pro všechny skupiny – zvýšené riziko infekcí. Před zahájením léčby je tedy nutné provést biochemické vyšetření, vyšetřit krevní obraz a vyloučit jakékoliv infekce, především tuberkulózu, hepatitidy, syfilis a HIV. V průběhu léčby se tato vyšetření pravidelně opakují (Fialová a Kojanová, 2020, s. 68).

Cílem biologické léčby psoriázy je rychlá terapeutická odezva, co možná největší a udržitelné snížení rozsahu a závažnosti projevů a zlepšení kvality života při minimálním výskytu nežádoucích účinků. Zda došlo ke zlepšení stavu pacienta se hodnotí 3-4 měsíce po zahájení léčby a dále pravidelně v průběhu terapie. Jako adekvátní odpověď na léčbu se udává dosažení odpovědi PASI 75. Odpověď PASI mezi 50-75 se současným DLQI (viz příloha C, s. 78) skóre nepřesahujícím 5 značí částečný úspěch. Pokud je odpověď PASI mezi 50-75 se současným DLQI skóre větším jak 5, nebo pokud je odpověď PASI menší než 50, jedná se o selhání léčby a léčebný režim se musí upravit (viz obr. 1, s. 28). Úprava léčebného režimu znamená navýšení dávky biologika, zkrácení intervalu mezi dávkami, přidání další léčby (lokální, systémové) nebo změna biologika. (Cetkovská et al., 2019, s. 137, 151-152, Pavelka et al., 2014, s. 317).



Obrázek 1: Účinnost léčby (Pavelka et al., 2014, s. 317)

2 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“ se začal poprvé objevovat v první polovině 20. století. V té době se ale kvalitou života rozuměla převážně pouze materiální životní úroveň. V rámci systému zdravotní péče se kvalita života začala zkoumat až v 70. letech 20. století. V roce 1982 pak autoři Kaplan a Bush poprvé použili spojení „kvalita života související se zdravím“ (Heřmanová, 2012, s. 13-16).

Problematikou kvality života se zabývá mnoho vědních oborů (medicína, psychologie, ekonomie, sociologie, teologie, etika, politologie aj.), jedná se tedy o termín interdisciplinární. V medicíně i ošetrovatelství se v současnosti řadí k významným tématům v oblasti výzkumu. Zároveň se jedná o termín multidimenzionální – termín s řadou odlišných významů (medicínské pojetí, materiální pojetí, psychologické pojetí, morální pojetí aj.). To vede k problematice definování tohoto termínu. V současnosti tak neexistuje všeobecně přijímaná definice kvality života (Heřmanová, 2012, s. 10-11, Olišárová et al., 2013, s. 16).

Kvalitu života lze studovat nejen u jedince, ale i u menších sociálních skupin (např. u pacientů na nemocničním oddělení), nebo velkých společenských celků (např. u určité země). Zároveň lze na kvalitu života pohlížet jak z hlediska subjektivního (osobní pohoda a životní spokojenost) tak z hlediska objektivního (životní podmínky – zdravotní stav, socioekonomický status apod.) (Slezáčková, 2012, s. 23).

Důvodem, proč je tak těžké kvalitu života definovat je to, že je ovlivněna socioekonomickými faktory, zdravotním stavem, podmínkami, ve kterých jedinec žije, a mnohými dalšími proměnnými (Olišárová et al., 2013, s. 16). WHO (2022) definuje kvalitu života jako individuální vnímání své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých daný člověk žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a zájmům. Definice Rejeskiho a Mihalka je naopak velmi krátká – kvalitu života definovali jako vědomý úsudek spokojenosti se svým životem. Přestože se jednotlivé definice kvality života vztažené ke zdraví liší, všechny směřují právě k životní spokojenosti (Olišárová, 2013, s. 16).

2.1 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života se provádí pomocí různých měřítek a data se získávají pomocí různých nástrojů (např. dotazníky vyplněné pacientem či doktorem nebo telefonické rozhovory) (WHO, 2016, s. 19). Nejvyžívanějším nástrojem je dotazník, který zkoumá buď celkovou spokojenost nebo spokojenost s dílčími aspekty života, popř. obojí. Výzkum se může provádět

na vzorku běžné populace (všeobecné dotazníky) nebo na výběrové sociální skupině, kterou mohou být např. pacienti (Heřmanová, 2013, s. 135).

Nástrojem snažícím se podchytit jak objektivní stav fyzického zdraví jednotlivců, tak i jejich spokojenost se zdravím, je WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), základní dotazník pro měření kvality života. Dotazník hodnotí 6 aspektů života (fyzické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualitu a celkovou kvalitu života). Kromě tohoto základního dotazníku se v praxi využívá i jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF a verze pro pacienty starší 65 let WHOQOL-OLD (Heřmanová, 2013, s. 64).

U pacientů s různými kožními problémy je v současnosti nejpoužívanější metodou hodnocení kvality života Dermatology Life Quality Index (DLQI) (WHO, 2016, s. 18). Dotazník obsahuje 10 otázek týkajících se vlivu choroby a jeho projevů na denní aktivity, práci a partnerské vztahy (viz příloha C, s. 80). Pacient může získat skóre od 0 do 30, kdy hodnota větší než 10 představuje závažné ovlivnění kvality života (Olejárová a Fialová, 2012, s. 21). DLQI je vhodný nástroj i na sledování účinnosti terapie – pokud je terapie účinná, DLQI skóre se zpravidla snižuje (Gkalpakiotis et al., 2020, s. 18).

Ještě specifičtější je dotazník PDI (Psoriasis Disability Index), který hodnotí kvalitu života přímo u pacientů s psoriázou. Otázky zkoumají vliv lupénky na denní aktivity, zaměstnání nebo studium a osobní vztahy (viz příloha D, s. 82). Sečtením skóre každé z 15 otázek vyjde skóre od 0 do 45. Čím vyšší skóre vyjde, tím více je narušena kvalita života (Cardiff University, 2018).

Pro hodnocení kloubního postižení se používá index PsARC. V něm se hodnotí počet bolestivých a oteklých kloubů, míra bolesti, celkové hodnocení stavu pacientem i lékařem, funkční hodnocení a zánětlivé markery (sedimentace, C-reaktivní protein) (Olejárová a Fialová, 2012, s. 21).

2.2 Kvalita života psoriaticů

Psoriáza je onemocněním, které způsobuje nejen bolestivé, vysilující a viditelné příznaky, je také spojené s řadou psychických poruch. Život pacientů se stává obzvláště obtížným, pokud je psoriáza přítomna na viditelných oblastech kůže, jako je obličej nebo ruce (WHO, 2016, s. 16). Studie prokazují, že projevy nehtové psoriázy významně ovlivňují kvalitu života – více než 90 % dotázaných považuje tyto projevy za esteticky rušivé. I přes tyto faktory bývá dané onemocnění lékaři často přehlíženo (Janoušková, 2014, s. 149).

Pokles míry kvality života souvisí nejen s lokalizací lézí, ale i se závažností onemocnění. Gkalpakiotis et al. (2020, s. 13) poukazuje na fakt, že pacienti se středně těžkou až těžkou psoriázou jsou řazeni na 2. místo v žebříčku negativního dopadu chorob na kvalitu života – lupénka je v tomto případě srovnatelná s jinými závažnými onemocněními jako např. revmatoidní artritida, malignity nebo choroby srdce. Studie prováděná WHO ukázala, že psoriáza závažně ovlivňuje kvalitu života u 15 % pacientů s lehkou formou onemocnění, u středně těžké formy už to bylo 23 % pacientů, kdežto u těžké formy onemocnění závažné ovlivnění kvality života udávalo dokonce 51 % dotázaných (WHO, 2016, s. 19).

Pacienti často společně s psoriázou trpí psychosociálními poruchami (zvýšená anxiozita, deprese a strach z každodenních aktivit), protože se bojí, že budou mezi lidmi vzbuzovat negativní emoce. Jako nejvíce nepříjemné udávají pohledy až posměch lidí (např. v bazénu či sauně), časovou náročnost každodenní péče v rámci léčby a pacienti s lupénkou ve vlasech udávají stud chodit ke kadeřnici. Mladší pacienti s lupénkou pak udávají jako velký problém navázání kontaktů nebo založení rodiny (Gkalpakiotis et al., 2013, s. 189, 195). Javůrková s Raudenskou (2013, s. 77) navíc udávají, že lidé s psoriázou mají větší náchylnost reagovat agresivně, mají vyšší počet sexuálních potíží, sníženou schopnost řešit krizové situace a bývají více obsedantní, vztahovační a paranoidní.

Kvalitu života psoriaticků lze tedy zvyšovat či udržovat nejen prostřednictvím léčby projevů nemoci, ale také psychoterapií. Psychoterapie je nejčastěji vedena psychiatry a klinickými psychology a může být prováděna ve formě individuální, skupinové, rodinné nebo párové (Javůrková a Raudenská, 2013, s. 77).

Přínosem pro psoriatické pacienty může být i členství v některé z podpůrných skupin. V ČR je jedinou oficiální organizací pro tyto pacienty Spolek psoriaticků a atopických ekzematiků (SPAÉ). Jejím cílem je zlepšení péče o pacienty a prosazování jejich práv, potřeb a zájmů. Pacienti se skrz SPAÉ mohou spojit s ostatními pacienty a vzájemně si vyměňovat informace a sdílet radosti či strasti. Spolek je určen nejen pro pacienty s psoriázou a atopickým ekzémem, ale i pro širokou veřejnost (SPAÉ, 2022).

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Která část těla je u respondentů nejčastěji postižena a jaké jsou nejčastější příznaky onemocnění?
2. Jaké problémy spojené s psoriázou nejvíce ovlivňují život respondentů?
3. Bude rozdíl ve vnímání problémů spojených s psoriázou napříč věkem a pohlavím respondentů?
4. Jaké metody léčby psoriázy respondenti nejčastěji využívají?
5. Bude existovat souvislost v době trvání psoriázy a členství respondentů v některé z podpůrných organizací pro psoriatiky?

4 METODIKA PRŮZKUMU

Pro průzkumnou část bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření formou dotazníku vlastní tvorby (viz příloha E, s. 84), který byl distribuován v tištěné a elektronické formě.

V úvodu dotazníku je uvedeno téma a účel bakalářské práce a pokyny pro vyplnění dotazníku, který byl zcela anonymní a dobrovolný. Dotazník obsahuje 20 otázek a skládá se ze 4 částí. První část (otázky č. 1 a 2) slouží ke zjištění demografických údajů – pohlaví a věk. Jedná se o uzavřené otázky s jednou možnou odpovědí. Druhá část (otázky č. 3-8) obsahuje otázky týkající se charakteristiky psoriázy u pacientů – jak dlouho ji mají diagnostikovanou, lokalizaci postižení, příznaky, přítomnost psoriatické artritidy a její příznaky a možnosti léčby. Zde jsou použity otázky uzavřené (otázky č. 3 a 7) a polouzavřené (otázky č. 4, 5, 6 a 8). U otázek č. 4, 5 a 8 je možné uvést více odpovědí. Třetí část (otázky č. 9, 10 a 11) se zabývá faktory, které respondentům pomáhají vyrovnat se se svým onemocněním. Zde jsou otázky č. 9 a 10 polouzavřené a 11. otázka je uzavřená. Poslední čtvrtá část (otázky č. 12-20) se týká kvality života. Tyto otázky jsou inspirované standardizovaným dotazníkem DLQI z Cardiff University (viz příloha C, s. 80) a jsou uzavřené s jednou možnou odpovědí.

4.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Do výzkumného vzorku byly zařazeny osoby trpící psoriázou v jakémkoliv stupni závažnosti. Kritéria pro výběr průzkumného vzorku byla pouze věk nad 18 let, schopnost spolupráce a souhlas s vyplněním dotazníku. Co se souhlasu týče, v tištěné formě byl získán přijetím a vyplněním dotazníku a v elektronické formě byl získán zpětným odesláním dotazníku – tyto skutečnosti jsou napsané v úvodu dotazníku.

Průzkumu se zúčastnili psoriatici z okolí bydliště autorky práce, a pro získání více dat byly osloveny 2 skupiny sdružující psoriatické pacienty na sociálních sítích.

Dotazníky v písemné podobě vyplnilo 26 osob. U těchto osob byla zajištěna anonymita tak, že společně s dotazníkem dostali prázdnou obálku, do které poté vyplněný dotazník vložili a obálku zalepili a vhodili do poštovní schránky v bydlišti autorky práce. V elektronické podobě se vrátilo zpět 128 dotazníků. Celkem se tedy průzkumu zúčastnilo 154 osob, konkrétně 126 žen a 28 mužů (viz obr. 2, s. 35).

4.2 Průběh průzkumného šetření

Průzkumnému šetření předcházela pilotní studie, která zjišťovala, zda jsou otázky pro respondenty dobře pochopitelné a správně položené. Během tohoto kroku bylo osloveno 5 lidí

a všech 5 nemělo s dotazníkem žádné problémy ani připomínky. Těchto 5 dotazníků je tedy zahrnuto do finálních výsledků.

Po pilotní studii následoval samotný sběr dat, který probíhal od 1. 12. 2021 do 12. 1. 2022, tedy 6 týdnů. O distribuci tištěných dotazníků se postarala autorka práce a jí pověřené lidi. Všechny dotazníky se vrátily úplně a správně vyplněné.

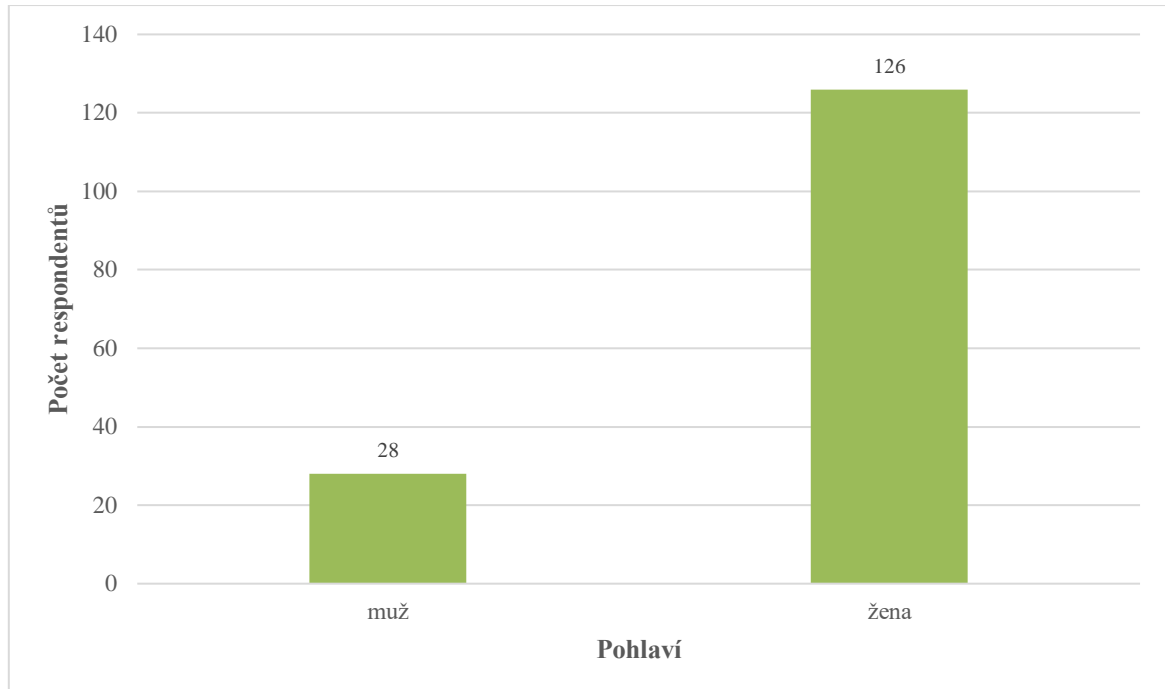
Aby se stal průzkum více objektivnějším, bylo zapotřebí získat více dat. Dotazník byl tak přetvořen i do elektronické podoby a se souhlasem správců rozeslán do dvou skupin sdružující psoriaticky na sociálních sítích. Tato online verze dotazníku měla své nesporné výhody – menší časová náročnost, možnost oslovení více respondentů a v neposlední řadě jednodušší zanesení dat do programu Microsoft Office Excel, v kterém byla data později dále zpracována. Navíc díky nastavení všech otázek jako povinných a možnosti zaškrtnutí pouze daného počtu odpovědí bylo předejito neúplnému či nesprávnému vyplnění dotazníku a tím jeho znehodnocení.

Ke zpracování dat posloužily programy Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Získaná data byla zpracována ve formě grafů, tabulek. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

5.1 Presentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

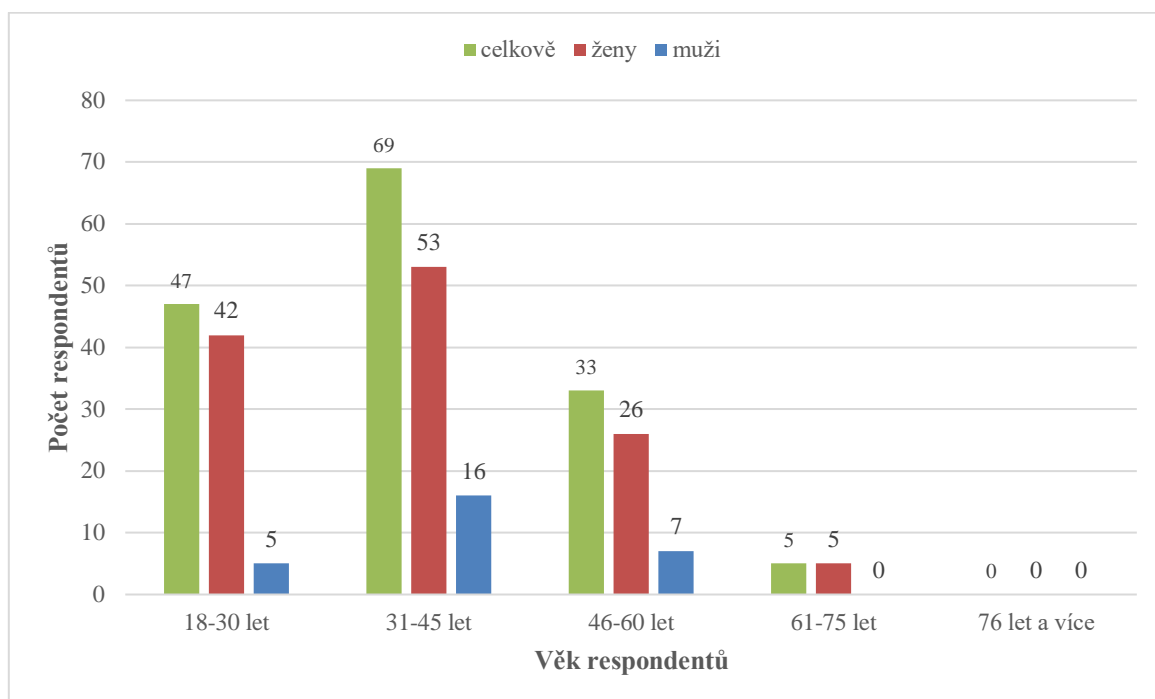


Obrázek 2: Graf zobrazující pohlaví respondentů

Úkolem první otázky bylo zjistit zastoupení ženského a mužského pohlaví v průzkumném vzorku.

