

# Kvalita života s psoriázou

Adéla Kubáňová

---

Bakalářská práce  
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Adéla Kubáňová**  
Osobní číslo: **H20165**  
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Kvalita života s psoriázou**

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti psoriázy a kvality života.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou standardizovaného dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BENÁKOVÁ, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-966-5.  
GURKOVÁ, E. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5627-0.  
GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum* [online]. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-7357-5.  
LANGLEY, R. G. B. et al. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* [online]. 2005. DOI: 10.1136/ard.2004.033217  
ŠMEJKALOVÁ, J. et al. Quality of life of patients with psoriasis. *Cent Eur J Public Health* [online]. 2020. DOI: 10.21101/cej-ph.a5611  
VAŠKŮ, V. *Psoriáza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-638-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

L.S.

---

**PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě*

*pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem kvalita života s psoriázou. Práce se skládá z teoretické a empirické části. Teoretická část je zpracována pomocí odborné literatury a periodik týkajících se psoriázy, kvality života a ošetrovatelské péče o pacienta s lupénkou. Dále se věnuje léčbě, diagnostice, komplikacím a komorbiditám. Úvod praktické části se zabývá metodikou zpracování dat z kvantitativního výzkumu, který je šetřený pomocí standardizovaného dotazníku (PQOL-12) a doplněný o sociodemografické otázky. V následujících kapitolách je provedeno vyhodnocení kvantitativního výzkumu, kdy v závěru je uvedeno doporučení pro praxi. Cílem práce je posoudit dopad lupénky na kvalitu života a zjistit, jak nemocný vnímá sám sebe v souvislosti s psoriázou. Dalším cílem práce je zjistit, jak na dané osoby pohlíží široká veřejnost z pohledu psoriatika. Na základě získaných výsledků šetření vznikl jako výstup práce leták zaměřený na depresi u pacientů s lupénkou.

Klíčová slova: psoriáza, kvalita života, PQOL-12, ošetrovatelská péče

## ABSTRACT

The bachelor's thesis topic is quality of life with psoriasis. The thesis consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part is elaborated with the help of literature and periodicals related to psoriasis, quality of life and nursing care of psoriasis patients. It also focuses on treatment, diagnosis, complications, and comorbidities. The introduction of the practical part deals with the methodology of data processing from the quantitative research, which is investigated using a standardized questionnaire (PQOL-12) and supplemented with sociodemographic questions. In the following chapters, the quantitative research is evaluated, concluding with recommendations for practice. The aim of this thesis is to assess the impact of psoriasis on quality of life and to explore patients' perceptions of themselves in relation to psoriasis. Another aim of the thesis is to find out how the general public views the person from the perspective of a psoriatic. A leaflet focusing on depression in patients with psoriasis was developed based on the results and is the output of this thesis.

Keywords: psoriasis, quality of life, PQOL-12, nursing care

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Pavle Kudlové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady při jejím zpracování. Děkuji Bc. Haně Tomisové a jejím kolegyním z kožního oddělení za pomoc a ochotu při sběru dat.

Ráda bych také poděkovala své sestře a celé rodině, přátelům za nepřetržitou podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

**OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 PSORIÁZA .....</b>	<b>12</b>
1.1 HISTORIE LUPÉNKY .....	12
1.2 STRUČNÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE .....	13
1.3 EPIDEMIOLOGIE A PATOGENEZE LUPÉNKY .....	13
1.4 ETIOPATOGENEZE.....	14
1.4.1 Imunopatogeneze .....	14
1.4.2 Provokační faktory .....	14
1.5 FORMY LUPÉNKY.....	15
1.5.1 Psoriasis vulgaris.....	15
1.5.2 Arthritis psoriatica.....	16
1.5.3 Psoriasis guttata.....	16
1.5.4 Psoriasis pustulosa .....	16
1.5.5 Generalizovaná a erythrodermická psoriáza .....	17
1.5.6 Psoriasis inverze.....	17
1.5.7 Psoriasis unguium .....	17
1.6 KLINICKÝ OBRAZ .....	18
1.6.1 Auspitzův fenomén .....	18
1.6.2 Koebnerův fenomén (izomorfni).....	19
1.7 DIAGNOSTIKA .....	19
1.8 TERAPIE .....	20
1.8.1 Lokální terapie .....	20
1.8.2 Systémová terapie .....	23
1.8.3 Fototerapie.....	24
1.8.4 Biologická léčba.....	26
1.8.5 Alternativní léčba .....	29
1.9 KOMPLIKACE A KOMORBIDITY U PSORIÁZY .....	30
1.10 PROGNOZA .....	31
1.10.1 Prevence .....	32
<b>2 PÉČE O PACIENTA S PSORIÁZOU .....</b>	<b>33</b>
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA DERMATOLOGICKÉM ODDĚLENÍ .....	34
2.2 NANDA-I. – DOMÉNA 6. ....	34
<b>3 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ DEFINICE.....</b>	<b>36</b>
3.1 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA .....	36
3.2 KVALITA ŽIVOTA A LUPÉNKA .....	37
3.2.1 Hodnocení kvality života u osob s psoriázou.....	37



<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>41</b>
<b>4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>42</b>
4.1 CÍLE ŠETŘENÍ .....	42
4.2 METODIKA A TECHNIKA SBĚRU DAT .....	42
4.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	43
4.4 ORGANIZACE SBĚRU DAT .....	43
4.5 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	44
<b>5 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>45</b>
5.2 ZDRAVOTNĚ ZAMĚŘENÉ OTÁZKY .....	46
5.3 OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA VNÍMÁNÍ OSOB S LUPĚNKOU ŠIROKOU VEŘEJNOSTÍ Z POHLEDU RESPONDENTA.....	52
5.4 VÝSLEDKY PQOL-12 DOTAZNÍKU .....	54
<b>6 DISKUZE A NÁVRH PRO PRAXI .....</b>	<b>61</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>77</b>

## ÚVOD

Psoriáza je jedno z nejčastějších dermatologických onemocnění dnešní doby, které má negativní vliv na emocionální, psychickou a fyzickou stránku jedince. Postihuje 2–3% světové populace. Lupénka se může rozvinout v kterékoli fázi života. Je řazena mezi imunologická onemocnění a její příčina vzniku není doposud známa. Podílí se na ní různé typy provokačních faktorů jako je stres, životospráva, roční období a jiné. Velmi důležitá je forma lupénky, se kterou se nemocný léčí. Nejčastější formou je ložisková lupénka, kterou trpí největší počet nemocných. Terapie lupénky je složitá a musí být komplexní. V rámci lupénky neexistuje žádná primární prevence. Spočívá pouze v eliminaci provokačních faktorů. Kvalita života je považována za subjektivní pojem, který zahrnuje mezilidské vztahy, zdraví jedince, a také pocit spokojenosti. Jednodušeji lze kvalitu života chápat jako stav, který ovlivňuje všechny oblasti lidského života. U osob trpících lupénkou se užívají k hodnocení kvality života různé škály a dotazníky.

Psoriázu jsem si vybrala na základě absolvování praxe na kožním oddělení. Setkala jsem se tam s různými pacienty a převážná většina hospitalizovaných v daný čas byla v nemocnici právě z důvodu lupénky. Domnívám se, že o samotném onemocnění se moc nemluví a málo populace si je vědoma, jak velký dopad má lupénka na život jedince. Tím, že se jedná o chronické onemocnění, na které doposud neexistuje účinná terapie, po které by došlo k uzdravení jedince dochází k velké zátěži psychické stránky nemocného.

Cílem práce bylo posoudit dopad lupénky na kvalitu života nemocného. Výzkum byl šetřený pomocí standardizovaného dotazníku PQOL-12 doplněného o sociodemografické otázky. Dílčími cíli bylo zjistit, jak je lupénka vnímána samotným respondentem, a jak jsou osoby trpící lupénkou vnímány širokou veřejností z pohledu nemocného.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PSORIÁZA

Definice lupénky dle WHO: „*Lupénka je chronické, neinfekční, bolestivé, znetvořující a invalidizující onemocnění, na které neexistuje žádný lék a má negativní dopad na kvalitu života pacientů (QoL)*“ (World Health Organization, 2016).

Charakterizuje se vznikem červených, plastických a ostře ohraničených míst, které mohou být s nánosem stříbrných šupin. Lupénku řadíme do skupin podmíněně imunitních chorob. V současné době se označuje za autoimunitní chorobu, která má genetický podklad (Tichý, 2011; Navrátilová a Miklíková, 2011; Vašků, 2020).

Dermatologie neboli kožní lékařství je obor medicíny zabývající se kůží a jejími deriváty (vlasy, nehty, potní žlázy a jiné) a chorobami kůže. Psoriáza se řadí mezi nejčastější chronické dermatologické onemocnění. Omezuje pacienta v aktivitách běžného života a je doprovázená pocitem nespokojenosti a studu. Zejména v případě, kdy jsou u pacienta postiženy viditelné části těla (Šmejkalová et al., 2020). Až na výjimky se neřadí k život ohrožujícím chorobám, nicméně je sociálně, psychosomaticky, a také fyzicky náročná. (Čelakovská, 2020).

### 1.1 Historie lupénky

Psoriázu řadíme mezi lidské onemocnění. První popisy nemoci, které by mohly odpovídat lupénce se objevily již před 2000 lety. Galén řecký lékař je považován za prvního, kdo použil výraz psoriáza. Byl odvozen od latinského slova „psora“, což znamená škrábat se nebo šupina. Z tehdejších spisů, ale není zcela možné určit, zda se jednalo právě o lupénku. Mohlo se jednat i o jiné kožní onemocnění jako je lepra (Benáková, 2007d).

V 19. století byla lupénka spolehlivě popsána britským lékařem a zakladatelem moderní dermatologie Robertem Willanem. Původně ji pojmenoval jako „Willanova lepra“ (Drozenová, 2009). V roce 1841 Ferdinand von Hebra popsal různé formy lupénky a charakterizoval je jako samostatnou nemoc (Benáková, 2007d). Během 19. století byla lupénka považována za zánětlivé onemocnění. Na konci 20. století formuloval Beutner názor o psoriáze jako o autoimunitním onemocnění (Vašků, 2020). Jedná se o jedno z častých, klinicky a histologicky výrazných dermatologických onemocnění, které dodnes poutá pozornost lékařů a vědců (Benáková, 2007d).

## 1.2 Stručná anatomie a fyziologie kůže

Kůže (latinsky cutis) je orgán, který pokrývá celý povrch těla. Jedná se o největší orgán lidského těla. Celkový povrch u dospělého jedince tvoří asi 1,5 – 2 m<sup>2</sup>. Kůže nám poskytuje ochranu v podobě mechanické opory. Její funkcí je tvorba bariéry potřebné k výměně tekutin a plynů. Hlavní funkcí je termoregulace, ochrana před mikroorganismy a UV (ultrafialovým) zářením (Röcken, 2018).

Další z funkcí je udržení stálého vnitřního prostředí v těle. Chrání organismus před působením vnějších faktorů a prostřednictvím kůže dochází k detoxikaci organismu. Kožní systém zajišťuje také tvorbu protilátek a má senzickou funkci (Slezáková a kol., 2014).

## 1.3 Epidemiologie a patogeneze lupénky

Postihuje 2–3% celosvětové populace (Vašků, 2020). Jedná se o multifaktoriální onemocnění (Drozenová, 2009). Lupénka se může vyskytnout kdykoliv nehledě na věk, nicméně k nejčastějšímu období, kdy dochází k propuknutí nemoci můžeme zařadit adolescenci, tedy období puberty, a také věk okolo 40. – 50. let (Peňázová, 2007). Studie ukazují, že nižší počet výskytu psoriázy je u mladistvých dívek/žen než u chlapců/mužů. V období dospělosti se to však vyrovnává (Vašků, 2020).

Můžeme ji rozdělit na dva psoriatické typy – psoriáza I. typu (familiární výskyt) a psoriáza II. typu (sporadický výskyt). Psoriáza I. typu se vyskytuje u převážné většiny pacientů a je vázána na rodinnou predispozici (Tichý, 2011; Štolfa a kol., 2007). První příznaky se objevují již před 40. rokem věku ve spojení se streptokokovými infekcemi (Vašků, 2020; Štolfa a kol., 2007). Riziko vzniku psoriázy se zvyšuje, pokud má pacient v těle HLA, tedy lidský leukocytární antigen (Röcken, 2018). Charakterizuje se těžším průběhem nemoci. Druhý typ psoriázy se objevuje ve středním věku po 40. roku života. Na rozdíl od typu I. není vázán na rodinný výskyt a shluk HLA je výrazně menší (Tichý, 2011).

Průběh psoriázy lze rozdělit do tří období. První období se nazývá období akutního výsevu. Vyskytuje se především u adolescentů a mladších dětí. Objevují se červené pupínky různých velikostí, které jsou pokryty stříbrnými šupinami. K výsevu nových pupínků může dojít po chemickém, mechanickém nebo fyzikálním podráždění kůže. Následuje období chronicity, kdy se objevují větší ložiska psoriázy. I přes uzdravení ložiska zůstává na kůži depigmentace, která je dočasná. V tomto období může dojít také k postižení nehtů a kloubů v souvislosti se základním onemocněním. Latence je posledním obdobím v průběhu

lupénky. Vyznačuje se vymizením projevů, které mohou být skryté až řadu let, nebo se mohou projevat pouze na kolenou a loktech (Slezáková a kol., 2014). Choroba sama o sobě délku života neovlivňuje, ale stupeň postižení v souvislosti s dlouhotrvajícím zánětlivým procesem v těle bez účinné terapie může vyvolat u jedince komorbiditu, které již mohou mít vliv na délku života (Vašků, 2020).

## 1.4 Etiopatogeneze

Etiopatogeneze vzniku lupénky není doposud zjištěna. Ke vzniku lupénky přispívají cytokiny. Řadí se mezi ně interleukin (IL-17, IL-23) a TNF- $\alpha$  (tumor nekrotizující faktor – alfa). Díky tomuto se lupénka řadí mezi imunologická onemocnění (Kotolová a Nováková, 2022).

Jako její základní patofyziologické rysy lze pozorovat hyperproliferaci epidermis, poruchu rozlišení kožních buněk, patologické záněty imunitního charakteru a zvýšenou neokapilarizaci (Tichý, 2011). Hyperproliferace pokožky je definována jako nekontrolovatelné dělení keratinů – kožních buněk (Nečas, 2020). Abnormalita koncentrace zinku může mít také vliv na patofyziologii lupénky. Zinek je antioxidační a zapojuje se do imunitních a enzymatických procesů. Nízká hladina zinku v těle způsobuje zvýšenou náchylnost ke vzniku infekcí, ať už virových nebo bakteriálních, které mohou způsobovat změny na kůži a být spouštěčem lupénky (Kotolová a Nováková, 2022).

### 1.4.1 Imunopatogeneze

Lupénka je kožní onemocnění chronického charakteru, kterou řadíme do skupiny imunitně podmíněných chorob (Nečas, 2020; Semrádová, 2023). Ke vzniku choroby přispívají T lymfocyty, které navozují a udržují psoriázu. T lymfocyty jsou buňky imunitního systému, které se získávají pomocí specifické imunity. Ke vzniku psoriázy hraje roli imunitní systém jedince. Přesněji se jedná o nespecifickou imunitu, tedy vrozenou jejíž součástí jsou prozánětlivé cytokiny. Lupénka je onemocnění, které je ovlivněno mnoha faktory, a to především geny a vlivem prostředí. Tyto geny mají schopnost kontrolovat dosah zánětlivé reakce (Vašků, 2009; Semrádová, 2023).

### 1.4.2 Provokační faktory

Patogeneze psoriázy je velmi komplikovaná a díky ní na povrch vyplývá velké množství rizikových faktorů, které mohou vyvolat lupénku. Řadí se zde faktory, které vstupují do imunitních dějů jako například antigeny nebo mikrobiální superantigeny. Spouštědlem

psoriatického děje, mohou být také buňky keratinocytů, které nejsou součástí specifické imunity jedince (Vašků, 2007). Významný vliv na vznik lupénky mají neuropsychické a hormonální vlivy (Semrádová, 2023).

Propuknutí psoriázy ovlivňují provokační faktory. Zahrnují různé typy infekcí a zánětů (zánětlivé dermatózy – herpes, ekzémy, dermatitidy), roční období (ke zhoršování lupénky dochází především v období jara a podzimu), léky (antirevmatika, antimalarika, betablokátory, inhibitory ACE a další), životospráva, vnitřní choroby (diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, obezita, hypokalcémie) a hormonální vlivy (puberta, menstruace a menopauza). Mezi další rizikové faktory se řadí také kouření, alkohol, úrazy, operace a UV záření. Nejčastějším provokačním faktorem je převážně stres, který může být fyzický i psychický (Peňázová, 2007; Vašků, 2007; Drozenová 2008; Vašků, 2020,).

## 1.5 Formy lupénky

Lupénku lze klasifikovat do různých forem. Mezi nejčastěji postižená místa se řadí lokty, kolena, hrudník a vlasová pokožka. Existuje forma psoriázy, která postihuje také nehty a může způsobovat poruchu jejich růstu, odlučování od nehtového lůžka a změnu tvaru a barvy nehtu. Stupně psoriázy lze rozdělit do tří skupin intenzity – mírná, středně závažná a závažná (Drozenová, 2008). Pro určení stupně postižení lupénkou se běžně užívá hodnotící dotazník PASI (Psoriasis Area and Severity Index) (Čelakovská, 2020).

### 1.5.1 Psoriasis vulgaris

Ložisková psoriáza je nejčastějším typem lupénky. Postihuje až 90 % pacientů. Je charakterizována dobře ohraničenými ložisky a nápadnou barevností. Nejčastěji bývají ložiska zbarvena do cihlově červené barvy a jsou pokryta voskovými, stříbrnými šupinami, které se dají lehce mechanicky odstranit. Mají ostré ohraničení. Mezi predilekční místa ložiskové lupénky lze zařadit oblast loktů, kolen a lumbosakrální oblast. Mohou se objevit také na kštici (Peňázová, 2007; Vašků, 2020).

Lupénka vlasové části (kštice) se může projevit u různých forem psoriázy. Její projevy jsou obdobné jako příznaky ložiskové lupénky a nejběžněji se vyskytují u vlasové hranice. Terapie spočívá především v lokální léčbě, nicméně je možné použít doplňkovou péči, která zahrnuje různé čistící šampóny. Lupénka kštice výrazně snižuje kvalitu života nemocného (Šelingerová, 2022).

### 1.5.2 Arthritis psoriatica

Psoriatická artritida je chronické zánětlivé onemocnění pohybového aparátu. Postihuje především nemocné s I. typem lupénky (Štork, 2007b) a objevuje se u 10–30 % pacientů (Vašků, 2009). Postihuje jak ženy, tak i muže. Mezi klinické příznaky řadíme zánět v oblasti kloubu a bolestivost, která může být doprovázena otoky (Skácelová a Horák, 2020). Dalším charakteristickým projevem je ranní ztuhlost a únava (Štork, 2007b). Diagnostika artritidy může být složitá a postupná. Je pro ni typický pozitivní rodinný výskyt. V diagnostice se uplatňuje laboratorní vyšetření, klinické vyšetření a zobrazovací metody. Existuje mnoho screeningových dotazníků, které mohou být cenným materiálem k brzké detekci onemocnění (Skácelová a Horák, 2020). Zpravidla bývá diagnostikována ve 30. až 40. roku věku, kdy většina pacientů má již potvrzenou lupénku. V 80 % bývá artropatie doprovázená postižením nehtů. Konzervativní léčba spočívá v podávání nesteroidních antirevmatik, která jsou podávána v aktivním období nemoci. Další možností je biologická léčba zaměřená na podávání T lymfocytů a cytokinů. Tato terapie je účinná nejen u psoriatické artritidy, ale také u samotné lupénky (Štork, 2007b). Léčba by měla být komplexní, což znamená, že terapie by se měla dotýkat, jak muskuloskeletálního systému, tak kožního systému (Skácelová a Horák, 2020).

### 1.5.3 Psoriasis guttata

Kapkovitá lupénka je onemocnění, které se týká především mladistvých, a to dětí a jedinců v období puberty. Objevení psoriasis guttata může být prvním projevem a tzv. předzvěstí vzniku lupénky v pozdějším období. První výsev je charakteristický objevením spousty malých červených papul. Nejčastěji v oblasti kštiny a trupu. Spouštěcím faktorem bývají záněty horních dýchacích cest (Peňázová, 2007). Papuly jsou většinou kruhového tvaru. Jejich velikosti jsou různé od drobných až po velikost maximálně do 1 cm (Vašků, 2020).

### 1.5.4 Psoriasis pustulosa

Pustulózní psoriáza se vyskytuje u dospělé populace. Je typická rozsáhlým výsevem pustul, které jsou sterilní. Může být kombinována s erythrodermií. Predilekčním místem vzniku bývá palmoplantární oblast. Její průběh bývá úporný, kdy i při malém rozsahu nemoci zhoršuje kvalitu života nemocného. Jedná se o vážný stav, který se podílí na možné mortalitě (Vašků, 2020).



Ženské pohlaví je náchylnější ke vzniku pustulózní psoriázy, a to především ve středním věku. Mezi zhoršující faktory řadíme kouření, superinfekce a senzibilizaci. Léčba je složitá, z důvodu rezistence k lokální terapii a fototerapii, proto se v léčbě uplatňují adstringentní koupele, kortikoidy a analoga vitamínu D<sub>3</sub> (Benáková 2007a).

### **1.5.5 Generalizovaná a erythrodermická psoriáza**

Tyto formy jsou typické tím, že bývají rozšířené po celém povrchu těla. Jejich klinické projevy bývají nepříjemné může se objevit silný pruritus a bolestivost. Jedná se o formy lupénky, které vyžadují hospitalizaci nemocného a řadí se k život ohrožujícím formám (Drozenová, 2008). Tvořícím se zánětem a zvýšeným šupinatěním je narušena schopnost kůže udržovat vodu a kontrolovat termoregulaci, z čehož vyplývá, že mezi další projevy patří dehydratace, febris a zvýšené riziko k infekci (Peňázová, 2007).

Etiologie erythrodermie je různorodá, nejčastěji se jedná o již vzniklé zánětlivé dermatitidy, jako je právě lupénka a atopická dermatitida. U psoriatiků může být provokačním faktorem vzniku erythrodermie přerušování systémové terapie. Léčba zahrnuje již zmíněnou hospitalizaci, kde by mělo být zajištěno vlhké a teplé prostředí. K léčbě symptomů pruritu a zánětu se doporučuje aplikace kortikosteroidů (Kuklová, 2018).

