

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**ČLOVĚK S PSORIÁZOU A NÁSLEDNÉ SOCIÁLNÍ DOPADY**  
**ŽIVOT JEDINCE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
MUDr. Jiří Horažďovský, PhD.

Autor:  
Veronika Pekárková

2007

## **Abstrakt**

The aim of my work „The man with psoriasis and subsequent social impact on life of the individual“ was to analyse the aftereffects of psoriasis in the life of an individual and to specify the level of a patient's isolation in society. One of the aims was to make it clear the character of the disease perception.

Psoriasis is a chronic non-infectious skin disorder 4-5 % of central European inhabitants suffer from. It influences health, psychosocial and economic aspects of patient's life together with its external effects and its very slow treatment.

In the theoretical part of my work I focused on psoriasis history, its occurrence, etiology, treatment and its aftereffects in patient's life.

I used the methods of questionnaires and secondary data analysis in my work. For the research two basic statistical groups were determined, the ill and the healthy ones from southbohemian public.

I set four hypotheses based upon reading the special literature. The considered hypotheses were about the patient's problems and the public awareness of this disease. Only two hypotheses have been confirmed.

The research has shown that psoriasis cuts down the patients in their social lives, which means their later isolation and it leads to the changes in their psychic. It has been proved either that the patients with balanced psychic have better results in their treatment (they are able to live with this disease and its difficulties and they have very high level of awareness of this disease). On the contrary the hypotheses which anticipated patients's cuts down in their career choice and the low level of public awareness of this disease haven't been confirmed.

My work should be used for comprehensible widespreading information about the disease to those people who suffer from it and to general public.

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Člověk s psoriázou a následné sociální dopady na život jedince“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. 5. 2007

Veronika Pekárková

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména svému vedoucímu práce MUDr. Jiřímu Horažďovskému, PhD., za jeho čas, ochotu se mnou spolupracovat a za odborné vedení bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat MUDr. Daně Šmejkalové a MUDr. Josefu Vaníčkovi, kteří mi společně s MUDr. Jiřím Horažďovským, PhD. zprostředkovali kontakty na pacienty jejich kožních ordinací. Bez spolupráce těchto lékařů bych nemohla provést výzkum k danému tématu. V neposlední řadě patří toto poděkování všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazníky.

Těm všem patří mé vřelé poděkování.

## Obsah

Úvod .....	6
<b>1. Současný stav</b> .....	8
<b>1.1. Historie</b> .....	8
1.1.1. <i>Poznávací etapy v historii</i> .....	8
<b>1.2. Výskyt</b> .....	9
<b>1.3. Etiologie</b> .....	11
<b>1.4. Spouštěcí mechanismy</b> .....	12
1.4.1. <i>Vnitřní spouštěcí mechanismy</i> .....	13
1.4.2. <i>Zevní spouštěcí mechanismy</i> .....	14
1.4.3. <i>Faktory vedoucí k ústupu psoriázy</i> .....	14
1.4.4. <i>Prevence</i> .....	14
<b>1.5. Projevy psoriázy</b> .....	15
1.5.1. <i>Typy a formy psoriázy</i> .....	16
<b>1.6. Léčba</b> .....	18
1.6.1. <i>Zevní léčby</i> .....	20
1.6.2. <i>Světloléčba</i> .....	21
1.6.3. <i>Vnitřní léčba</i> .....	22
1.6.4. <i>Biologická léčba</i> .....	22
1.6.5. <i>Podpůrné prostředky při léčbě psoriázy</i> .....	23
<b>1.7. Dopady psoriázy pro nemocného</b> .....	24
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	25
<b>2.1. Cíle práce</b> .....	25
<b>2.2. Hypotézy práce</b> .....	25
<b>3. Metodika</b> .....	26
<b>3.1. Použité metody a techniky sběru dat</b> .....	26
3.1.1. <i>Dotazník pro nemocného</i> .....	26
3.1.2. <i>Dotazník pro občany z řad zdravé veřejnosti</i> .....	27
<b>3.2. Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	27

<b>4. Výsledky</b> .....	29
<b>4.1. Výsledky dotazníků nemocných</b> .....	29
<b>4.2. Výsledky dotazníků občanů z řad veřejnosti</b> .....	46
<b>5. Diskuse</b> .....	65
<b>6. Závěr</b> .....	73
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	75
<b>8. Klíčová slova</b> .....	79
<b>9. Přílohy</b> .....	80

## Úvod

Lupénka (odborně psoriáza) je velmi staré onemocnění, zmínky o něm najdeme již v egyptských papyrech. Jde o chronické neinfekční onemocnění kůže, které má vztah k imunitnímu systému a vykazuje určité dědičné rysy. Vyskytuje se v různých formách a postihuje 4 – 5% Středoevropského obyvatelstva, přičemž takto nemocných stále přibývá. Tato nepříjemná kožní choroba zužuje novorozence i důchodce, sice není nakažlivá, avšak dosud se jí nedaří vyléčit. Jistou roli v této problematice může sehrávat i fakt, že se jedná výlučně o lidskou chorobu, tzn., že se nevyskytuje u žádného zvířete, což do značné míry ztěžuje výzkum choroby i nových léků.

Psoriáza společně se svými projevy – šupinaté kulaté či prstencové skvrny zesílené, červené a suché kůže a zdlouhavou léčbou výrazně zasahuje do zdravotní, psychosociální a ekonomické oblasti života pacienta. V důsledku viditelných známek onemocnění a léčby se nemocní mnohdy potýkají s nechtěnými změnami v životním stylu, s problémy v zaměstnání či v mezilidských vztazích. Tato skutečnost může způsobit u dotyčných osob pocit méněcennosti, studu, deprese a může vyústit až do sociální izolace.