Z grafu (obr. 2) je patrné, že z celkového počtu 154 (100 %) respondentů se průzkumného šetření zúčastnilo 126 (82 %) žen a pouze 28 (18 %) mužů.

Otázka č. 2 – Kolik je Vám let?



Obrázek 3: Graf zobrazující věkové skupiny respondentů

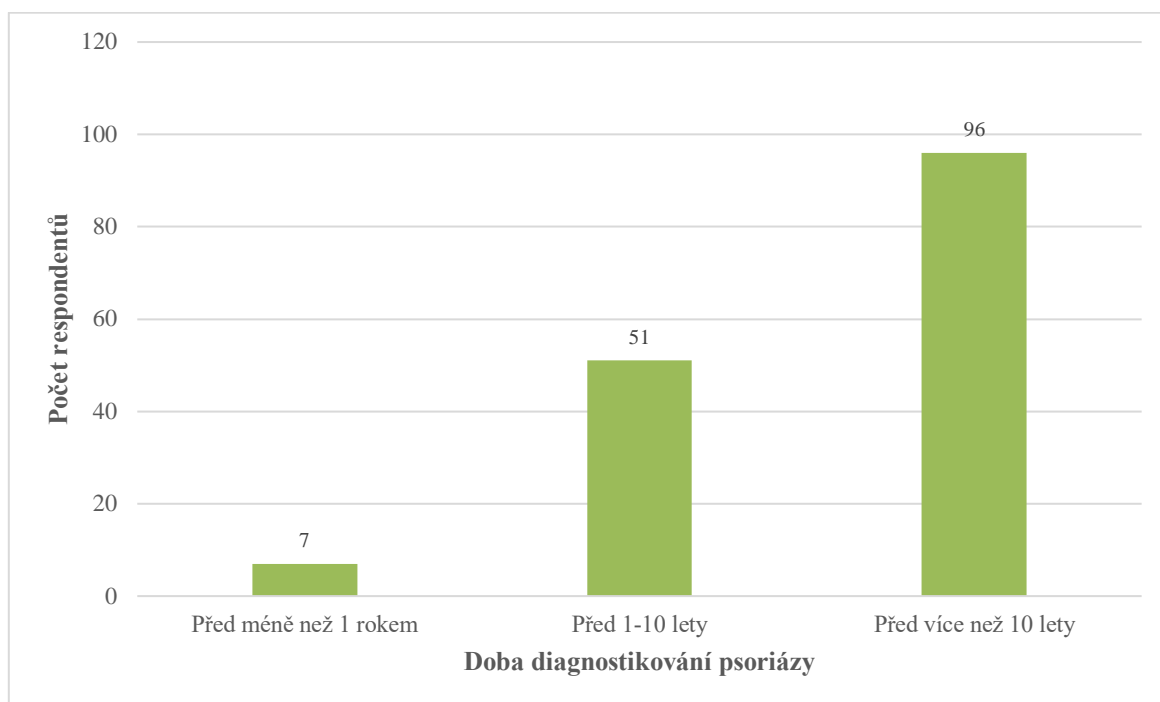
Druhá otázka byla zaměřena na zjištění věkového rozmezí respondentů. Na grafu (obr. 3) je zobrazeno věkové složení respondentů rozdělené do pěti věkových kategoriích.

Nejvíce respondentů, konkrétně 69 (45 %) ze všech 154 (100 %) dotazovaných, se pohybuje ve věkovém rozmezí 31-45 let. Následuje mladší věková skupina 18-30 let, která čítá 47 (31 %). Méně zastoupeny jsou starší věkové skupiny. Věková kategorie 46-60 let zahrnuje 33 (21 %) a nejméně početnou skupinu představuje věková kategorie 61-75 let, kterou zastupuje 5 (3 %) z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných. Žádný z respondentů není starší 76 let.

Z celkového počtu 126 (100 %) žen jich nejvíce, konkrétně 53 (42 %), udává věk 31-45 let. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy ve věkovém rozmezí 18-30 let. Tuto odpověď označilo 42 (33 %) žen. Dále 26 (21 %) žen uvedlo věkové rozmezí 46-60 let a pouze 5 (4 %) žen uvedlo možnost 61-75 let.

Co se mužů týče, nejvíce jich spadá do kategorie 31-45 let. Z 28 (100 %) jich tak odpovědělo 16 (57 %). Dále 7 (25 %) mužů označilo možnost 46-60 let a 5 (18 %) uvedlo věk 18-30 let.

Otázka č. 3 – Před jakou dobou Vám byla diagnostikována lupénka?

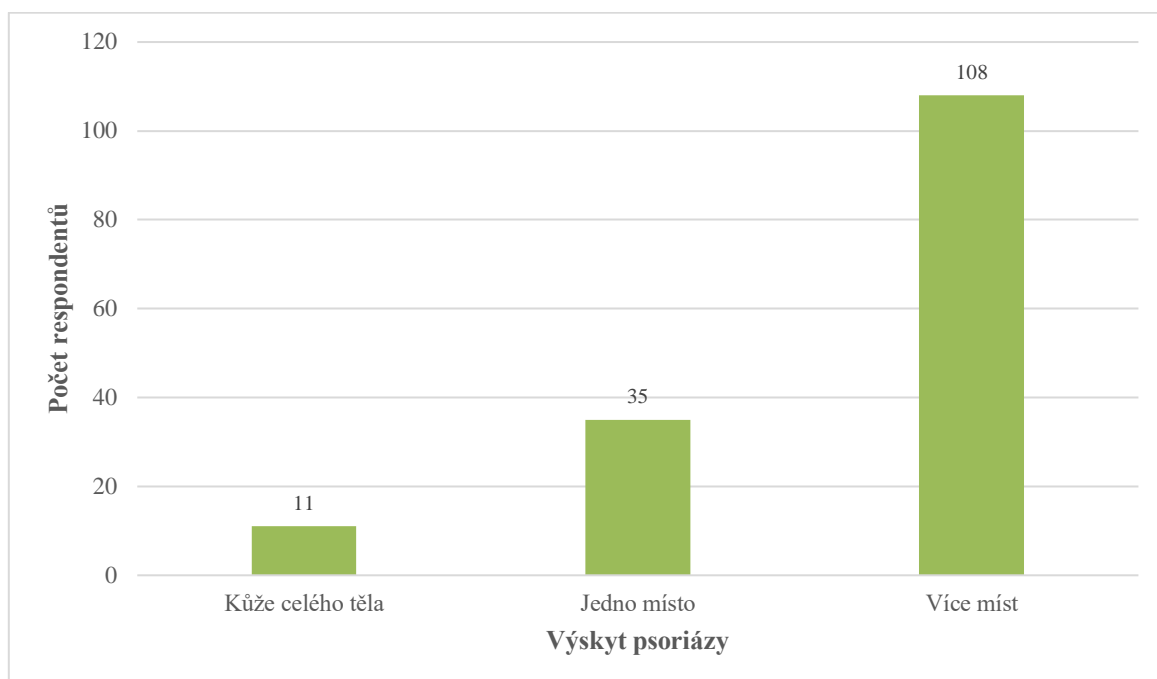


Obrázek 4: Graf znázorňující dobu trvání psoriázy u respondentů

Třetí otázka zkoumala, před jakou dobou byla respondentům lupénka diagnostikována. Zjišťovalo se, pro kolik respondentů představuje psoriáza již dlouhodobé onemocnění a pro kolik respondentů se naopak jedná o poměrně nové postižení.

Z grafu (obr. 4) je patrné, že z celkového počtu 154 (100 %) respondentů jich nejvíce, konkrétně 96 (62 %) uvedlo, že jim psoriáza byla lékařem diagnostikována před více než 10 lety. Dále 51 (33 %) respondentů uvedlo, že u nich byla psoriáza diagnostikována před 1-10 lety. Pouze u 7 (5 %) z dotazovaných respondentů byla psoriáza diagnostikována před méně než 1 rokem.

Otázka č. 4 – Kterou část Vašeho těla lupénka nejčastěji postihuje?



Obrázek 5: Graf znázorňující výskyt psoriázy u respondentů

Úkolem čtvrté otázky bylo zmapovat, která místa na těle mají respondenti nejčastěji lupénkou postižena.

Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti, u nichž se lupénka vyskytuje na více místech po těle. Konkrétně takto odpovědělo 108 (70 %) respondentů z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných. Naopak 35 (23 %) respondentů uvedlo, že jim lupénka postihuje pouze jedno místo na těle. Pouze 11 (7 %) respondentů z průzkumného vzorku uvádí, že lupénkou je postiženo celé jejich tělo.

V případě, že respondenti neuvedli odpověď „kůže celého těla“, měli uvést, jakou část, případně části těla u nich psoriáza postihuje. Z obr. 5 vyplývá, že u 143 (93 %) ze 154 (100 %) respondentů psoriáza postihuje určité části těla. Respondenti měli na výběr devět určitých částí těla, popř. mohli označit odpověď „jiné“ a doplnit tak odpověď o jinou část těla, která nebyla ve výběru. Tabulka 1 a tabulka 2 zobrazují četnost výskytu psoriázy na jednotlivých částech těla.

Tabulka 1: Místa výskytu psoriázy u respondentů

Místo výskytu	Výskyt na jednom místě	Výskyt na více místech	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pokožka hlavy	13	52	65	45 %
Lokty	4	54	58	41 %
Kolena	1	39	40	28 %
Trup	0	17	17	12 %
Záda	2	19	21	15 %
Nehty	0	30	30	21 %
Dlaně	3	26	29	20 %
Plosky nohou	6	21	27	19 %
Genitálie	3	19	22	15 %

Z celkového počtu 143 (100 %) respondentů, u nichž lupénka nepostihuje kůži celého těla, jich 65 (45 %) uvedlo výsev lupénky ve kšticí. Kštica se tak stala nejčastěji udávanou postiženou částí těla. Druhou nejčastěji postiženou částí těla jsou lokty. Tuto odpověď uvedlo 58 (41 %) respondentů. Třetím nejčastěji postiženým místem na těle jsou kolena, která uvedlo 40 (28 %) respondentů. U 30 (21 %) respondentů psoriáza postihuje nehty, u 29 (20 %) respondentů dlaně, u 27 (19 %) respondentů plosky nohou, u 22 (15 %) genitálie, u 21 (15 %) respondentů záda a u 17 (12 %) trup.

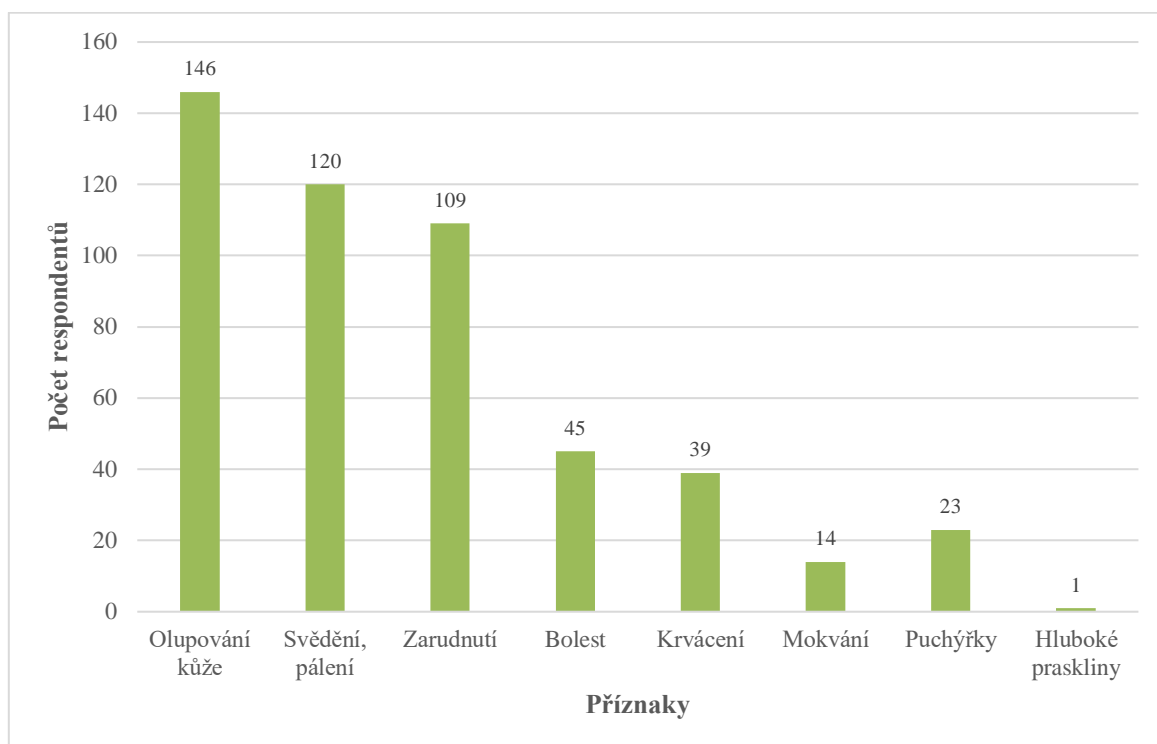
Odpověď „jiné“ uvedlo 36 (25 %) respondentů. Tyto části těla jsou zobrazeny v tabulce 2.

Tabulka 2: Respondenty udávaná další místa výskytu

Místo výskytu	Výskyt na jednom místě	Výskyt na více místech	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dolní končetiny	0	12	12	8 %
Horní končetiny	0	9	9	6 %
Uši	0	11	11	7 %
Obličej	1	6	7	5 %
Zapárkové oblasti	0	6	6	4 %

Respondenti nejčastěji uváděli postižení dolních končetin, konkrétně zmiňovali stehna, holeně, kotníky a nártý. Postižení dolních končetin uvedlo 12 (8 %) respondentů. Postižení horních končetin uvedlo 9 (6 %) respondentů. Respondenti konkrétně uvedli paže a ramena. U 11 (7%) respondentů se lupénka objevuje na uších, u 7 (5 %) respondentů na obličejí a u 6 (4 %) respondentů v zapárkových oblastech.

Otázka č. 5 – Jaké příznaky se u Vás objevují v největší míře?

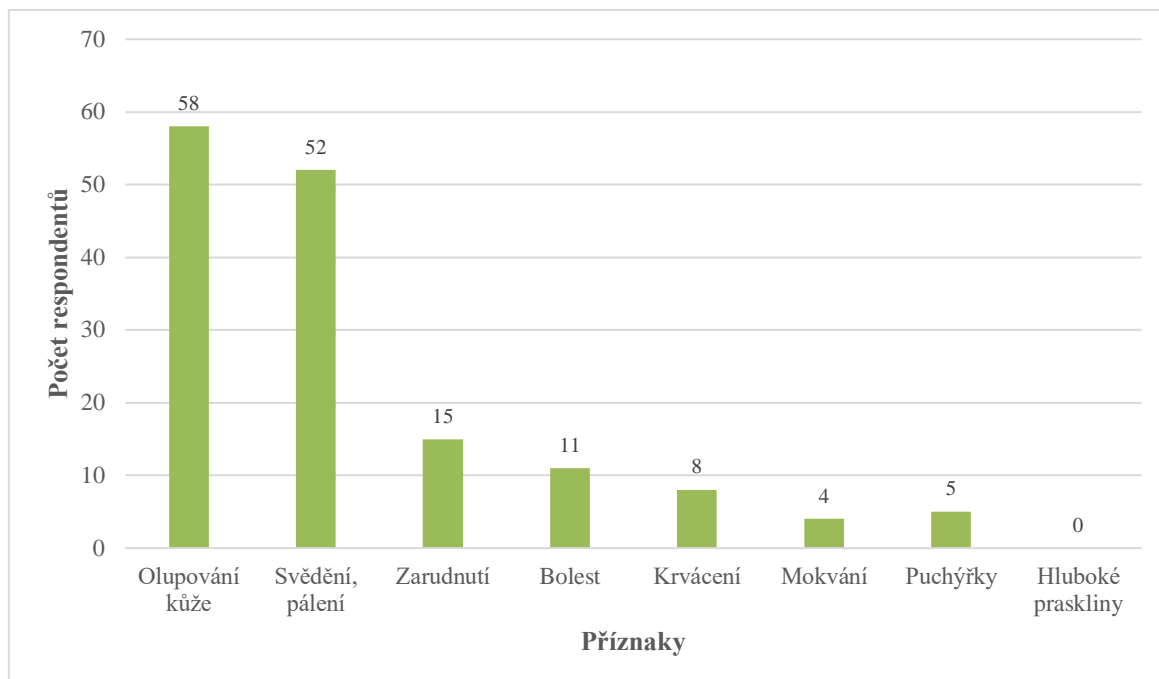


Obrázek 6: Graf znázorňující nejčastější příznaky psoriázy u respondentů

Úkolem páté otázky bylo zjistit, jaké příznaky se u respondentů objevují v největší míře. Respondenti měli na výběr ze 7 konkrétních odpovědí a dále možnost „jiné“ - zde mohli uvést další příznaky, které nebyly zahrnuty ve výběru. V této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí.

Nejčastěji respondenti uváděli, že se u nich objevuje olupování kůže. Takto odpovědělo 146 (95 %) z celkového počtu 154 (100 %) respondentů. Dalšími příznaky, kterými respondenti trpí, je svědění či pálení. Tento příznak uvedlo 120 (78 %) respondentů. Následuje zarudnutí, které uvedlo 109 (71 %) respondentů. V menší míře respondenti uvádějí bolest, kterou uvedlo 45 (29 %) respondentů, krvácení uvedlo 39 (25 %) respondentů, 23 (15 %) respondentů uvedlo, že se u nich objevují puchýřky a 14 (9 %) respondentů uvedlo mokvání. Pouze jeden respondent (1 %) využil odpovědi „jiné“, kde uvedl, že ho trápí hluboké praskliny na kůži.

Otázka č. 6 – Který z Vámi uvedených příznaků na předchozí otázku č. 5 Vám nejvíce vadí – Vás nejvíce obtěžuje?