### **1.5.6 Psoriasis inverze**

Jinými slovy obrácená psoriáza se výrazně liší od typické formy lupénky. Mezi predilekční místa vzniku se řadí záhyby těla – v podpaží, na krku, pod prsy, v oblasti třísel, genitálu a recta (Drozenová, 2008). Místa vzniku jsou charakteristická vznikem ohraničených lézí, které mají červené zbarvení s lesklým povrchem a jsou bez šupin (Langley et al., 2005). Průběh psoriázy je chronický a může vzdorovat terapii (Čelakovská, 2020).

### **1.5.7 Psoriasis unguium**

Postihuje a probíhá pouze v oblasti nehtové jednotky. Léčba nehtové psoriázy je složitá a obtížně léčitelná. Vyžaduje pravidelnou a dlouhodobou terapii (Benáková, 2007a). Častěji dochází k postižení nehtů na nohou než na rukou. Může dojít až k odloučení nehtu od lůžka (Langley et al., 2005). Typickým projevem je dolíčkování nehtů a vznik olejových skvrn, které prosvitají pod nehtem. Jedná se o časté onemocnění, jehož vznik se řadí jako předzvěst možného vzniku psoriatické artritidy (Tichý, 2011). Lehké trauma při manikúře a nošení nevhodné obuvi může také přispět ke vzniku psoriatických změn (Čelakovská, 2020).

## 1.6 Klinický obraz

Podle Štolfa: „*typickým projevem ložiskové psoriasis vulgaris je plochá, ostře ohraničená, červená makulopapula, krytá snadno odlučitelnou bělavou šupinou.*“ (Štolfa a kol., 2007, s. 138).

Typ psoriázy určuje oblast postižení, závažnost a recidivu (Röcken, 2018). Psoriáza je papuloskvamózní onemocnění, které má proměnlivý průběh. Typické pro něj je šupinatění vyvýšených lézí neboli papulí. Léze jsou charakteristické dobrým kruhovým ohraničením. Papuly mají červenou barvu a jsou pokryty plaky se stříbrnými nebo šedými suchými šupinami a jejich rozmístění na pokožce je symetrické (Langley et al., 2005). Šupiny jsou přilnavé a postupně mohou odpadávat (šupení). Pokud dojde k odškrabávání šupin, může se objevit krvácení (Peňázová, 2007). Nejčastěji se vyskytují na pokožce hlavy, loktech, kolenou, kšticí, nehtech, a také v lumbosakrální oblasti (Semrádová, 2023). Onemocnění je charakterizováno střídavým obdobím, kdy v jednom z nich dochází ke zklidnění projevů onemocnění a následně je doprovázeno obdobím zhoršení příznaků. Jinými slovy se děj nazývá remise a relaps (Nevoralová, 2013). V době akutního výsevu jsou všechny léze poměrně stejné velikosti rozšířené po celém povrchu kůže, zatímco při chronické fázi dochází ke zvětšování papul, které mohou dosáhnout až rozsáhlých ložisek lupénky (Semrádová, 2023).

Subjektivní příznaky se odvozují od závažnosti lupénky. Lze zde pozorovat dopad lupénky na kvalitu života nemocného za pomoci standardizovaných dotazníků. Mezi subjektivní pocity pacienta můžeme zařadit pocit pálení kůže spojený s pruritem. V oblasti prasklin, které mají hlubší charakter může pacient pociťovat bolest. Pocity horka nebo chladu způsobené tepelnou nestálostí mohou být doprovodným příznakem erythrodermické psoriázy. V oblasti objektivních projevů lze pozorovat podobnou charakteristiku obrazu postižení. Jinými slovy ji nazýváme monomorfní obraz postižení. U akutní formy psoriázy nedochází k tvorbě šupinatění ve velkých oblastech na rozdíl od chronické formy, kde míra šupinatění je různá. V objektivních příznacích lze sledovat také Auspitzův a Koebnerův fenomén (Vašků, 2020).

### 1.6.1 Auspitzův fenomén

Jedná se o fenomén vyskytující se přibližně u jedné čtvrtiny psoriatiků. Znamená snadné odloučení šupiny pomocí nehtu, kdy často bývá přirovnáván k odlupování voskové svíčky. Díky tomu odhalíme místo poslední kůžičky (výrazně ztenčenou část epidermis) nad

vrcholky papil, které snadno odstraní další pohyb nehtu. Porušením kapilární stěny papily ve škáře vznikne bodovité krvácení. Jedná se o znamení, které nám klinicky odhalí histopatologický podklad projevu nemoci (Štork, 2007a; Štork, 2013).

### 1.6.2 Koebnerův fenomén (izomorfní)

Izomorfní fenomén je časté klinické znamení v oblasti psoriázy. Je typický vznikem primárních příznaků dermatologických onemocnění v místech, které jsou podrážděné nebo poškozené. Klinické projevy nejsou typické jen pro psoriázu, ale mohou zahrnovat i jiné kožní onemocnění (např. vitiligo). Asi 1 až 4 týdny po působení provokačních faktorů, dochází ke vzniku primárních projevů lupénky. Jedná se především o příznaky, které vznikly v místě traumatu. Mohou se vyskytnout také vlivem agresivní léčby, kdy dojde k podráždění kůže, nebo spálení sluncem (Štork, 2007a). Koebnerův fenomén se může objevit v akutní fázi výsevu papul (Semrádová, 2023). Agresivní léčbou se myslí například fototerapie, která musí být indikována opatrně, aby nedocházelo k novému výsevu ložisek, tedy ke Koebnertovu fenoménu (Ettler, 2021).

## 1.7 Diagnostika

Spočívá ve správném odebrání anamnestických údajů o pacientovi, a to včetně rodinné anamnézy z důvodu možného výskytu lupénky u příbuzenstva. Dále je pro stanovení správné anamnézy potřebné znát klinický průběh choroby a histopatologické vyšetření (Semrádová, 2023). Pro správnou diagnostiku je také důležitá pracovní a sociální anamnéza. Zjišťujeme ekonomickou situaci a podmínky pacienta. Dále také zátěž v pracovním procesu a úroveň stresového zatížení (Vašků, 2020).

Při prvotním vyšetření je důležité, aby byla kůže vyšetřena po celém svém rozsahu. Lze si vypomocet použitím dotazníků, které zkoumají poškození kůže v souvislosti s psoriázou. Jedná se například o BSA dotazník (Body Surface Area) nebo pomocí PASI. Vyšetření je zaměřeno především na predilekční místa vzniku. Hodnotíme hustotu výsevu, dynamiku vývoje, vznik seskupení a popisujeme morfy. Všíáme si u nich tvaru, charakteru periferií, zbarvení, povahy šupin a stupně infiltrace. Součástí diagnostiky je také podrobné vyšetření nehtů. V této oblasti lze využít dotazník NAPSI (Nail Area Psoriasis Severity Index). Dále vyšetřujeme oblast kštice, zapárkovou oblast, perigenitální a perianální oblast, a také sliznici dutiny ústní. Frekvence kontrol je závislá na formě psoriázy (Vašků, 2020).

Můžeme využít komplexní diagnostiku, která zahrnuje laboratorní vyšetření. Při vyšetření krve provádíme biochemický screening, mikrobiologické vyšetření, hematologické vyšetření, do kterého patří odběr na krevní obraz a diferenciál. Dále se kontroluje sedimentace červených krvinek. Zkoumáme také hodnotu lipidů, hladinu CRP, ASLO a HLA typizaci. Vyšetřujeme také moč a močový sediment. Základní laboratorní vyšetření lze rozšířit na základě stavu lupénky (Semrádová, 2023; Vašků, 2020). Jako doplňkové vyšetření můžeme u artropatických forem lupénky provést rentgenové vyšetření kloubů a páteře (Semrádová, 2023).

## 1.8 Terapie

V minulosti se psoriáza léčila pouze symptomaticky. Principem léčby je individualizovaný přístup k pacientovi, a to v závislosti na věku, pohlaví, celkového zdravotního stavu, zaměstnání a komorbiditách (Benáková, 2007c). Terapie dnešní doby nabízí různé terapeutické metody. Jedná se jak o lokální terapii, systémovou terapii nebo duální terapii. Duální terapie spočívá například ve fototerapii s následným podáním léčiv (Pagano, 2012).

Léčba by měla být komplexní a měla by zahrnovat zohlednění vlivu partnera, rodinných příslušníků a zaměstnání. Klade také důraz na zvládání prevence nemoci. Pokud nedochází k eliminaci provokačních faktorů nelze dosáhnout požadovaného efektu léčby. Jejím cílem je tedy eliminovat projevy lupénky, dosáhnout a udržet remisi, vyhnout se nežádoucím účinkům a zajistit lepší kvalitu života nemocného (Benáková, 2007c).

### 1.8.1 Lokální terapie

Vnější terapie je hlavním pilířem léčby lupénky. Využívá se k terapii méně závažných forem psoriázy. V případě závažné formy je určena jako doplňková terapie. Léčebný prostředek se volí na základě individuálních potřeb pacienta. Při výběru léku se přihlíží ke stádiu lupénky, formě, rozsahu a lokalizaci (Navrátilová a Miklíková, 2011).

Výhodou zevní terapie je minimalizace vedlejších účinků léků. Nevýhodou je časová náročnost aplikace. Pomocí aplikace přípravků se snažíme docílit odstranění typických projevů psoriázy, čímž se myslí nadměrné šupinatění pokožky (Obstová, 2016).

Pozitivní výsledek užívání zevní terapie závisí na pečlivosti a pravidelnosti péče o kůži, správné technice provedení, znalostech o vedlejších účincích a způsobu uchování léčivých přípravků (Navrátilová a Miklíková, 2011). Z antipsoriatických léků jsou nejvíce používané

kortikosteroidy, které mají silný protizánětlivý účinek a při správném použití se řadí mezi bezpečné pro pacienta (Štolfa a kol., 2007).

V dnešní době se diskutuje o postoji Zinku v léčbě lupénky. Podle nedávné studie, která hodnotila hladinu zinku v séru bylo výsledkem, že hladina zinku byla snížena u nemocných, kteří trpěli těžkou formou lupénky nebo se s daným onemocněním léčili delší dobu. Nízká hladina zinku v séru vede k náchylnosti ke vzniku infekce, která může vyvolat dermatologické změny a být spouštěčem lupénky. Proto by perorální suplementace zinku mohla pomoci v její terapii. U některých nemocných, kteří mají nízkou hladinu zinku suplementace nemusí přinést zlepšení lupénky, kdy důvodem může být porucha vstupu zinku do buněk (Kotolová a Nováková, 2022).

V následující tabulce se nachází léčivé přípravky používané k lokální terapii.

Tabulka 1 - Léčivé přípravky k lokální terapii psoriázy

<b>Léčivé přípravky k lokální terapii lupénky</b>	
<b>Kamenouhelný dehet</b>	Používá se u dospělé populace v různé koncentraci do 10 %. Přípravek je dostupný v různých formách jako mast, šampón, mýdlo a jiné. Dehet se používá nejčastěji ke Goeckermanově metodě. Efektem je antibakteriální, snižuje svědění a tlumí růst ložisek (Baranová, 2018). V případě, že jedinec má ohraničená ložiska může se aplikovat čistý dehet (pix cruda). Aplikuje se formou minutové terapie. Děti a gravidní ženy jsou kontraindikovány k dehtové terapii. Při dlouhodobé léčbě může být vedlejším účinkem nefrotoxicita (Vojáčková, 2017). Nevýhodou dehtové terapie je barva dehtu a zápach (Baranová, 2018).
<b>Antralin</b>	Jinými slovy Cignolin nebo Dithranol, je indikován u pacientů s mírnou nebo středně těžkou psoriázou (Vojáčková, 2017). Léčba je prováděná buď formou minutové terapie v koncentraci přípravku od 1 do 4 %, anebo v režimu denní terapie, kdy je pacientovi poskytována nižší koncentrace léku od 0,05 – 0,1 %. Cignolin ovlivňuje hyperproliferační keratinocytů a má imunosupresivní účinek. Z počátku se Antralin aplikuje pomocí rukavic na ložisko psoriázy po dobu 5 minut, kdy se následně smyje teplou vodou bez mýdla. Expoziční doba se postupně prodlužuje a může se navýšit až

	po dobu 30 minut (Baranová, 2018). Při aplikaci přípravku je nutno zabránit kontaktu s očima a s oblastí genitálu. Kontraindikací k podstoupení léčby je nestabilní lupénka, erythrodermie a pustulózní forma psoriázy (Vojáčková, 2017).
<b>Kortikosteroidy</b>	Jedná se o lékovou skupinu, která se používá k terapii středně těžké až těžké formy lupénky. Používají se buď v kombinaci nebo samostatně. Pro svůj protizánětlivý účinek se staly nepostradatelným lékem v terapii lupénky. Jejich efekt je rychlý, snadno se aplikují a jsou dobře snášeny pacienty. Mezi jejich nevýhody se řadí krátkodobý efekt společně s rychlým vymizením účinku léků po vysazení. Kontraindikací je snížená obranyschopnost, alergie na jednotlivé složky léku, gravidita a laktace (Vojáčková, 2017).
<b>Analoga vitamínu D<sub>3</sub></b>	Do analog vitamínu D <sub>3</sub> spadají léky jako Kalcipotriol, Takalcitol a Kalcitriol. Jejich účinek je prodiferenciační. Dále spočívá v tlumení proliferace a zasahuje do imunitních činností organismu. Nástup účinku je poměrně pomalý, ale z hlediska dlouhodobé bezpečnosti a trvání účinku je lepší než kortikosteroidy (Vojáčková, 2017). Analoga vitamínu D <sub>3</sub> jsou kontraindikovány u pacientů s poruchou ledvin, gravidních a kojících žen a abnormality v metabolismu vápníku. Užívání vyšších dávek léku může vést k hypervitaminóze D (Baranová, 2018).

*Zdroj: vlastní zpracování*

Podpůrná léčba je neodmyslitelnou součástí terapie. Jejím úkolem je snížení suchosti kůže, odstranění šupinatění a snížení svědění. Mezi látky podpůrné terapie se řadí kyselina salicylová a močovina. Kyselina salicylová je keratolytikum, které se nejčastěji používá v léčbě lupénky. Díky svým vlastnostem snižuje pH pokožky, a tím jí hydratuje a změkčuje. K dosažení rychlého efektu je zapotřebí podávat vyšší koncentraci keratolytik. Kombinovaná léčba s fototerapií není možná, protože kyselina salicylová má fotoprotektivní účinky. Dlouhodobá aplikace větších ploch psoriázy se nedoporučuje z důvodu rizika intoxikace. Intoxikace se projevuje hučením v uších, návaly horka, pocení a bolesti hlavy, nevolnost až zvracení, únava, poruchy vědomí a další. Není doporučována také kombinace s Kalcipotriolem (Analog vitamínu D<sub>3</sub>) z důvodu snižování jeho účinku. Nejčastěji je

kyselina salicylová kombinována s kortikosteroidy. Urea svými účinky ztenčuje a zlepšuje průnik léčiva do pokožky (Vojáčková, 2017). Emoliencia jsou látky, které snižují suchost a svědění kůže. Po jejich aplikaci vytvářejí okluzi, čímž omezují odpařování vody a hydratují pokožku. Jejich hlavním účinkem je také redukce šupinatění, prasklin a svědění pokožky (Vojáčková, 2017; Baranová, 2018).

### 1.8.2 Systémová terapie

Vnitřní léčba se využívá u těžších forem psoriázy, kterou trpí okolo 25 % nemocných. Je aplikována u rozsáhlejších dermatologických postižení, které jsou pro nemocného velmi omezující. Jedná se třeba o dlaně rukou nebo plosky nohou (Štork, 2013; Štolfa a kol., 2007). K celkové terapii se přistupuje v případě, že selže zevní terapie nebo fototerapie. Systémová terapie je pro pacienta pohodlná, nicméně je doprovázena nežádoucími účinky. Pro předcházení jejich vzniku dochází k rotační léčbě, což znamená, že se léky určené k vnitřní léčbě po určité době střídají (Obstová, 2016).

Na stabilizovaná ložiska u mírné až středně těžké psoriázy lze využít laseroterapii. Postižení by nemělo přesáhnout 10 % povrchu těla. Používá se laser o síle záření 308 nm. Její výhodou je nižší počet sezení, pacient je tedy vystaven nižší dávce záření (Obstová, 2016).

V následující tabulce jsou uvedeny léčivé přípravky používané k celkové terapii lupénky.

Tabulka 2 - Léčivé přípravky určené k systémové terapii lupénky

<b>Léčivé přípravky užívané k celkové terapii psoriázy</b>	
<b>Methotrexát</b>	Jedná se o první systémový lék v léčbě lupénky. Je antagonist kyseliny listové. Jeho účinek je antiproliferační, imunomodulační a protizánětlivý. Do kontraindikace spadají jedinci, kteří plánují založit rodinu (methotrexát je teratogenní). Může způsobovat poškození jater, zhoršení ledvinných funkcí a útlum funkce kostní dřeně. Během léčby jsou nutná laboratorní vyšetření krve (krevní obraz a jaterní enzymy) a vyšetření renální funkce (Obstová, 2016). Často se objevují nežádoucí účinky, které se odvíjí od podané dávky. Pacient může trpět cefalgii, únavou, nevolností až zvracením. Typické jsou také projevy jako horečka, zimnice, neostře vidění a závratě (Nevoralová, 2013). Methotrexát je možno podávat jak ústy, tak intramuskulárně v dávce 7,5–30 mg/týdně. Nástup účinku lze

	pozorovat za 1 až 2 měsíce po zahájení léčby. Terapie pomocí methotrexátu je vhodná při dlouhodobé léčbě a lze ji kombinovat se světloléčbou (Obstová, 2016).
<b>Acitretin</b>	Jedná se o aromatický retinoid, který normalizuje keratinizaci a jeho účinky jsou prakticky stejné jako u methotrexátu. Je indikován u různých forem těžkého průběhu lupénky a je vhodný i pro pustulózní formu a erythrodermii. Lék lze užít perorálně v dávce 25–50 mg/den hned po jídle nebo se zapíjí mlékem. Nástup účinku je rychlý, můžeme jej pozorovat do 2 až 4 týdnů od zahájení léčby. Acitretin je vhodné kombinovat s lokální terapií nebo světloléčbou. Pro nemocné, kteří plánují založit rodinu není Acitretin vhodným léčivem. Mezi jeho kontraindikace spadá fertlní věk, postižení jater a ledvin, hyperlipidémie a laktace a gravidita, která je vyloučená ještě 2 roky po léčbě. Acitretin může být hepatotoxický a může se objevit také kostní toxicita. Pacientovi by měly být pravidelně odebírány jaterní testy a hladina tuků. Mezi jeho nežádoucí účinky spadá suchost očí a sliznic, vypadávání vlasů a fotosenzitivita (Nevoralová, 2013; Fialová a Kojanová, 2020).
<b>Cyklosporin A</b>	Je imunosupresivní léčivo (polypeptid) indikováno při artropatické psoriáze, erythrodermii a psoriasis vulgaris. Je nefrotoxický a může způsobovat hypertenzi, hyperlipidémii a interakci s některými léčivy, proto je důležitá monitorace ledvinných funkcí a krevního tlaku. Nástup účinku je rychlý a můžeme jej pozorovat již do 2 týdnů. Výrazný efekt lze vnímat do 1 měsíce od zahájení léčby. Aplikuje se perorálně a není vhodný pro dlouhodobou terapii. Dávka léku by se měla pohybovat od 2,5–5 mg/den. Nedoporučuje se kombinovat s fototerapií kvůli riziku vzniku kožních nádorů (Obstová, 2016).

*Zdroj: vlastní zpracování*

### 1.8.3 Fototerapie

Jedná se o účinnou metodu v léčbě psoriázy. Účinky slunečního záření jsou známy již od středověku. V roce 1925 byla poprvé Goeckermanem použita kombinace UV záření a lokální dehtové terapie. Léčba prodělala několik změn a využívá se dodnes (Ettler, 2007).



Fototerapie pracuje na principu neionizujícího elektromagnetického záření, které je prováděno za účelem dosažení léčebného účinku na kůži (Ettler, 2021). Dělí se na přirozené záření, jako například pobyt u moře a na záření, které je vydáváno za pomoci zářičů (Štork, 2013). Zářiče dělíme na celotělové a lokální. Lokální zářiče umožňují cílenou léčbu postižených míst (Nevoralová, 2013).

Světloléčba má řadu žádoucích, ale i nežádoucích účinků, které se mohou objevit v případě, že dojde k překročení bezpečné dávky záření. Měla by vždy probíhat výhradně pod lékařských dohledem a v prostorách tomu určených (Peňázová, 2007). Nežádoucí účinky lze rozdělit na akutní a chronické. Do akutní reakce spadá erytém až otok a tvorba puchýřů. Méně častá je hyperpigmentace, svědění a bolest kůže. Stárnutí kůže je řazeno do chronických vedlejších účinků UV záření. Ve vážných případech může kumulovaná dávka UVA (Ultrafialové záření pásma A) způsobovat výskyt nádorového onemocnění kůže (Ettler, 2007). Ke světloléčbě se přistupuje, pokud rozsah postižení u nemocného jedince je vyšší než 30 % povrchu těla a zevní léčba není dostatečně efektivní. Zároveň je využívána pouze v případě středně těžké nebo těžké formy lupénky. Časová náročnost a kontraindikace u některých forem psoriázy jsou nevýhodou světloléčby. Tuto formu terapie lze považovat za bezpečnou a účinnou (Obstová, 2016). Frekvence fototerapie je obvykle 3x až 5x za týden po dobu max. 3 měsíců. Nejúčinnějším zářením k léčbě psoriázy je UVB (Ultrafialové záření pásma B), a to v doporučené vlnové délce 311 nm. (Obstová, 2016). Vždy, je vhodná kombinace fototerapie s lokální léčbou (Ettler, 2007).