Vzhledem k rozsáhlému výskytu onemocnění v populaci se rozvíjí rychlým tempem výzkum, který přináší nové poznatky o onemocnění samotném a léčbě. V současnosti je tak psoriáza nejvíce zkoumanou kožní chorobou.

Důvodem, proč jsem si práci s tematikou psoriázy vybrala, je můj osobní zájem o tuto problematiku. K tomu mě přivedla má o pět let starší sestra, u které se v 18 letech psoriáza vyskytla ve vlasaté části pokožky hlavy. Dnes, o deset let později, jsou u ní patrna drobná psoritická ložiska i na pokožce trupu. Zvědavost a snaha pomoci sestře mě dovedla k řadě odborných textů, ve kterých jsem se mnohé o psoriáze dozvěděla. Výskyt psoriázy mezi známými osobami v mém okolí mě přesvědčil, že se nejedná o nemoc nijak vzácnou, ale často navíc výrazně ovlivňující kvalitu života jedince.

Práce by měla posloužit k dostatečnému a srozumitelnému poskytnutí informací o psoriáze a jejích dopadech na člověka všem osobám, které jsou psoriázou ohroženi nebo postiženi, ale i široké veřejnosti.

Cílem práce je zjistit dopady onemocnění a jeho léčby do sociální oblasti nemocných a prozkoumat stav informovanosti lidí z řad veřejnosti o psoriáze jako takové.



## 1. Současný stav

### 1.1. Historie

Odborníci na celém světě se shodují, že lupénka není nemocí moderní doby. Historie ji zná již z bible a zprávy o ní se našly už na egyptských papyrech. Důkazem toho, že se vyskytovala již před 4000 lety byly i archeologické nálezy, když se na mumifikovaných tělech objevily typické psoritická ložiska (14, 22).

Poznatky o psoriáze, její etiopatogenezi, klinických obrazech a terapii se hromadily zvolna od dávnověku přes temný středověk až do 20. století, kdy již silně narůstaly geometrickou řadou. Je třeba si uvědomit, že ve starověkém Řecku byla psoriáza považována za kletbu bohů a záměna s leprou přivedla mnoho nešťastníků do izolace mezi malomocné. Mylné obavy z její nakažlivosti trvaly ještě ve středověku. Omyly byly postupně korigovány. Hlubší a důležité nové objevy se opíraly o pokroky obecných biologických a lékařských věd, o laboratorní dokonalosti a o stále přesnější až cílenou farmakologii. Domnívat se tak, že lupénka je pouze moderní civilizační chorobou, není tak úplně pravdou, ačkoliv životní styl má jistě na vznik a průběh nemoci svůj podíl (21, 22).

*1.1.1. Poznávací etapy v historii psoriázy lze postupně charakterizovat takto:*

- údobí popisné, vyčleňující psoriázu od jiných kožních chorob
- údobí klinické, upřesňující jednotlivé formy a popisující její fenomény
- údobí mikroskopické
- údobí elektronoptické
- údobí biochemické
- údobí genetické
- údobí imunologické
- údobí léčebné se specifickými léky zevními a vnitřními a s fyzikálními metodami

- údobí psychoterapeutické
- sociální péči (22).

Slavné nebo známé osobnosti, které se v historii zapsaly do seznamu významných poznatků o psoriáze je celá řada. Popisy hodící se k psoriáze lze zachytit již u Aul Cornelia Celsa ( r. 25 před n. l. až r. 45 po n. l.). Ve starém zákoně, v třetí knize Mojžíšově, je popis bělavého výsevu na kůži, který skvrnitě nebo v celku postihuje tělo od hlavy až k nohám. Podle dnešní interpretace odborníků šlo s velkou pravděpodobností o psoriázu. Výraz psoriáza však pravděpodobně poprvé použil Galénos, řecký lékař působící v Římě (r. 133-200). Řecké slovo psora znamená svědicí šupinu. Také v Číně nebyla psoriáza neznámou nemocí. V roce 610 n. l. byla výstižně popsána lékařem Čchao Juan-Fangem. Středověk nepřinesl nic nového. Až od 18. století jsou známé další nové popisy a řada osobností zabývajících se touto problematikou. Byla tak popsána řada teorií a objevena řada nových léků, které se postupem času vyvíjely a zdokonalovaly až do dnešní podoby (22).

Ani česká věda nestojí pozadu. Téměř každá kožní klinika v naší republice věnovala v uplynulé době velkou pozornost psoriáze. Z našich předních dermatologů, kteří se zabývali psoriázou byli např. F. Šamberger, K. Gawalowský, B. Janoušek, V. Resl, A. Kúta, J. Konopík, J. Danda či F. Novotný (22).

## ***1.2. Výskyt***

Údaje o výskytu psoriázy mezi obyvatelstvem se různí. Především rozhoduje lidská rasa a geografická lokalita. U čistokrevných jihoamerických Indiánů se psoriáza nevyskytuje vůbec (21). Stejně tak Eskymáci v Grónsku neznají tuto chorobu a zřídkakdy se projevuje také u černochů v tropickém pásmu. Výkladem může být vedle genetických odlišností životní způsob, prostředí bez provokujících infekčních nemocí, bez psychických stresů a výživa bez přejídání. Psoriázou trpí asi až 125 milionů lidí v populaci. Ve vzestupném sledu je psoriázou postižena rasa rudá, černá, žlutá a bílá. Středoevropské a severoamerické bílé obyvatelstvo trpí zjevně psoriázou podle

posledních údajů asi až v 6 – 8%. U obyvatel severských, zvláště skandinávských krajin nebo v polárních oblastech Asie se zvyšuje výskyt psoriázy, snad díky nedostatku slunečního záření nebo i chladnému podnebí. Extrémním příkladem jsou Faerské ostrovy v Norském moři, kde se udává výskyt mezi obyvatelstvem nad 13 %. Zde sehrává nejspíš svou roli blízkost příbuzenských vztahů na izolovaném místě (21, 22).