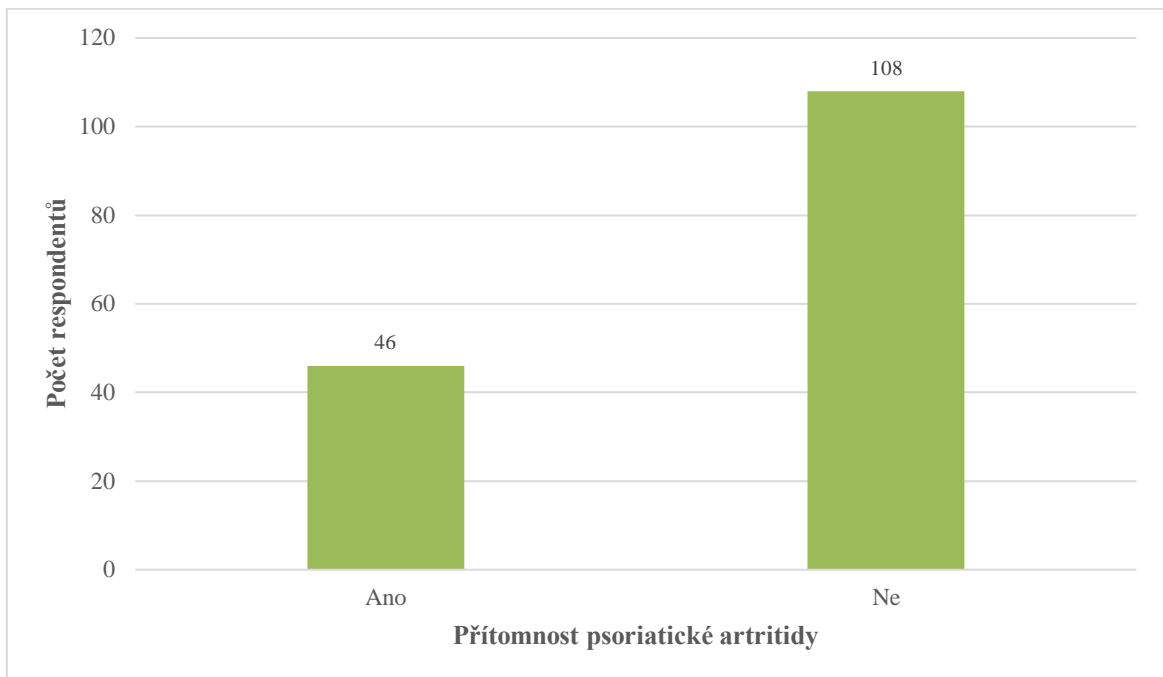


Obrázek 7: Graf znázorňující nejvíce obtěžující příznaky

V šesté otázce respondenti uvedli, který z příznaků uvedených v páté otázce je nejvíce obtěžuje. Zde byla možnost pouze jedné odpovědi.

Z grafu (obr. 7) lze vyzorovat, že nejvíce obtěžujícími příznaky je olupování kůže a svědění či pálení kůže. Ze všech 154 (100 %) dotazovaných uvedlo jako nejvíce obtěžující příznak olupování kůže 58 (38 %) respondentů, svědění či pálení uvedlo 52 (34 %) respondentů. Dále 15 (10 %) respondentů uvedlo jako nejvíce obtěžující příznak zarudnutí kůže, 11 (7 %) uvedlo bolest, 8 (5 %) krvácení, 5 (3 %) puchýřky a 4 (2 %) mokvání.

Otázka č. 7 – Máte diagnostikovanou – lékařem potvrzenou psoriatickou artritidu?

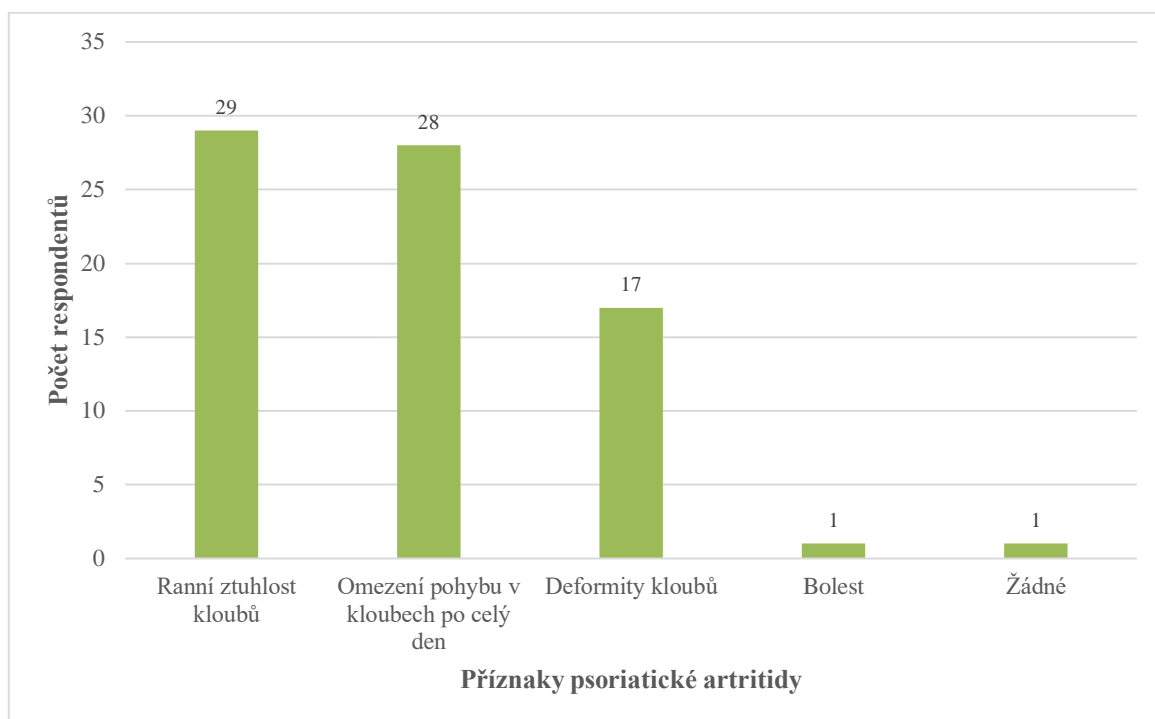


Obrázek 8: Graf znázorňující přítomnost psoriatické artritidy u respondentů

Sedmá otázka zjišťovala, zda je u respondentů společně s lupénkou diagnostikována psoriatická artritida, která je nejčastější komorbiditou lupénky.

Bylo zjištěno, že dvě třetiny, konkrétně 108 (70 %) ze 154 (100 %) dotazovaných respondentů nemá lékařem diagnostikovanou psoriatickou artritidu. Zbývá jedna třetina 46 (30 %) respondentů uvádí, že jim byla lékařem diagnostikována přítomnost psoriatické artritidy.

Otázka č. 8 – Kterými příznaky trpíte?

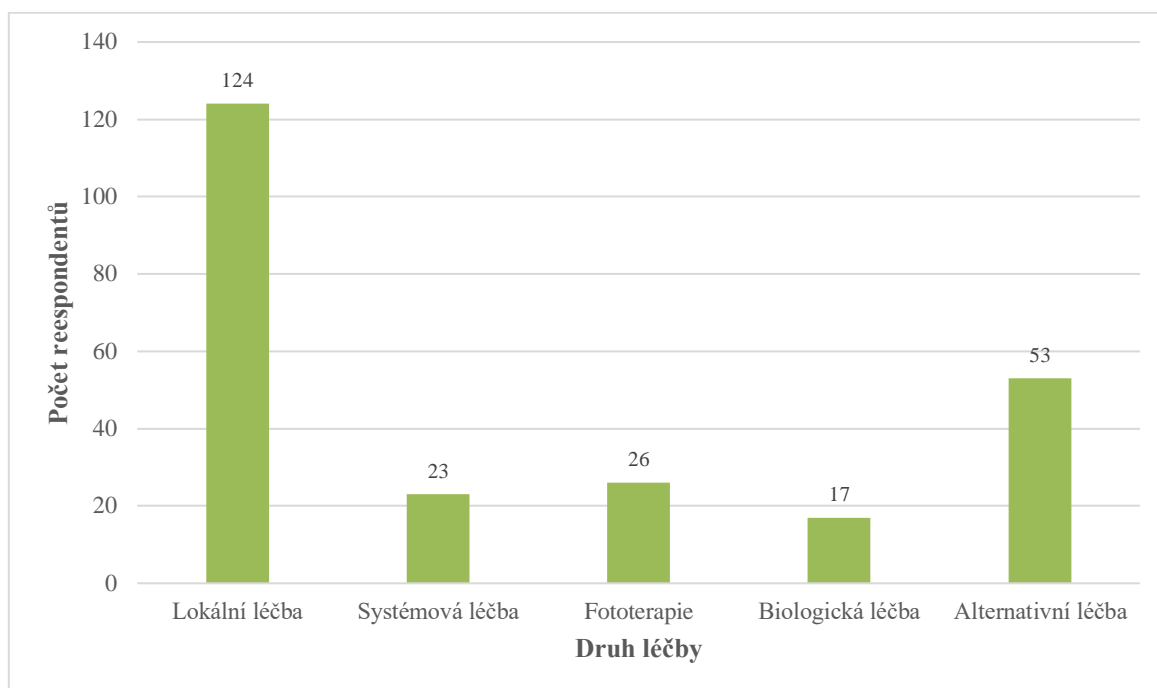


Obrázek 9: Graf znázorňující příznaky psoriatické artritidy udávané respondenty

Na osmou otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v sedmé otázce uvedli odpověď „Ano“ – tedy, že u nich byla diagnostikována psoriatická artritida. Úkolem této otázky bylo zmapovat příznaky spojené právě s psoriatickou artritidou. Kromě tří daných odpovědí, z nichž mohli respondenti označit více možností, mohli respondenti označit i odpověď „jiné“ a doplnit ji vlastními slovy.

Z celkového počtu 46 (100 %) respondentů trpící psoriatickou artritidou jich 29 (63 %) uvedlo, že je trápí ranní ztuhlost kloubů. Dalších 28 (61 %) respondentů uvedlo jako příznak omezení pohybu v kloubech po celý den. Deformity kloubů uvedlo 17 (37 %) respondentů. Možnost „jiné“ využili 2 (4 %) respondenti, z nichž jeden uvedl bolest a druhý uvedl, že nemá žádné příznaky spojené s tímto onemocněním.

Otázka č. 9 – Jaké možnosti léčby využíváte?



Obrázek 10: Graf znázorňující možnosti léčby, které respondenti využívají

Devátá otázka zachycuje možnosti léčby, které pacienti mohou využívat. Jednalo se o polouzavřenou otázku doplněnou o možnost „*Jiné*“. Zde měli respondenti možnost označit více odpovědí, maximálně však 2.

Nejvíce využívanou léčbou, kterou respondenti podstupují, je lokální léčba. Tuto terapeutickou metodu uvedlo 124 (81 %) respondentů z celkového počtu 154 (100 %). Druhým nejvyužívanějším způsobem léčby je alternativní léčba, kterou využívá 53 (34 %) respondentů. Tito respondenti měli uvést, které konkrétní způsoby alternativní léčby využívají. Tyto možnosti zobrazuje tabulka 3.

Tabulka 3: Způsoby alternativní terapie

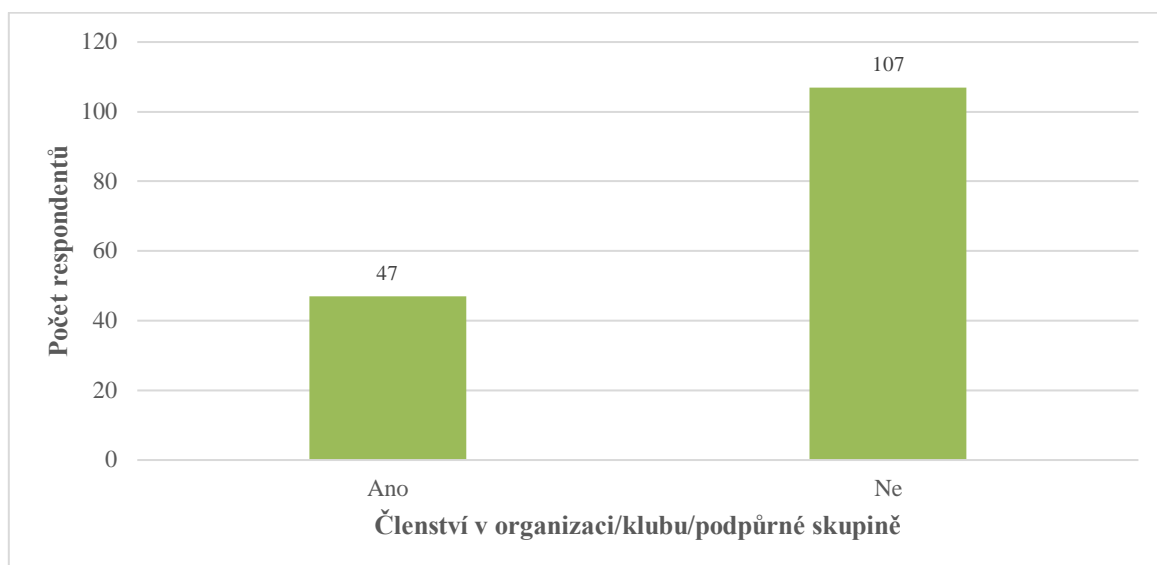
Alternativní metoda	Absolutní četnost	Relativní četnost
Homeopatie	4	8 %
Dieta	24	45 %
Moře	29	55 %
Akupunktura	2	4 %
Redukce stresu	9	17 %
Lázně	6	11 %

Z 53 (100 %) respondentů využívajících alternativní léčbu jich 29 (55 %) jako způsob léčby označilo pobyty u moře. Dále 24 (45 %) respondentů uvedlo, že jim s léčbou lupénky pomáhá vhodná dieta. Dalších 9 (17 %) respondentů uvedlo, že výsev lupénky ovlivňují redukcí stresu. Dále 6 (11 %) respondentů uvedlo lázeňské pobyty, 4 (8 %) respondenti užívají homeopatika a u 2 (4 %) respondentů pomáhá akupunktura.

Z grafu (obr. 10) lze dále vyzorovat, že dalšími možnostmi léčby, které respondenti využívají je systémová léčba, kterou se léčí z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných 23 (15 %) respondentů a biologická léčba, kterou využívá 17 (11 %) respondentů. Na fototerapii pak dochází 26 (17 %) respondentů.

Možnost odpovědi „*Jiné*“ využilo 17 (11 %) respondentů. Většina odpovědí se týkala dalších alternativních metod, které nebyly ve výběru (redukce stresu, lázně) a pouze 2 (1 %) respondenti uvedli, že své onemocnění lupénkou nijak neléčí.

Otázka č. 10 – Jste členem nějaké organizace/klubu/podpůrné skupiny pro psoriatiky?



Obrázek 11: Graf znázorňující členství v podpůrné skupině pro psoriatiky

Úkolem desáté otázky bylo zmapovat, zda jsou respondenti členy nějaké organizace, klubu či podpůrné skupiny sdružující psoriatické pacienty. U této otázky měli na výběr ze dvou odpovědí. Pakliže odpověděli „Ano“, měli uvést název organizace/klubu/podpůrné skupiny.

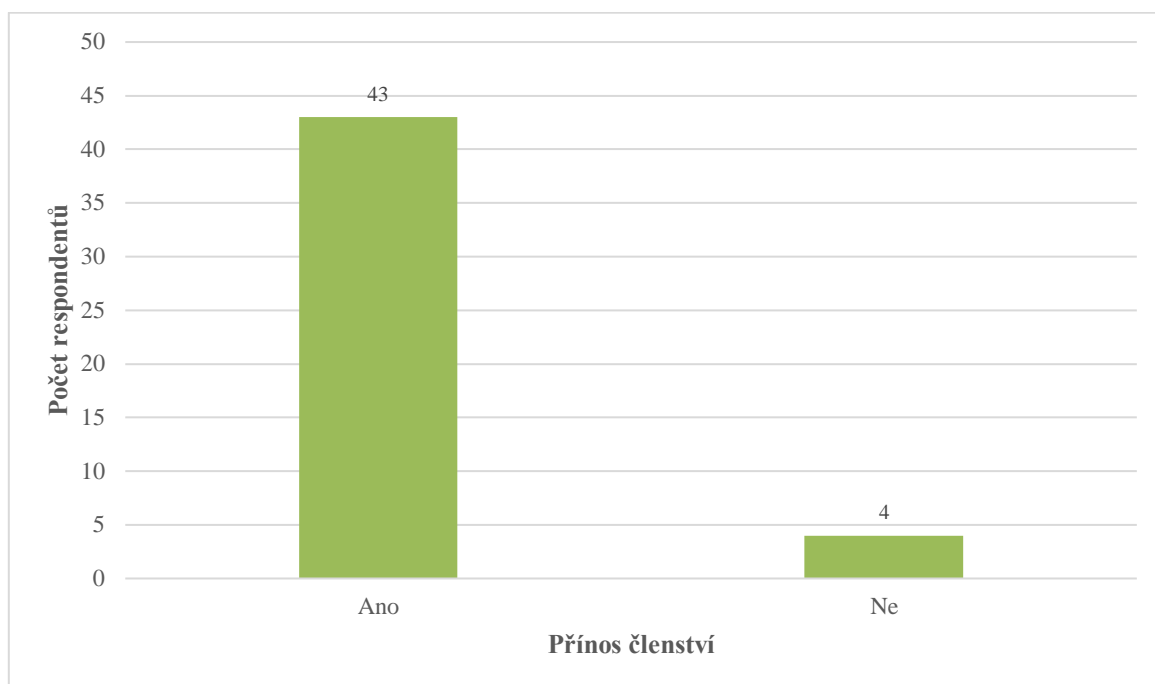
Z grafu (obr. 11) je patrné, že větší část, konkrétně 107 (69 %) ze 154 (100 %) respondentů, není členem žádné organizace, klubu či podpůrné skupiny pro psoriatiky. Naopak 47 (31 %) respondentů uvedlo, že jsou členem skupiny sdružující psoriatiky. Názvy těchto podpůrných skupin jsou uvedené v tabulce 4.

Tabulka 4: Podpůrné skupiny udávané psoriatickými

Organizace/klub/podpůrná skupina	Absolutní četnost	Relativní četnost
Skupiny na sociálních sítích	36	77 %
SPAЕ	8	17 %
SPaA SR	2	4 %
Psoriasis support and social group	1	2 %

Z celkového počtu 47 (100 %) respondentů, kteří odpověděli, že jsou členy nějaké podpůrné skupiny, jich 36 (77 %) uvedlo členství ve skupině na sociální síti. Dále 8 (17 %) respondentů uvedlo, že jsou členem české organizace SPAЕ (Spolek psoriatických a atopických ekzematiků). Dalšími uvedenými skupinami byla SPaA SR (Společnost psoriatických a atopických SR), kterou uvedli 2 (4 %) respondenti a 1 (2 %) respondent uvedl americkou organizaci Psoriasis support and social group.

Otázka č. 11 – Považujete toto členství za přínosné?