### ***Kombinovaná terapie UVB záření***

UVB (Ultrafialové záření pásma B) je záření o vlnové délce od 290 do 320 nm. Jinými slovy širokospektré vlnění. Jedná se o záření, které je vhodné k léčbě psoriázy. Díky svým vlastnostem proniká přes pokožku až k bazální membráně. Záření je silně pigmentotvorné a způsobuje začervenání. Nejúčinnější dávka UVB záření, která napomáhá k terapii psoriázy ve formě světloléčby je 311 nm (Ettler, 2021). Goeckermanova metoda je nejstarší a nejúčinnější metoda v léčbě lupénky. Jedná se o kombinaci UVB a dehetu. Postup spočívá v aplikaci 3–5 % dehtové masti/pasty, která je pacientovi ponechána přes noc. Ráno po aplikaci si pacient rozetře pomocí oleje místa, na které byla aplikována mast/pasta. Následně bude pacient vystaven světloléčbě, po které se vykoupe. UVB záření a deriváty vitamínu D<sub>3</sub> jsou dobře snášenou terapií u psoriatických pacientů. Léčiva je nutno aplikovat lokálně a až po ozáření z důvodu mírné fotoprotekce (Ettler, 2021).

### *Kombinovaná terapie UVA záření*

Druhé záření, které se používá při fototerapii psoriázy je UVA záření (Ultrafialové záření pásma A). Nazývá se dlouhovlnné UV záření. Jeho vlnová délka se pohybuje v rozmezí 320 až 400 nm. Lze jej využít samostatně, nebo v kombinaci s fotosenzibilátorem, například PUVA (Ettler, 2021). PUVA je kombinace dlouhovlnného UV záření s látkou zvanou psoralen, která učiní kůži citlivější na ultrafialové záření. Nejčastěji se používá v léčbě těžkých forem lupénky. Důležitá je kontrola dávkování. Překročení dávky může způsobovat popálení kůže (Peňázová, 2007). Mezi psoraleny se řadí methoxypsoralen (8-MOP) a OxSORalen. Účinek PUVA léčby lze zesílit lokální terapií. Kontraindikací jsou kožní nádory, gravidita a kojení, šedý zákal a hepatální dysfunkce (Ettler, 2021).

Součástí světloléčby je také tzv. balneofototerapie. Jedná se o kombinaci fototerapie s koupelí (např. bath-PUVA). Průběh léčby spočívá v minutové koupeli ve vaně (15 až 20 minut), která obsahuje mořskou sůl nebo její náhražky, jako například ichtamol, bylinné extrakty, liquor carbonis detergent a další. Po koupeli následuje fototerapie v podobě ultrafialového záření. Méně častá forma je synchronní balneofototerapie. Jedná se o koupel, která je prováděná současně s UV zářením. Thalasoterapie je přirozená forma balneofototerapie. Jinými slovy se nazývá přímořská léčba. Pro její využití je nejčastěji doporučován pobyt u Mrtvého moře (Ettler, 2007).

#### **1.8.4 Biologická léčba**

Biologika jsou léky, které jsou biotechnicky a cíleně vyráběny k léčbě lupénky. Cíleně zasahují do patogenních procesů lupénky na úrovni T lymfocytů. Díky tomuto procesu, je biologická léčba bezpečná, efektivní a účinná (Obstová, 2016). První biologika k léčbě lupénky se v České republice objevily v roce 2002. Škála rozsahu těchto léků se neustále zvětšuje. Máme dostupných deset molekul ze čtyř lékových skupin – inhibitory IL-17, inhibitory IL-23, inhibitory IL-12 a IL-23 a TNF inhibitory (Hugo, 2022).

Pro pacienta je tato terapie komfortnější než jiná systémová léčba. Aplikuje se dle typu léku, a to buď subkutánní injekcí, injekčním perem nebo intravenózně za pomoci infuzní terapie. Nemocný dochází k biologické léčbě 1 – 2x za týden, nicméně je to individuální a může docházet i v delších časových intervalech. Léčba je indikována u ložiskové psoriázy, kdy nelze použít minimálně dva typy systémové terapie nebo světloléčby (Obstová, 2016).

Před zahájením biologické léčby musí být nemocný řádně vyšetřen jak klinicky, tak laboratorně. Podstupuje se screeningové vyšetření na různé infekce. Biologika se řadí do

lékové skupiny selektivních imunopresiv, proto jsou pro nemocného rizikové veškeré zánětlivé procesy v těle. Kontraindikací k podání biologické léčby jsou aktivní infekce, prekancerózy, závažná onemocnění vnitřních orgánů těla, malignity a další (Obstová, 2016).

Následující tabulka obsahuje nejčastěji užívaná biologika ze čtyř lékových skupin.

Tabulka 3 - Přípravky určené k biologické léčbě psoriázy

<b>Inhibitory interleukinu 23 (IL-23)</b>	
<b>Guselkumab</b>	Jedná se o humanizovanou protilátku – Imunoglobulin G, která je mířená na interleukin 23 (IL-23), který je klíčový v patogenezi lupénky. Guselkumab se váže na podjednotku p19 IL-23 čímž brání v napojení na jeho receptor. Účinkem imunoglobulinu G je zastavení proliferace keratinocytů v ložiscích lupénky a normalizace produkce prozánětlivých cytokinů. Guselkumab se podává v podobě subkutánních injekcí, které jsou indikovány u středně těžké až těžké psoriázy. Míra pravděpodobnosti v dosažení cíle je zde vysoká, a to i u komplikovaných případů lupénky (Šternberský a Tichý, 2020).
<b>Risankizumab</b>	Jinými slovy nazýván Skyrizi je humánní monoklonální protilátka, která je také inhibitorem interleukinu-23 (IL-23) stejně jako Guselkumab (Horažďovský, 2020).
<b>Inhibitory interleukinu 17 (IL-17)</b>	
<b>Secukinumab</b>	Jedná se o imunoglobulin, který je namířený na interleukin 17 A (IL-17 A), který se taktéž uplatňuje v patogenezi psoriázy. Účinek spočívá v neutralizaci a zastavení aktivace bujení keratinocytů. Jeho výhodou je, že neovlivňuje hepatální a renální funkci. Efekt terapie Secukinumabem je ve většině případů bezpečný a dlouhodobý. Doposud nebyly zaznamenány negativní účinky z hlediska bezpečnosti (Šternberský a Tichý, 2019). Secukinumab je indikován u středně těžké až těžké lupénky u dospělých jedinců. Léčivý přípravek lze použít také k terapii psoriatické artritidy. Podává se samotný nebo v kombinaci s Methotrexátem. Kontraindikací je přecitlivění na léčivý přípravek a aktivní infekce (Salavec, 2017).

<b>Bimekizumab</b>	Novodobá humanizovaná monoklonální protilátka, jejichž účinkem je neutralizace IL-17. Látka prošla nedávným schválením k léčbě středně těžké a těžké formy lupénky u dospělých jedinců. V dosavadních studiích se udává, že Bimekizumab je bezpečným a účinným lékem v terapii psoriázy (Ruggiero et al., 2022).
<b>Brodalumab</b>	Taktéž lidská monoklonální protilátka, která se váže na receptor interleukinu 17. Používá se k léčbě středně těžké až těžké ložiskové lupénky. Brodalumab se vyznačuje svou rychlou kontrolou nad psoriázou. Nedoporučuje se u pacientů, kteří trpí depresemi nebo sebevražednými myšlenkami (Foulkes a Warren, 2019).
<b>Inhibitory tumor nekrotizující faktor alfa (TNF)</b>	
<b>Infliximab</b>	Používá se při středně těžké až těžké psoriáze. Aplikovaná dávka je 5 mg/kg. V případě, že pacient nevykazuje reakci na léčbu po dobu 14 týdnů, tak se další dávka Infliximabu nepodává. Léčba Infliximabem pacientovi poskytuje zlepšení kvality života a zmírňuje projevy lupénky (Urbánek, 2017).
<b>Adalimumab</b>	Lidská protilátka, která blokuje vzájemné působení s povrchovými receptory. Indikuje se u středně těžké až těžké lupénky. Používá se také k léčbě psoriatické artritidy. Látka se podává subkutánně a dle studií je lék bezpečný i účinný (Slonková a Vašků, 2015).
<b>Inhibitory interleukinu 12 a 23 (IL-12, IL-23)</b>	
<b>Ustekinumab</b>	Lidská imunoglobulinová látka, která specificky blokuje podjednotku interleukinu 12 a 23. Je indikován k léčbě plakové lupénky se středně těžkým až těžkým průběhem, kde selhala nebo byla vyčerpána systémová i lokální terapie. Ustekinumab lze využít k terapii arthritida psoriatica. Mezi jeho kontraindikace lze zařadit tuberkulózu, senzitivitu na látku, aktivní infekce a nádorové onemocnění (Ciferská a Štolfa, 2016).

*Zdroj: vlastní zpracování*

### 1.8.5 Alternativní léčba

Vlastní definice lupénky dle Pagana zní: „*Lupénka, je vnějším projevem snahy organismu zbavit se nahromaděných toxinů*“ (Pagano, 2012, s. 85).

Alternativní přístup k léčbě lupénky spočívá v očištění organismu a prevenci příjmu toxických látek. Úkolem je zmírnění vnějších procesů pomocí přírodních látek. Jak již bylo řečeno očista organismu od toxických vlivů je velmi důležitá v oblasti nekonvenční medicíny. Z anatomického hlediska jsou střeva a ledviny nejdůležitějším vyměšovacím orgánem. Správné stravovací návyky umožňují regeneraci, a to i na buněčné úrovni. Očistu tlustého střeva lze provést výplachem. Pokud pacient nemůže podstoupit výplach tlustého střeva, nabízí se zde alternativa v podobě přírodního projímadla, který na rozdíl od výplachu pouze spodní části trávicí trubice čistí také horní část trávicího řetězce. Neúčinnějším přírodním projímadlem je syrová zelenina a ovoce (meruňky, fíky, broskve, švestky) nebo olivový olej (Pagano, 2012).

#### ***Dietní opatření***

Neexistuje speciální dieta, která by byla vytvořená přímo pro osoby trpící lupénkou. Účinnost dietního opatření není doposud známa, ale mezi obecné doporučení spadá dodržování zdravé racionální diety (Nevoralová, 2013).

Doporučuje se:

- Redukce živočišných tuků.
- Konzumace tučných ryb (tuňák, makrela, losos). Rybí tuk obsahuje omega-3 mastné kyseliny, které mohou blokovat příčinu vzniku psoriázy.
- Bohatá strava na zeleninu a ovoce, která může přispívat k prevenci vzniku lupénky.
- Dodržování pitného režimu (Peňázová, 2007).
- Omezení masa a cukrů.
- Při asociaci s metabolickým syndromem dodržování jaterní diety.
- Vhodná je kombinace zdravé výživy společně s tělesným pohybem (Nevoralová, 2013).

### *Přírodní ingredience k boji s psoriázou*

Mezi přírodní látky, které je možné použít k vnějšímu použití, patří různé oleje (ricinový, olivový, arašídový), parní lázně, sluneční světlo a jiné. Směs olivového a arašídového oleje nabízí jednu z neúčinnějších látek alternativní medicíny. Pomáhá zabránit popraskání kůže (Pagano, 2012). Olivový olej se používá pro hydrataci pokožky a zároveň uklidňuje její podráždění. Tea Tree Oil se používá díky protizánětlivému účinku (Theobald, 2022). Sluneční světlo má také blahodárný efekt na lupénku. K léčbě kožních chorob se často doporučuje i pobyt u moře. Toto doporučení je vhodné i pro psoriaticky, za předpokladu, že se před přímým sluncem budou chránit a nespálí si pokožku (Pagano, 2012).

Dalšími produkty, které mohou zmírnit příznaky onemocnění jsou ovesné vločky, jablečný ocet, jedlá soda a sůl z mrtvého moře. Jejich efekt spočívá ve zmírnění svědění a podráždění spojeného s psoriázou. Pro zklidnění pokožky a k rychlejšímu hojení ran je vhodné použít rostlinu Aloe Vera, která je antibakteriální a antiseptická. Před použitím těchto přírodních produktů je důležité vše konzultovat se svým ošetřujícím lékařem (dermatologem), aby nedocházelo k interakci s nastavenou léčbou (Theobald, 2022).

## **1.9 Komplikace a komorbidity u psoriázy**

Vznik komorbidit má významný a nepříjemný dopad na kvalitu života a může ovlivňovat také jeho délku. Přidružená onemocnění ovlivňují druh zvolené terapie (Hugo, 2022). Ke vzniku komplikací přispívá forma a průběh lupénky. Mezi nejčastější komplikace se řadí mikrobiální superinfekce, které se objevují nejčastěji v oblasti vlhké zapáčky – opruzeniny. Původci infekce jsou nejčastěji bakterie žijící ve střevě (enterobakterie) a kvasinkové infekce. Psoriatická artritida není považována za komplikaci, ale spíše za komorbiditu (Benáková, 2007b).

Psoriáza je často doprovázena také tzv. metabolickým syndromem. Jedná se o stav, kdy dochází k hromadění rizikových faktorů. Spadá zde obezita, vysoký krevní tlak, intolerance glukózy a dyslipidémie. Jedná se o choroby, které souvisejí nejčastěji s životním stylem nemocného. Asociace lupénky s kardiovaskulárním onemocněním je velmi častá a nejedná se jen o již zmíněnou hypertenzi, ale také o infarkt myokardu, aterosklerózu a cévní mozkovou příhodu. Riziko vzniku ischemické choroby srdeční je u psoriaticků vyšší než u zdravých jedinců, a to z důvodu zvýšené kalcifikace (Yamazaki, 2021).

Mezi další komorbidity u psoriázy se řadí psychologické změny a poruchy, hepatopatie a zánětlivé choroby střev – Crohnova choroba, ulcerózní kolitida (Nevoralová, 2013). Psoriáza také přispívá ke zvýšenému riziku vzniku malignit (Kotolová a Nováková, 2022). Roztroušená skleróza je taktéž řazena mezi komorbidity lupénky, i když není přesně znám jejich vztah (Hugo, 2022).

Dopad na kvalitu života jedince lze přirovnat k jiné chronické chorobě jako je třeba nádorové onemocnění. Vliv lupénky by neměl být podceňován, a to především v psychosomatické a psychosociální oblasti. U psoriaticů narůstá výskyt depresí, úzkostí a nelze opomenout sebevražedné sklony (Vašků, 2009).

### 1.10 Prognóza

Prognóza je velmi individuální a lze ji vyjádřit pouze obecně, a to na základě prognózy rizikových faktorů konkrétního jedince. Pozitivním poznatkem pro osoby trpící lupénkou je to, že prognóza bývá zpravidla příznivá. Onemocnění nemocného neohrožuje na životě. Lupénku lze léčit a díky novým poznatkům medicíny přichází na trh řada nových léků. Jedná se o chronickou celoživotní chorobu, proto může být pro jedince těžké danou situaci přijmout. Průběh onemocnění nelze zásadně ovlivnit či předpovídat, nicméně většina pacientů postižených lupénkou trpí mírnou až středně těžkou formou (Benáková, 2007b). Prognostický stav se odvíjí také od typu a formy lupénky. Pacienti trpící I. typem psoriázy nebo artropatickou formou mají horší průběh prognózy. Erythrodermická a generalizovaná pustulózní forma lupénky může nemocného ohrožovat na životě (Semradová, 2023).

Lupénka může mít velký význam pro kvalitu života. Dle dotazníku na kvalitu života u pacienta s psoriázou byly zjištěny výsledky, kdy dopad na kvalitu života je lepší než u pacientů s depresemi, ale horší než u pacientů trpících maligním onemocněním, revmatoidní artritidou a dalšími (Štolfa a kol., 2007). Je důležité, aby se pacient s celoživotní chorobou naučil žít a dodržoval její léčbu tak, aby co nejméně ovlivňovala kvalitu života nemocného. V případě negativního ovlivnění života jedince je vhodné zvážit konzultaci s psychologem nebo psychiatrem (Nevoralová, 2013).

Prognózu onemocnění mohou ovlivňovat nepříznivé faktory vzniku lupénky. Mezi nepříznivé faktory řadíme:

- Vznik lupénky v raném věku (do 10 let)
- Mužské pohlaví (ve většině případů muži trpí horším průběhem, nemoci než ženy)

- Genetická predispozice
- Nestabilita choroby a krátká remise
- Velikost ložisek (rozsah choroby)
- Nerealizace léčby
- Nemožnost odstranění vyvolávajících faktorů
- Nehtová psoriáza, postižení dlaní a plosek (Benáková, 2007b).

### 1.10.1 Prevence

Prevenci lze rozdělit na primární a sekundární. V oblasti primární prevence se nejvíce uplatňuje genetické poradenství a životní styl. Sekundární prevence spočívá ve volbě terapie a jejím udržování a léčbě při progresi onemocnění. Dále je důležité dbát na vyhýbání se provokačním faktorům, jako jsou infekce, které musí být dostatečně vyléčené, a také omezení psychického stresu. Důležité je se starat o dietní opatření a omezit příjem alkoholu (Semrádová, 2023). Klíčový je také pravidelný a kvalitní spánek a vyvarovat se zraněním kůže. Hlavní prevencí je taktéž samotná péče o kůži, a to především v období remise (Benáková, 2007b). Doporučují se každodenní koupele a udržovat pokožku hydratovanou. Je vhodné získat každý den alespoň malé množství slunečního světla (Marks, 2021).



## 2 PÉČE O PACIENTA S PSORIÁZOU

Kompetence k léčbě lupénky spadají do péče dermatologa. V případě, že se jedná o lehkou formu lupénky, je možné, aby péče byla poskytována v rámci kompetencí u praktického lékaře za předpokladu spolupráce s dermatologem (Benáková, 2007b; Vašků, 2020).

Poskytovaná péče pacientům s psoriázou může být prováděna formou domácí ambulanti terapie, léčbou ve stacionáři, nemocniční léčbou, lázeňskou a přímořskou léčbou. Ambulantní domácí léčba je péče, která je poskytována v domácím prostředí nemocného za předpokladu lékařských kontrol. Pokud je pacient podroben stacionární léčbě dochází na pravidelné lékařské ošetření. Výhodou stacionáře je, že pacienti zde mohou docházet k ošetření bez nutnosti hospitalizace (Benáková 2007b). Účelem je aplikace zevních léčiv jako je minutová terapie Cignolinem. Součástí léčby ve stacionáři může být i světloléčba a balneoterapie. Nemocniční léčba je poskytována pacientům s různými formami psoriázy. V nemocničním prostředí lze aplikovat léčiva, která nelze aplikovat ambulantně. K hospitalizaci se přistupuje v případě, že je postiženo více než 25 % povrchu kůže. Dále jsou hospitalizováni také pacienti, kteří se současně léčí s diabetem mellitem, vysokým krevním tlakem a dalšími komorbiditami (Semrádová, 2023). Nespornou nevýhodou hospitalizace je narušení pacientova režimu – neschopnost docházet do zaměstnání/školy a přerušování sociálního života (Benáková, 2007b). Pracovní neschopnost se také odvíjí od rozsahu onemocnění. V případě závažných forem psoriázy je nutno pacientům přiznat částečný nebo úplný invalidní důchod (Semrádová, 2023).

Psoriáza je globální onemocnění, které se v souvislosti s novými léčebnými procesy neustále mění. Zdravotní systém České republiky nabízí pacientům, kteří trpí lupénkou kvalitní odbornou péči. Dermatovenerologická společnost (ČLS JEP) vydává standardy pro terapii lupénky a jednotlivá doporučení vydává také Česká akademie dermatovenerologie (ČADV). V rámci spolupráce vznikají různé odborné evropské společnosti jako například:

- EADV – European Academy of Dermatovenerology
- ISD – International Society of Dermatology
- ILDS – International League of Dermatological Societies
- AAD – American Academy of Dermatology

Odborné instituce vzájemně spolupracují s organizacemi v ČR. V rámci spolupráce vyvíjí aktivity, které se navzájem propojují například v celosvětovém dni psoriázy (29. 10.) (Vašků, 2020).

## 2.1 Ošetřovatelská péče na dermatologickém oddělení

Kožní oddělení poskytují léčbu nemocným s onemocněním kůže. Oddělení se skládá z ambulantního a lůžkového úseku. Jejich součástí je čekárna, vyšetřovna, ordinace specialistů a zákrokový sál. Lůžková část je obdobná jako standardní ošetrovací jednotky. Speciální součástí kožního oddělení je mazárna, která je využívána k aplikaci zevní terapie. Dále pak převazovna a ozařovna. Při ošetřování nemocných je důležité dbát na individualizaci pomůcek (Slezáková a kol., 2014).

Každé oddělení musí dodržovat určité zásady ošetřovatelských postupů. Mezi zásady ošetřovatelské péče na odděleních dermatologie se řadí:

- Bariérový režim
- Dodržování aseptických a protiepidemiologických zásad
- Při léčebných postupech dodržovat použití ochranných pomůcek
- Hygiena rukou
- Individualizace nástrojů
- Aplikace zevní terapie pouze v prostorách tomu určených, a za předpokladu použití ochranných pomůcek
- Profesionalita personálu (mlčenlivost, empatický přístup personálu k pacientům)
- Dezinfekce prostorů
- Správná likvidace použitého materiálu (Slezáková a kol., 2014).

## 2.2 NANDA-I. – doména 6.

Doména 6. je nazývána doménou sebevímání. Jinými slovy ji lze definovat jako povědomí o sobě samotném. Dělí se na 3 třídy. První třída se nazývá sebepojetí a definuje diagnózy, které ovlivňují celkové vnímání sebe. Druhá třída poskytuje diagnózy zabývající se hodnocením vlastních schopností a úspěchů. Třetí třída je nazývána obraz těla. Zabývá se mentálním obrazem vlastního těla (Herdman a Kamitsuru, 2020). Diagnózy domény 6. jsou uvedeny v příloze I.

**NANDA-I. Diagnózy týkající se psoriázy:**Narušený obraz těla (00118)

*Určující znaky (UZ):* negativní pocity ohledně vlastního těla, odmítnutí akceptovat změnu, skrývání části těla, strach z reakce okolí, změna společenského zapojení, změna životního stylu, změněný pohled na vlastní tělo

*Související faktory (SF):* změna ve vnímání sebe sama, léčebný režim, narušené psychosociální fungování, nemoc (Herdman a Kamitsuru, 2020).

*Intervence:* sleduj chování P/K, všímej si projevů deprese, posuď psychický a fyzický stav P/K, všímej si chování mezi P/K a jeho rodinou, sleduj emoční změny P/K

Chronicky nízká sebeúcta (00119)

*Určující znaky (UZ):* závislost na názorech jiných, přehánění negativní zpětnou vazbu o sobě samém

*Související faktory (SF):* nedostatečné začlenění do skupiny, nedostatečný respekt ze strany druhých (Herdman a Kamitsuru, 2020).