Podle tělesné konstituce, habitu nebo psychického chování převládají piknici a sestupně následují neurotici, cholericí, atletici, astenici až melancholici (21).

Není významného rozdílu ve výskytu psoriázy mezi ženami a muži, i když v poslední době se udává převaha ženského pohlaví, zejména u dětí dospívajících. Důvody mohou být různé: vzrůstající zájem žen o léčení, nepochybně změny sociálního postavení žen, týkající se vysoké zaměstnanosti žen v porovnání s dřívější dobou, větší psychické vypětí a snad i kaloricky bohatší strava, spojená s alkoholem a kouřením (2, 21).

Psoriáza může vzniknout v jakémkoliv věku, ale nejčastěji v dospělosti, a to převážně ve dvou obdobích – okolo puberty a okolo 40. – 50. roku věku. Až 75 % pacientů onemocní do 40 let. Malé děti a staří lidé jsou postiženi méně často. V celkovém pohledu na věk psoriatiků má začátek psoriázy nejvyšší statistický vrchol mezi 16. a 20. rokem věku a druhý, mnohem menší vrchol mezi 45. a 55. rokem věku (3, 4, 21).

Závažnou situací je celkový vzestup výskytu psoriázy a to především u bělošského obyvatelstva v civilizovaných zemích. Příčiny se spatřují v negativních civilizačních faktorech, které se shodují s nejčastějšími spouštěcími mechanismy, kterými jsou narůstající duševní vypětí, větší možnost šíření infekčních onemocnění horních cest dýchacích, vysokokalorická strava s tendencí přejídání, alkoholismus, nikotinismus či nedostatek slunečního záření jednak z důvodu omezeného slunění, jednak z důvodu zamoření ovzduší průmyslovými exhalacemi. Tyto aspekty opravňují k tomu, abychom označili psoriázu také za chorobu civilizační (21).

### ***1.3. Etiologie***

Medicína příčiny psoriázy doposud nezná. Existuje mnoho teorií a definic, které vypovídají o spouštěcím mechanismu nemoci – od genetických dispozic až po dietu a stres, ale nic není jednoznačně doložené a potvrzené. Jisté je jen jedno: kožní problémy nesouvisí je s kůží samotnou. Její stav je spojen s celou řadou exogenních a endogenních faktorů (22).

Určitý vliv může sehrávat genetika, která řadí psoriázu mezi genodermatózy neboli mezi dědičně podmíněné dispoziční choroby. Této definici nahrává skutečnost, že asi u 40% psoriaticů lze zjistit postižení psoriázou u někoho z jejich příbuzných. Nedědí se však choroba jako taková, ale dispozice, tedy sklon k chorobě. Tudíž se nemusí zjevně projevit vůbec a zděděný sklon může mít daleko větší počet příbuzných. K viditelnému propuknutí choroby dochází tehdy, když na jedince s tímto zděděným sklonem působí tzv. provokační, vyvolávající faktory v příslušné intenzitě. Udává se, že pokud trpí jeden z rodičů psoriázou, je 25% riziko narození dítěte, které také onemocní. Riziko vzroste na 60%, mají-li psoriázu oba rodiče. Přitom ani pozdější věk, se kterým onemocnění přichází, nevylučuje genetické dispozice, které se často projevují po delším čase (2, 22).

Novější a v současné době oprávněnější studie řadí psoriázu mezi autoimunitní choroby (podobně jako např. cukrovka, revmatoidní artritida) s dědičným podkladem. Znamená to, že vlastní imunitní systém jedince, přesněji jeho bílé krvinky, tzv. lymfocyty, jsou z určitých důvodů (dědičnost, faktory zevního a vnitřního prostředí) aktivovány. To vede k aktivaci dalších složek imunitního systému, podobně jako při obraně proti infekci, což vyvolá zánětlivý proces v kůži. Ložisko je více prokrvené, teplejší a červené. Důsledkem je zmnožení kožních buněk, zrychlení jejich růstu a poruch a rohovění. Normální kožní buňka vyzraje a na povrch kůže se dostane za cca 28 dnů, zatímco u psoriázy je to již za 4 dny, tedy 7x rychleji. Tyto buňky nejsou vyzrálé, pevně lpějí na kožním povrchu a odlučují se pomaleji než u zdravé kůže. Výsledkem jsou pak typická ostře ohraničená, sytě červená ložiska se stříbřitými šupinami. Neboť prostředníkem choroby jsou bílé krvinky a krev je v rámci cévního systému

v organismu všudypřítomná, je třeba si uvědomit, že se psoriáza může objevit kdekoliv na kůži, sliznicích či kloubech. K viditelnému propuknutí choroby, dochází tehdy, když na jedince s sklonem k této nemoci působí tzv. provokační, vyvolávající faktory, po kterých je potřeba aktivně pátrat (2, 4, 21).

Psoriáza není v žádném případě přenositelná. Patří mezi neinfekční kožní choroby. Je nesporné, že není nakažlivá. Ačkoli jistá souvislost s infekcí tu je, a to v tom smyslu, že ji mohou provokovat infekce horních cest dýchacích, streptokokové angíny, virózy apod. (21).