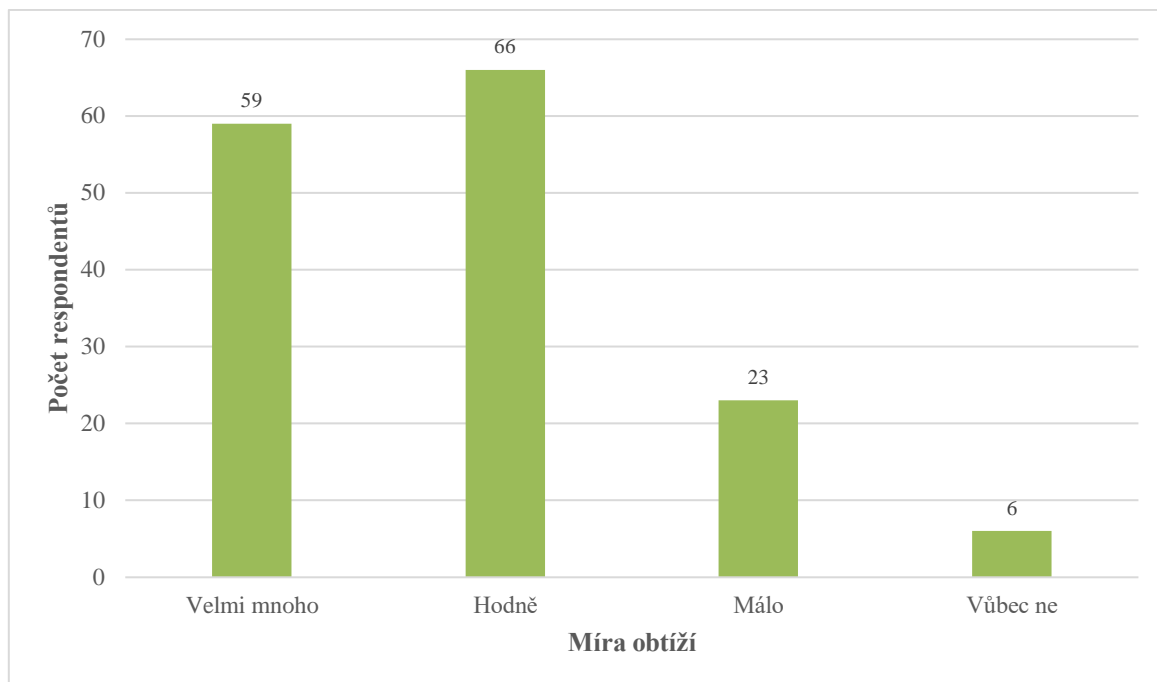


Obrázek 12: Graf znázorňující přínos členství v podpůrné skupině pro psoriaticky

Na jedenáctou otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli, že jsou členy nějaké organizace, klubu či podpůrné skupiny sdružující psoriaticky. Úkolem otázky bylo zjistit, zda je pro ně toto členství přínosné.

Celkem na desátou otázku odpovědělo „Ano“ – tedy že jsou členy podpůrné skupiny 47 (100 %) respondentů. Téměř většina, konkrétně 43 (91 %) respondentů, označila členství za přínosné. Naopak 4 (9 %) respondenti uvedli, že pro ně členství v některé ze skupin nemá žádný význam.

Otázka č. 12 – Nakolik jste byl/a kvůli svému onemocnění uveden/a do rozpaků nebo jste si sám/sama uvědomoval/a stav své kůže?

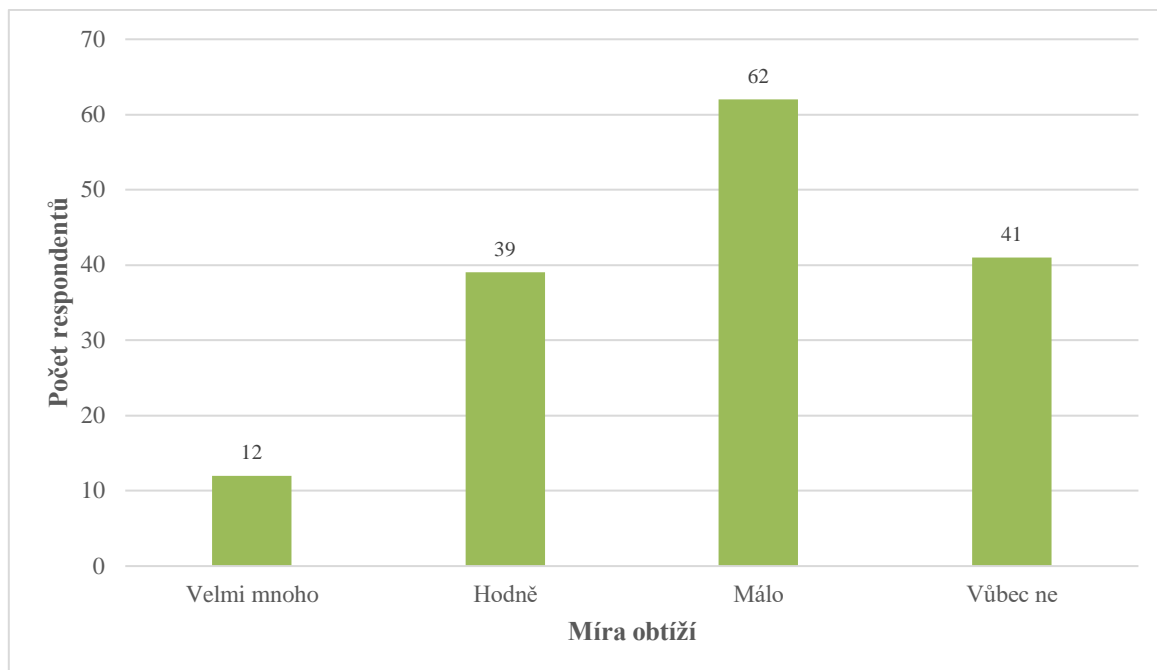


Obrázek 13: Graf znázorňující nakolik jsou respondenti uvedeni do rozpaků kvůli psoriáze

Dvanáctá otázka měla za úkol zjistit, nakolik respondenti pociťují rozpaky kvůli stavu jejich kůže. Jednalo se o uzavřenou otázku se čtyřmi možnými odpověďmi, přičemž respondenti mohli uvést pouze jednu z nich.

Z grafu (obr. 13) je patrné, že většina respondentů je kvůli stavu své kůže uváděna do rozpaků, respektive si uvědomuje stav své kůže. Velmi mnoho je do rozpaků uváděno 59 (38 %) respondentů ze 154 (100 %) dotazovaných a hodně je do rozpaků uváděno 66 (43 %) respondentů. Naopak pouze malou část respondentů jejich onemocnění do rozpaků uvádí málo nebo vůbec. Konkrétně se jedná o 23 (15 %) respondentů, kteří označili, že je stav jejich kůže uvádí do rozpaků málo a pouze 6 (4 %) respondentů psoriáza do rozpaků neuvádí vůbec.

Otázka č. 13 – Jak moc Vám psoriáza překáží při nakupování, péči o domácnost nebo zahradu?



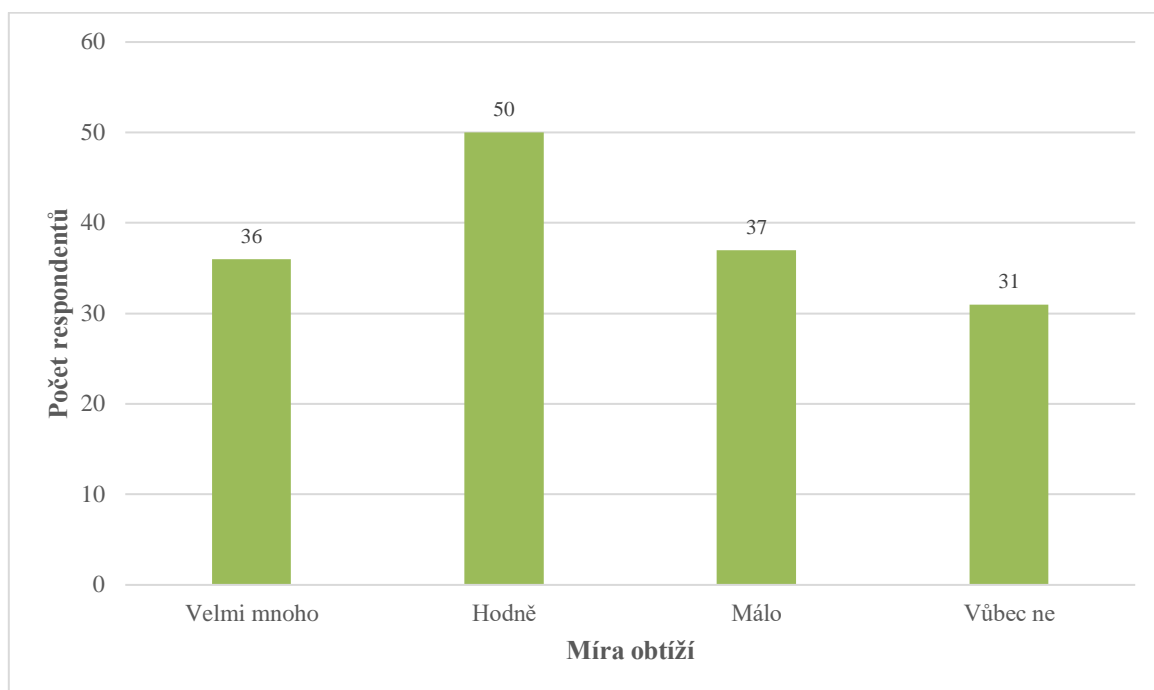
Obrázek 14: Graf znázorňující nakolik jsou respondenti ovlivněni při obstarávání domácnosti

Cílem třinácté otázky bylo zjistit, jak moc psoriáza překáží respondentům při obstarávání domácnosti – při nakupování, péči o domácnost nebo zahradu.

Z grafu (obr. 14) vyplývá, že většině respondentům psoriáza při nakupování, péči o domácnost nebo zahradu překáží pouze málo nebo vůbec.

Psoriáza není vůbec žádnou překážkou pro 41 (27 %) ze 154 (100 %) respondentů. Jako pouze malou překážku psoriázu označilo 62 (40 %) respondentů. Menšímu vzorku respondentů psoriáza při obstarávání domácnosti překáží hodně, v krajních případech velmi mnoho. Jako hodně překážející při obstarávání domácnosti psoriázu označilo 39 (25 %) respondentů a velmi mnoho psoriáza překáží 12 (8 %) respondentům.

Otázka č. 14 – Nakolik ovlivňuje stav Vaší kůže výběr oblečení?



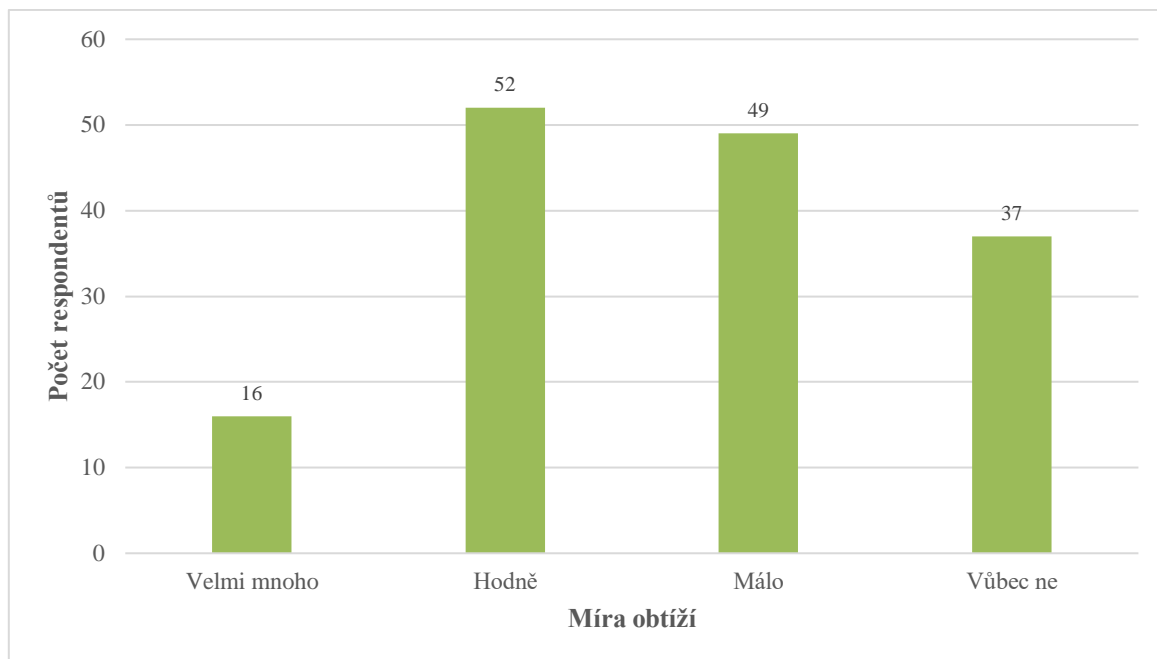
Obrázek 15: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivňuje výběr oblečení respondentů

Čtrnáctá otázka zjišťovala, nakolik stav kůže respondentů ovlivňuje výběr jejich oblečení – barvu, materiál aj.

Z grafu (obr. 15) je patrné, že výběr oblečení může pro řadu respondentů představovat obtíže. Platí tak pro respondenty, kteří označili odpověď „*Velmi mnoho*“ nebo „*Hodně*“.

Výběr oblečení je velmi mnoho ovlivněn u 36 (23 %) ze 154 (100 %) respondentů. Nejvíce respondentů uvedlo, že psoriáza u nich ovlivňuje výběr oblečení hodně, konkrétně tuto odpověď označilo 50 (32 %) respondentů. U 31 (20 %) respondentů není výběr oblečení psoriázou vůbec ovlivňován a 37 (24 %) respondentů uvedlo, že svůj šatník přizpůsobují psoriáze pouze málo.

Otázka č. 15 – Nakolik stav Vaší kůže ovlivňuje Vaše společenské aktivity a náplň volného času?

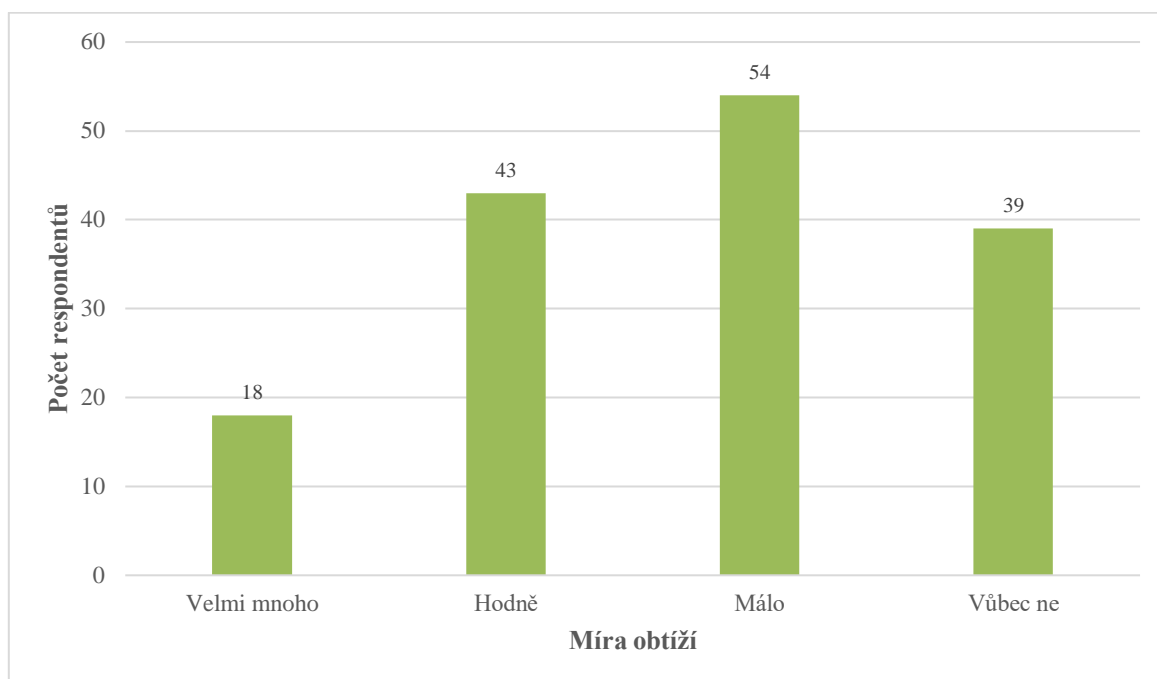


Obrázek 16: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivňuje volný čas respondentů

Patnáctá otázka mapuje nakolik stav kůže respondentů ovlivňuje jejich společenské aktivity a náplň volného času.

Z grafu (obr. 16) lze vypočítat, že nejvíce, konkrétně 52 (34 %) z celkového počtu 154 (100 %) respondentů, uvedlo, že je jejich společenský život a náplň volného času psoriázou hodně ovlivněna. Téměř stejnému počtu respondentů, konkrétně 49 (32 %), pak psoriáza ovlivňuje společenské a volnočasové aktivity pouze málo. Psoriáza vůbec neovlivňuje náplň volného času u 37 (24 %) respondentů a pouze 16 (10 %) označilo v dotazníku možnost, že je jejich společenský život psoriázou velmi mnoho ovlivněn.

Otázka č. 16 – Nakolik Vám vadí stav Vaší kůže při sportu?

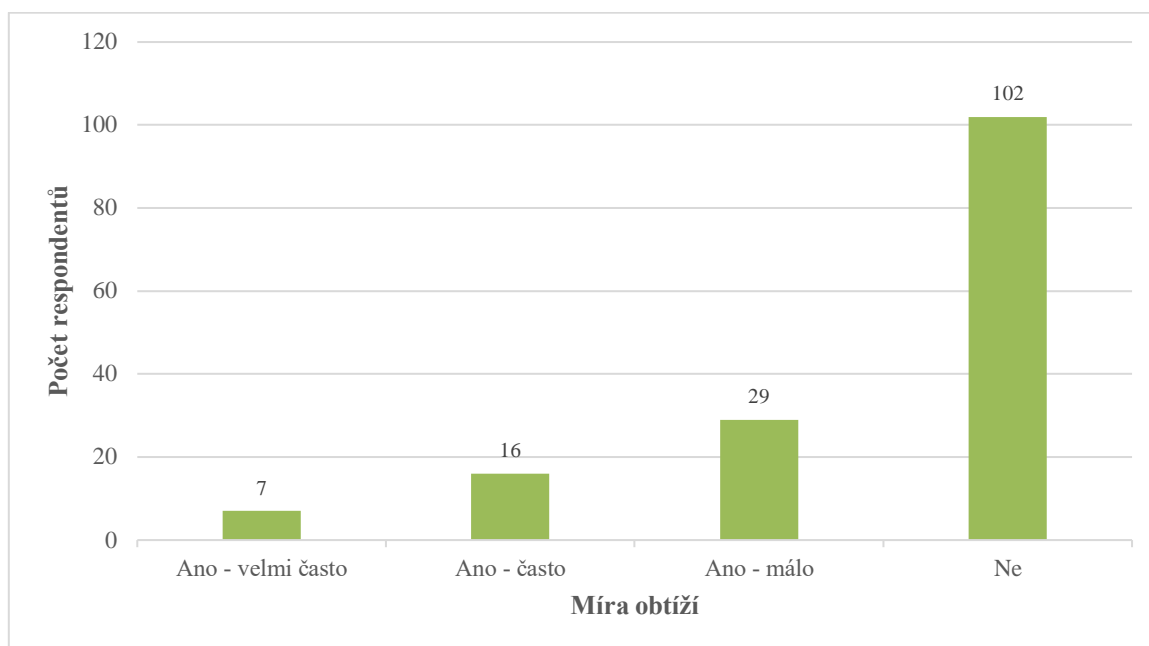


Obrázek 17: Graf znázorňující nakolik respondentům vadí jejich onemocnění při sportu

Cílem šestnácté otázky bylo zjistit, nakolik respondentům vadí psoriáza při sportování.