*Intervence:* sleduj neverbální chování P/K, povzbuzuj P/K, komunikuj s P/K o jeho problémech, buduj terapeutický vztah s P/K, doporuč P/K návštěvu psychologa, zjisti příčinu nízké sebeúcty

### 3 KVALITA ŽIVOTA A JEJÍ DEFINICE

Světová zdravotnická organizace definovala pojem kvalita života jako „*vnímání životního postavení jednotlivce v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám*“ (World Health Organization, 2023).

Definovat kvalitu života je složité, a to na základě její komplexnosti. Lze ji chápat jako celkový, individuální a subjektivní pojem, který se týká všech oblastí života (Gurková, 2011). Ve zdravotnictví se nejvíce definice kvality života opírá o pojem zdraví. (Payne a kol., 2005). Hudáková a Majerníková ve své knize popisují, že Moraga definoval kvalitu života jako „*rozsah prožívání, jehož naděje a ambice zápasily se zkušenostmi, jako individuální vnímání její pozice v životě, vnímané v kontextu kulturního a hodnotového systému (vztah k jejím cílům a očekáváním), jako odhad týkající se současného stavu, postavený proti vlastním ideálům. Vždy jde o záležitosti (věci, jevy), které lidé považují ve svém životě za důležité*“ (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 36).

Kvalitu života lze chápat také jako důsledek interakce různých faktorů. Jedná se o zdravotní, společenské, environmentální a ekonomické podmínky, které mohou výrazným způsobem ovlivňovat lidský život na úrovni jednotlivce, ale i společnosti. Lze ji rozdělit na dva termíny – subjektivní a objektivní kvalita života (Payne a kol., 2005). Objektivní kvalitou života se myslí dosažení hmotných, společenských a tělesných potřeb. Pokud se hodnotí emocionalita, dosažení cílů a spokojenost se životem hovoříme o subjektivní kvalitě života (Gurková, 2011).

#### 3.1 Hodnocení kvality života

Individuální život jedince je nejčastějším měřidlem kvality života pacientů. Lidský život nám zahrnuje veškeré oblasti jako je společenský, pracovní, emocionální a rodinný život. V případě, že nehodnotíme pouze jednoho jedince můžeme hodnotit skupinu, společnost nebo úroveň populace. Hodnocení kvality života v kontextu s ošetřovatelstvím nám udává průměrného jedince, který reprezentuje určitou část populace. V odborné literatuře se pod termínem kvalita života schovává popis negativních a pozitivních aspektů života jednotlivce (Gurková, 2011).

K hodnocení celkového stavu pacienta se využívaly generické dotazníky. Tyto dotazníky směřovaly především na tělesné aspekty jedince. Za účelem měření kvality života u

specifických skupiny populace vznikly specifické nástroje měření. Specifický nástroj je možné využít pouze na onemocnění, na které je určeno (Gurková, 2011).

## 3.2 Kvalita života a lupénka

Lupénka značně ovlivňuje kvalitu života nemocných. Jedná se o dermatologické onemocnění, které svými projevy zasahuje do každodenního života nemocného. Pomocí standardizovaných dotazníků, lze posuzovat kvalitu související s tímto onemocněním. Zkoumá subjektivní pocity nemocného a umožňuje porovnávat výsledky před zahájením léčebného procesu a po ukončení léčby. Tento proces také přispívá k získání důvěry nemocného k léčbě, dosažení terapeutického výsledku a zajištění compliance (Šmejkalová a kol., 2020).

Vlivem psoriázy u nemocných většinou dochází ke snížení fyzických a psychických funkcí. Stresové faktory, které na psoriatika působí v oblasti kvality života je mnoho. Může se jednat jak už o problémy ve společenském životě, v každodenních aktivitách, ale i problémy spojené se sexuálním životem. Pro nemocného je vhodné situaci řešit v kruhu blízkých osob, nikoli ve společnosti cizích osob. Každý psoriatický pacient má individuální přístup z pohledu kvality života, a to především z toho důvodu, že každý pacient má své vlastní potřeby a dochází k omezování v různých oblastech (Kobsa a Selerová, 2019).

Vyhýbavé chování a přesvědčení, že jsou nemocní hodnocení podle svého viditelného dermatologického problému vede k úzkostnému chování a ke sklonu k sebevražedným myšlenkám. Stres, který je způsoben těmito faktory má také negativní vliv na samotnou léčbu psoriázy. Ve většině případů onemocnění vedl právě každodenní stres k vyvolání choroby a nemocní jej uvádí jako primární provokační faktor (Langley et al., 2005).

### 3.2.1 Hodnocení kvality života u osob s psoriázou

K hodnocení kvality života u psoriatických pacientů se užívají různé dotazníky a škály. Některé zjišťují celkový stav nemocného, jiné dopad lupénky a některé hodnotí kožní onemocnění z obecného pohledu. Většina hodnotících nástrojů hodnotí dva aspekty – psychické a fyzické aspekty nemoci. Do psychických aspektů spadá vnímání sebe samotného, socializace a další. V oblasti fyzických aspektů se hodnotí například bolest, pruritus a jiné (Langley et al., 2005).

V souvislosti s onemocněním lze k hodnocení využít dotazníky, jako například:

### ***PDI – Psoriasis Disability Index***

Tvůrci dotazníku jsou Finlay a Colesem. Jedná se o specifický nástroj používaný u pacientů s psoriázou (Bronsard et al., 2010). Je složený z 15 otázek, které jsou rozděleny do 5 kategorií – každodenní život, zaměstnání/škola, osobní vztahy a volný čas. Jeho hlavním cílem je určit dopad psoriázy na život nemocného v období za poslední 4 týdny (Aalemi et al., 2022). Při hodnocení dotazníku vycházíme ze skóre, kdy 45 bodů je maximum a 0 bodů je minimum. Pokud je bodové rozmezí 1–15 dochází k lehkému zhoršení kvality života, 16–30 bodů výrazné zhoršení a 31–45 bodů vede k těžkému zhoršení kvality života (Šmejkalová a kol., 2020).

### ***PASI – Psoriasis Area and Severity Index***

Byl vytvořen roku 1978 skupinou lékařů, kteří se snažili nalézt objektivnější hodnocení k sledování léčby pomocí Acitretinu (Jacobson a Kimball, 2004). Jedná se o skórovací systém, který hodnotí závažnost klinického obrazu (Aalemi et al., 2022). Dotazník objektivně zjišťuje procentuální postižení těla lupénkou, kdy hodnotí zarudnutí, olupování a infiltraci kůže (Čelakovská, 2020). Posuzuje rozsah a intenzitu ve čtyřech oblastech těla – oblast hlavy, trupu a na horní a dolní končetině. PASI je vyhodnocován na stupnici od 0 do 72 bodů, kdy 0–7 mírná závažnost, 7–12 střední závažnost a 12–72 těžká závažnost (He et al., 2012).

### **Studie PDI a PASI:**

Mnoho studií uvádí spojení PDI dotazníku a PASI skóre k výzkumným účelům, kdy PASI měří závažnost lupénky a PDI hodnotí kvalitu života. Jedna ze studií byla publikována v roce 2020 v Hradci Králové a autory studie byli Šmejkalová a kolektiv (2020). Studie je zaměřená na dospělé pacienty trpící ložiskovou lupénkou léčené Goeckermanovou terapií (tj. kombinace UVB a dehetu). Měří kvalitu života pacientů v den příjmu a jeden měsíc po propuštění do domácího prostředí. Do výzkumu se zapojilo 51 respondentů, z toho 30 žen a 21 mužů. Výsledky studie poukazují na to, že hodnota PDI u dotazovaných pacientů je 9,02 ze 45, tedy že psoriáza má na kvalitu života u jednotlivých respondentů malý nebo střední vliv. PASI hodnota v den příjmu a jeden měsíc po propuštění nemocného je také zlepšena. Výzkum přináší poznatky o nejčastějších komorbiditách, mezi které patří kardiovaskulární onemocnění a psoriatická artritida (Šmejkalová et al., 2020). Studie z roku 2022 sleduje kvalitu života pacientů v Afghánistánu. Výzkumu se zúčastnilo 174 respondentů s lupénkou, kdy 89 z nich bylo mužů a 85 žen. Průměrný věk dotazovaných byl 27,7 let a průměrná doba

trvání nemoci 13,2 let. Studie prokázala, že PDI a PASI skóre spolu navzájem u afgánských dotazovaných pacientů vysoce korelují. Kvalita života byla ovlivněna především u svobodných respondentů do 40 let, nicméně všeobecně je průměr PDI u afgánských respondentů s lupénkou nízký. Dle doporučení autorů mají afgánští dermatologové věnovat větší péči o ženy trpící lupénkou v mladším věku, které mají vyšší PASI skóre (Aalemi et al., 2022).

### ***DLQI – Dermatology Life Quality Index***

Jedná se o měření kvality života u pacientů, kteří se potýkají s různými dermatologickými problémy. Byl vytvořen Finlayem a Khanem (He et al., 2012). Skládá se z 10 otázek, které se zaměřují na příznaky a emoce, každodenní aktivity, volnočasové aktivity, zaměstnání nebo školu, léčbu a vztahy. Za každou otázku může pacient získat 0 až 3 body, při čemž čím vyšší bodové hodnocení, tím nižší je kvalita života jedince. Maximální počet bodů je 30 a minimální 0. Rozsah bodů od 0–1 nám udává, že onemocnění nemá žádný dopad na kvalitu života, 2–5 bodů znamená malý účinek, 6–10 bodů střední účinek a 11–20 bodů velký účinek. Při dosažení 21–30 bodů dochází k výraznému ovlivnění kvality života pacienta (Sendrasoa et al., 2020).

#### **Studie DLQI:**

Výzkum publikovaný roku 2019 je realizován za pomoci PASI skóre a DLQI dotazníku. Studie se zúčastnilo 50 pacientů s psoriázou. Kritériem bylo, že PASI skóre muselo být vyšší než 10. Pro hodnocení kvality života dle DLQI byla použita gruzínská verze s 10 položkami sebehodnotícího dotazníku, jak samotný pacient vnímá kvalitu života. Výsledky studie ukázaly na to, že většina dotazovaných (62 %) uvádělo, že lupénka má velký vliv na jejich kvalitu života. Méně dotazovaných (32 %) uvádělo extrémní vliv lupénky na kvalitu života (Liluashvili a Kituashvili, 2019).

### ***PQOL-12 – 12-item Psoriasis Quality of Life***

Jedná se o specifický dotazník, který byl vytvořen pro hodnocení kvality života u pacientů trpících lupénkou (Koo et al., 2002). Obsahuje celkem 12 otázek na škále od 0 do 10 bodů. Maximální počet bodů je 120 a minimální počet je 0. Dotazník byl vytvořen na základě sebehodnocení svého stavu klientem za poslední měsíc (Shankar et al., 2011).

#### **Studie PQOL-12:**

V roce 2011 byla vydána studie, která zjišťuje korelaci neboli vzájemný vztah mezi PASI skóre a PQOL-12, kdy PQOL-12 zjišťuje kvalitu života psoriatika. Do studie se zapojilo 34 pacientů, z toho 16 mužů a 18 žen a jejich průměrný věk byl 33,5 let. Nejnižší a nejvyšší hodnota PASI byla 0,8 a 32,8. PQOL-12 nejnižší hodnota byla 4 a nejvyšší 120. Autoři studie dospěli k závěru, že závažnost postižení lupénkou má minimální korelaci s kvalitou života pacientů, jelikož i malé postižení psoriázou zvláště na viditelných místech může mít za následek psychické trauma, které ovlivňuje pacientovu kvalitu života (Shankar et al., 2011).

### ***BSA – Body Surface Area***

Zjišťuje procentuální postižení povrchu těla. Nejčastěji se jedná o pravidlo devíti, které prvotně vzniklo pro posouzení stavu popálenin. BSA se užívá v kombinaci s PASI skóre (Božek a Reich, 2017). Jedná se o měření lupénky, kterou obvykle lékař hodnotí subjektivně prostřednictvím přímého hodnocení. Tento úsudek však není spolehlivý (Lin et al., 2022).

#### Studie BSA:

Výzkum z roku 2022 zkoumá korelaci mezi BSA a U-net modelem. BSA není zcela spolehlivý z důvodu subjektivního hodnocení lékařem. Spojením BSA a U-net modelu by mohlo dojít k automatickému vyhodnocení postižení lupénkou. Bylo shromážděno 255 snímků BSA s vysokým rozlišením na větších oblastech těla. Dle studie U-net model vykazuje shodu s manuálním hodnocením BSA dermatologem. Tato studie poukazuje na nové možnosti odhadování BSA u psoriázy (Lin et al., 2022).

### ***NAPSI – Nail Psoriasis and Severity Index***

Jedná se o nejrozšířenější škálu, která zkoumá závažnost postižení nehtů při nehtové psoriáze (Rich a Scher, 2003). Každý nehet je hodnocený zvlášť na stupnici od 1 do 4 bodů. Současně se hodnotí také nehtové lůžko, které je hodnoceno body 0–4. Celkové skóre NAPSI se pohybuje od 0 do 160 bodů (Canal-García et al., 2022).

#### Studie NAPSI:

Byl proveden výzkum zabývající se psoriázou nehtů při biologické léčbě Ustekinumabem trvající 52 týdnů. Studie byla publikována roku 2021. Celkem se do výzkumu zapojilo 22 pacientů s ložiskovou lupénkou, kdy pacienti současně trpí nehtovou psoriázou. Studie ukázala, že při biologické léčbě Ustekinumabem došlo ke zlepšení prvních dvou prstů. Autoři také zmiňují, že třetí až pátý prst vykazoval vlastnosti, které bránily v hodnocení během léčby (Yang et al., 2021).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

### 4.1 Cíle šetření

#### Hlavní cíl:

Posoudit kvalitu života u osob s psoriázou (dále respondent)

#### Dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, jak respondent vnímá sám sebe

Cíl č. 2: Zjistit, z pohledu respondenta, jak vnímá široká veřejnost osobu trpící lupénkou

### 4.2 Metodika a technika sběru dat

Praktická část bakalářské práce byla orientována na kvalitu života nemocného s lupénkou. Kvantitativní šetření bylo zajišťováno pomocí standardizovaného dotazníku PQOL-12 (12 – Item Psoriasis Quality of Life Questionnaire). Dotazník byl přeložen a následně upraven pod vedením PhDr. Pavly Kudlové, PhD. vedoucí práce. Dotazník byl získán na základě písemného souhlasu autora dotazníku prostřednictvím emailu, za podmínky, že autor bude informován o získaných datech z PQOL-12 dotazníku (Koo et al, 2002). Součástí dotazníku jsou také vlastní sociodemografické a zdravotně zaměřené otázky.

Mezi nejčastější metody kvantitativního výzkumu patří pozorování, dotazování a obsahová analýza. Dotazník se řadí mezi sebe-posuzující výzkumný nástroj, protože hodnotí realitu tak, jak ji samotný dotazovaný vnímá. Jedná se tedy především o subjektivní měřicí výzkum. Subjektivní pohled účastníka výzkumu je důležitý a uplatňuje se především při zkoumání kvality života (Gurková, 2019).

Autorem PQOL-12 je J. Y. Koo (Koo et al., 2002). Dotazník je složený z 12 otázek, zaměřených na sebehodnocení pacienta trpícího lupénkou za poslední měsíc. Slouží k posouzení kvality života nemocného. Otázky respondent zodpovídal na škále od 0 do 10, kdy 0–3 znamenalo vůbec ne, 4–7 něco málo a 8–10 hodně. PQOL byl vyhodnocován pomocí Likertovy škály.

Doplňující otázky byly vedeny formou otevřených, uzavřených i polouzavřených otázek. Otevřené otázky se týkaly položek č. 2, č. 5 a č. 7. Dotazník obsahoval nejvíce polouzavřených otázek, mezi které patří otázka č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 9, č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14, č. 15, č. 16 a č. 17. Uzavřené otázky dotazníku se týkaly otázek č. 1 a č. 18.

Respondent mohl u otázek č. 3, č. 6, č. 9, č. 10, č. 11, č. 14, č. 15, č. 16, č. 17 uvést více možností odpovědí.

### 4.3 Charakteristika respondentů

Respondenti, kteří byli zařazeni do šetření museli splňovat určitá kritéria:

- věk respondenta nad 18 let
- osoba trpící psoriázou (potvrzená diagnóza)
- pohlaví nehraje roli
- osoba ochotná vyplnit dotazník

Pohlaví dotazovaných respondentů v šetření nehrálo roli. Do dotazníkového šetření byli osloveni respondenti trpící lupénkou docházející do Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně na všechny součásti kožního oddělení (stacionář, hospitalizace na kožním oddělení, kožní ambulance).

Vyplnění dotazníkového šetření bylo dobrovolné a zcela anonymní. Nebyly odebírány žádné osobní nebo citlivé údaje od pacientů. Respondentům byl sdělen také účel vyplnění dotazníku. Vyplněním dotazníku dávali respondenti souhlas se statistickým zpracováním za účelem kvantitativního šetření, který je součástí této bakalářské práce.

### 4.4 Organizace sběru dat

K distribuci dotazníků došlo po konzultaci a schválení dotazníku vedoucí práce PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD. Pro realizaci šetření byla sepsána žádost, která sloužila k účelu zpracování bakalářské práce. Dotazníkové šetření bylo realizováno v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Žádost pro KNTB a.s. byla odsouhlasena vrchní sestrou kožního oddělení a schválená náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Schválením bylo umožněno použít sesbírané dotazníky ke studijním účelům. Žádost o sběr dat je uchována u autorky práce.

Sběr dat probíhal ve dnech od 6. 2. do 1. 4. 2023. V Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně bylo dohromady rozdáno 110 dotazníků tištěné verze (30 kožní ambulance, 50 kožní stacionář, 30 kožní lůžkové oddělení). Dotazníky byly respondentům předávány autorkou práce nebo všeobecnou sestrou na jednotlivých součástech kožního oddělení. Vyplněné dotazníky respondenti vhazovali do předem určené krabice, na jednotlivých součástech oddělení. Vyplněno bylo 106 dotazníků, z toho 3 byly vyřazeny pro nesprávné vyplnění.

## 4.5 Zpracování dat

Zpracování dat z dotazníkového šetření bylo realizováno prostřednictvím programu Microsoft Excel. Jednotlivá data byla zaznamenávána do Excelu a vyhodnocena počítáním jednotlivých odpovědí od respondenta a jejich následným kvantitativním zpracováním.

Standardizovaný dotazník PQOL-12 byl vyhodnocován na základě Likertovy škály odpověďmi vůbec ne, trochu a hodně, kdy jednotlivé otázky byly hodnoceny na rozmezí 0 až 10 (0–3 vůbec ne, 4–7 trochu, 8–10 hodně). Jednotlivé otázky byly zprůměrovány a vyhodnoceny. Následně bylo vyhodnoceno, jakou odpověď respondent volil nejčastěji, a naopak která odpověď byla zvolena nejméně.

Výsledky dotazníku byly zpracovány do kontingenčních tabulek zobrazující relativní a absolutní četnosti. Absolutní četnost nám udává celkový počet sledovaného souboru. Relativní četnost je procento absolutní četnosti z celkového souboru a je udávána v procentech. U PQOL-12 dotazníku byly zkoumány ukazatele variability prostřednictvím směrodatné odchylky a rozptylu. Směrodatná odchylka a rozptyl nám udávají, jak jsou data rozptýlena nebo vzdálena od aritmetického průměru. Rozptyl se vypočítá jako průměrná odchylka od aritmetického průměru, zatímco směrodatná odchylka jako odmocnina z rozptylu. Pokud je rozptyl vysoký, dochází k tomu, že jsou data více rozptýlena od aritmetického průměru. Naopak nižší rozptyl znamená, že jsou data ze souboru vůči aritmetickému průměru více sdružena. Aritmetický průměr nám udává střední hodnotu získaných dat, kterou vypočteme součtem všech hodnot a následným vydělením celkovým počtem (Krpec, 2013).

## 5 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Sociodemografické otázky

#### Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka 4 - Pohlaví respondenta

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Žena</b>	45	43,69 %
<b>Muž</b>	58	56,31 %
<b>Nechci uvést</b>	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 4 vyobrazuje pohlaví, které uvedli respondenti v dotazníku. Celkem bylo do šetření zapojeno 103 respondentů, kdy žen bylo 45 (43,69 %) a mužů 58 (56,31 %). Žádný ze 103 respondentů nezvolil možnost, že nechce uvést své pohlaví.

#### Otázka č. 2: Věk

Průměrný věk ženy byl 53 let, zatímco průměrný věk dotazovaných mužů byl 52 let. Z toho 46 respondentů bylo věku nižšího než 50 let a 57 respondentů mělo věk nad 50 let. Nejnižší věk dotazovaného byl 19 let, zatímco nejvyšší věk respondenta byl 79 let.

#### Otázka č. 3: Sociální status

Tabulka 5 - Sociální status respondenta

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Student</b>	8	7,55 %
<b>Pracující na plný úvazek</b>	46	43,40 %
<b>Pracující na částečný úvazek</b>	0	0,00 %
<b>OSVČ</b>	15	14,15 %
<b>Nezaměstnaný</b>	2	1,89 %
<b>Jsem ve starobním důchodu</b>	31	29,25 %
<b>Invalidita částečná (I. stupeň)</b>	3	2,83 %
<b>Invalidita částečná (II. stupeň)</b>	0	0,00 %
<b>Invalidita částečná (III. stupeň)</b>	0	0,00 %
<b>Invalidita plná</b>	1	0,94 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 5 vyobrazuje sociální status respondentů. Na tuto otázku odpovědělo 103 respondentů, kdy tři respondenti uvedli více možností, proto je součet absolutní četnosti vyšší než 103. Jeden z uvedených respondentů uvedl, že je student a zároveň pracující. Další respondent uvedl, že je ve starobním důchodu a zároveň na částečné invaliditě a třetí uvedl,

že je ve starobním důchodu a současně pracuje na plný úvazek. Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondentů (43,40 %) pracuje na plný úvazek nebo jsou ve starobním důchodu (29,25 %). Méně početnou skupinou bylo 15 jedinců (14,15 %), kteří uvedli, že pracují jako OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná), a také 8 studentů, kteří tvořili 7,55 % vyplněných dotazníků. Částečnou invaliditu I. stupně uvedli 3 respondenti (2,83 %) a 2 respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní (1,89 %). Žádný z respondentů neuvedl, že pracuje na částečný úvazek, nebo má invaliditu II. nebo III. stupně.