Přes všechny vyslovené definice, zůstává v platnost dosud stále často opakovaná definice řadící psoriázu mezi dermatózy nejasné etiologie (21).

### ***1.3. Spouštěcí mechanismy***

Na vzájemném působení genů a provokačních faktorů záleží, zda se choroba projeví zevně. Provokační faktory dokáží psoriázu probudit z klidového stadia do aktivní fáze. Jsou také příčinou jejího úporného průběhu. Může se dokonce stát, že ačkoli má pacient předepsanou správnou léčbu a provádí ji pečlivě, na stavu onemocnění se to nijak neprojeví. Proto je nezbytné po provokačních faktorech pátrat a snažit se je odstranit či alespoň omezit. Při akutní diseminaci, většinou symetrické, přicházejí v úvahu především náhlé vnitřní spouštěcí mechanismy, zatímco u lokalizovaných nebo atypických ložisek jsou to spíše zevní a dlouhodobější spouštěcí mechanismy (7, 21).

*Obecné faktory vyvolávající nebo zhoršující psoriázu:*

- narůstající duševní zátěž
- chronická podrážděnost
- chemizace životního prostředí
- zvyšující se spotřeba léků, alkoholu a nevhodných potravin
- kouření

- četné infekce, např. streptokokové angíny
- popáleniny
- nedostatek mastných kyselin
- hormonální změny
- nedostatek zinku, včetně betakarotenu
- dědičnost **(25)**.

### *1.3.1. Vnitřní spouštěcí mechanismy*

Jako nejčastější vnitřní spouštěcí mechanismy psoriázy se udávají infekční choroby – záněty dýchacích cest (především streptokokového původu), záněty průdušek, močového měchýře a močových cest, záněty gynekologické, záněty trávicího traktu, zubní záněty, kloubní apod. Na druhé místo ve statistice interních provokací psoriázy se řadí stres. Může se jednat o stres fyzický (nemoc, nepohoda, operace, tělesné vyčerpání atd.), psychický (práce, škola, odpovědnost, finanční situace atd.) nebo citový (vztahy s lidmi, nehody v rodině, smrt blízkého člověka atd.). Když je člověk ve stresu, jeho tělo reaguje zvýšenou nebo sníženou produkcí chemických látek, čímž se organismus dostává do nerovnováhy. Mění se puls, krevní tlak i hormonální hladiny, srdeční i krevní činnost. V neposlední řadě reaguje samozřejmě i kůže **(22)**.

Důkazem dopadu hormonálních změn na psoriázu je maximální vrchol nástupu psoriázy v pubertě a menší výskyt v době klimakteria. Naopak však působí gravidita, při níž psoriáza většinou ustupuje **(21)**.

Stále častějšími spouštěcími mechanismy se stávají léky a to především lithium, betablokátory kalciového kanálu, interferony a někdy i nesteroidní antirevmatika **(2)**.

Vnitřních spouštěčů je ještě celá řada a mnohdy se řadí do tzv. civilizačních. Jsou to špatné stravovací návyky – tučné maso, tučné mléčné výrobky, cukr i nesnášenlivost určitého jídla, nedostatek mastných kyselin, zvýšené nedostatky živin včetně zinku a betakarotenu. Psoriáza má horší průběh a častěji svědí při diabetes mellitus, obezitě, hypertenzi, ateroskleróze a jaterních chorobách. Není pochyb ani o tom, že psoriázu zhoršuje velká konzumace alkoholu či nadměrné kouření **(21)**.

### *1.3.2. Zevní spouštěcí mechanismy*

Zevním spouštěcím mechanismem psoriázy je Kőbnerův fenomén – vznik ložisek po zevní traumatizaci kůže, tedy po působení fyzikálních a chemických vlivů. Trauma musí být dostatečně intenzivní a musí zasáhnout jak epidermis, tak korium. Kőbnerův fenomén po traumatu se může objevit po delším časovém odstupu nežli třítydenním, o čemž svědčí jeho vznik v místě jizev, již delší dobu odhojených (21).

Negativním vlivem mohou působit i různé tlaky od pásků, šlů, těsných šatů či bot, traumatizace kůže při lékařských výkonech (např. v místě injekčního vpichu, po tetováci i detetováci, na pooperační jizvě apod.). Vzácností nejsou termické provokující příčiny, popáleniny či naopak omrzliny. V neposlední řadě může jít o klimatické vlivy spojené s intenzitou slunečního záření.

### *1.3.3. Faktory vedoucí k ústupu psoriázy*

Na druhé straně existují i faktory které naopak mohou vést k ústupu psoriázy. Je to již zmíněné těhotenství, letné období (s výjimkou asi 10% psoriatiků, kterým vyhovuje zimní období), z infekčních chorob spalničky, malárie, břišní tyfus, někdy plané neštovice. Navzájem se také vylučují lepra a psoriáza. Pomáhá hladovění a psychoterapie (21).

### *1.3.4. Prevence*

Z výčtu výše uvedených spouštěcích mechanismů je zřejmé, že absolutní prevence všech vyjmenovaných vlivů není logicky možná. Kde je nelze vyloučit, tak je třeba je alespoň snížit, zmenšit, vyrovnávat (2).

Prevence je možná jen do určité míry. Jedná se především o předcházení provokačním vlivům (včetně vhodné volby zaměstnání i mimopracovních aktivit u dětí a dospívajících), o včasné zahájení a důsledné provádění léčby (pozdě zahájená a jen občasná léčba vede k zafixování choroby a k pomalejšímu či špatnému hojení projevů).