Z grafu (obr. 17) lze pozorovat, že největší skupinu tvoří respondenti, kterým stav jejich kůže při sportu vadí pouze málo. Odpovědělo takto 54 (35 %) ze 154 (100 %) respondentů. Dalších 43 (28 %) respondentů uvedlo, že je stav jejich kůže při sportu omezuje hodně. Pouze 18 (12 %) respondentům vadí stav jejich kůže při sportu velmi mnoho. Naopak vůbec není při sportu omezeno 39 (25 %) respondentů.

Otázka č. 17 – Zabránil Vám někdy stav Vaší kůže pracovat nebo studovat?

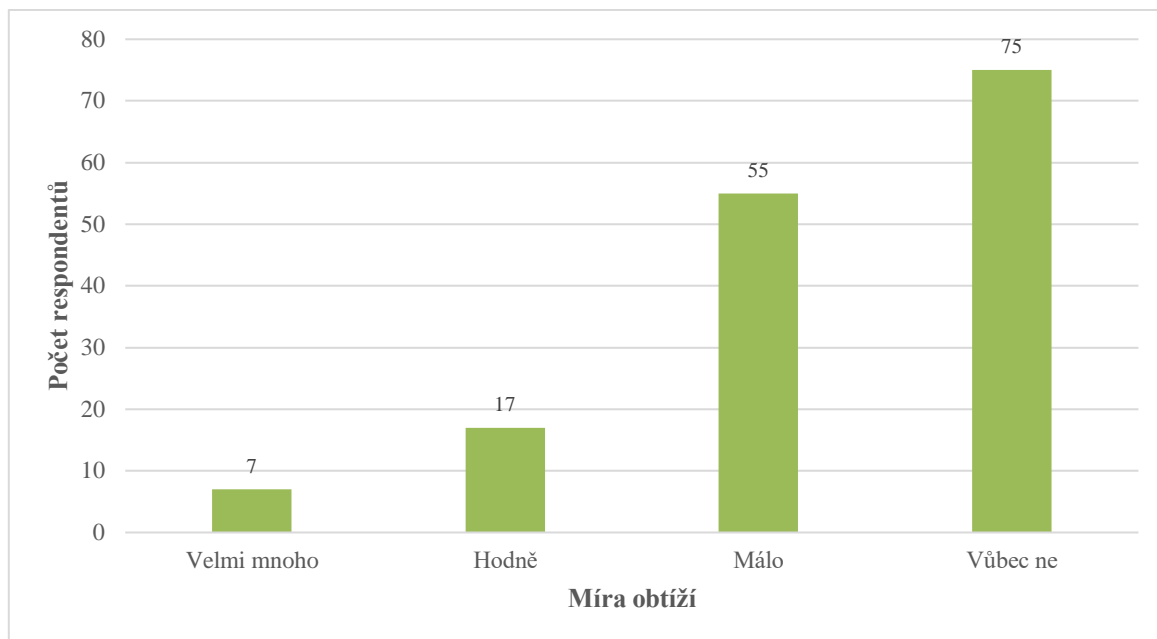


Obrázek 18: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivnila respondenty v pracovním životě

Úkolem sedmnácté otázky bylo zjistit, zda respondentům stav jejich kůže někdy zabránil pracovat nebo studovat, pokud odpověděli „Ano“, tak v jaké míře.

Z grafu (obr. 18) je patrné, že z celkového počtu 154 (100 %) respondentů dvěma třetinám, konkrétně 102 (66 %) respondentům, psoriáza nezabránila pracovat nebo studovat. Naopak zbylé třetině respondentů stav jejich kůže někdy zamezil pracovat nebo studovat. Zatímco pro 29 (19 %) respondentů představuje lupénka pouze malou překážku v plnění pracovních činností či školní docházky, dalších 16 (10 %) respondentů uvádí lupénku jako častou překážku. Pouze 7 (5 %) respondentům lupénka brání velmi často docházet do práce či do školy.

Otázka č. 18 – Nakolik jste měl/a kvůli stavu Vaší kůže nějaké problémy ve vztahu s blízkými přáteli, příbuznými nebo s partnerem?

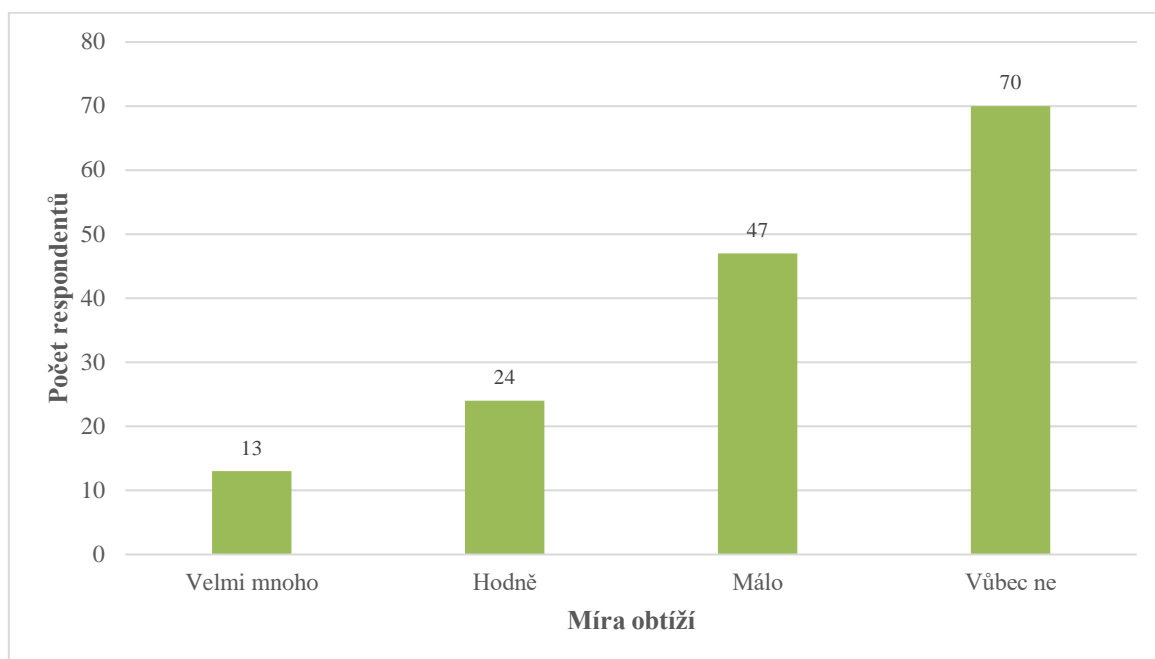


Obrázek 19: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivnila vztahy respondentů

Osmnáctá otázka měla za úkol zjistit, nakolik psoriáza ovlivňuje respondenty ve vztazích k přátelům a rodině.

Je pozitivní zprávou, že psoriáza vztahy respondentů se svým okolím příliš neovlivňuje. Z grafu (obr. 19) je patrné, že téměř polovině ze 154 (100 %) dotazovaných, konkrétně 75 (49 %) respondentům, psoriáza jejich vztahy neovlivňuje vůbec. Vztahy dalších 55 (36 %) respondentů psoriáza ovlivňuje pouze málo. Menší skupinu tvoří 17 (11 %) respondentů, kteří uvedli, že psoriáza jejich vztahy ovlivňuje hodně a pouze u 7 (5 %) respondentů jsou jejich vztahy psoriázou ovlivněny velmi mnoho.

Otázka č. 19 – Nakolik jste měl/a kvůli stavu Vaší kůže problémy v sexuálním životě?

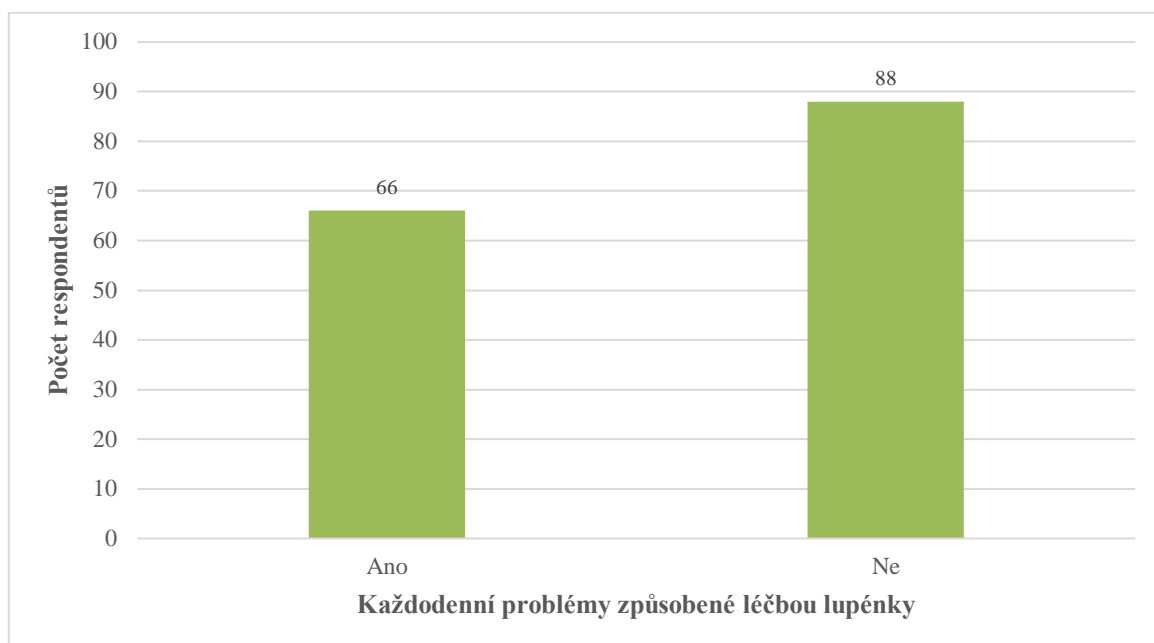


Obrázek 20: Graf znázorňující nakolik psoriáza ovlivňuje sexuální život respondentů

Cílem devatenácté otázky bylo zjistit, nakolik měli respondenti kvůli stavu jejich kůže problémy v sexuálním životě.

Z grafu (obr. 20) vyplývá, že téměř polovina, přesněji 70 (45 %) ze 154 (100 %) respondentů, se v sexuálním životě kvůli psoriáze nepotýkala s žádnými problémy. Dalších 47 (31 %) respondentů uvedlo, že měli kvůli psoriáze v sexuálním životě pouze málo problémů. Naopak hodně problémů v sexuálním životě uvedlo 24 (16 %) respondentů a u 13 (8 %) respondentů lupénka způsobuje velmi mnoho problémů.

Otázka č. 20 – Způsobuje Vám léčba lupénky nějaké každodenní problémy?



Obrázek 21: Graf znázorňující každodenní problémy respondentů

Poslední otázka zjišťovala, zda respondenti mají nějaké každodenní problémy spojené s léčbou lupénky. Pokud respondenti označili odpověď „Ano“, měli pak napsat, o jaké problémy se jedná.

Na tuto otázku z celkového počtu 154 (100 %) respondentů 88 (57 %) respondentů odpovědělo „Ne“, tedy že se u nich neobjevují žádné každodenní problémy spojené s léčbou lupénky. Naopak odpovědělo 66 (43 %) respondentů. Ti uvedli, že se u nich objevují s léčbou spojené každodenní problémy. Tyto problémy jsou uvedené v tabulce 5.

Tabulka 5: Respondenty udávané každodenní problémy

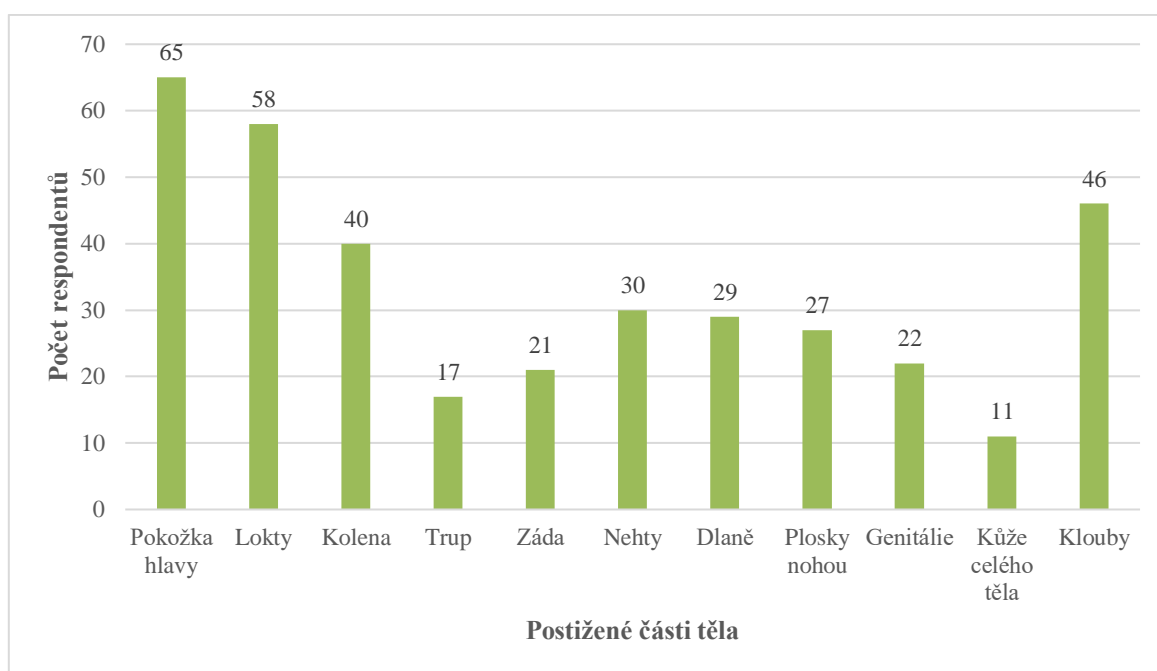
Každodenní problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časová náročnost	36	55 %
Zničené oblečení/nábytek	16	24 %
Náročnost na úklid	15	23 %
Vedlejší účinky léku	11	17 %
Náročné starání o vlasovou pokožku	8	12 %
Dopad na psychiku	6	9 %
Cenová náročnost	5	8 %
Nutnost dodržovat dietu	4	6 %

Z 66 (100 %) respondentů, kteří uvedli každodenní problémy spojené s léčbou lupénky, jich nejvíce, konkrétně 36 (55 %) uvedlo časovou náročnost léčby. Dále respondenti nejvíce udávali zničené oblečení nebo nábytek, které uvedlo 16 (24 %) respondentů. V menší míře udávali náročnost na úklid, kterou uvedlo 15 (23 %) respondentů. Dalšími udávanými problémy jsou vedlejší účinky léku, které uvedlo 11 (17 %) respondentů, náročné starání o vlasovou pokožku uvedlo 8 (12 %) respondentů a dopad na psychiku uvedlo 6 (9 %) respondentů. Cenovou náročnost léčiv pak uvedlo 5 (8 %) respondentů a 4 (6 %) respondenti uvedli jako každodenní problém nutnost dodržovat dietu.

5.2 Prezentace výsledků vztahujících se k průzkumným otázkám

V této kapitole bakalářské práce jsou vytvořeny grafy, vztahující se k průzkumným otázkám. Na tvorbu grafů byly použity výsledky z podkapitoly „5.1 Prezentace výsledků vztahujících se k dotazníkovým otázkám“.

Průzkumná otázka č. 1 – Která část těla je u respondentů nejčastěji postižena a jaké jsou nejčastější příznaky onemocnění?



Obrázek 22: Graf znázorňující nejčastěji postižené části těla u respondentů

Podrobný popis obrázku č. 22 (Graf znázorňující nejčastěji postižené části těla u respondentů) je uveden v diskuzi této práce (viz s. 62).

Na tvorbu obrázku č. 22 byly použity obrázky a tabulky z otázek č. 4 a 7 (viz s. 38-39, 42).

Průzkumná otázka č. 2 – Jaké problémy spojené s psoriázou nejvíce ovlivňují život respondentů?

Na průzkumnou otázku č. 2 odpovídají dotazníkové otázky č. 12–20. Jelikož jsou odpovědi u otázek č. 12-19 strukturovány stejně, lze k těmto odpovědím přiřadit číselné hodnoty.

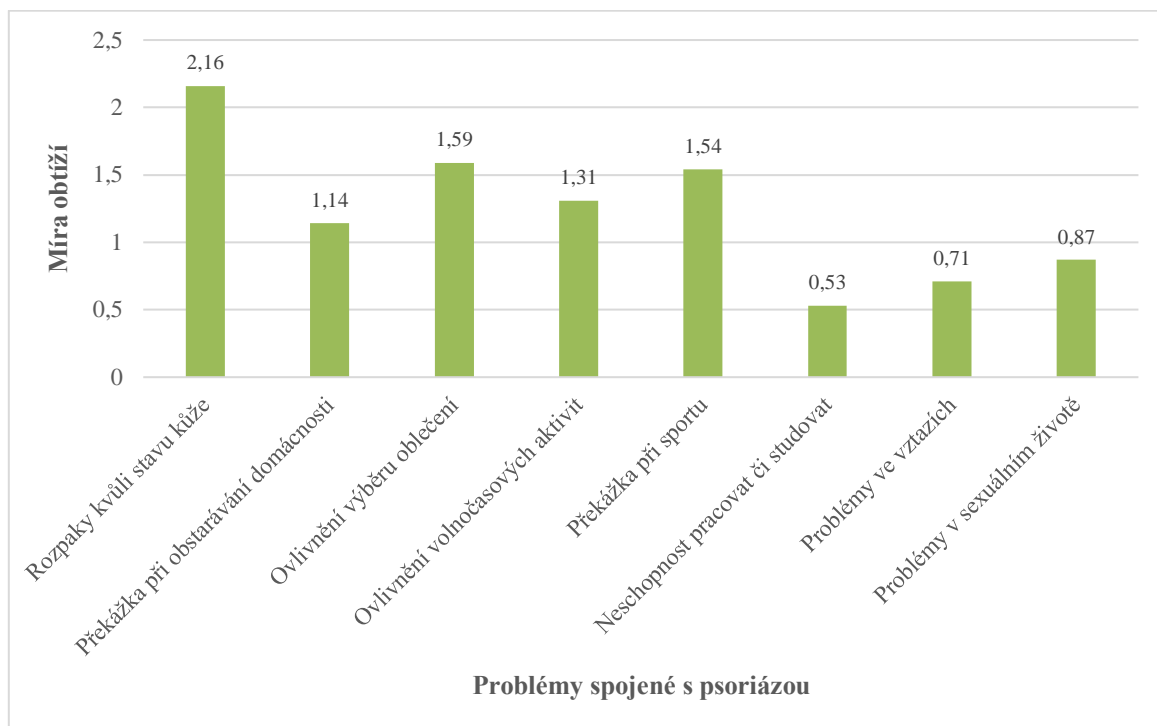
Velmi mnoho = 3

Hodně = 2

Málo = 1

Vůbec = 0

Tyto odpovědi se pak sečtou a vydělí počtem respondentů. Vzniknou tak průměrné hodnoty odpovědí, které jsou zaznamenány v grafu (obr. 23).