#### Otázka č. 4: Rodinný stav

Tabulka 6 - Rodinný stav respondenta

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	7	6,80 %
Zadaný/á (druh/družka)	3	2,91 %
Zadaný/á (přítel/příteľkyně)	18	17,48 %
Ženatý/vdaná	49	47,57 %
Rozvedený/á	16	15,53 %
Vdovec/vdova	10	9,71 %
Jiné	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 6 zaznamenává rodinný stav respondentů. Nejčastěji se u respondentů objevovala odpověď ženatý/vdaná, kterou zvolilo 49 respondentů (47,57 %). Dále 18 dotazovaných uvedlo, že mají přítele/příteľkyni (17,48 %) a 16 respondentů (15,53 %) bylo z rozvedeného manželství. 10 dotazovaných (9,71 %) byli jedinci, kteří uvedli, že jsou vdovci/vdovy, a 7 dotazovaných uvedlo, že jsou svobodní (6,80 %). Nejméně častou odpovědí, která procentuálně činila 2,91 % byla druh/družka, kterou zvolili 3 respondenti.

## 5.2 Zdravotně zaměřené otázky

#### Otázka č. 5: Jak dlouho trpíte psoriázou?

U námi oslovených respondentů je u žen průměrná délka trvání lupénky 20 let. Nejkratší uvedená doba trvání u ženy jsou 2 roky a nejdelší 68 let. U mužů je průměrná délka trvání lupénky 19 let, kdy nejkratší uvedená doba je 2 měsíce a nejdelší 60 let.

**Otázka č. 6: V čem Vás lupénka nejvíce omezuje?**

Tabulka 7 - V čem Vás lupénka nejvíce omezuje

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
V každodenních činnostech	31	19,02 %
Ve výběru povolání	8	4,91 %
V navazování blízkých vztahů	13	7,98 %
V socializaci obecně	38	23,31 %
Ve sportu	13	7,98 %
V sebepojetí	25	15,34 %
V koníčcích	7	4,29 %
V cestování	8	4,91 %
V ekonomickém zatížení	2	1,23 %
Jiné	18	11,05 %
<b>Celkem</b>	<b>163</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 7 znázorňuje činnosti, které mohou jedince nejvíce omezovat v souvislosti s lupénkou. Respondent mohl vybrat více možností odpovědí, proto je součet absolutní četnosti vyšší než 103 respondentů. Nejčastější odpovědí byla socializace obecně, kterou vybralo 38 respondentů (23,31 %), dále uvedlo 31 dotazovaných (19,02 %) ovlivnění v každodenních činnostech. Celkem 25 respondentů vybralo ovlivnění v sebepojetí (15,34 %) a celkem 18 respondentů (11,05 %) zvolilo odpověď jiné, kdy 16 z nich uvedlo, že je lupénka v ničem neomezuje a 2 respondenti uvedli, že je lupénka nejvíce omezuje v zaměstnání a při návštěvě koupaliště a sauny. Respondenti měli možnost také u některých odpovědí vypsát, v čem konkrétně je lupénka omezuje (např. koníčky, sport, výběr povolání). U odpovědí týkajících se sportu a koníčků se opakovala odpověď plavání, kterou zvolilo 7 respondentů. Dále byl uveden box, fotbal a cvičení v kolektivu. Nejméně častou odpovědí bylo ovlivnění v ekonomickém zatížení, kdy odpověď zvolili 2 respondenti (1,23 %).

**Otázka č. 7: Co Vám na lupénce nejvíce vadí?**

Tabulka č. 8 znázorňuje respondentovy subjektivní pocity, které zvolil v souvislosti s lupénkou. Jednalo se o otevřenou otázku, kdy nejčastější odpovědí bylo svědění. Svědění zvolilo 28 respondentů a tvořilo 35 % odpovědí. Druhou nejčastější odpovědí byl vzhled lupénky, který zvolilo 25 respondentů (31,25 %), a také, že se jedná o nevléčitelné onemocnění zvolené 8 účastníky šetření (10,00 %). Dále se mezi odpověďmi objevilo šupění kůže (8,75 %), pozornost veřejnosti (5 %), dědičnost (3,75 %), bolest (2,50 %), kvalita vlasů (1,25 %), krvácení (1,25 %) a omezení v každodenních činnostech (1,25 %).

Tabulka 8 - Co Vám na lupénce nejvíce vadí

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svědění	28	35,00 %
Vzhled lupénky	25	31,25 %
Nevyléčitelné onemocnění	8	10,00 %
Šupení kůže	7	8,75 %
Bolest	2	2,50 %
Pozornost veřejnosti	4	5,00 %
Dědičnost	3	3,75 %
Kvalita vlasů	1	1,25 %
Krvácení	1	1,25 %
Omezení při každodenních činnostech	1	1,25 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

#### Otázka č. 8: S jakou formou lupénky se léčíte?

Tabulka 9 - S jakou formou lupénky se léčíte

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ložisková lupénka	47	45,63 %
Pustulózní lupénka	0	0,00 %
Generalizovaná lupénka	4	3,88 %
Erythrodermická lupénka	0	0,00 %
Psoriáza kštice	5	4,85 %
Nehtová psoriáza	0	0,00 %
Psoriatická artritida	1	0,97 %
Nevím, jakou mám formu	46	44,66 %
Jiná	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 9 znázorňuje nejčastější formy lupénky u dotazovaných jedinců. Na otázku odpovědělo celkem 103 respondentů (100 %). Dotazovaní respondenti se nejčastěji léčili s ložiskovou lupénkou, kterou uvedlo 47 respondentů (45,63 %). Druhou početnou skupinou bylo 46 respondentů, kteří nevěděli, s jakou formou lupénky se léčí (44,66 %). Mezi méně časté formy se řadila psoriáza kštice (4,85 %), generalizovaná lupénka (3,88 %) a psoriatická artritida (0,97 %).



**Otázka č. 9: Jaký druh terapie podstupujete?**

Tabulka 10 - Jaký druh terapie podstupujete

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Lokální terapie</b>	74	43,02 %
<b>Systémová terapie</b>	6	3,49 %
<b>Fototerapie</b>	68	39,53 %
<b>Biologická léčba</b>	21	12,21 %
<b>Psychologická pomoc</b>	3	1,74 %
<b>Jiné</b>	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>172</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 10 znázorňuje druh podstupované terapie u dotazovaných respondentů. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí na otázku, z toho důvodu je součet absolutní četnosti vyšší než 103 respondentů. Nejčastěji respondenti uvedli možnosti lokální terapie, kterou zvolilo 74 respondentů (43,02 %) a 68 dotazovaných zvolilo fototerapii (39,53 %). Biologickou léčbu podstupovalo 21 respondentů (12,21 %) a systémovou terapii 6 respondentů (3,49 %). Nejméně častou odpovědí byla psychologická pomoc, kterou zvolili 3 účastníci šetření (1,74 %).

**Otázka č. 10: Co jste musel/a u psoriázy upravit/doplnit/omezit?**

Tabulka 11 - Co jste musel/a u psoriázy upravit/ doplnit/ omezit

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Úprava životního stylu</b>	34	18,58 %
<b>Úprava výživy</b>	18	9,84 %
<b>Bezpečná hygiena</b>	47	25,68 %
<b>Zvlhčovač vzduchu</b>	0	0,00 %
<b>Alternativní léčba</b>	1	0,55 %
<b>Speciální potravinové doplňky</b>	5	2,73 %
<b>Omezit psychický stres</b>	22	12,02 %
<b>Změna kosmetiky</b>	18	9,84 %
<b>Změna materiálu při oblékání</b>	27	14,75 %
<b>Jiné</b>	11	6,01 %
<b>Celkem</b>	<b>183</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 11 vyobrazuje činnosti, které museli respondenti doplnit, omezit nebo upravit v souvislosti s lupénkou. Součet absolutní četnosti je vyšší než 103 respondentů, z toho důvodu, že respondenti měli možnost zvolit více odpovědí na otázku. Nejčastější odpověď, kterou dotazovaní volili byla bezpečná hygiena, kterou zvolilo 47 respondentů (25,68 %). Dále 34 dotazovaných uvedlo úpravu životního stylu (18,58 %) a 27 respondentů změnu materiálu při oblékání (14,75 %). Větší počet respondentů, tedy 22 uvedlo také omezení

stresu (12,02 %) a 18 jich zvolilo úpravu výživy (9,84 %) a změnu kosmetiky (9,84 %). Celkem 11 dotazovaných vybralo odpověď jiné, kdy uvedli, že nic v souvislosti s lupénkou neupravovali (6,01 %). Dále respondenti uvedli, že užívají speciální potravinové doplňky (2,73 %), kdy jeden z respondentů doplnil zinek, železo a vitamín D. Jeden respondent zvolil také využití alternativní léčby, kde uvedl termální lázně (0,55 %).

#### Otázka č. 11: V souvislosti s lupénkou se u Vás vyskytuje?

Tabulka 12 - V souvislosti s lupénkou se u Vás vyskytuje

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Onemocnění kloubů a svalů</b>	25	19,84 %
<b>Kardiovaskulární onemocnění</b>	33	26,19 %
<b>Metabolické potíže</b>	7	5,56 %
<b>Psychické potíže</b>	14	11,11 %
<b>Záněty střev</b>	2	1,59 %
<b>Netrpím žádnou chorobou</b>	45	35,71 %
<b>Jiné</b>	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>126</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 12 znázorňuje nejčastěji vyskytující se přidružená onemocnění u účastníků dotazníkového šetření. V této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí. Z toho důvodu je součet absolutních četností vyšší než 103 respondentů. Dotazovaní jedinci nejčastěji netrpěli žádnou přidruženou chorobou v souvislosti s lupénkou, jednalo se o 45 respondentů (35,71 %). V případě, že respondenti trpěli přidruženým onemocněním, tak nejčastější komorbiditou bylo kardiovaskulární onemocnění, které zvolilo 33 respondentů (26,19 %), dále onemocnění svalů a kloubů (19,84 %) a psychické potíže (11,11 %). Nejméně častými komorbiditami byly metabolické potíže, které zvolilo 7 respondentů (5,56 %) a záněty střev uvedli 2 dotazovaní (1,59 %).

#### Otázka č. 12: V současné době se léčíte s lupénkou?

Tabulka 13 - V současné době se léčíte s lupénkou

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ambulantně</b>	28	27,18 %
<b>Jsem hospitalizován/a</b>	28	27,18 %
<b>Docházím do stacionáře</b>	47	45,63 %
<b>Jiné</b>	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 13 zobrazuje zařízení, ve kterých se dotazovaní respondenti v dané době léčili. Na otázku odpovědělo celkem 103 respondentů (100 %). Největší počet dotazovaných

docházel do stacionáře, jednalo se o 47 respondentů (45,63 %). Ambulantně se léčilo 28 dotazovaných (27,18 %), a také 28 respondentů bylo hospitalizováno (27,18 %).

#### Otázka č. 15: V partnerských vztazích se?

Tabulka 14 - V partnerských vztazích se

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítím se méněcenný	13	11,61 %
Rozešel se se mnou kvůli psoriáze partner/ka	6	5,36 %
Vyhýbám se randění	3	2,68 %
Nesnesu myšlenku, že se mě někdo dotýká	2	1,79 %
Vyhýbám se sexuálním nebo intimním vztahům	0	0,00 %
Jsem v pohodě	88	78,57 %
Jiné	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 14 vyobrazuje situaci účastníků šetření v oblasti partnerských vztahů. Absolutní četnost je vyšší než 103, z důvodu více výběrové otázky. Nejčastěji respondenti uvedli, že jsou v partnerských vztazích v pohodě. Tuto možnost volilo 88 dotazovaných (78,57 %). Mezi dalšími odpověďmi se objevilo u 6 respondentů (5,36 %), že se s nimi rozešel partner/ka kvůli psoriáze. Dále se objevily odpovědi, že se respondenti vyhýbají randění (2,68 %) nebo nesnesou myšlenku, že se jich někdo dotýká (1,79 %).

#### Otázka č. 16: Která místa máte v současné době postižena?

Tabulka 15 - Která místa máte v současné době postižena

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
V oblasti kštiny	36	14,52 %
V oblasti křížové krajiny	39	15,73 %
Postižena kůže na nohou	74	29,84 %
Postižena nehtová lůžka	26	10,48 %
Postiženy malé klouby na ruce	40	16,13 %
Jiné	33	13,31 %
<b>Celkem</b>	<b>248</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 15 vyobrazuje místa nejčastějšího postižení u dotazovaných respondentů. Jednalo se o otázku s více možnými odpověďmi, proto je absolutní četnost vyšší než 103 respondentů. Nejčastěji respondenti uváděli postižení kůže na nohou (29,84 %). Dále uvedli postižení malých kloubů na ruce (16,13 %), oblast křížové krajiny (15,73 %) a oblast kštiny (14,52 %). Z celkového počtu 26 dotazovaných (10,48 %) uvedlo postižení nehtů. Celkem

33 respondentů (13,31 %) zvolilo odpověď jiné, kde 13 respondentů uvádělo postižení celého těla, dále 9 respondentů uvedlo postižení horních končetin (např. lokty) a stejný počet uvedl postižení trupu. Dále se u odpovědí objevilo postižení intimních partií, nebo že nemá postižená žádná místa lupénkou.

#### Otázka č. 17: Z důvodu psoriázy?

Tabulka 16 - Z důvodu psoriázy

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nenosím krátké oblečení	37	24,50 %
Nechodím do bazénu	49	32,45 %
Nechodím do wellness	30	19,87 %
Jiné	35	23,18 %
<b>Celkem</b>	<b>151</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 16 popisuje situace, které respondenti nemohou nebo nechtějí vykonávat v souvislosti s psoriázou. Respondenti mohli uvést více odpovědí, proto je součet absolutní četnosti vyšší než 103. Nejvíce tedy 49 respondentů uvedlo, že nechodí do bazénu (32,45 %). Dále 37 respondentů v souvislosti s lupénkou nenosí krátké oblečení (24,50 %) a 30 respondentů nechodí do wellness (19,87 %). 35 respondentů zvolilo odpověď jiné, z toho 31 se v ničem neomezuje a 4 respondenti uvedli, že situaci ovlivňuje stav jejich lupénky.

### 5.3 Otázky zaměřené na vnímání osob s lupénkou širokou veřejností z pohledu respondenta

#### Otázka č. 13: Jak na Vás nejčastěji pohlíží široká veřejnost?

Tabulka 17 - Jak na Vás nejčastěji pohlíží široká veřejnost

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prohlíží si mě/dívají se na mě	24	23,30 %
Vyhýbají se mi/odvrací zrak	1	0,97 %
Mají neutrální reakci	75	72,82 %
Jiné	3	2,91 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 17 zobrazuje nejčastější pocity respondenta, při setkání s širokou veřejností. Na otázku odpovědělo 103 respondentů (100 %). Neutrální reakci okolí volilo nejvíce respondentů, tedy 75 (72,82 %). Dále 24 respondentů (23,30 %) zvolilo, že vnímají, že si je široká veřejnost prohlíží a jeden respondent uvedl, že se mu široká veřejnost vyhýbá (0,97

%). Tři dotazovaní (2,91 %) zvolili jinou možnost, kde uvedli neviditelnost postižených míst a narážky a vtipy. Dále se objevila odpověď nevím.

#### Otázka č. 14: Při kontaktu s okolím musíte čelit?

Tabulka 18 - Při kontaktu s okolím musíte čelit

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepříjemným dotazům, zda je to nakažlivé	52	49,06 %
Odmítnutí při návštěvě kadeřníka, kosmetiky	6	5,66 %
Okolí se mě nechce dotýkat	3	2,83 %
Dostávám úkoly, při kterých je omezen kontakt s ostatními	1	0,94 %
Jiné	44	41,51 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 18 zobrazuje situace, kterým nejčastěji čelí jedinci trpící lupénkou. Respondenti mohli uvést více odpovědí, z toho důvodu je součet absolutní četnosti vyšší než 103. Nejčastěji 52 respondentů zvolilo, že musí čelit nepříjemným dotazům, zda je to nakažlivé (49,06 %). Mezi méně časté odpovědi se řadilo odmítnutí při návštěvě kadeřníka nebo kosmetiky (5,66 %), okolí se dané osoby nechtělo dotýkat (2,83 %) a jeden respondent uvedl, že dostává úkoly, při kterých je omezen kontakt s lidmi (0,94 %). Možnost jiné zvolilo 44 respondentů (41,51 %), kdy 42 z nich uvedlo, že nemusí čelit ničemu v souvislosti s lupénkou. Dále se zde objevily odpovědi, že se potýkají s jistým respektem ze strany okolí anebo musí čelit dotazům „co je to lupénka“.

#### Otázka č. 18: Myslíte si, že má široká veřejnost dostatečné informace o lupénce?

Tabulka 19 - Myslíte si, že má široká veřejnost dostatečné informace o lupénce

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	12,62 %
Nevím	39	37,86 %
Ne	51	49,51 %
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 19 znázorňuje odpovědi jedinců trpících psoriázou, zda si myslí, že široká veřejnost má dostatečné informace o lupénce. Na otázku odpovědělo 103 respondentů (100 %). 51 respondentů (49,51 %) uvedlo, že dle jejich názoru široká veřejnost nemá dostatečné informace o daném onemocnění. 39 dotazovaných zvolilo odpověď nevím (37,86 %) a pouze 13 respondentů z celkového počtu dotazovaných se domnívalo, že široká veřejnost má dostatečné informace o psoriáze (12,62 %).

## 5.4 Výsledky PQOL-12 dotazníku

Standardizovaný dotazník byl vyhodnocován za pomoci Likertovy škály, kdy respondenti zaznačili číslo od 0 do 10, jaký vliv má lupénka na jejich kvalitu života. Hodnota d 0–3 znamenalo vůbec ne, 4–7 trochu a 8–10 hodně. Celkem na dotazník PQOL-12 odpovědělo 103 respondentů. Nejvyšší počet celkových bodů jednotlivého dotazníku, který respondent mohl získat byl 120 a nejnižší 0. Při součtu jednotlivých dotazníků u dotazovaných respondentů byl nejvyšší počet celkových bodů 109. Nejnižší skóre dotazníku bylo 0. Nejvíce respondentů se pohybovalo v rozmezí 40 až 80 bodů, jednalo se o 89 dotazovaných. Celkem 18 respondentů v součtu všech bodů se pohybovalo pod 40 body a 23 respondentů mělo celkový počet bodů nad 80.

Tabulka 20 - Ukazatele střední hodnoty a variability

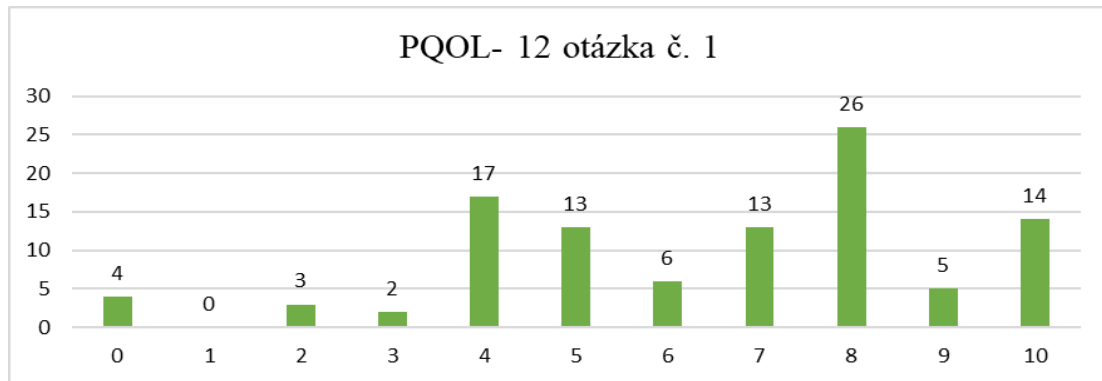
Ukazatel	Hodnota
Aritmetický průměr	59,78
Modus	40,00
Medián	58,00
Rozptyl	545,32
Směrodatná odchylka	23,35

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tabulka č. 20 ukazuje střední hodnoty a variability PQOL-12 dotazníku. Ukazatelem střední hodnoty je aritmetický průměr, který je 59,78. Dále modus, který má hodnotu 40,00 a medián v hodnotě 58,00. Ukazatelem variability je rozptyl a směrodatná odchylka. Rozptyl je 545,32, což nám ukazuje, jak moc jsou data rozptýlená od aritmetického průměru, zatímco směrodatná odchylka udává, že data v souboru jsou rozptýlená o 23,35 bodů. Tato vyšší hodnota nám signalizuje, že jsou v souboru velké vzájemné odlišnosti.

**Otázka č. 1 Jak moc si uvědomujete, že máte lupénku?**

Průměrná odpověď na otázku č. 1 byla 6 (trochu). Na grafu č. 1 je vyobrazena nejčastěji zvolená odpověď, která byla 8 (hodně) a nejméně zvolená odpověď byla 1, kterou nezvolil žádný respondent.

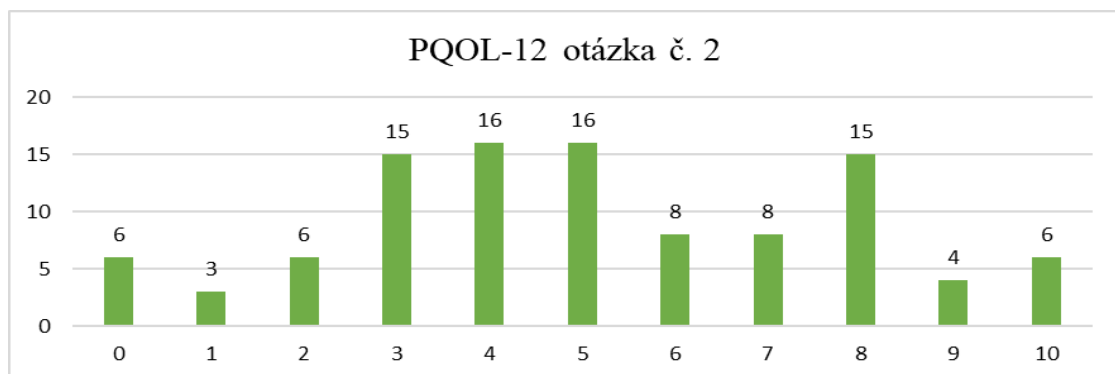


Obrázek 1 - Jak moc si uvědomujete, že máte lupénku

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 2 Jak bezmocní se cítíte v souvislosti s lupénkou?**

Průměrná odpověď na otázku č. 2 byla 5 (trochu). Graf č. 2 vyobrazuje nejčastěji zvolenou odpověď, tedy 4–5 (trochu), kterou zvolilo 16 respondentů a nejméně častá byla 1, kterou zvolili 3 respondenti.