Vzhledem k dědičným vlivům musí partneři – psoriatici při plánování rodiny, bohužel, počítat s vyšším rizikem psoriázy pro své potomky (5).

#### **1.4. Projevy**

Ne každá vyrážka na kůži, která se šupí, je psoriáza. Proto diagnózu stanovuje na základě anamnézy (strukturovaných zdravotních údajů pacienta) a vyšetření kůže odborný kožní lékař – dermatolog. U nejednoznačných případů se provádí histopatologické vyšetření, tedy po místním znecitlivění se odebere malý vzorek kůže k mikroskopickému vyšetření. Speciální laboratorní vyšetření typu krevních testů, jako například u vnitřních chorob neexistuje (2, 4).

Psoriáza se jeví klinicky na první pohled jako jednoduchá diagnostická záležitost: červené ložisko, suché, přesně ohraničené, kryté stříbřitými drolicími se šupinkami. Při akutním výsevu jsou téměř všechny papuly stejně veliké, rozseté na většině kožního povrchu, jen s minimálním sklonem k splývání. Při chronických projevech se papuly zvětšují a splývají buď do terčů nebo až do rozsáhlých ložisek. K tomu přistupují lékaři známé diagnostické příznaky a pomocné predilekční lokalizace (oblast loktů, kolen a křížová krajina) (21).

Psoriázu je možné hodnotit, popsat či blíže definovat z různých hledisek: podle morfologie, vývojového stadia, lokalizace, provokačních příčin, trvání, prognostické závažnosti či dynamiky, vzhledem k věku, ročnímu období a podle vedlejších nálezů místních a celkových a to nejen podle změn chorobných, ale také podle tělesné a duševní konstituce, podle schopnosti pacienta spolupracovat atd. K určení morfologického obrazu a konfigurace se používá řada adjektiv, jako je psoriáza tečkovaná, penízková, mapovitá, zastaralá, rozškrábaná apod. Velmi důležitá jsou adjektiva vystihující lokalizaci, jako je psoriáza plenková, obličejová, genitální, konečnicková, dlaňová a chodidlová, kolem nehtů apod. Po sečtení to vychází přes padesát popisných doplňků a přesné určení diagnózy by se mohlo protáhnout téměř na deset slov (21).



Při propuknutí nemoci dochází ke kožnímu zánětu a rychlé obnově kožních buněk. Výměna těchto buněk je mnohonásobně rychlejší než u zdravého člověka a nadbytečné a nedostatečně vyvinuté buňky proto vytvářejí charakteristická ložiska pokrytá stříbřitými šupinami (14).

#### *1.4.1. Typy a formy psoriázy*

Typy a formy psoriázy se odrážejí od genetické různorodosti. Nejčastěji se vyskytuje forma ložisková, vulgární (latinsky psoriasis vulgaris = lupénka obecná), a to až u 80% pacientů (3).

#### *Vulgární psoriáza*

Jsou to červená, ohraničená, šupící se ložiska na místech vystavených mechanickým vlivům, teda kštiny, lokty, kolena, křížová krajina zad. Protože je zprostředkována bílými krvinkami, může postihovat jakékoliv místo – včetně nehtů, obličeje, uší, genitálu, dlaní, chodidel i celé tělo. Např. nehtová psoriáza má charakteristické znaky jako jsou: drobné důlkování, olejové skvrny s centrální červení a žlutobílým lemem, podélné nebo příčné rýhování, lomivost konců nehtů, ztráta lesku (4).

Vulgární psoriáza se správně člení ještě na akutně exantémovou a chronicky stacionární, na psoriázu v typické predilekční lokalizaci nebo diseminovanou a na psoriázu trstiní, minimální, solitární, diskretní až latentní. Tím je do jisté míry vyjádřeno stadium a rozsah. Neškodí ani doplnit, zda je dosud v progresi, nebo již v regresi, anebo ve stavu setrvalém (21).

Dalšími základními formami jsou kapkovitá, pustulózní, nejtěžší erythrodermická a také kloubní.

### *Kapkovitá (gutální) psoriáza*

Vzniká často po infekcích, při skrytých infekcích bez zjevných příznaků, ale též po duševním či tělesném stresu. Vyskytuje se hlavně u dětí a mladistvých. Má malé projevy, někdy přirovnané k dešťovým kapkám či slzám (3, 4).

### *Inverzní psoriáza (tzn. obrácená proti typické formě)*

Vzniká v podpaží, na krku, pod prsy, v pupíku, tříselech, v oblasti přirození a konečníku. Laici ji často zaměňují s plísňovými onemocněními kůže. Jsou to silně červená suchá či mokvavá ložiska v kožních záhybech a místech vlhké zapářky, proto nemívají na povrchu, jinak typické, šupiny (3, 4).

### *Pustulózní psoriáza*

Je zcela odlišná od předchozích. Je méně obvyklá a postihuje zejména starší pacienty. Jedná se o obtížně léčitelné bílé nebo žlutavé puchýřky (pustuly) na dlaních či ploskách. Při postižení celého těla bývá provázena horečkou a zimnicí. Tento závažný stav vyžaduje hospitalizaci a celkovou léčbu (3).

### *Generalizovaná psoriáza nebo tzv. erythrodermie*

Je rozšířena po celém těle, obvykle bolí a svědí. Případů svědicí psoriázy je v průměru asi 20%. Důvodem svědění se shledávají v akutní exantematické fázi, při nervovém vypětí, při alergické anamnéze, při menstruaci, při lékové iritaci nebo exematizaci, při diabetes mellitus, dně a ateroskleróze. Současně bývají teploty, zimomřivost, dehydratace, ztráty bílkovin, otoky. Jedná se o nezávažnější formu, vyžadující hospitalizaci. Průměrný věk počátku tohoto typu psoriázy je 50 let (3, 4, 26).