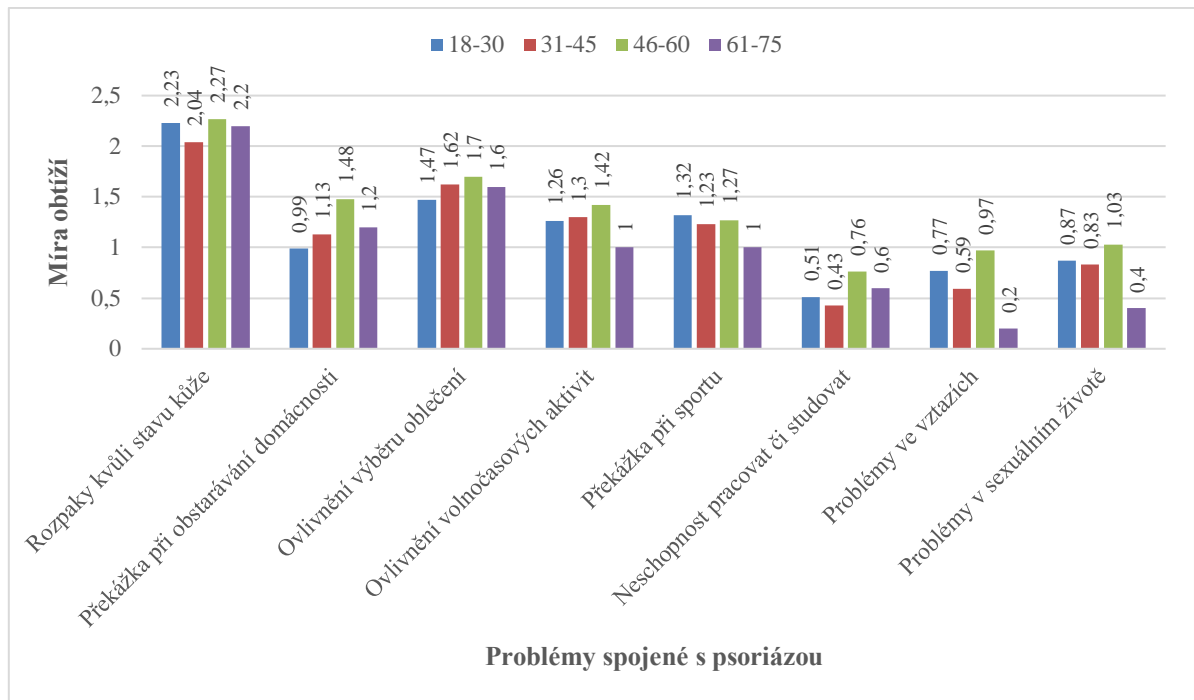


Obrázek 23: Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou

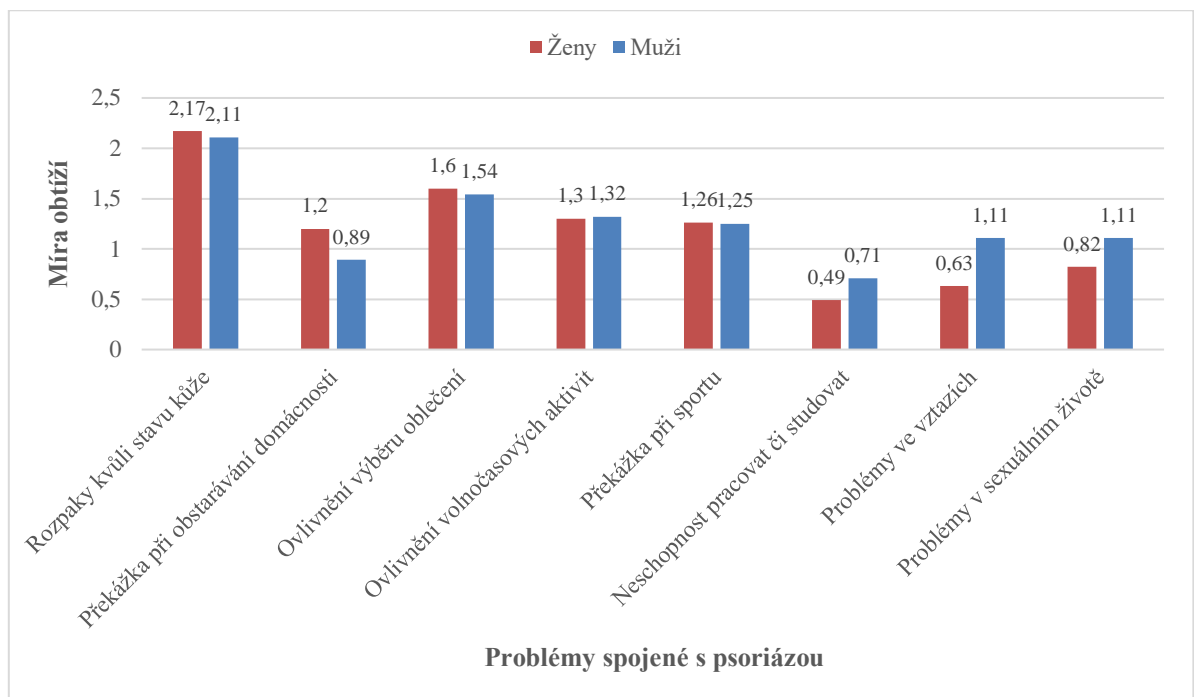
Podrobný popis obrázku č. 23 (Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou) je uveden v diskuzi této práce (viz s. 63).

Na tvorbu obrázku č. 23 byly použity obrázky č. 13-20 (viz s. 48-55).

Průzkumná otázka č. 3 – Bude rozdíl ve vnímání problémů spojených s psoriázou napříč věkem a pohlavím respondentů?



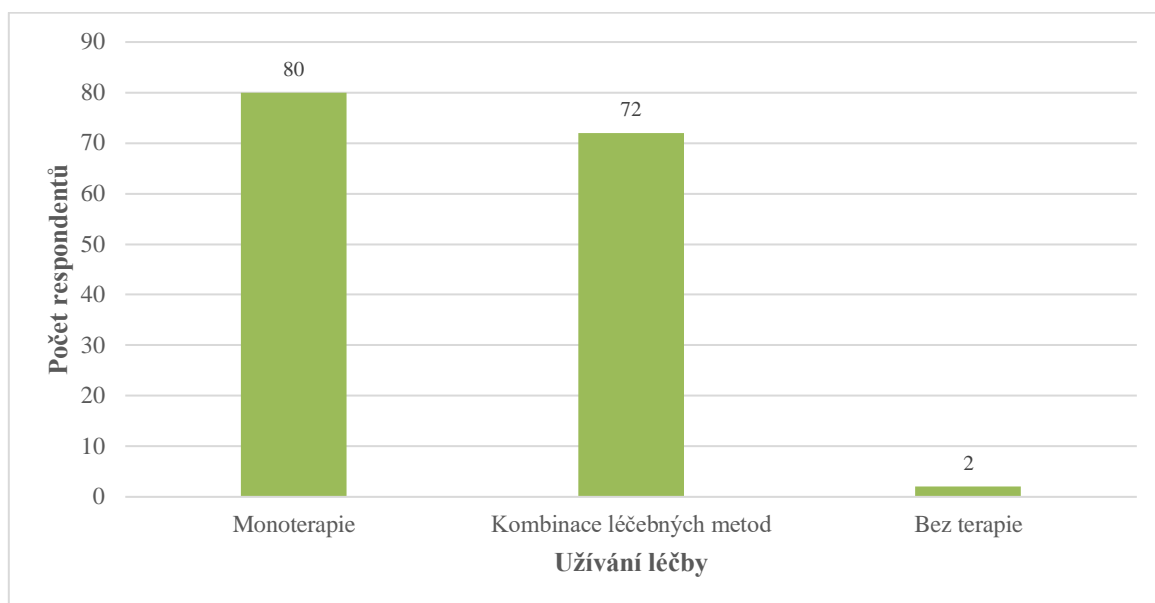
Obrázek 24: Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou podle věkových skupin



Obrázek 25: Graf porovnávající problémy spojené s psoriázou napříč pohlavím

Podrobný popis obrázků č. 24 (Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou podle věkových skupin) a 25 (Graf znázorňující problémy spojené s psoriázou napříč pohlavím) je uveden v diskuzi této práce (viz s. 65).

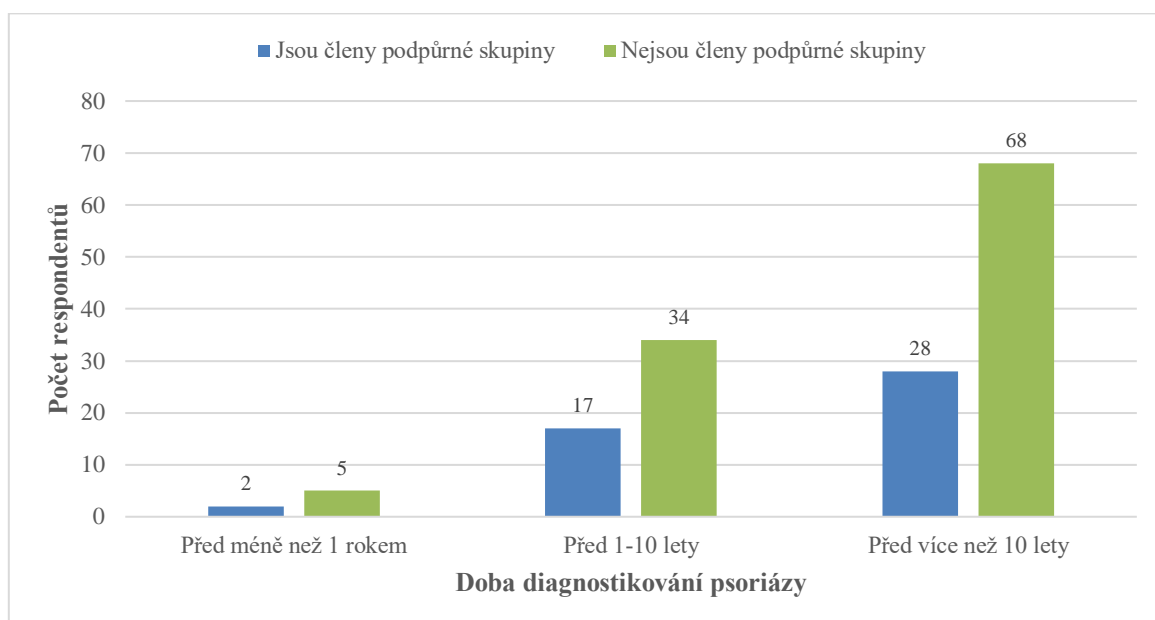
Průzkumná otázka č. 4 – Jaké metody léčby psoriázy respondenti nejčastěji využívají?



Obrázek 26: Graf znázorňující respondenty využívanou léčbu

Podrobný popis obrázku č. 26 (Graf znázorňující respondenty využívanou léčbu) je uveden v diskuzi této práce (viz s. 66).

Průzkumná otázka č. 5 – Bude existovat souvislost v době trvání psoriázy a členství respondentů v některé z podpůrných organizací pro psoriatiky?



Obrázek 27: Graf znázorňující souvislost mezi dobou trvání psoriázy a členstvím v podpůrných skupinách

Podrobný popis obrázku č. 27 (Graf znázorňující souvislost mezi dobou trvání psoriázy a členství v podpůrných skupinách) je uveden v diskuzi této práce (viz s. 67).

6 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zhodnocení kvality života u respondentů s psoriázou. K hlavnímu cíli byly dále vymezeny tři dílčí cíle. Úkolem prvního dílčího cíle bylo zmapovat aspekty psoriázy ovlivňující kvalitu života respondentů. Druhý dílčí cíl zkoumal, jak věk a pohlaví respondentů působí na vnímání kvality života. Poslední dílčí cíl se zaměřoval na léčbu – jaké možnosti léčby jsou respondenty nejčastěji využívány.

K zodpovězení těchto cílů bylo vytvořeno pět průzkumných otázek. V této kapitole jsou odpovědi na průzkumné otázky srovnávány s bakalářskými pracemi „*Kvalita života psoriatiků*“ (Kosová, 2013), „*Život s lupénkou*“ (Ohryzková, 2014), „*Vliv psoriázy jako chronického onemocnění na psychiku a kvalitu života*“ (Sládková, 2015), „*Lupénka jako somatopsychické onemocnění*“ (Bromová, 2016) a „*Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou*“ (Keřková, 2018). Dále jsou výsledky porovnávány s některými autory uvedenými v seznamu použité literatury.

Průzkumná otázka č. 1: Která část těla je u respondentů nejčastěji postižena a jaké jsou nejčastější příznaky onemocnění?

Cílem první průzkumné otázky bylo identifikovat, které části těla jsou u průzkumného vzorku nejčastěji postižena a jak se pak toto postižení projevuje. Na průzkumnou otázku odpovídají dotazníkové otázky č. 4, 5, 6, 7 a 8.

Otázky č. 4 a 7 mapovaly místa, která jsou u respondentů postižená psoriázou. Z výsledků průzkumu je patrné, že nejčastěji postiženou partií těla je pokožka hlavy, kterou uvedla téměř polovina (42 %) respondentů. Druhým nejčastěji postiženým místem na těle jsou lokty uvedené 58 (38 %) respondenty. Ihned za lokty následují respondenti (30 %) s PsA a s tím spojené postižení kloubů. Zajímavostí je, že toto zjištění lze srovnat s tvrzením Olejárové a Fialové (2012, s. 13), že zhruba u pětiny psoriatických pacientů se společně objevuje i psoriatická artritida. Dalšími postiženými partiemi těla jsou kolena (26 %), nehty (19 %), dlaně (19 %) a plosky nohou (18 %). Méně běžné je pak u respondentů postižení genitálií (14 %), zad (14 %) a trupu (11 %). Postižení kůže celého těla je přítomné pouze u 11 (7 %) respondentů (viz obr. 22, s. 58).

Podobné výsledky ze svých prací získaly i Kosová (2013, s. 49-50) a Sládková (2015, s. 34). Obě uvádějí jako nejčastěji postiženou část těla lokty, následované postižením kštiny a kolen – tyto tři oblasti jsou nejčastěji zasaženy i v mém průzkumu. Rozdílem je, že zatímco v mém

průzkumu jsou dále nejčastěji postiženy nehty, dlaně a plosky nohou, v případě prací Kosové a Sládkové jsou to záda a trup. Dalším značným rozdílem je, že zatímco v mém průzkumu jsou klouby třetí nejčastěji postiženou oblastí těla, v případě autorky Kosové jsou klouby až na šestém místě a v případě Sládkové dokonce až na sedmém místě v žebříčku nejčastěji postižených oblastí těla.

Otázky č. 5, 6 a 8 zjišťovaly nejčastější a zároveň nejvíce obtěžující příznaky onemocnění psoriázou. Nejčastějším a zároveň nejvíce obtěžujícím příznakem psoriázy u respondentů je olupování kůže, které trápí 95 % respondentů. Dalším častým příznakem je svědění či pálení, které uvedlo 78 % respondentů. Dalších 71 % respondentů uvedlo, že je trápí zarudnutí kůže. Méně častými příznaky je bolest (29 %), krvácení (25 %), ranní ztuhlost kloubů (19 %), omezení pohybu v kloubech (18 %), puchýřky (15 %), deformity kloubů (11 %), mokvání (9 %) a hluboké praskliny (1 %).

Udané příznaky se podobají datům zjištěných v mnoha dalších pracích. Nejpodobnějších výsledků však ve svém průzkumu dosáhla Bromová (2016, s. 31), která uvádí jako nejčastější příznaky olupování kůže (87 %), svědění (65 %) a zarudnutí kůže (60 %). Dále udává pálení (24 %), bolest (21 %), únavu (15 %), otoky kloubů (15 %) a ztuhlost kloubů (13 %). Zřídka udávané příznaky jsou pak krvácení (8 %), puchýře (5 %) a mokvání (3 %).

Z odpovědí na první průzkumnou otázku lze usoudit, že psoriáza se vyskytuje především na viditelných částech těla, a kromě subjektivních příznaků jako je svědění či pálení kůže se projevuje především olupováním kůže. Lze tedy konstatovat, že se jedná o někdy na první pohled viditelné onemocnění, které tak může mít výrazný vliv na kvalitu života.

Průzkumná otázka č. 2: Jaké problémy spojené s psoriázou nejvíce ovlivňují život respondentů?

Druhá průzkumná otázka zkoumala, které problémy pojící se k psoriáze nejvíce ovlivňují život respondentů. K této průzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 20.

Dotazníkové otázky č. 12-19 mapovaly, jak velké problémy spojené s psoriázou mají respondenti v různých oblastech svého života. Pro porovnání těchto otázek byla použita míra obtížnosti (vysvětleno na s. 59). Tedy čím vyšší míra obtížnosti, tím jsou pro pacienty problémy více obtěžující. Po shrnutí dat z průzkumu lze konstatovat, že největší problém mají respondenti s rozpaky kvůli stavu své kůže (míra obtížnosti 2,16). Téměř vyrovnanými problémy se pak

jeví ztížený výběr oblečení (míra obtížnosti 1,59) a vnímání psoriázy jako překážky při sportování (míra obtížnosti 1,54). O něco méně jsou respondenti psoriázou ovlivněni ve volnočasových a společenských aktivitách (míra obtížnosti 1,31) a při obstarávání domácnosti (míra obtížnosti 1,14). Je pozitivní zprávou, že poměrně méně pak respondenty trápí problémy v sexuálním životě (míra obtížnosti 0,87) a ve vztazích s blízkými osobami (míra obtížnosti 0,71), jelikož právě tyto osoby mohou pomáhat lépe psychicky zvládat takto nápadné onemocnění. Jako nejmenší problém (míra obtížnosti 0,53) respondenti označili omezení pracovních či školních aktivit (viz obr. 23, s. 59).

Jelikož otázky byly strukturovány odlišně, než je tomu v jiných kvalifikačních pracích, nelze výsledky přímo porovnávat. Podobným tématem se ale ve své práci zabývala Keřková (2018, s. 49-56), která zjistila, že 51 % respondentům psoriáza ovlivňuje jejich společenský život, 49 % respondentů uvedlo ovlivnění při výběru oblečení, 42 % respondentů se setkala se zápornými reakcemi okolí a 26 % respondentů pak uvedlo omezení v pracovní činnosti. V průzkumu Sládkové (2015, s. 48-52) respondenti pociťovali největší omezení při využívání veřejných služeb jako je kadeřník, masér nebo kosmetička (64,5 %), při účasti na společenských událostech (59,2 %), při obstarávání domácnosti (47,1 %), v zaměstnání (43,8 %) nebo během sportovních a volnočasových aktivit (41,3 %).