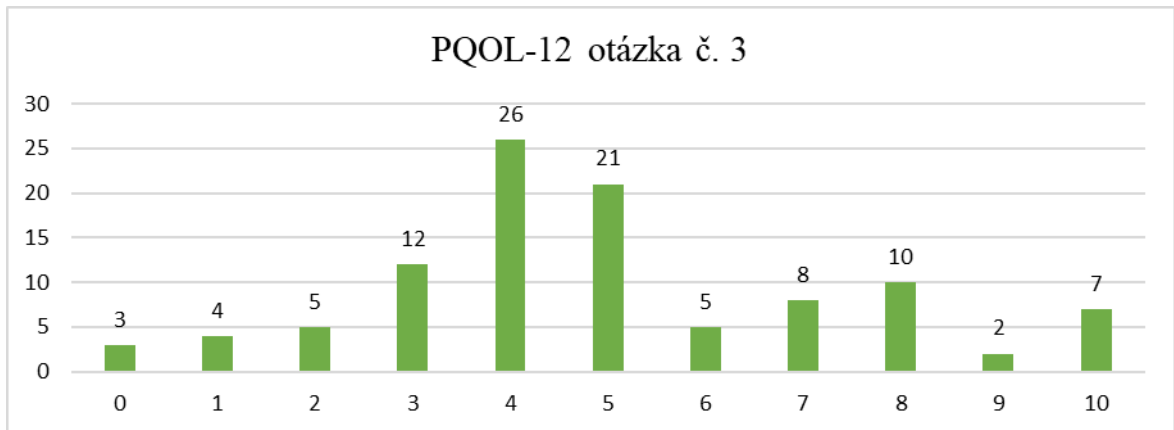


Obrázek 2 - Jak bezmocní se cítíte v souvislosti s lupénkou

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 3 Jak moc se cítíte trapně v souvislosti s lupénkou?**

Na otázku č. 3 byla průměrná odpověď dotazovaných jedinců 5 (trochu). Graf č. 3 zobrazuje, že nejčastěji respondenti volili odpověď číslo 4 (trochu), kterou zvolilo 26 respondentů. Naopak nejméně častou odpovědí bylo číslo 9 (hodně), kterou zvolilo 9 respondentů.

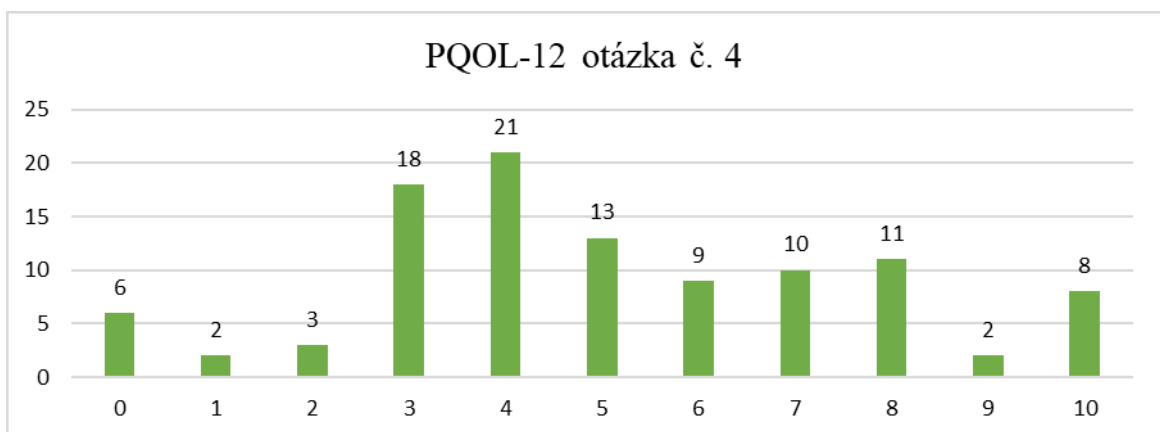


Obrázek 3 - Jak moc se cítíte trapně v souvislosti s lupénkou

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 4 Jak moc se cítíte naštvaní nebo frustrovaní v souvislosti s lupénkou?**

Průměrná odpověď na otázku č. 4 byla 5 (trochu). Graf č. 4 zobrazuje, že nejčastěji zúčastnění šetření volili odpověď číslo 4 (trochu), kterou vybralo 21 respondentů a nejméně zvolenou možností bylo číslo 1 (vůbec ne) a 9 (hodně), kdy každou zvolili 2 respondenti.



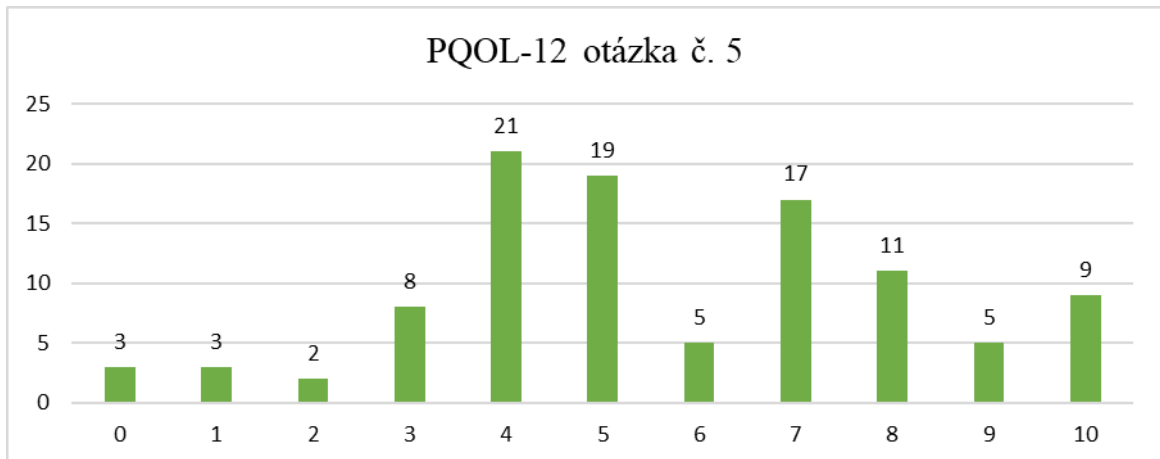
Obrázek 4 - Jak moc se cítíte naštvaní nebo frustrovaní v souvislosti s lupénkou

*Zdroj: vlastní zpracování*



**Otázka č. 5 Do jaké míry Vám lupénka znepěkňuje vzhled?**

Na otázku č. 5 z celkového počtu respondentů byla průměrná odpověď 6 (trochu). Graf č. 5 znázorňuje, že 21 dotazovaných zvolilo hodnotu číslo 4 (trochu) a jednalo se tak o nejčastější odpověď. Nejméně dotazovaných, tedy dva respondenti zvolili číslo 2 (vůbec ne).

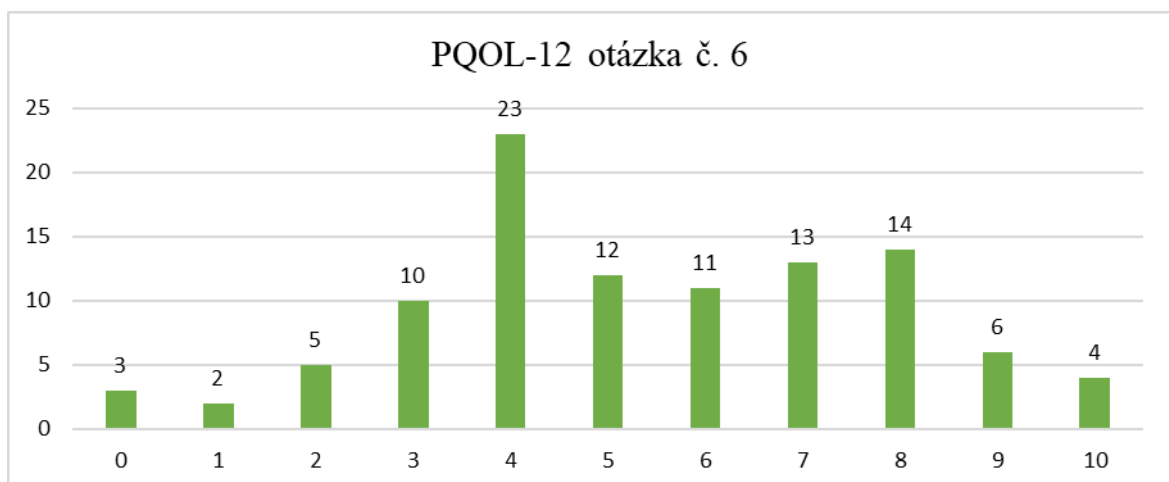


Obrázek 5 - Jak moc Vám lupénka znepěkňuje vzhled

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 6 Jak nevladatelná je Vaše lupénka?**

Průměrná odpověď na otázku č. 6 byla 5 (trochu). Graf č. 6 znázorňuje, že nejvíce respondentů přesněji 23 zvolilo možnost 4 (trochu) a naopak nejméně respondentů, tedy 2 zvolili možnost 1 (vůbec ne).

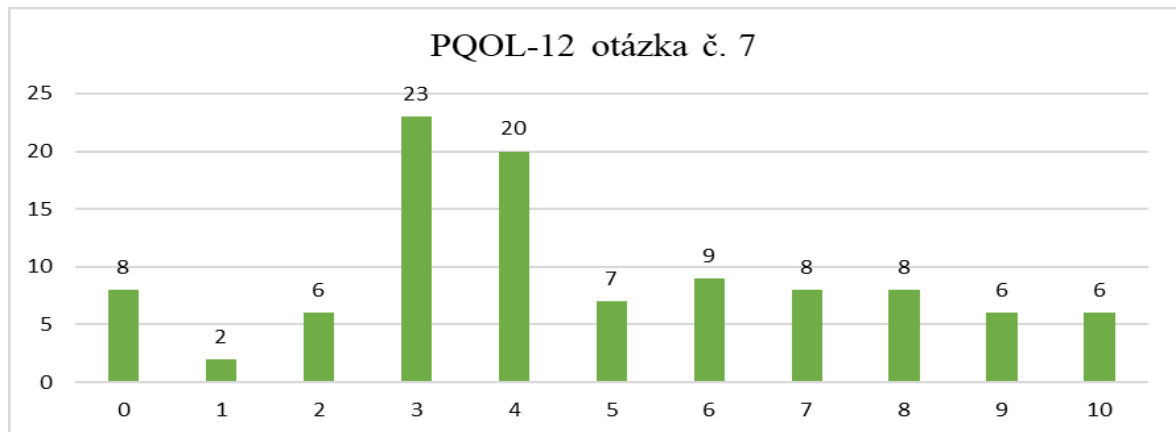


Obrázek 6 - Jak nevladatelná je Vaše lupénka

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 7 Do jaké míry ovlivňuje lupénka Vaší celkovou emocionální pohodu?**

Průměrnou odpovědí na otázku č. 7 bylo číslo 5 (trochu). Na grafu č. 7 je vyobrazeno, že z celkového počtu respondentů volilo 23 respondentů hodnotu 3 (vůbec ne). Zatímco nejméně, tedy 2 odpověděli hodnotou 1 (vůbec ne).

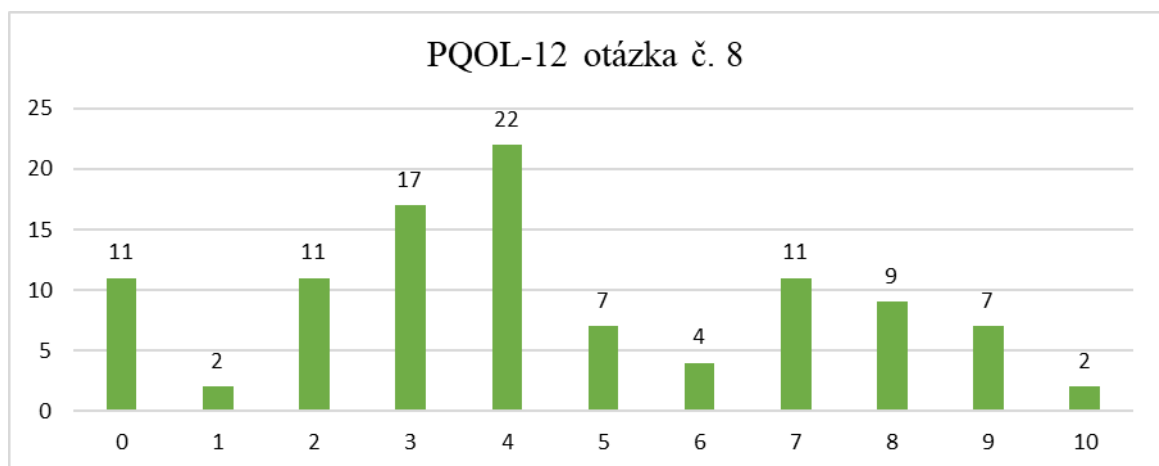


Obrázek 7 - Do jaké míry ovlivňuje lupénka Vaší celkovou emocionální pohodu

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 8 Do jaké míry Vaše lupénka celkově narušuje Vaši schopnost užívat si života?**

Z celkového počtu respondentů byla průměrná odpověď na otázku č. 8 4 (trochu). Graf č. 8 ukazuje, že nejvíce respondentů volilo č. 4 (trochu) a nejméně častá byla odpověď 1 (trochu) a 10 (hodně), kterou každou zvolili 2 respondenti.

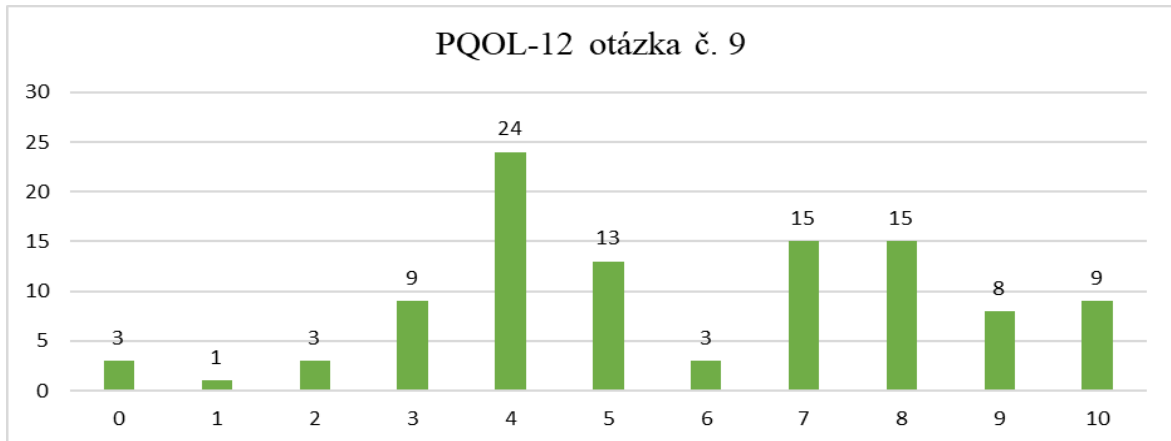


Obrázek 8 - Do jaké míry Vaše lupénka celkově narušuje Vaši schopnost užívat si života

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 9 Do jaké míry bylo lupénkou ovlivněno svědění za poslední měsíc?**

Průměrná odpověď na otázku č. 9 je 6 (trochu). Graf č. 9 znázorňuje, že nejvíce respondentů, tedy 24 zaznačilo míru ovlivnění číslem 4 (trochu). Zatímco jeden respondent zvolil nejméně používanou odpověď 1 (vůbec ne).

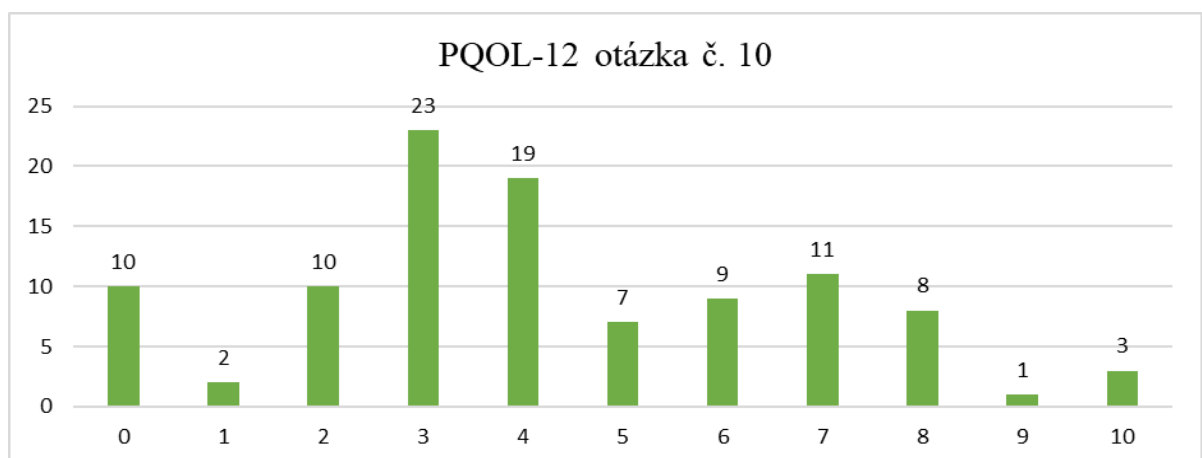


Obrázek 9 - Do jaké míry bylo lupénkou ovlivněno svědění za poslední měsíc

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Otázka č. 10 Do jaké míry bylo lupénkou ovlivněno fyzické podráždění za poslední měsíc?**

Na otázku č. 10 byla průměrná odpověď 4 (trochu). Graf č. 10 zobrazuje odpovědi na otázku č. 10. Celkem 23 dotazovaných odpovědělo hodnotou 3, což je nečastější odpověď. Nejméně častá odpověď byla 9, kterou zvolil jeden respondent.

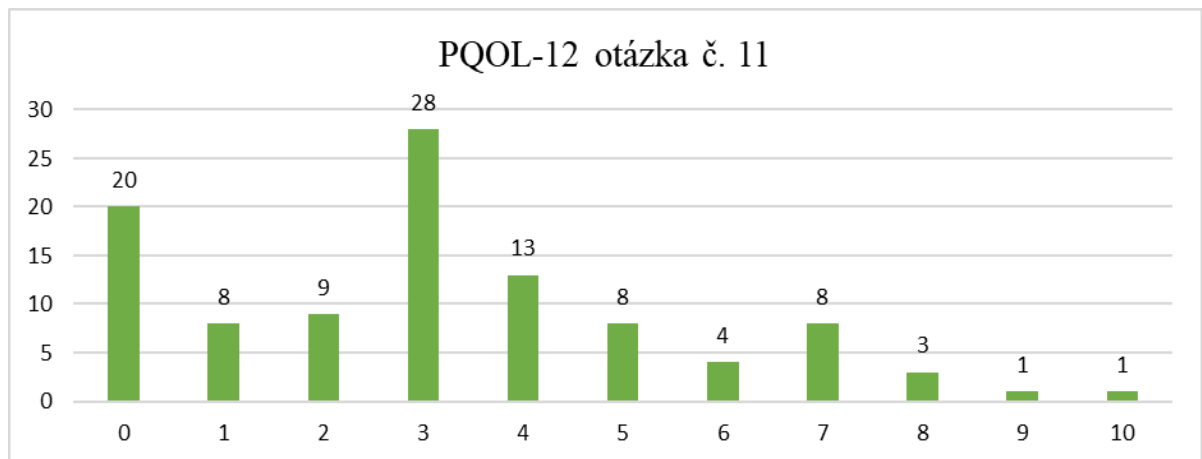


Obrázek 10 - Do jaké míry bylo lupénkou ovlivněno fyzické podráždění za poslední měsíc

*Zdroj: vlastní zpracování*

### Otázka č. 11 Do jaké míry byla lupénkou ovlivněna fyzická bolest nebo bolestivost během posledního měsíce?

Průměrná hodnota byla 3 (vůbec ne). Graf č. 11 vyobrazuje, že nejvíce respondentů hodnotilo míru ovlivnění hodnotou 3 (vůbec ne) a jednalo se tak o 28 respondentů. Zatímco nejméně častá byla hodnota 9 a 10, kdy jednotlivou odpověď zvolil jeden respondent.

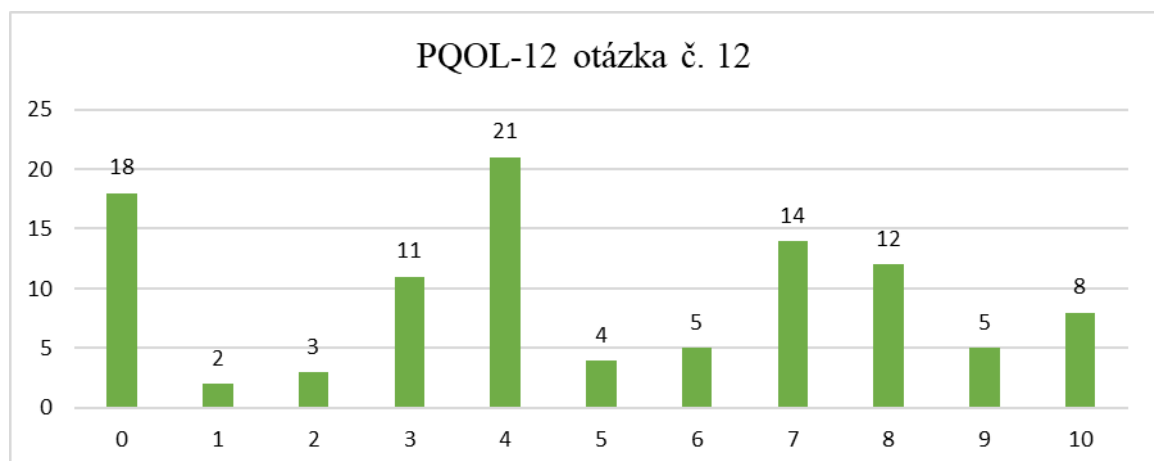


Obrázek 11 - Do jaké míry byla lupénkou ovlivněna fyzická bolest nebo bolestivost během posledního měsíce

*Zdroj: vlastní zpracování*

### Otázka č. 12 Do jaké míry byl během posledního měsíce ovlivněn výběr oblečení, které má lupénku zakrýt?

Průměrná odpověď respondentů na otázku č. 12 byla 5 (trochu). Na grafu č. 12 jsou vyobrazeny odpovědi na otázku, kdy největší počet dotazovaných, tedy 21 respondentů zvolilo odpověď 4 (trochu). Nejméně respondentů, tedy 2 uvedli hodnotu 1 (vůbec ne).