Asi u 10 – 40% psoriaticů se může objevit postižení kloubů, páteře či měkkých tkání, jako jsou šlachy a svaly. Odborně se nazývá psoritická artropatie. Je to zánět

postihující hlavně malé klouby na nohou a rukou, může ale postihovat i velké klouby. Klouby jsou oteklé, bolestivé a často po ránu ztuhlé. Může končit invaliditou. Léčba patří především do rukou revmatologa (3).

Prognóza, průběh a rozsah psoriázy je nevyzpytatelná. Projevy vzniklé v mladším věku a s prokazatelnou rodinnou zátěží mají horší prognózu co do rozsahu a častosti recidiv, projevy vzniklé ve vyšším věku mají lehčí prognózu, ale větší tendenci ke kloubním komplikacím. Hojení postupuje od hlavy k nohám, nejdéle přetrvávají ložiska na bérkách. Velké chorobné plochy se lépe hojí v centru, zatímco na periferii přetrvávají déle.

Závažnost postižení psoriázou lze rovněž vyjádřit pomocí PASI – skóre (psoriasis area and severity index), což je číselný index vycházející z intenzity zašupení, erytému, infiltraci a rozsahu (21).

### ***1.5. Léčba***

Psoriáza je choroba léčitelná, ale není dosud zcela vyléčitelná – nelze stoprocentně zabránit výsevu nových ložisek do budoucna. Hlavním cílem léčby je proto dostat chorobu pod kontrolu. Proto je třeba ji léčit nejen při zhoršení, ale i dlouhodobě – udržovací léčbou. To klade nároky na pacienta, jeho okolí, ale i na lékaře. Vhodně zvolenou, správně a pečlivě prováděnou léčbou spolu s prevencí lze docílit zahojení či značného zlepšení projevů nemoci, a to na různě dlouhou dobu (i měsíce až roky) (3).

V poslední době se ukazuje, že včas zahájená léčba vede k rychlejšímu hojení a dokonce i do budoucna k mírnějšímu průběhu, než když se choroba ponechá bez léčby (2).

Spontánní zhojení projevů je řídké a nelze na něj, bohužel, spoléhat. Většinou nastává díky vědomé, ale i náhodné změně životního stylu, resp. Vyloučení či zmírnění provokačních faktorů. Spontánního zhojení a významného vlivu psychiky (tzv. sugesce jako je „zázračný“ lék, zahraniční lék, lék od exotického léčitele atp.) využívá až

zneužívá řada paramedicínských metod, jejichž samotná účinnost je nulová či minimální (2).

Léčba se stanovuje individuálně, pro konkrétního pacienta a pro aktuální stav kůže. Obecným pravidlem je, že se léky dle určitých pravidel kombinují, aby se dosáhlo většího efektu a bezpečnosti. U lehčích a středně těžkých forem, což představuje asi 70% lidí s psoriázou je choroba zvládnutelná zevní léčbou, u středně těžkých a těžkých forem se přidává světloléčba a léčba celková. U těžkých forem lze náročnější léčbu absolvovat buď ambulantně docházením do stacionáře (denní centrum, sanatorium), nebo v nemocnici s případným doléčením v lázních (3, 7).

Volba léčiv se řídí dle závažnosti psoriázy, tedy rozsahu, intenzity projevů a ovlivnění kvality života. Dále záleží na umístění, průběhu, reakci na předchozí léčbu a na dostupnosti léčiv (místní, časové a finanční). Sejně důležitá je i schopnost pacienta dodržovat a provádět léčbu. Odlišná je léčba u dětí a těhotných žen (3).

Optimální lék na psoriázu by měl být účinný, a to i dlouhodobě, měl by být bezpečný i v dlouhodobém horizontu, měl by být dobře snášený (nedráždit), měl by se snadno používat, být kosmeticky přijatelný a dobře kombinovatelný s ostatními léčivy. To představuje tolik nároků, že je žádný lék všechny najednou nemůže splnit. Proto se u všech léků posuzuje jejich nasazení dle poměru prospěchu k rizikům u konkrétního člověka. Abychom z léku vytěžili maximální užitek, je třeba ho používat správně, pravidelně, vyvarovat se nevhodných kombinací, včetně léků volně prodejných či alternativních (3).

Spektrum používaných léčebných metod je široké, což souvisí s tím, že není přesně známí původ nemoci psoriázy. V poslední době přibývá příznivců hypotézy, že psoriáza je choroba, která – podobně jako např. revmatismus – vzniká při snaze obranných reakcí lidského těla, které se brání proti vlastním tkáním (14).

Každá psoriáza je jiná a to se týká i léčby. Standardní, tedy vědecky ověřené a z hlediska účinnosti a bezpečnosti vyzkoušené léky, účinkují u většiny pacientů. Ale platí, že co jednomu pomáhá, jinému nemusí. Proto je třeba léčbu volit individuálně. Vzhledem k této individuální reakci mohou u jednotlivce překvapivě pomoci třeba pouze podpůrné léky nebo obecně zdraví prospěšné prostředky (včetně bylinek,

vitamínů, potravinových doplňků, akupunktury atd.), které nemají u většiny pacientů na psoriázu objektivní či dostatečný efekt. Reakce na léky se může po určitém čase lišit a měnit i přímo u jednoho jedince. Tedy i to, co jednomu nepomohlo, může příště fungovat. A naopak (2).