Dvacátá otázka dotazníku zjišťovala, jaké další každodenní problémy spojené s psoriázou respondenti pociťují. Nejvíce respondentů (55 %) uvedlo, že léčba psoriázy je pro ně časově náročná. Toto udávali především pacienti docházející na fototerapii a pacienti využívající lokální terapii, kteří si nejméně jedenkrát denně musí kůži potírat léčebnými přípravky a čekat, než se přípravek vstřebá. S tím souvisí druhý nejčastěji udávaný problém (24 %), kterým je zničené oblečení a nábytek od různých mastí, krému aj. Téměř stejný počet respondentů (23 %) pak napsal, že psoriáza pro ně představuje větší náročnost na úklid, jelikož po nich neustále zůstávají všudypřítomné drobné kousky kůže. Dále respondenti uváděli, že léky podporující léčbu psoriázy u nich způsobují vedlejší účinky (17 %). Respondenti konkrétně udávali bolest břicha, únavu nebo vypadávání vlasů. Respondenti s lupénkou ve vlasech (12 %) pak udávali, že je pro ně péče o vlasovou pokožku velmi náročná a zdoluhavá. Nejméně čtým problémem (9 %), který respondenti udávali, jsou psychické problémy (stres, stud, podrážděnost, špatná nálada), které jim psoriáza způsobuje. Případně, že je pro ně léčba cenově náročná (8 %), jelikož ne všechny léčebné přípravky jsou hrazené pojišťovnou (viz tabulka 5, s. 56).

Stejnou otázkou se ve svém průzkumu zabývala i Keřková (2018, s. 58-59), která zjistila, že kromě dalších příznaků onemocnění, respondenty trápí zvýšený úklid kvůli neustálému opadávání šupin z ložisek. Dále udávali zvýšenou sebedeči, která je pro ně časově náročná. Dalším problémem je mastné oblečení a vlasy z důvodu aplikace léčebných přípravků a zároveň jejich vysoká cena.

Z porovnání dat vztahujících se k druhé průzkumné otázce lze konstatovat, že život respondentů je nejvíce ovlivněn psoriázou ve společenském životě, výběru oblečení a při sportovních aktivitách. Nejčastějšími každodenními problémy je pak časová náročnost péče o postiženou kůži, zničené oblečení a častý úklid, který probíhá až několikrát denně.

Průzkumná otázka č. 3: Bude rozdíl ve vnímání problémů spojených s psoriázou napříč věkem a pohlavím respondentů?

Úkolem třetí průzkumné otázky bylo zmapovat, zda respondenti rozdílného věku a pohlaví vnímají problémy spojené s psoriázou odlišně. Odpovědi na třetí průzkumnou otázku byly vytvořeny prostřednictvím dotazníkových otázek č. 1, 2, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

Otázka č. 1 zjišťovala zastoupení mužů a žen v průzkumném vzorku a otázka č. 2 mapovala jejich věkové rozložení. Vnímání problémů spojených s psoriázou se zabývaly dotazníkové otázky č. 12-19. Po zhodnocení otázek napříč různými věkovými skupinami (viz obr. 24, s. 60) je patrné, že ve všech věkových skupinách se jako největší problémy jeví rozpaky kvůli stavu kůže a ovlivnění šatníku. Vnímání ostatních problémů spojených s psoriázou se ale liší. Věková skupina 18-30 let se nejvíce cítí omezena při sportu (míra obtížnosti 1,32), a nejméně je naopak trápí neschopnost docházet do školy či zaměstnání. (míra obtížnosti 0,51). Respondenti ve věku 31-45 let se nejvíce cítí omezení ve volnočasových aktivitách (míra obtížnosti 1,3). Nejméně se cítí ohroženi psoriázou v pracovním životě (míra obtížnosti 0,43). Co se týče věkové skupiny 46-60 let, ta udává největší problémy v obstarávání domácnosti (míra obtížnosti 1,48). Stejně jako mladší respondenty, i věkovou skupinu 46-60 let nejméně trápí neschopnost docházet do práce (míra obtížnosti 0,76). Nejstarší respondenty ve věku 61-75 let nejvíce trápí obtížnější obstarávání domácnosti (míra obtížnosti 1,2). Naopak nejméně u nich psoriáza ovlivňuje jejich vztahy s přáteli či rodinou (míra obtížnosti 0,2).

Podobnou otázku ve svém průzkumu řešila Keřková (2018, s. 69), která také porovnávala rozdíly ve vnímání dopadů psoriázy napříč věkem. Bohužel porovnání proběhlo pouze v oblasti výběru oblečení, výkonu povolání a společenského života. Co se výběru oblečení týče, nejvíce problémů zaznamenaly věkové skupiny 31-45 let (56 % respondentů) a 46-60 let (53 %

respondentů). Naopak nejméně problémů udali respondenti ve věku 18-30 let (33 % respondentů). Tento fakt je velmi podobný výsledku z mého průzkumu. Naprosto rozdílný výsledek lze pozorovat ve vnímání problémů spojených s výkonem povolání. Zatímco Keřková zjistila, že nejvíce problémů v zaměstnání pocítuje věková skupina 31-45 let, v mém průzkumu tato věková skupina udávala naopak nejmenší problémy. Co se společenského života týče, zmíněné průzkumy se opět shodovaly. V obou případech nejvíce problémů udávala věková skupina 46-60 let, kdežto nejméně problémů udala věková skupina 61-75 let.

Co se rozdílu ve vnímání problémů spojených s psoriázou u rozdílných pohlaví týče, z průzkumného šetření vyplynulo, že rozpaky kvůli stavu své kůže, ovlivnění ve výběru oblečení, ovlivnění volnočasových a společenských aktivit a psoriázu jako překážku při sportu vnímají muži i ženy prakticky stejně. Naopak největší rozdíl je ve vztahové sféře. Muži udávají téměř dvojnásobnou míru obtíží (míra obtíží u žen 0,63; míra obtíží u mužů 1,11). Stejnou míru obtíží pak muži udávají i v oblasti sexuálního života, ve kterém opět pocítují větší potíže než ženy (míra obtíží u žen 0,82; míra obtíží u mužů 1,11). Stejně je tomu i v problémech s pracovní či školní docházkou (míra obtíží u žen 0,49; míra obtíží u mužů 0,71). Naopak při obstarávání domácnosti pocítují výrazně větší potíže ženy (míra obtíží u žen 1,2; míra obtíží u mužů 0,89) (viz obr. 25, s. 60).

Výsledná data lze opět částečně porovnat s prací Keřkové (2018, s. 69), u které průzkum prokázal, že rozdíly ve vnímání problémů mezi ženami a muži jsou zcela minimální. Muži pocítují o něco více problémů než ženy při výběru oblečení a ve společenském životě, naopak ženy pocítují větší problémy než muži při výkonu povolání.

Z výsledných dat ke třetí průzkumné otázce lze vypožorovat, že problémy spojené s psoriázou obecně nejvíce vnímá věková skupina 46-60 let. Ve všech oblastech uvádějí největší míru obtíží (viz obr. 24, s. 60). Výjimkou je vnímání psoriázy jako překážky při sportu, která nejvíce trápí věkovou skupinu 18-30 let. Dále lze konstatovat, že problémy spojené s psoriázou vnímají muži o něco více než ženy, zejména v sociální a vztahové sféře. Výrazně větší potíže pocítují ženy pouze při obstarávání domácnosti.

Průzkumná otázka č. 4: Jaké metody léčby psoriázy respondenti nejvíce využívají?

Úkolem čtvrté průzkumné otázky bylo zjistit, jakou léčbu respondenti nejčastěji využívají. K této průzkumné otázce se pojí devátá otázka z dotazníkového šetření.

Z deváté dotazníkové otázky (viz. obr. 10, s. 44) vyplývá, že nejvíce využívanou metodou je lokální léčba. Metodu lokální léčby využívá 81 % respondentů, což koresponduje s tvrzením Dopytalske et al. (2018, s. 392), že 70-80 % pacientům s psoriázou postačí pouze lokální léčba. Druhou nejvyužívanější léčbou jsou alternativní metody, kterými se léčí 34 % respondentů. Dále 17 % respondentům pomáhá fototerapie, 15 % respondentům systémová léčba a pouze 11 % respondentů potřebuje biologickou léčbu.

Výsledky lze porovnat s průzkumem Keřkové (2018, s. 61), u níž nejvíce, konkrétně 67 % respondentů, uvádí jako nejvyužívanější metodu topickou (lokální) léčbu. Druhou nejvyužívanější léčbou jsou různé alternativní metody, které uvedlo 25 % jejích respondentů. Dále Keřková uvádí, že 24 % respondentům pomáhá fototerapie, 23 % farmakoterapie (systémová léčba) a pouze 7 % respondentů využívá biologickou léčbu. Aby data z obou průzkumů byla srovnatelná, do alternativních metod je zahrnuta lázeňská léčba a jiné možnosti léčby, které uvedla Keřková v tabulce 12 (Keřková, 2018, s. 61). Co se využití léčebných metod týče, po srovnání vychází v obou průzkumech stejné pořadí. V případě Keřkové je však menší zastoupení alternativní léčby, což je způsobené nejspíš tím, že v jejím dotazníku se přímo možnost alternativní terapie nevyskytovala. Podobných výsledků se ve svém průzkumu dopátrala i Kosová (2013, s. 63), u které 92,8 % respondentů využívá lokální léčbu, 43,4 % respondentů využívá alternativní metody, fototerapii využívá 9,6 % respondentů a pouze 3,6 % respondentů se léčí pomocí systémové terapie. Biologickou léčbu nemá ve svém průzkumu zařazenou.

Výsledky deváté dotazníkové otázky dále ukázaly, že mezi alternativními metodami léčby jsou nejvíce využívané pobyty u moře, které uvedlo 55 % respondentů a dodržování diety, kterou uvedlo 45 % respondentů. O něco méně využívanou metodou alternativní léčby je pak redukce stresu (17 %), lázeňské pobyty (11 %), užívání homeopatik (8 %) nebo akupunktura (4 %) (viz tabulka 3, s. 44).

V případě alternativní léčby se výsledky z průzkumu Keřkové (2018, s. 61), Ohryzkové (2014, s. 45-46) a Sládkové (2015, s. 41-42) liší. Obecně lze ale konstatovat, že dvěma nejvyužívanějšími alternativními metodami v těchto třech pracích jsou pobyty u moře a lázeňské procedury, kdežto v mém šetření se stala lázeňská léčba až čtvrtou nejvyužívanější metodou alternativní léčby. Dále jsou v každé práci zmíněné jiné metody a jejich využití respondenty se liší. Tyto rozdíly jsou nejspíše způsobené malým průzkumným vzorkem a výsledky jsou tak spíše náhodné.

Ze zpracovaných dat se dále dalo vyzorovat, zda respondenti využívají jednu metodu nebo naopak metody léčby kombinují. Z obr. 26 (Graf znázorňující respondenty využívanou léčbu, s. 61) je patrné, že 52 % respondentů využívá pouze jeden způsob léčby, kdežto 47 % respondentů využívá kombinace léčebných metod. Pouze 1 % respondentů uvedlo, že psoriázu nijak neléčí. Z těchto dat lze usoudit, že zastoupení monoterapie a kombinované terapie je téměř vyrovnané. Jinak je tomu v práci Keřkové (2018, s. 62), u které si dvě třetiny (65 %) respondentů vystačí pouze s monoterapií, kdežto 34 % respondentů využívá kombinaci léčebných metod.

Po shrnutí dat pojících se ke čtvrté průzkumné otázce lze konstatovat, že poměr respondentů využívajících kombinaci léčebných metod a využívajících pouze jednu metodu léčby je téměř vyrovnaný, přičemž nejvyužívanějšími metodami je lokální a alternativní léčba.

Průzkumná otázka č. 5: Bude existovat souvislost v době trvání psoriázy a členství respondentů v některé z podpůrných organizací pro psoriatiky?

Cílem poslední průzkumné otázky bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi dobou trvání psoriázy a členství v některé z podpůrných skupin pro psoriatiky. Na tuto průzkumnou otázku odpovídaly dotazníkové otázky č. 3, 10 a 11.

Třetí dotazníková otázka zjišťovala, před jakou dobou byla respondentům diagnostikována lupénka. Z průzkumného šetření vyšlo, že pro většinu respondentů psoriáza představuje již dlouholeté onemocnění, kdežto pouze pro 7 (5 %) respondentů se jedná o novější onemocnění, jelikož mají psoriázu diagnostikovanou méně než rok (viz obr. 4, s. 37). Zajímavostí je, že respondenti, kteří mají lupénku diagnostikovanou méně než rok, jsou z věkových skupin 18-30 let a 46-60 let. To koresponduje s tvrzením Navrátilové a Miklíkové (2012, s.132), že první projevy lupénky se většinou objevují v rané dospělosti nebo okolo 50. roku života.

Desátá a jedenáctá otázka mapovala, zda jsou respondenti členy některé z podpůrných skupin pro psoriatiky a zda je pro ně toto členství v něčem přínosné. Z průzkumu vyplynulo, že členy podpůrných skupin je pouze třetina (31 %) průzkumného vzorku, přičemž téměř všichni (91 %) z tohoto vzorku označili členství za přínosné (viz obr. 12, s. 47). Výsledek lze porovnat s prací Keřkové (2018, s. 66-67), u níž členství v podpůrné skupině uvedla také třetina (33 %) respondentů, ovšem přínos členství udalo pouze 17 % respondentů.

Lze vysledovat, že ať už u respondentů trvá psoriáza jakkoliv dlouho, poměr respondentů, kteří jsou či nejsou členy podpůrné organizace zůstává téměř stejný (viz obr. 27, s. 61). Z

respondentů, u nichž je psoriáza diagnostikována méně než jeden rok, je 40 % členy podpůrné organizace sdružující psoriatiky. Z respondentů, kteří trpí lupénkou déle než rok ale méně než 10 let, jich přesně polovina (50 %) udává členství v některé z podpůrných organizací pro psoriatiky. Podobně je tomu i u respondentů, kteří mají psoriázu diagnostikovanou déle než 10 let. Mezi nimi je jich 41 % členy nějaké sdružující organizace pro psoriatiky.

Z posbíraných dat k páté průzkumné otázce lze tedy usoudit, že mezi dobou trvání psoriázy a členstvím v některé z podpůrných skupin žádná souvislost neexistuje.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života osob s onemocněním psoriázou. Psoriáza, stejně jako řada dalších kožních onemocnění, výrazně snižuje kvalitu života nemocných jedinců – zejména pokud psoriáza postihuje viditelné části těla nebo pokud je spojena se systémovými komplikacemi či nepříjemnými příznaky.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První část je věnována teoretickým poznatkům, které byly vypracovány formou rešerše z údajů nalezených z odborných zdrojů o dané problematice. Poskytuje informace o historii, etiopatogenezi, průběhu, formách a komorbiditách psoriázy. Dále popisuje diagnostiku a možnosti léčby psoriázy. V neposlední řadě popisuje informace ohledně kvality života.

Průzkumná část je věnována průzkumu, pro jehož vypracování byl zvolen kvantitativní způsob formou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 154 respondentů. V této části práce je popsána metodika průzkumu, charakteristika průzkumného vzorku a průběh průzkumného šetření. Největší část je věnována prezentaci výsledků dotazníkového šetření. V závěru průzkumné části je diskuze, kde bylo pomocí získaných dat vyhodnoceno pět průzkumných otázek. Zodpovězení těchto otázek bylo podstatné pro zodpovězení dílčích cílů.

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit kvalitu života respondentů postižených psoriázou. Z analýzy dat získaných dotazníkovým šetřením vyplynulo, že kvalita života osob trpících psoriázou je ovlivněna nejen ve fyzické a psychické sféře, ale i v sociální sféře.

Dílčí cíl č. 1 - Zmapovat aspekty psoriázy ovlivňující kvalitu života respondentů.

Nejvíce respondenty omezují samotné příznaky psoriázy. Zejména olupující a svědicí kůže, která pak u respondentů způsobuje ve společnosti rozpaky a též je značně ovlivňuje ve výběru oblečení a dalších aktivitách, jako jsou volnočasové a společenské aktivity, sport, či obstarávání domácnosti.

Dílčí cíl č. 2 - Zjistit, jak věk a pohlaví respondentů s psoriázou působí na vnímání kvality života.

Největší rozdíly ve vnímání problémů mezi příslušníky opačného pohlaví jsou ve společenské a pracovní sféře, ve které jsou výrazně více ovlivněni muži. Naopak je tomu u obstarávání domácnosti, v tomto případě jsou více omezeny ženy. Problémy spojené s psoriázou pak nejvíce vnímá věková skupina 46-60 let.

Dílčí cíl č. 3 - Zmapovat jaké možnosti léčby psoriázy pacienti nejvíce využívají.

S onemocněním respondentům pomáhá nejen účinná léčba – zejména lokální a alternativní způsoby léčby – ale například i členství v nejrůznějších podpůrných skupinách pro psoriatiky, kde se respondenti sdružují, dozvídají se nové informace nejen o léčbě a vzájemně se podporují.

Z výše uvedených dílčích cílů lze konstatovat, že hlavní cíl práce, tedy zhodnocení kvality života osob trpících psoriázou, byl splněn.

Doporučení pro praxi a psaní dalších prací na podobnou problematiku

Práce je určena nejen lidem trpícím psoriázou, ale i lidem z široké veřejnosti, kteří mají o danou problematiku zájem. Výsledky tohoto šetření by tak mohly tvořit podklad k hledání nejvhodnějších způsobů ke zlepšení kvality osob s psoriázou. Znepokojující je, že jako největší problém respondenti označili rozpaky ve společnosti, které pociťují kvůli stavu své kůže. Z tohoto důvodu bych pro další práce zabývající se kvalitou života psoriatiků doporučila jako výstup práce informační leták, který by zvýšil povědomí o psoriáze a nastolil tak vhodné podmínky pro lepší přijetí psoriatiků ve společnosti.