Obrázek 12 - Do jaké míry byl během posledního měsíce ovlivněn výběr oblečení, které má lupénku zakrýt

*Zdroj: vlastní zpracování*

## 6 DISKUZE A NÁVRH PRO PRAXI

Bakalářská práce se zabývá tématem kvality života s psoriázou. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký dopad má lupénka na kvalitu života jedinců. Většina prací zabývajících se psoriázou/lupénkou se zaměřují převážně na dopad lupénky na každodenní činnosti. Tato práce se navíc také zabývá oblastí, jak na osoby trpící lupénkou nahlíží široká veřejnost z pohledu psoriatika (respondenta), což může mít za následek zhoršení kvality života nemocného.

Šetření bylo realizováno technikou standardizovaného dotazníku PQOL-12 a probíhalo v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a to na kožním oddělení, stacionáři a ambulanci. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků v tištěné podobě, kdy vyplněno bylo 106 dotazníků a 3 byly vyřazeny pro neúplné nebo nepřesné vyplnění. Do šetření byly zapojeny osoby trpící lupénkou docházející na kožní oddělení v KNTB a. s. Dále museli zúčastnění splňovat kritérium 18 let. S lupénkou se celosvětově potýká přibližně 150 miliónů lidí, což tvoří 3–4% lidské populace. V České republice se vyskytuje lupénka u 200 000 až 300 000 jedinců (Čepelíková, 2019).

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 103 respondentů (100 %), kdy 45 z nich bylo žen (43,69 %) a 58 mužů (56,31 %). Nejnižší věk respondenta byl 19 let a nejvyšší 79 let. Průměrný věk dotazovaných žen byl 53 let a mužů 52 let. Zajímavým poznatkem práce je, že většina dotazovaných z pohledu sociálního statusu je pracovně činná. Z celkového počtu respondentů pracuje na plný úvazek 46 účastníků šetření (43,40 %). Další početnou skupinou jsou osoby ve starobním důchodu, kdy danou odpověď zvolilo 31 respondentů (29,25 %).

K posouzení kvality života jsou využívány především dotazníky jako PDI, DLQI, a to buď samostatně nebo v kombinaci s PASI. Výzkum zkoumal kvalitu života technikou standardizovaného dotazníku PQOL-12. Z jeho průměrných hodnot vyplývá, že na Likertově škále z celkového počtu dotazovaných, je kvalita života lupénkou trochu ovlivněna, nicméně je důležité podotknout, že se jedná, jak o respondenty, kteří byli hospitalizováni, tak o respondenty, kteří podstupovali biologickou léčbu a kvalita života u těchto skupin dotazovaných může být vnímána naprosto odlišně. Průměrný počet celkových bodů v PQOL-12 dotazníku u respondentů podstupujících biologickou léčbu byl 46, zatímco u hospitalizovaných dotazovaných byl průměrný počet bodů 70. Respondenti podstupující biologickou léčbu uvedli nejnižší počet bodů 0 a nejvyšší 96 bodů. U hospitalizovaných respondentů byl nejnižší počet bodů 35 a nejvyšší 100.

Pro srovnání byla vybrána studie, která zkoumala korelaci mezi PQOL-12 a PASI skóre. Studie se zúčastnilo 34 respondentů, z toho 16 mužů a 18 žen ve věku od 8 do 55 let. Průměrný věk respondenta byl 33,5 let. Doba trvání nemoci byla od 1 měsíce do 20 let. U PQOL-12 bylo minimální skóre 4 a maximální 120. Autoři studie došli k závěru, že závažnost lupénky měřená pomocí PASI (u studie bylo min. skóre 0,8 a max. skóre 32,8) má minimální korelaci s kvalitou života osob s psoriázou, protože i minimální postižení lupenkou na viditelných místech může mít za následek velké psychické trauma (Shankar et al., 2011).

### **Cíl č. 1: Zjistit, jak respondent vnímá sám sebe**

K danému cíli se vztahují otázky č. 1 a č. 8 z PQOL-12 dotazníku. Respondenti na otázky odpovídali na škále od 0 do 10. V hodnocených oblastech je nejvyšší počet bodů, který respondent uvedl 75, zatímco nejnižší 0. Z celkového počtu je u 51 respondentů celkový počet bodů do 40 a 52 respondentů se pohybuje v bodovém rozmezí od 40–80 bodů. Více než 80 bodů nemá žádný z dotazovaných.

V dotazníkovém šetření uvedlo 14 respondentů, že se u nich v souvislosti s lupenkou vyskytují psychické potíže a pouze 3 respondenti uvedli, že vyhledali odbornou pomoc. Pro srovnání byly vybrány různé výzkumy a studie. V prvním výzkumu autorky sledují, zda se u pacientů v souvislosti s lupenkou vyskytují psychické potíže, a zda respondenti vyhledali odbornou pomoc. Z celkového počtu 33 dotazovaných (100 %) odpovědělo 18 respondentů, že odbornou pomoc nevyhledali a 15 respondentů tvrdilo, že ano (Krajčovičová a Chrásková, 2013). Následující výzkum se zabývá mezilidskými vztahy a psychickým vývojem. Autoři došli k závěru, že dotazovaní jedinci vykazují snížené sebevědomí, kdy nejčastějším důvodem byl stud z odhalování ložisek na veřejnosti. Dále autorky zjistily, že u všech dotazovaných byla lupénka vyvolána a zhoršována stresem, který se objevil v průběhu života (Kantorová a Procházková, 2015). Další výzkum pro srovnání se zabývá otázkou, jak moc si respondenti uvědomují stav své kůže, a zda je to uvádí do rozpaků. Na otázku odpovědělo 154 respondentů (100 %), kdy 59 (38 %) z nich odpovědělo velmi mnoho a 66 (43 %) uvedlo, že hodně (Šulcová a Semencová, 2022).

Z výsledků vyplývá, že respondenti si svůj psychický stav plně uvědomují, nicméně jej aktivně neřeší. Domnívám se, že to může mít za následek zhoršené vnímání sebe samotného, ale také to vede ke zhoršení kvality života. V této oblasti lze předpokládat, že hraje roli také povaha a osobnost jednotlivce, a jak své onemocnění vnímá a přijal.

## **Cíl č. 2: Zjistit z pohledu respondenta, jak vnímá široká veřejnost osobu trpící lupénkou**

K danému cíli se vztahují otázky č. 13, č. 14 a 18. Na otázku č. 13 dotazovaní nejčastěji odpovídali, že široká veřejnost má při kontaktu s nimi neutrální reakci (72,82 %). Dalších 23,30 % uvedlo, že si je široká veřejnost prohlíží. Nejčastější odpovědí na otázku č. 14 bylo, že při kontaktu s širokou veřejností musí čelit nepříjemným dotazům, zda je to nakažlivé (49,06 %) anebo nemusí čelit ničemu (39,62 %). Otázka č. 18 poukazuje na to, zda má široká veřejnost o lupénce dostatečné informace z pohledu psoriatika (respondenta). Nejčastější odpovědí na otázku byla odpověď ne, kterou uvedlo 49,51 % dotazovaných, 37,86 % uvedlo, že neví a pouhých 12,62 %, si myslí, že široká veřejnost má o lupénce dostatečné informace. Z dosažených výsledků lze předpokládat, že široká veřejnost reaguje na osoby trpící lupénkou neutrálně, i když respondenti uvedli, že musí čelit nepříjemným dotazům, zda je to nakažlivé. Při vyhodnocení otázky č. 14 a č. 18 lze předpokládat, že tyto dotazy mohou být způsobeny právě tím, že dle subjektivního názoru respondentů široká veřejnost nemá dostatečné informace o daném onemocnění.

Pro srovnání byl vybrán výzkum, kdy autorky zjišťují informovanost široké veřejnosti o lupénce. V daném výzkumu bylo zjištěno, že informovanost široké veřejnosti je dobrá. Z výzkumu je dokonce zřejmé, že 85 % dotazovaných vědělo, že lupénka není nakažlivá (Krajčovičová a Chrásková, 2013). Jiný výzkum se zabývá také informovaností široké veřejnosti a je šetřený pomocí rozhovorů, kdy z dosažených výsledků vyplývá, že široká veřejnost na psoriatiky pohlíží negativně a jejich informovanost je nedostatečná, obzvláště co se týče přenosu lupénky, tak široká veřejnost není dostatečně edukována, že lupénka není infekční, a tudíž její přenos z člověk na člověka je minimální (Vaňková a Hošťálková, 2014). Výzkum z roku 2018 zkoumal informovanost studentů o lupénce na nižším a vyšším stupni gymnázia a na vysokých školách. Z dosažených výsledků autorky zjistily, že studenti nemají dostatečné povědomí o psoriáze, a to především žáci na nižším stupni gymnázia, nicméně z výsledků také vyplývá, že většina dotazovaných věděla, že psoriáza je neinfekční onemocnění (Panenková a Velkoborská, 2018).

Z dotazníkového šetření vyplývá, že psoriáza trochu ovlivňuje kvalitu života nemocného. Díky dotazníkovému šetření bylo zjištěno, že 46 dotazovaných respondentů (44,66 %) nevěděla, s jakou formou lupénky se léčí. Zajímavým poznatkem práce je zjištění, že 14 respondentů uvedlo psychické potíže v souvislosti s lupénkou, ale odbornou pomoc vyhledali pouze 3 respondenti. Vzhledem k onemocnění, které je pro pacienty v mnoha

ohledech omezující a je těžké se s ním vyrovnat, obzvlášť ve fázi relapsu může docházet k tomu, že pacienti upadají do deprese, což nám také potvrdilo dotazníkové šetření. Z tohoto důvodu byl vytvořen leták „8 tipů, jak se vyhnout depresi“ – viz. příloha III.

### **Doporučení pro praxi**

Pacienti, kteří mají diagnostikovanou lupénku by měli být lépe edukováni v oblasti jejich formy.

V oblasti psychického zdraví by bylo vhodné doporučit každé osobě, které byla diagnostikována lupénka psychologickou pomoc, alespoň v období propuknutí nemoci a relapsu onemocnění. Domnívám se, že by bylo vhodné doporučit pacientům také v rámci péče o psychické zdraví různé relaxační techniky k zbavení stresu, který se řadí k provokačním faktorům a může ovlivnit průběh psoriázy.

Z analýzy výsledků šetření je také zřejmé, že má mnoho pacientů problém s fungováním na veřejnosti. Tento stav může vést k výskytu deprese a pocitům úzkosti. Je důležité rozvíjet sebevědomí a mít kladný vztah k sobě samému, protože to může mít prospěšný vliv na průběh nemoci a fungovat jako prevence vzniku depresivních a úzkostných stavů. V rámci psychologické pomoci by bylo také vhodné doporučit, aby se osoby trpící lupénkou nevyhýbaly společenskému životu. V rámci socializace by pro osoby trpící lupénkou mohlo být přínosem sdílení svého onemocnění a pocitů s ostatními pacienty, kteří trpí stejnou chorobou. Mohou tak mezi sebou sdílet své názory, poznatky a rady v oblasti lupénky. Psoriázou se zabývá spolek SPAE (Spolek psoriatiků a ekzematiků) nebo lze navštívit Facebookové stránky, ve kterých se nachází otevřené a uzavřené skupiny lidí se stejným problémem. SPAE pořádá různé akce na podporu osob s lupénkou, jako je například „Puntíkový den“, který připadá na světový den psoriázy.

Důležitá je neustálá edukace populace o tom, že lupénka není infekční a nakažlivé onemocnění, prostřednictvím edukačních materiálů, přednášek a letáků. Pokud bude široká veřejnost dostatečně edukována, mohlo by dojít k případnému zamezení vyčleňování osob s lupénkou ze společenského života, a tím ke zlepšení jejich kvality života.



## ZÁVĚR

Tato práce se zabývala kvalitou života s psoriázou. Práce byla rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část byla zaměřená na psoriázu a kvalitu života. Psoriáza se věnovala převážně formám lupénky, klinickým projevům, léčbě a komorbiditám. Dále byla zmíněná ošetrovatelská péče o pacienta s psoriázou. Kapitola o kvalitě života se zaměřovala na její definici a popisovala hodnotící a měřící nástroje používané v souvislosti s lupénkou. Praktická část byla šetřena technikou standardizovaného dotazníku PQOL-12 a obsahovala dva dílčí cíle. PQOL-12 dotazník byl vyhodnocován na základě Likertovy škály.

Hlavní cílem bakalářské práce bylo posoudit kvalitu života u osob s lupénkou. Do výzkumného šetření se zapojilo 103 respondentů (100 %), kdy 45 z nich byly ženy (43,69 %) a 58 (56,31 %) bylo mužů. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 19 do 79 let. Z dosažených hodnot PQOL-12 dotazníku vyplývá, že kvalita života u osob s psoriázou byla vlivem onemocnění trochu ovlivněna.

### **Cíl č. 1: Zjistit, jak respondent vnímá sám sebe**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky PQOL-12 1 až 8. U daných otázek nejvyšší počet dosažených bodů na stupnici od 0 do 10 byl 75 a nejnižší 0. Nejvíce respondentů tedy 52 se bodově pohybovalo v rozmezí od 40 do 80 bodů. Dále 51 respondentů uvedlo počet celkových bodů sledované oblasti do 40 bodů. Žádný z respondentů se nepohyboval v bodovém rozmezí nad 80 bodů. Z dosažených výsledků sledované oblasti lze předpokládat, že vnímání sebe samotného je v souvislosti s lupénkou trochu narušeno. Cíle bylo dosaženo.

### **Cíl č. 2: Zjistit z pohledu respondenta, jak vnímá široká veřejnost osobu trpící lupénkou**

K danému cíli se vztahovaly otázky č. 13, 14 a 18. Na otázku č. 13 nejčastěji respondenti uvedli (72,82 %), že široká veřejnost má při kontaktu s nimi neutrální reakci. U otázky č. 14 dotazovaní uváděli (49,06 %), že když se dostanou do kontaktu s širokou veřejností musí čelit nepříjemným dotazům, zda je lupénka nakažlivá. Dále 39,62 % respondentů uvedlo, že nemusí čelit ničemu. Na otázku č. 18 respondenti nejčastěji uvedli, že dle jejich subjektivního názoru široká veřejnost nemá dostatečné informace o psoriáze (49,51 %). I když někteří respondenti uvedli, že při kontaktu musí čelit nepříjemným dotazům, zda je lupénka nakažlivá, domnívám se, že to může být způsobeno tím, že respondenti dle subjektivního názoru uvedli, že široká veřejnost nemá dostatečné informace o lupénce.

Z dosažených výsledků lze tedy předpokládat, že široká veřejnost vnímá osoby s lupénkou neutrálně, ale jistým problémem může být nedostatek informací v povědomí široké veřejnosti. Při srovnání s jiným výzkumem, který zkoumal danou oblast a zjišťoval informovanost o lupénce širokou veřejností bylo zjištěno, že dotazovaní věděli, že lupénka není nakažlivá. Cíle bylo dosaženo.

Stanovených cílů práce bylo dosaženo. Přínosem práce bylo zjištění, že kvalita života s psoriázou se u jednotlivých pacientů liší, a to také v souvislosti s mírou postižení lupénky v daném čase. Kvalita života je jiná u osob podstupujících biologickou léčbu než u pacientů hospitalizovaných na kožním oddělení. Dotazníkové šetření přineslo poznatky o tom, že osoby trpící lupénkou mají největší problém v socializaci, tedy začlenění do skupin nebo v interakci s druhými lidmi. Tento problém vyjádřilo v šetření 38 respondentů, což činí 23,31 % z celkového počtu dotazovaných. Pro osoby trpící lupénkou je klíčové, aby nedocházelo k jejich vyřazování ze společnosti. Veřejnost by měla být dostatečně edukována o lupénce, obzvláště co se týče jejího přenosu. Zajímavým zjištěním práce bylo také to, že 14 respondentů (11,11 %) uvedlo, že v souvislosti s lupénkou mají psychické potíže, nicméně pouze 3 (1,74 %) uvedli, že vyhledali psychologickou pomoc. Domnívám se, že v souvislosti s lupénkou by se měla zvážet větší podpora v oblasti psychického zdraví, které je v dané situaci bráno jako jedno z nejdůležitějších a s osobami, které byly postiženy tímto onemocněním by se po psychické stránce mělo pracovat intenzivně již od propuknutí nemoci, obzvláště co se týče osob v produktivním věku. K tomuto účelu, aby se předcházelo vzniku depresivních stavů byl na základě dosažených výsledků výzkumu vytvořen leták „8 tipů, jak se vyhnout depresi“.

### **Limity šetření**

Nedostatek studií, které by využívaly PQOL-12 dotazník. Neexistuje doporučený manuál pro vyhodnocení dotazníku.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- AALEMI, A. K. et al., 2022. Correlation of Psoriasis Disability Index and Psoriasis Area and Severity Index: A Study from Afghanistan. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. [online]. [cit. 2022-12-06]. Available from: DOI:10.2147/CCID.S363343.
- BARANOVÁ, Z., 2018. Lokálna liečba psoriázy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Košice, **12**(4) [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2018.029.
- BENÁKOVÁ, N., 2007a. Léčba ostatních forem psoriáza. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.
- BENÁKOVÁ, N., 2007b. Průběh, prognóza a organizace péče. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.
- BENÁKOVÁ, N., 2007c. Terapie obecně. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.
- BENÁKOVÁ, N., 2007d. Úvod. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.
- BOŽEK, A. a A. REICH, 2017. The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. *Adv Clin Exp Med*. [online]. **26**(5) [cit. 2022-12-17]. Available from: DOI:10.17219/acem/69804.
- BRONSARD, V. et al, 2010. What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. [online]. [cit. 2023-04-23]. Available from: DOI:10.1111/j.1468-3083.2009.03563.x.
- CANAL-GARCÍA, E. et al., 2022. Nail Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* [online]. **113**(5) [cit. 2022-12-17]. Available from: DOI:10.1016/j.ad.2022.01.006.
- CIFERSKÁ, H. a J. ŠTOLFA, 2016. Ustekinumab v terapii psoriatické artritidy. *Solen: Interní medicína pro praxi* [online]. Praha, **18**(1) [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2016/01/05.pdf>
- ČELAKOVSKÁ, J., 2020. Psoriáza - přehled o onemocnění a indikace k biologické léčbě: Zkušenosti s léčbou adalimumabem. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Hradec Králové, **14**(4) [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2020/04/02.pdf>

- ČEPELÍKOVÁ, K., 2019. Jaké to je, žít s lupénkou. *Vitalia.cz* [online]. [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jake-to-je-zit-s-lupenkou/>
- DROZENOVÁ, H., 2008. Lupénka: Přehledové články. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, **2**(3) [cit. 2022-11-02]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2008/03/03.pdf>
- DROZENOVÁ, H., 2009. Psoriáza: Aktuální farmakoterapie. *Solen: Praktické lékarenství* [online]. Praha, **5**(5) [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2009/05/05.pdf>
- ETTLER, K., 2007. Fototerapie. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.
- ETTLER, K., 2021. Dermatologická fototerapie. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Hradec Králové, **15**(1) [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2021.004.
- FIALOVÁ, J. a M. KOJANOVÁ, 2020. Komplexní léčba psoriázy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, **14**(2) [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2020.011.
- FOULKES, A. C. a R. B. WARREN, 2019. Brodalumab in psoriasis: evidence to date and clinical potential. *Drugs Context*. [online]. [cit. 2022-12-07]. Available from: DOI:10.7573/dic.212570.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum* [online]. Praha: Grada [cit. 2022-12-04]. ISBN 978-80-247-7357-5.
- GURKOVÁ, E., 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2023-01-29]. ISBN 978-80-244-5627-0.
- HE, Z. et al., 2012. Reliability and validity of the Chinese version of the Psoriasis Disability Index (PDI) in Chinese patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* [online]. [cit. 2022-12-06]. Available from: DOI:10.1186/1477-7525-10-37.
- HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2020. *NANDA International, Inc. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: Definice a klasifikace 2018 - 2020*. 11. vydání. Praha: Grada Publishing. Přel. P. Mandysová, P. Kudlová, A. Pokorná. ISBN 978-80-271-070-0.
- HORAŽDOVSKÝ, J., 2020. Risankizumab (Skyrizi). *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. České Budějovice, **14**(2) [cit. 2022-11-13]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2020.016.

HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

HUGO, J., 2022. Volba biologické terapie z hlediska komorbidit psoriázy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, **16**(2) [cit. 2022-12-07]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2022.016.

JACOBSON, C. C. a A. B. KIMBALL, 2004. Rethinking the Psoriasis Area and Severity Index: the impact of area should be increased. *Br J Dermatol* [online]. **151**(2) [cit. 2023-04-23]. Available from: DOI:10.1111/j.1365-2133.2004.06035.x.

KANTOROVÁ, M. a L. PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Vliv lupénky na mezilidské vztahy a psychický vývoj* [online]. Brno [cit. 2023-05-11]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/h4jdr/Lupenka\\_Bakalarska\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/h4jdr/Lupenka_Bakalarska_prace.pdf). Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulty, katedra speciální pedagogiky.

KOBSA, M. a M. SELEROVÁ, 2019. Těžký život pacienta s psoriázou – pohled na léčbu s psychodermatologického hlediska. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Nový Jičín, **13**(2) [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2019.015.

KOO, J. et al, 2002. The relationship between quality of life and disease severity: results from a large cohort of mild, moderate and severe psoriasis patients. *Br J Dermatol*. [online]. [cit. 2023-04-23].

KOTOLOVÁ, H. a M. NOVÁKOVÁ, 2022. Využití zinku v dermatologii u vybraných indikací: Mezioborové přehledy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Brno, **16**(1) [cit. 2022-11-09]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2022.006.