*Kdo a co může či nemůže léčit?*

Praktický lékař je schopen léčit pacienty s vulgární psoriázou v predilekční lokalizaci nebo s mírnou diseminací, zejména v chronickém stadiu. Ambulantní dermatolog a léčebné denní centrum pro psoriatiky může léčit psoriázu všech forem kromě léčebně rezistentních, generalizovaných stavů, erythrodermie a pustulózní formy., resp. vážných interních komplikací. Tyto pacienty je nutné hospitalizovat. Kloubní psoriáza se konzultuje s revmatologem. Provokace, jako angíny a virózy horních cest dýchacích, se konzultují s otorinolaryngologem, jiné fokusy s internistou nebo gynekologem. Do lázní a k přímořskému pobytu se odesílají nemocní k doléčení (21).

Podle typu použitých léčiv se léčba rozlišuje na zevní, světloléčbu a na léčbu vnitřní. A anglosaské literatuře bývá toto pořadí označováno jako léčba první, druhé a třetí linie nebo postup tří kroků (2).

### *1.5.1. Zevní léčba*

Zevní léčba byla a stále je základním pilířem v léčbě psoriázy. Volbou těchto léků je třeba individuálně přizpůsobit podle formy psoriázy, rozsahu, umístění, věku atp. Asi u 80% všech psoriatiků, kteří jsou klasifikováni jako lehčí případy, lze vystačit pouze se zevní léčbou. Podle průraznosti a hloubky působení volíme jako nosnou bázi (seřazeno podle účinnosti) tekutý pudr, soluci (tinkтуру), lotio, plej, sprej, gel, měkkou až tužší pastu, hydrofilní až lipofilní krém, mast a tuhý tyčinku. K tomu lze přiřadit léčebná mýdla, šampony a koupelové přísady. Rozdílné metody zevní terapie se uplatňují při ambulantním a ústavním léčení. Při domácím léčení volíme prostředky

málo špinící a zabarvující a s co nejmenším rizikem vedlejších nežádoucích účinků, zatímco při hospitalizaci si můžeme dovolit barvící a agresivnější léky (2, 21).

#### *Nejvíce používané léky*

- Deriváty vitamínu D<sub>3</sub>
- Deriváty vitamínu A (retinoidy)
- Kortikosteroidy
- Cignolin
- Dehty

Značně diskutovaným lékem jsou kortikosteroidy, které mohou mít řadu vedlejších účinků. Někteří odborníci tvrdí, že tento tak často nadužívaný „všelék“ má, podobně jako antibiotika, při první léčbě velmi často téměř zázračný efekt. Psoriáza ve velmi krátké době zmizí, avšak za čas se objeví opět a s podstatně komplikovanějším průběhem. Poté již kortikoidy nezabírají. Právě pro své vedlejší negativní účinky musí být používány s rozvahou (14, 16).

#### *1.5.2. Světlo léčba (fyzikální léčba)*

K fyzikálním metodám léčby Psoriázy jsou řazeny procedury ozařování, koupelové a jiné přístrojové. Preferují se v lázních a denních ošetrovatelských centrech, někdy se využívají při hospitalizaci. Zpravidla se kombinují se zevním ošetřením, méně s interní terapií. Světlo léčba vede ke zhojení či zlepšení u 80 – 90% pacientů. Nejlépe reaguje forma chronická ložisková. K světlo léčbě se přistupuje v těch případech, kde zevní léčba má malý efekt a kde je rozsah postižení nad 30% tělesného povrchu. Ozařování u menšího rozsahu se obvykle neprovádí, neboť ultrafialovým zářením je zbytečně zatěžována nepostižená kůže (2, 21).

### *Používané metody*

- Metoda SUP – lampy vyzařující UV světlo
- Metoda PUVA – využívá tzv. psoralenů, látek znečítlivujících kůži vůči UV záření, v kombinaci s ozářením UVA spektrem
- Metoda TOMESA (Totes Meer Salz) – jde o napodobení léčebného pobytu u Mrtvého moře
- Balneoterapie – koupelová léčba (solná koupel, sirmá koupel, dehtová, bylinná, olejová atp.) (4, 21).

#### *1.6.3. Vnitřní (celková léčba)*

Podává se jen u vysloveně těžkých případů a pouze přechodně. Před zahájením a v průběhu léčby jsou prováděny laboratorní testy. Je potřeba docházet na pravidelné kontroly k lékaři a řídit se jeho pokyny.

#### *Povolené léky k vnitřnímu užití*

- Acitretin
- Cyklosporin A
- Metotrexát

#### *1.6.4. Biologická léčba*

Biologická léčba se považuje za novou naději pro nemocné. Má poměrně vysokou účinnost a vyšší bezpečnost. Léčiva z přírodních bílkovin jsou určena imunitnímu systému. Blokují činnost buněk, které hrají při onemocnění určitou roli. Podávají se injekčně a jsou většinou předepisována pro středně těžkou až závažnou psoriázu. Některé přípravky jsou zatím ve vývoji, jiné jsou již v některých zemích k dispozici (8, 26).

#### *1.6.5. Podpůrné prostředky v léčbě psoriázy*

- Velmi prospívá pobyt u moře. Sluneční záření mívá příznivý účinek. Mnoho let se již používá blahodárného vlivu Mrtvého moře v Izraeli. Je to nejnižší položený bod na zemi a nad hladinou se drží lehká mlha minerálií. Tím jsou v atmosféře nad Mrtvým mořem odfiltrovány nežádoucí paprsky. Nemusí to však být pouze oblast Mrtvého moře, pacientům prospěje také pobyt u Středozemního moře (8).
- Vitamíny a minerály
- Léčivé byliny
- Akupunktura
- Magnetoterapie
- Alternativní prostředky
- Homeopatie (2).