8 POUŽITÁ LITERATURA

BENÁKOVÁ, Nina, 2012. Postavení fototerapie v ambulantní léčbě psoriázy. *Dermatologie pro praxi* [online]. 6 (2), 64-67 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.solcn.cz/pdfs/der/2012/02/03.pdf>

BROMOVÁ, Nikola. *Lupénka jako somatopsychické onemocnění*. Jihlava, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Bublaková

CARDIFF UNIVERSITY. Dermatology Life Quality Index [online]. 2019 [cit 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/dermatology-life-quality-index>

CARDIFF UNIVERSITY. Psoriasis Disability Index [online]. 2018 [cit 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.cardiff.ac.uk/medicine/resources/quality-of-life-questionnaires/psoriasis-disability-index>

CETKOVSKÁ, P., KOJANOVÁ, M., ARENBERGER, P. a J. FABIÁNOVÁ, 2017. Přehled současných doporučených postupů pro systémovou „nebiologickou“ léčbu psoriázy. *Česko-slovenská dermatologie* [online]. 92 (1), 3-16 [cit 2022-02-09]. ISSN 1805-448X Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2017-1/prehled-soucasnych-doporucenych-postupu-pro-systemovou-nebiologickou-lecbu-psoriazy-doporuceni-vyboru-cds-cls-jep-pro-praxi-61016/download?hl=cs>

CETKOVSKÁ, P., KOJANOVÁ, M., ARENBERGER, P. a J. FABIÁNOVÁ, 2019. Současný stav moderní léčby psoriázy – aktualizovaná doporučení ČDS JEP k cílené léčbě závažné chronické psoriázy. *Česko-slovenská dermatologie* [online]. 94 (4), 133-188 [cit 2022-02-09]. ISSN 1805-448X Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2019-4-12/soucasny-stav-moderni-lecby-psoriazy-aktualizovana-doporuceni-cds-jep-k-cilene-lecbe-zavazne-chronicke-psoriazy-118891/download?hl=cs>

DOPYTALSKA, K., SOBOLEWSKI, P., BLASZCZAK, A., SZYMAŃSKA, E. & WALECKA, I., 2018. Psoriasis in special localizations. *Reumatologia* [online]. 56 (6), 392-398 [cit 2022-02-09]. DOI <https://doi.org/10.5114/reum.2018.80718> Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6330687/pdf/RU-56-80718.pdf>

DRLÍK, Lubomír, 2015. Možnosti terapie těžkých forem psoriázy. *Dermatologie pro praxi* [online]. 9 (4), 152-156 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/der/2015/04/02.pdf>

FIALOVÁ, Jorga a Martina KOJANOVÁ, 2020. Komplexní léčba psoriázy. *Dermatologie pro praxi* [online]. 14 (2), 63-70 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2020/02/01.pdf>

GISONDI, P., DEL GIGLIO, M. a G. GIROLOMONI, 2017. Treatment Approaches to Moderate to Severe Psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences* [online]. 18(11) [cit 2022-02-09]. DOI 10.3390/ijms18112427 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5713395/pdf/ijms-18-02427.pdf>

GKALPAKIOTIS, S., ARENBERGER, P. a E. ADENUBIOVÁ, 2013. Psychosociální aspekty života pacientů s psoriázou v České republice. *Česko-slovenská dermatologie* [online]. 88 (4), 189-196 [cit 2022-02-09]. ISSN 1805-448X. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2013-4/psychosocialni-aspekty-zivota-pacientu-s-psoriazou-v-ceske-republice-41728/download?hl=cs>

GKALPAKIOTIS, S., CETKOVSKÁ, P. KOJANOVÁ, M. a P. ARENBERGER. *Psoriáza: od teorie k praxi*. Praha: Mladá fronta, 2020. 207 s. ISBN 978-80-204-5574-1.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Praha: Triton, 2017. ISBN 978-80-7553-420-0.

JANOŠKOVÁ, Gabriela, 2014. Nehtová psoriáza. *Dermatologie pro praxi* [online]. 8 (4), 149-150 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/04/06.pdf>

JAVŮRKOVÁ, Alena a Jaroslava RAUDENSKÁ, 2013. Psychoterapeutický přístup u pacienta s psoriázou. *Dermatologie pro praxi* [online]. 7 (2), 77-78 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/02/08.pdf>

KEŘKOVÁ, Martina. *Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou*. Pardubice, 2018, 103 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vlastimila Semencová

KOSOVÁ, Veronika. *Kvalita života psoriatiků*. Jihlava, 2013, 85 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Radka Křepinská

KUPETSKY, Erine A. a Matthew KELLER, 2013. Psoriasis Vulgaris: An Evidence-Based Guide for Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine* [online]. 26 (6), 787-801 [cit 2022-02-09]. ISSN 1557-2625 Dostupné z: <https://www.jabfm.org/content/jabfp/26/6/787.full.pdf>

LOMICOVÁ, Iva a Petra CETKOVSKÁ, 2019. Psoriáza jako rizikový faktor metabolických onemocnění. *Medicína pro praxi* [online]. 16 (5), 122-124 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5310 Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/05/06.pdf>

MICALI, G., VERZÌ, A. E., GIUFFRIDA, G., PANEBIANCO, E., MUSUMECI, M. L., & LACARRUBBA, F, 2019. Inverse Psoriasis: From Diagnosis to Current Treatment Options. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology* [online]. 12, 953–959 [cit 2022-02-09]. ISSN 1178-7015 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6997231/pdf/ccid-12-953.pdf>

NAVRÁTILOVÁ, Marie a Jana MIKLÍKOVÁ, 2012. Psoriáza – možnosti léčby, edukace pacienta. *Dermatologie pro praxi* [online]. 6 (3), 132-133 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/0abfb70879abb9a07d5402c3469ec68e.pdf>

NEVORALOVÁ, Zuzana, 2013. Celková léčba lupénky. *Dermatologie pro praxi* [online]. 7 (4), 160-164 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/04/04.pdf>

NEVORALOVÁ, Zuzana, 2013. Lokální léčba lupénky. *Dermatologie pro praxi* [online]. 7 (3), 113-119 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/der/2013/03/03.pdf>

O'DALY, Jose. *Psoriasis – A Systemic Disease*, IntechOpen, 2012. ISBN: 978-953-51-6894-2

OBSTOVÁ, Iva, 2016. Terapie psoriázy. *Praktické lékárenství* [online]. 12 (1), 12-15 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5329 Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2016/01/03.pdf>

- OHRYZKOVÁ, Alina. *Život s lupénkou*. Brno, 2014, 103 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová
- OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta, 2012. 39 s. ISBN 978-80-204-2804-2
- OLIŠÁROVÁ, V., DOLÁK, F. a V. TÓTHOVÁ, 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt* [online]. 14 (1), 14-21 [cit 2022-02-09]. ISSN: 1804-7122 Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/01/03.pdf>
- PAVELKA, Karel a kol. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, 2014. 388 s. ISBN 978-80-247-5048-4.
- REID, Claire a Christopher E. M. GRIFFITHS, 2020. Psoriasis and Treatment: Past, Present and Future Aspects. *Acta Dermato-Venereologica* [online]. 100 (3), 69-79 [cit 2022-02-09]. DOI 10.2340/00015555-3386 Dostupné z: https://www.medicaljournals.se/acta/content_files/files/pdf/100/3/5649.pdf
- RÖCKEN, M., M. SCHALLER, E. SATTLER a W. BURGDORF. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada Publishing, 2018. 394 s. ISBN 978-80-271-0106-1
- RØNHOLT, Kirsten a Lars Iversen, 2017. Old and New Biological Therapies for Psoriasis. *International journal of molecular sciences* [online]. 18 (11), 23 s [cit 2022-02-09]. DOI 10.3390/ijms18112297 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5713267/pdf/ijms-18-02297.pdf>
- SLÁDKOVÁ, Hana. *Vliv psoriázy jako chronického onemocnění na psychiku a kvalitu života*. Praha, 2015, 68 s. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.
- SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
- SPAЕ. O nás [online]. 2022 [cit 2022-02-09]. Dostupné z: <https://spae.cz/o-nas>
- TICHÝ, Martin, 2015. Aktuální pohled na problematiku a terapeutické možnosti pustulózní psoriázy. *Česko-slovenská dermatologie* [online]. 6, 231-237 [cit 2022-02-09]. ISSN 1805-448X. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2015->

6/aktualni-pohled-na-problematiku-a-terapeuticke-moznosti-pustulozni-psoriazy-57930/download?hl=cs

VÁŠKŮ, Vladimír. *Psoriáza*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2020. Farmakoterapie pro praxi. 135 s. ISBN 978-80-7345-638-2

VILLASEÑOR-PARK, J., WHEELER, D. a L GRANDINETTI, 2012. Psoriasis: evolving treatment for a complex disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [online]. 79(6), 413-423 [cit 2022-02-09]. DOI 10.3949/ccjm.79a.11133 Dostupné z: <http://www.dl.edi-info.ir/Psoriasis-Evolving%20treatment%20for%20a%20complex%20disease.pdf>

VOJÁČKOVÁ, Naděžda, 2017. Lokální léčba psoriázy. *Dermatologie pro praxi* [online]. 11 (4), 174-176 [cit 2022-02-09]. ISSN 1803-5337 Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2017/04/03.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. Global Report on Psoriasis [online]. [cit 2022-02-09]. ISBN 978 92 4 156518 9. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204417/9789241565189_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL: Measuring Quality of Life [online]. 2022 [cit 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>

9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Psoriasis Area Severity Index</i>	78
Příloha B – <i>Nail Psoriasis Severity Index</i>	79
Příloha C – <i>Dermatologický index kvality života</i>	80
Příloha D – <i>Psoriasis Disability Index</i>	82
Příloha E – <i>Dotazník</i>	84

Příloha A – *Psoriasis Area Severity Index*

Body	0	1	2	3	4	5	6
Erytém, infiltrace, deskvamace	chybí	mírný	střední	těžký	velmi těžký		
Oblast (%)	0	<10	10<30	30<50	50<70	70<90	90-100

Hlava (H)		Trup (T)	
Erytém		Erytém	
Infiltrace		Infiltrace	
Deskvamace		Deskvamace	
CELKEM		CELKEM	
x oblast		x oblast	
=		=	
x 0,1		x 0,3	
Dolní končetiny (DK)		Horní končetiny (HK)	
Erytém		Erytém	
Infiltrace		Infiltrace	
Deskvamace		Deskvamace	
CELKEM		CELKEM	
x oblast		x oblast	
=		=	
x 0,4		x 0,2	
PASI = (H) + (T) + (HK) + (DK) = _____			

Zdroj: Vašků (2020, s. 31)

Příloha B – *Nail Psoriasis Severity Index*

Psoriáza nehtového matrixu	Skóre pro psoriázu nehtového matrixu
Přítomnost: leukonychie, červené skvrny v oblasti lunuly, dolíčkování nebo drolení nehtů	0 = žádné postižení
	1 = přítomno na 1/4 nehtu
	2 = přítomno na 2/4 nehtu
	3 = přítomno na 3/4 nehtu
	4 = přítomno na 4/4 nehtu

Psoriáza nehtového lůžka	Skóre pro psoriázu nehtového lůžka
Přítomnost: olejové skvrny, třískovité hemoragie, hyperkeratózy a onycholýza	0 = žádné postižení
	1 = přítomno na 1/4 nehtu
	2 = přítomno na 2/4 nehtu
	3 = přítomno na 3/4 nehtu
	4 = přítomno na 4/4 nehtu

Celkem za každý nehet = 0-8

Zdroj: Gkalpakiotis et al. (2020, s. 40)

Příloha C – Dermatologický index kvality života

Dermatologický index kvality života
(Dermatology Life Quality Index)

DLQI

Č. hospitalizace:
Jméno:
Adresa:

Datum:
Dg:

Skóre:

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

- | | | |
|---|----------------|--------------------------|
| 1. Jak mnoho vaše kůže během posledního týdne svědila, bolela, páčila nebo byla citlivá nebo podrážděná? | velmi mnoho | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | <input type="checkbox"/> |
| | málo | <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nakolik jste byl během posledního týdne uveden do rozpaků nebo jste si sám uvědomoval stav své kůže? | velmi mnoho | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | <input type="checkbox"/> |
| | málo | <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jak moc vám během posledního týdne vaše kožní choroba překážela při nakupování, péči o domácnost nebo zahradu? | velmi mnoho | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | <input type="checkbox"/> |
| | málo | <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne | <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nakolik ovlivnil stav vaší kůže během posledního týdne výběr oblečení? | velmi mnoho | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | <input type="checkbox"/> |
| | málo | <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne | <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nakolik stav vaší kůže během posledního týdne ovlivnil vaše společenské aktivity a náplň volného času? | velmi mnoho | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | <input type="checkbox"/> |
| | málo | <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne | <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jak vám stav vaší kůže během posledního týdne vadil při sportu? | velmi mnoho | <input type="checkbox"/> |
| | hodně | <input type="checkbox"/> |
| | málo | <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne | <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|---|---|
| 7a. Zabránil vám stav vaší kůže během posledního týdne pracovat nebo studovat? | ano <input type="checkbox"/> |
| | ne <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné <input type="checkbox"/> |
| 7b. Pokud ne, překážel Vám během posledního týdne stav vaší kůže při práci nebo studiu? | hodně <input type="checkbox"/> |
| | málo <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne <input type="checkbox"/> |
| 8. Měl jste kvůli stavu vaší kůže v posledním týdnu nějaké problémy ve styku s partnerem, blízkými přáteli nebo příbuznými? | velmi mnoho <input type="checkbox"/> |
| | hodně <input type="checkbox"/> |
| | málo <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné <input type="checkbox"/> |
| 9. Měl jste kvůli stavu vaší kůže v posledním týdnu sexuální problémy? | velmi mnoho <input type="checkbox"/> |
| | hodně <input type="checkbox"/> |
| | málo <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné <input type="checkbox"/> |
| 10. Způsobila vám léčba vašeho kožního onemocnění během posledního týdne nějaké problémy, např. zabrala příliš času, způsobila nepořádek? | velmi mnoho <input type="checkbox"/> |
| | hodně <input type="checkbox"/> |
| | málo <input type="checkbox"/> |
| | vůbec ne <input type="checkbox"/> |
| | není podstatné <input type="checkbox"/> |

Prosím, zkontrolujte, zda jste odpověděli na každou otázku.
Děkujeme.

©AY Finlay, GK Khan, April 1992 www.dermatology.org.uk, this must not be copied without the permission of the authors.

Zdroj: Cardiff University (2019)

Příloha D – Psoriasis Disability Index

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

Přeloženo podle Finlay A.Y., Coles E.C.: Br J Dermatol 1995; 132: 236-244

Zdroj: Cardiff University (2018)

Příloha E – Dotazník

Dobrý den,

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

Tématem mé bakalářské práce je „**Kvalita života osob s psoriázou**“. Jejím cílem je zhodnotit kvalitu života psoriatiků v osobní, profesní i společenské oblasti a ráda bych Vás touto cestou poprosila o spolupráci vyplněním dotazníku.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné, anonymní a vyplněné údaje budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce. Při Vašem zájmu Vás ráda seznámím s výsledky průzkumu.

Předem děkuji za Vaši ochotu, spolupráci i čas. _____

V následujících 20 otázkách prosím zakroužkujte jednu či více odpovědí (bude-li uvedeno), popřípadě můžete odpověď doplnit vlastními slovy.

1 Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2 Kolik je Vám let?

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46-60
- d) 61-75
- e) 76 a více

3 Před jakou dobou Vám byla diagnostikována lupénka?

- a) Před méně než 1 rokem
- b) Před 1-10 lety
- c) Před více než 10 lety

4 Kterou část Vašeho těla lupénka nejčastěji postihuje?

- a) Kůže celého těla
- b) Určitou část těla (*prosím zakroužkujte dané části*)
 - 1 Pokožka hlavy
 - 2 Lokty
 - 3 Kolena
 - 4 Trup
 - 5 Záda
 - 6 Nehty
 - 7 Dlaně
 - 8 Plosky nohou
 - 9 Genitálie
 - 10 Jiné (*uved'te které*)

5 Jaké příznaky se u Vás objevují v největší míře? (je možné zakroužkovat více možností)

- a) Olupování kůže
- b) Svědění, pálení
- c) Zarudnutí
- d) Bolest
- e) Krvácení
- f) Mokvání
- g) Puchýřky
- h) Ztuhlost kloubů
- i) Jiné (uved'te které)

6) Který z Vámi uvedených příznaků na předchozí otázku č. 5 Vám nejvíce vadí – Vás nejvíce obtěžuje? (zakroužkujte jednu možnost)

- a) Olupování kůže
- b) Svědění, pálení
- c) Zarudnutí
- d) Bolest
- e) Krvácení
- f) Mokvání
- g) Puchýřky
- h) Ztuhlost kloubů
- i) Jiné (uved'te které)

7) Máte diagnostikovanou – lékařem potvrzenou psoriatickou artritidu?

(psoriatická artritida je chronický autoimunitní zánět kloubu)

- a) Ano
- b) Ne

Na následující otázku č. 8 odpovídají ti respondenti, kteří v předchozí otázce označili odpověď „Ano“, tedy že trpí psoriatickou artritidou.

8) Kterými příznaky trpíte?

- a) Ranní ztuhlost kloubů
- b) Omezení pohybu v kloubech po celý den
- c) Deformity kloubů
- d) Jiné (uved'te které)

9) Jaké možnosti léčby využíváte? (využíváte-li více možností léčby, uveďte dvě, které pro Vás mají největší význam – Vám nejvíce pomáhají)

- a) Lokální léčba (krémy, masti, šampóny, ...)
- b) Systémová léčba (léky, infuze, injekce, ...)
- c) Fototerapie (léčba UV zářením)
- d) Biologická léčba
- e) Alternativní léčba
 - Homeopatie
 - Dieta
 - Moře
 - akupunktura
- f) Jiné (uveďte které)

10) Jste členem nějaké organizace/klubu/podpůrné skupiny pro psoriatiky?

- a) Ano (prosím, uveďte které)
.....
- b) Ne

Na následující otázku č. 12 odpovídají ti respondenti, kteří v předchozí otázce označili odpověď „Ano“, tedy že jsou členem nějaké podpůrné organizace pro psoriatiky.

11) Považujete toto členství za přínosné?

- a) Ano
- b) Ne

12) Nakolik jste byl/a kvůli svému onemocnění uveden/a do rozpaků nebo jste si sám/sama uvědomoval/a stav své kůže?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

13) Jak moc vám psoriáza překáží při nakupování, péči o domácnost nebo zahradu?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

14) Nakolik ovlivňuje stav Vaší kůže výběr oblečení?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

15) Nakolik stav Vaší kůže ovlivňuje Vaše společenské aktivity a náplň volného času?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

16) Nakolik Vám vadí stav Vaší kůže při sportu?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

17) Zabránil Vám někdy stav Vaší kůže pracovat nebo studovat?

- a) Ano
 - Velmi často
 - Často
 - Málo
- b) Ne

18) Nakolik jste měl/a kvůli stavu Vaší kůže nějaké problémy ve vztahu s blízkými přáteli, příbuznými nebo s partnerem?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

19) Nakolik jste měl/a kvůli stavu Vaší kůže problémy v sexuálním životě?

- a) Velmi mnoho
- b) Hodně
- c) Málo
- d) Vůbec ne

20) Způsobuje Vám léčba vašeho kožního onemocnění nějaké každodenní problémy? (např. zabírá příliš času, je náročná na úklid, ...)

- a) Ano (*prosím, uveďte které*)
.....
- b) Ne

Prosím, zkontrolujte, zda jste odpověděl/a na každou otázku.

Děkuji.

Zdroj: Dotazník vlastní tvorby autorky bakalářské práce