KRAJČOVIČOVÁ, E. a M. CHRÁSKOVÁ, 2013. *Aspekty života jedinců s psoriázou* [online]. Olomouc [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vjytdp/7638467>. Bakalářská. Univerzita Palackého v Olomouci.

KRPEC, R., 2013. *Kvantitativní metody v pedagogickém výzkumu* [online]. Ostrava: © Ostravská univerzita v Ostravě [cit. 2023-05-07]. ISBN 978-80-7464-445-0.

KUKLOVÁ, I., 2018. Erythrodermie. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, **12**(2) [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2018.010.

LANGLEY, R. G. B. et al., 2005. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis*. [online]. [cit. 2022-10-31]. Available from: DOI:10.1136/ard.2004.033217.

LILUASHVILI, S. a T. KITUASHVILI, 2019. Dermatology Life Quality Index and disease coping strategies in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol.* [online]. **36**(4) [cit. 2023-03-23]. Available from: DOI:10.5114/ada.2018.75810.

LIN, Y. L. et al., 2022. Measurement of Body Surface Area for Psoriasis Using U-net Models. *Comput Math Methods Med.* [online]. [cit. 2023-03-23]. Available from: DOI:10.1155/2022/7960151.

MALEČKOVÁ, R., 2020. Jak se zbavit deprese a úzkosti. *Lékárna.cz* [online]. [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: <https://www.lekarna.cz/clanek/jak-se-zbavit-deprese-a-uzkosti/>

MARKS, J. L., 2021 What Is Psoriasis? Symptoms, Causes, Diagnosis, Treatment, and Prevention. *EVERYDAYHEALTH* [online]. [cit. 2022-11-01]. Available from: <https://www.everydayhealth.com/psoriasis/guide/>

NAVRÁTILOVÁ, M. a J. MIKLÍKOVÁ., 2011. Psoriáza – možnosti léčby, edukace pacienta. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Brno, **5**(4) [cit. 2022-11-01]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2011/04/14.pdf>

NEČAS, M., 2020. Novinky v léčbě psoriázy. *I. dermatovenerologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně* [online]. Brno [cit. 2022-10-31]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/VLDV7X1c/Necas\\_-\\_Novinky\\_v\\_lecbe\\_psoriazy.pdf](https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/VLDV7X1c/Necas_-_Novinky_v_lecbe_psoriazy.pdf)

NEVORALOVÁ, Z., 2013. Celková léčba lupénky. *Solen: Praktické lékárenství* [online]. Jihlava, **9**(6) [cit. 2022-10-31]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/06/04.pdf>

OBSTOVÁ, I., 2016. Terapie psoriázy: Aktuální farmakoterapie. *Solen: Praktické lékárenství* [online]. Praha, **12**(1) [cit. 2022-11-07]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2016/01/03.pdf>

PAGANO, J., 2012. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-556-5.

PANENKOVÁ, L. a M. VELKOBORSKÁ, 2018. *Kvalita života studentů s psoriázou* [online]. Olomouc [cit. 2023-05-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9ouzeh/25959730>. Diplomová práce. UPOL Pedagogická fakulta.

PEŇÁZOVÁ, V., 2007. Lupénka: Pro sestry. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. **1**(4) [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2007/04/11.pdf>

- PAYNE, J. a kol., 2005. *Kvalita života a zdraví*. TRITON. ISBN 978-80-7254-657-0.
- RICH, P. a R. K. SCHER, 2003. Nail Psoriasis Severity Index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol* [online]. [cit. 2023-05-06].
- RÖCKEN, M. a kol., 2018. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0106-1.
- RUGGIERO, A. et al., 2022. Bimekizumab for the Treatment of Psoriasis: A Review of the Current Knowledge. *Psoriasis (Auckl)*. [online]. [cit. 2022-12-07]. Available from: DOI:10.2147/PTT.S367744.
- SALAVEC, M., 2017. Bezpečnost sekukinumabu v terapii psoriázy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Hradec Králové, **11**(4) [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2017.043.
- SEMRÁDOVÁ, V., 2023. Psoriasis vulgaris. In: *Česká dermatovenerologická společnost* [online]. [cit.2023-05-06]. Dostupné z: Psoriasis vulgaris :: Česká dermatovenerologická společnost
- SENDRASOA, F. A. et al., 2020. Quality of Life in Patients with Psoriasis Seen in the Department of Dermatology, Antananarivo, Madagascar. *Biomed Res Int* . [online]. [cit. 2022-12-06]. Available from: DOI:10.1155/2020/9292163.
- SHANKAR, V. et al., 2011. PASI AND PQOL-12 SCORE IN PSORIASIS: IS THERE ANY CORRELATION?. *Indian J Dermatol*. [online]. [cit. 2022-12-06]. Available from: DOI:10.4103/0019-5154.82482.
- SKÁCELOVÁ, M. a P. HORÁK, 2020. Projevy psoriatické artritidy u pacientů s psoriázou. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Olomouc, **14**(3) [cit. 2022-11-17]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2020.026.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2014. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy IV: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4342-4.
- SLONKOVÁ, V. a V. VAŠKŮ, 2015. Dlouhodobá bezpečnost adalimumabu a nové indikace pro dermatologii. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Brno, **9**(2) [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2015/02/05.pdf>

ŠELINGEROVÁ, V., 2022. Choroby ve kšticí a péče o pokožku hlavy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, **16**(2) [cit. 2022-12-15]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2022.015

ŠMEJKALOVÁ, J. et al., 2020. Quality of life of patients with psoriasis. *Cent Eur J Public Health* [online]. Hradec Králové, **28**(3) [cit. 2022-11-09]. Available from: DOI:10.21101/cejph.a5611.

ŠTERNBERSKÝ, J. a M. TICHÝ, 2019. Secukinumab v terapii těžké formy psoriázy. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Olomouc, **13**(1) [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2019.005.

ŠTERNBERSKÝ, J. a M. TICHÝ, 2020. Guselkumab v terapii velmi těžké formy psoriázy u polymorbidního pacienta. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Olomouc, **14**(2) [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2020.018.

ŠTOLFA, J. a kol., 2007. *PSORIATICKÁ ARTRITIDA A PSORIÁZA*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-002-1.

ŠTORK, J., 2007a. Klinika. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.

ŠTORK, J., 2007b. Psoriatická artropatie. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.

ŠTORK, J., 2013. Erytemato-papulo-skvamózní dermatózy. In: Štork, J. et al. *Dermatovenerologie*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-898-8.

ŠULCOVÁ, V. a V. SEMENCOVÁ, 2022. *Kvalita života osob s psoriázou* [online]. Pardubice [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/79503/SulcovaV\\_KvalitaZivota\\_VS\\_2022.pdf?sequence=1](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/79503/SulcovaV_KvalitaZivota_VS_2022.pdf?sequence=1). Bakalářská. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií.

THEOBALD, M., 2022. Best Natural Ingredients for Psoriasis. *EVERYDAYHEALTH* [online]. [cit. 2022-11-01]. Available from: <https://www.everydayhealth.com/psoriasis/treatment/natural-ingredients-psoriasis/>

TICHÝ, M., 2011. Psoriáza – základní charakteristika častého onemocnění: Ve zkratce. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Olomouc, **5**(4) [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2011/04/13.pdf>



URBÁNEK, K., 2017. Infliximab. *Solen: Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc, **19**(1) [cit. 2022-12-07]. Dostupné z: DOI:10.36290/int.2017.008.

VAŠKŮ, V., 2007. Etiopatogeneze. In: Benáková, N. a kol. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN: 978-80-7254-966-5.

VAŠKŮ, V., 2009. Komorbidity u psoriázy, nový pohled na staré onemocnění: Přehledové články. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Brno, **3**(2) [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2009/02/03.pdf>

VAŠKŮ, V., 2020. *Psoriáza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-638-2.

VOJÁČKOVÁ, N., 2017. Lokální léčba psoriázy: Přehledové články. *Solen: Dermatologie pro praxi* [online]. Praha, **11**(4) [cit. 2022-11-09]. Dostupné z: DOI:10.36290/der.2017.042.

YAMAZAKI, F., 2021. Psoriasis: Comorbidities. *J Dermatol.* [online]. **48**(6) [cit. 2022-11-17]. Available from: DOI:10.1111/1346-8138.15840.

YANG, S. et al., 2021. Toenail Psoriasis during Ustekinumab Therapy: Results and Limitations. *Ann Dermatol.* [online]. **33**(2) [cit. 2023-03-23]. Available from: DOI:10.5021/ad.2021.33.2.131.

VAŇKOVÁ, L. a M. HOŠŤÁLKOVÁ, 2014. *Problematika pacienta s lupénkou a jeho začlenění se do společnosti* [online]. Praha [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/65216/BPTX\\_2012\\_1\\_11110\\_0\\_326089\\_0\\_115622.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/65216/BPTX_2012_1_11110_0_326089_0_115622.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Karlova 1LF.

© WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. *Global report on PSORIASIS* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2023-02-16]. ISSN 978 92 4 156518 9.

© WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. World Health Organization: WHOQOL: Measuring Quality of Life. *World Health Organization* [online]. [cit. 2023-03-21]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AAD	American Academy of Dermatology
ACE	Angiotenzin konvertující enzym
ASLO	Antistreptokokový titr
BSA	Body Surface Area
CRP	C – reaktivní protein
ČLS JEP	Česká dermatovenerologická společnost
ČADV	Česká akademie dermatovenerologie
HLA	Lidský leukocytární antigen
HRQoL	Kvalita života související se zdravím
IL	Interleukin
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně
TNF	Tumor nekrotizující faktor alfa
UV	Ultrafialové záření
UVA	Ultrafialové záření pásma A (320–400 nm)
UVB	Ultrafialové záření pásma B (290–320 nm)
nm	Newton metr (jednotka momentu síly)
NAPSI	Nail Area Psoriasis Severity Index
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PASI	Psoriasis Area and Severity Index
PUVA	Fotochemoterapie fotosenzibilizujícím psoralenem a záření UVA
SPAЕ	Spolek psoriaticků a ekzematiků
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 - Jak moc si uvědomujete, že máte lupénku.....	55
Obrázek 2 - Jak bezmocní se cítíte v souvislost s lupénkou.....	55
Obrázek 3 - Jak moc se cítíte trapně v souvislosti s lupénkou .....	56
Obrázek 4 - Jak moc se cítíte naštvání nebo frustrování v souvislosti s lupénkou.....	56
Obrázek 5 - Jak moc Vám lupénka znepěkňuje vzhled .....	57
Obrázek 6 - Jak nevladatelná je Vaše lupénka.....	57
Obrázek 7 - Do jaké míry ovlivňuje lupénka Vaší celkovou emocionální pohodu.....	58
Obrázek 8 - Do jaké míry Vaše lupénka celkově narušuje Vaši schopnost užívat si života	58
Obrázek 9 - Do jaké míry bylo lupénkou ovlivněno svědění za poslední měsíc.....	59
Obrázek 10 - Do jaké míry bylo lupénkou ovlivněno fyzické podráždění za poslední měsíc .....	59
Obrázek 11 - Do jaké míry byla lupénkou ovlivněná fyzická bolest nebo bolestivost během posledního měsíce.....	60
Obrázek 12 - Do jaké míry byl během posledního měsíce ovlivněn výběr oblečení, které má lupénku zakrýt.....	60

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Léčivé přípravky k lokální terapii psoriázy.....	21
Tabulka 2 - Léčivé přípravky určené k systémové terapii lupénky .....	23
Tabulka 3 - Přípravky určené k biologické léčbě psoriázy.....	27
Tabulka 4 - Pohlaví respondenta .....	45
Tabulka 5 - Sociální status respondenta .....	45
Tabulka 6 - Rodinný stav respondenta .....	46
Tabulka 7 - V čem Vás lupénka nejvíce omezuje .....	47
Tabulka 8 - Co Vám na lupénce nejvíce vadí.....	48
Tabulka 9 - S jakou formou lupénky se léčíte .....	48
Tabulka 10 - Jaký druh terapie podstupujete .....	49
Tabulka 11 - Co jste musel/a u psoriázy upravit/ doplnit/ omezit.....	49
Tabulka 12 - V souvislosti s lupénkou se u Vás vyskytuje .....	50
Tabulka 13 - V současné době se léčíte s lupénkou .....	50
Tabulka 14 - V partnerských vztazích se.....	51
Tabulka 15 - Která místa máte v současné době postižena .....	51
Tabulka 16 - Z důvodu psoriázy .....	52
Tabulka 17 - Jak na Vás nejčastěji pohlíží široká veřejnost.....	52
Tabulka 18 - Při kontaktu s okolím musíte čelit.....	53
Tabulka 19 - Myslíte si, že má široká veřejnost dostatečné informace o lupénce.....	53
Tabulka 20 - Ukazatele střední hodnoty a variability.....	54

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha P I: NANDA-I. doména č. 6**

**Příloha P II: Dotazník kvality života pacientů s psoriázou**

**Příloha P III: 8 tipů, jak se vyhnout depresi**

**PŘÍLOHA P I: NANDA- I. DOMÉNA Č. 6**

<b>Třída 1. Sebepojetí</b>	
<i>Kód</i>	<i>Diagnóza dle NANDA – I.</i>
00174	Riziko oslabení lidské důstojnosti
00124	Beznaděj
00185	Připravenost na zvýšení naděje
00121	Narušená osobní identita
00225	Riziko narušení osobní identity
00167	Připravenost na zlepšení sebepojetí
<b>Třída 2. Sebeúcta</b>	
<i>Kód</i>	<i>Diagnóza dle NANDA – I.</i>
00119	Chronicky nízká sebeúcta
00224	Riziko chronicky nízké sebeúcty
00153	Riziko situačně nízké sebeúcty
00120	Situačně nízká sebeúcta
<b>Třída 3. Obraz těla</b>	
<i>Kód</i>	<i>Diagnóza dle NANDA – I.</i>
00118	Narušený obraz těla

Zdroj: (Herdman a Kamitsuru, 2020)



- h) V cestování
- i) V ekonomickém zatížení (můžete doplnit): .....
- j) Jiné (doplňte): .....

**7. Co Vám na lupénce nejvíce vadí? (doplňte)**

.....

**8. S jakou formou lupénky se léčíte?**

- a) Ložisková lupénka
- b) Pustulózní lupénka
- c) Generalizovaná lupénka
- d) Erytrodermická lupénka
- e) Psoriáza kštice
- f) Nehtová psoriáza
- g) Psoriatická artritida
- h) Nevím, jakou mám formu
- i) Jiná: .....

**9. Jaký druh terapie podstupujete? (možnost i více odpovědí)**

- a) Lokální (vnější) terapie (masti, pasty...)
- b) Systémová (vnitřní) terapie (léky)
- c) Fototerapie
- d) Biologická léčba
- e) Psychologická pomoc
- f) Jiné: .....

**10. Co jste musel/a u psoriázy upravit/ doplnit/ omezit? (možnost i více odpovědí)**

- a) Úprava životního stylu (omezení/zákaz kouření, alkoholu aj.)
- b) Úprava výživy (omezení koření aj.)
- c) Bezpečná hygiena (omytí vlažnou vodou, zvlhčující krémy a oleje aj.)
- d) Zvlhčovač vzduchu
- e) Alternativní léčba (např. ....)
- f) Speciální potravinové doplňky: .....
- g) Omezit psychický stres: .....
- h) Změna kosmetiky
- i) Změna materiálu při oblékání (spíš bavlna aj.)
- j) Jiné: .....

**11. V souvislosti s lupénkou (s onemocněním kůže, nehtů...) se u Vás vyskytuje:**  
(možnost i více odpovědí)

- a) Onemocnění kloubů a svalů (psoriatická artritida, myastenie aj.)
- b) Kardiovaskulární onemocnění (např. vysoký krevní tlak)
- c) Metabolické potíže (např. Diabetes mellitus, Metabolický syndrom, Obezita aj.)
- d) Psychické potíže (např. Deprese aj.)



- e) Záněty střev (Crohnova choroba, Ulcerózní colitida, celiakie)
- f) Netrpím žádnou další chorobou
- g) Jiné (doplňte): .....

**12. V současné době se léčíte s lupénkou:**

- a) Ambulantně
- b) Jsem hospitalizován/a
- c) Docházím do stacionáře
- d) Jiné (doplňte): .....

**13. Jak na Vás nejčastěji pohlíží široká veřejnost?**

- a) Prohlíží si mě/dívají se na mě
- b) Vyhýbají se mi/odvrací zrak
- c) Mají neutrální reakci
- d) Jiné (doplňte): .....

**14. Při kontaktu s okolím musíte čelit (možnost výběru více odpovědí):**

- a) Nepříjemným dotazům, zda je to nakažlivé
- b) Odmítnutí při návštěvě kadeřníka, kosmetiky
- c) Okolí se mě nechce dotýkat
- d) Dostávám úkoly, při kterých je omezen kontakt s ostatními
- e) Jiné (doplňte): .....

**15. V partnerských vztazích se (možnost výběru více odpovědí):**

- a) Cítím se méněcenný
- b) Rozešel se se mnou kvůli psoriáze partner/partnerka
- c) Vyhýbám se randění
- d) Nesnesu myšlenku, že se mě někdo dotýká
- e) Vyhýbám se sexuálním nebo intimním vztahům
- f) Jsem v pohodě
- g) Jiné (doplňte): .....

**16. Která místa máte v současné době postižena (možnost výběru více odpovědí):**

- a) V oblasti kštiny (vlasatá část hlavy)
- b) V oblasti křížové krajiny
- c) Postižena kůže na nohou
- d) Postižena nehtová lůžka
- e) Postiženy malé klouby na ruce
- f) Postiženy (doplňte): .....

**17. Z důvodu psoriázy (možnost výběru více odpovědí):**

- a) Nenosím krátké oblečení
- b) Nechodím do bazénu
- c) Nechodím na wellness
- d) Jiné (doplňte): .....

**18. Myslíte si, že má široká veřejnost dostatečné informace o lupénce?**

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

V souvislosti s lupénkou si Vám dovolíme položit otázky na **Vámi vnímanou kvalitu života v posledním měsíci (PQOL – 12 dotazník)** Autor: J. Y. Koo, 2002

**Pozn.:** zakroužkujte Vámi vybranou odpověď

	<b>Vůbec ne</b>	<b>Trochu</b>	<b>Hodně</b>
1. Jak moc si uvědomujete, že máte lupénku?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
2. Jak bezmocní se cítíte v souvislosti s lupénkou?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
3. Jak moc se cítíte trapně v souvislosti s lupénkou?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
4. Jak moc se cítíte naštvaní nebo frustrovaní v souvislosti s lupénkou?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
5. Do jaké míry Vám lupénka znepekňuje vzhled?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
6. Jak nezvladatelná je Vaše lupénka?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
7. Do jaké míry ovlivňuje lupénka Vaši celkovou emocionální pohodu?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
8. Do jaké míry Vaše lupénka celkově narušuje Vaši schopnost užívat si života?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
<b>Do jaké míry byla každá z následujících činností ovlivněna Vaší lupénkou <u>během posledního měsíce</u>?</b>			
9. Svědění?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
10. Fyzické podráždění?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
11. Fyzická bolest nebo bolestivost?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>
12. Výběr oblečení, které má lupénku zakrýt?	<b>0 1 2 3</b>	<b>4 5 6 7</b>	<b>8 9 10</b>

Děkujeme za Váš čas a podělení se o Vaše problémy. Moc si toho vážíme.

## PŘÍLOHA P II: 8 TIPŮ, JAK SE VYHNOUT DEPRESI



### 8 TIPŮ, JAK SE VYHNOUT DEPRESI

#### Deprese

Jedná se o psychickou poruchu, která si žádá odbornou pomoc. S depresí se potýká každý pátý člověk. Jedinec, u kterého došlo k jejímu rozvoji dochází často k uzavírání se do sebe. Nebojte se vyhledat odborníka a svěřit se mu se svými pocity.

#### Jak poznat depresi?

- **Ztráta energie**
- **Přetrvávající únava**
- **Nespavost, brzké buzení**
- **Pocit méněcennosti**
- **Nechutenství nebo naopak přejídání se**
- **Problém s koncentrací a soustředěním**
- **Přetrvávající smutná nálada**


#### Lupénka

Je chronické autoimunitní onemocnění kůže, které se projevuje tvorbou červených ložisek pokrytých bílými šupinami. Psoriáza postihuje muže i ženy a celosvětově se vyskytuje u 2% populace. Lidé trpící lupénkou jsou až dvakrát více ohroženi rozvojem deprese.

*„Proboha, radujte se více! Je to jediný a nejspolehlivější lék na všechny nemoci“*

*Nikolaj V. Gogol*

*Leták vznikl jako výstup  
bakalářské práce na téma:  
Kvalita života s psoriázou  
(2023)*

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

**Autoři:**  
Adéla Kubáňová  
PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

fhs.utb.cz

## TIPY, JAK SE VYHNOUT DEPRESI:

1. Nenakládejte si toho na sebe moc
2. Nebojte se požádat o pomoc rodinu, blízké nebo přátelé
3. Nezanedbávejte své zájmy a koníčky
4. Pracujte na pozitivním přístupu k životu
5. Nezapomínejte se nepodstatnými problémy
6. Podnikajte aktivity, při kterých se cítíte šťastní
7. Neuzavírejte se do sebe
8. Mluvte o svých problémech

*Je důležité získat pozitivní obraz sebe. Budovat své sebevědomí a sebeúctu. Nejdůležitější je ne se zalíbit ostatním nebo změnit svůj vzhled, osobnost, názory a chování kvůli ostatním, ale mít úctu k sobě samému a být se sebou spokojen. Úzkostné stavy jsou v populaci, běžné, ale zdravé sebevědomí je nejúčinnější prevence k jejich zvládnutí.*



Zdroje:

MALEČKOVÁ, R., 2020. Jak se zbavit deprese a úzkosti. *Lékárna.cz* [online]. [cit. 2023-04-18]. Dostupné z:

<https://www.lekarna.cz/clanek/jak-se-zbavit-deprese-a-uzkosti/>

Proč řadu pacientů s lupénkou trápí psychické potíže?, 2022. *Revmatické-nemoci.cz* [online]. [cit. 2023-05-11].

Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-psoriaza/proc-radu-pacientu-s-lupenkou-trapi-psychie-potize-1565>

Porazte lupénku, zvítězíte i nad depresí!, 2015. *Revmatické-nemoci.cz* [online]. [cit. 2023-05-11]. Dostupné z:

<https://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-psoriaza/porazte-lupenku-zvitezite-i-nad-depresi-1238>