#### *Doporučení při léčbě*

- Péče o kůži – důležité udržovat kůži dobře hydratovanou a vláčnou, neškrábat kůži a nesnažit se šupiny násilně odstraňovat
- Dieta – většina doporučení se kryje se zásadami zdravé racionální výživy
- Povolání, sport a koníčky – volit takové, aby nedocházelo ke zraňování kůže
- Oblečení – nosit bavlněné, hladké, volné a pohodlnou obuv či ochranné pomůcky
- Psychika – dodržovat zdraví, vyrovnaný životní styl, zejména vyváženou stravu, střídmost v alkoholu, pravidelný pohyb a dostatek spánku a vyhýbání se stresu
- Prevence – spočívá obecně ve vyloučení či alespoň omezení provokačních faktorů (4).



### ***1.7. Dopad psoriázy pro nemocného***

Psoriáza významně ovlivňuje kvalitu života pacienta. V žebříčku negativního ovlivnění života se nachází hned za depresemi, na obdobné úrovni jako revmatoidní artritida, vysoký krevní tlak a srdeční choroby. Je to choroba viditelná a svým způsobem hendikepující (3).

Kdysi bývala psoriáza považována za prudce nakažlivou. Ostatní se takových lidí stranili, často před nimi utíkali a mnohdy je i zavírali. Ačkoli není psoriáza infekční onemocnění, většina lidí se kontaktu s nemocnými úzkostně vyhýbá. Značně to souvisí se skutečností, že choroba navenek nepůsobí esteticky (14).

Postižený mívá potíže nejen tělesné – svědění, bolestivost, praskání kůže, bolesti kloubů, poruchy spánku, ale i psychické, sociální a ekonomické. Psoriáza lidi paralyzuje, omezuje kontakt s okolím, budí deprese a pocity méněcennosti. Člověk s psoriázou se i v těch největších horkách halí do dlouhých rukávů, aby nebylo nic poznat, a když se má před někým svléknout, propadá studu. To trápí především ženy. Mnohé z nich, zejména mladší, se zoufale svěřují, že nenávidí vlastní tělo, a to hlavně v období vhodném ke slunění a koupání (7, 22).

Vinu na těchto pocitech má z velké části samotné okolí, které se nemocných s psoriázou straní, štítí se jich třeba i dotknout a nemoc považují za nechutnou. Psoriáza není nakažlivá, ale společnost mnohdy tyto lidi diskriminuje a oni mají potíže s uplatněním v zaměstnání i v partnerských vztazích (23).

Pro dobré výsledky terapie je důležitá změna postoje k nemoci, smíření se s osudem a dodržování naordinované léčby (7).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1. Cíl práce**

Cílem mé práce je zmapovat dopady psoriázy na život nemocného jedince. Dílčí cíle a hypotézy, které jsem stanovila na základě prostudované odborné literatury, jsou zaměřeny na konkrétní sociální problémy pacientů a na podvědomí veřejnosti o tomto onemocnění.

*Dílčí cíle :*

1. Určit míru izolace pacienta ve společnosti
2. Ozřejmit charakter vnímání samotného onemocnění

### **2.2. Hypotézy práce**

1. Klinické projevy lupénky omezují pacienta ve společenském životě a způsobují jeho izolaci
2. Pacienti s lupénkou mají omezení ve výběru zaměstnání
3. Čím více člověk pochopí podstatu své nemoci, tím lepší jsou šance na výsledek léčby
4. Veřejnost není dostatečně dobře informovaná o povaze tohoto onemocnění.

### **3. Metodika**

#### ***3.1. Použité metody a techniky sběru dat***

Ke zpracování této práce byla použita metoda dotazování, kterou jsem provedla pomocí techniky sběru dat dotazníku a techniku sekundární analýzy dat. Pro výzkum byly stanoveny dva statistické soubory – 1. Nemocní, 2. Veřejnost. Údaje z dotazníků jsem přepsala pomocí programu Microsoft Excel do grafické podoby. Vyhodnocení jednotlivých dat je vyjádřeno v procentech.

##### ***3.1.1. Dotazník nemocného***

Dotazník (viz. Příloha 1) byl zcela anonymní a obsahoval 17 otázek. Vyskytly se v něm otázky uzavřené, polootevřené a jedno grafické znázornění. Respondenti odpovídali formou zaškrtování zvolených odpovědí.

První tři otázky sloužily k bližšímu rozlišení charakteristiky zkoumaného vzorku. Byly zaměřeny na pohlaví, věk a míru dosaženého vzdělání.

Otázky 4 a 5 odpovídaly na období, které uplynulo od prvních příznaků nemoci a na lokalizaci výsevu nemoci na těle pacienta.

Otázky číslo 6, 7, 8, 9 a 10 zjišťovaly možné společenské problémy spojené s onemocněním. Zda byli pacienti omezeni v osobním růstu, zda jim bylo omezeno či znemožněno účastnit se společenských nebo sportovních aktivit, navštěvovat veřejné prostory nebo jestli se potýkali někdy s nepříjemnými poznámkami od svého okolí.

Nakolik psoriáza poznamenala vlastní prožívání a psychiku jedince zjišťují otázky číslo 11, 12 a 16.

Otázka 13, 14, 15 a 17 se zaměřují na léčbu, její dodržování a na to, nakolik jsou pacienti spokojeni s výsledky léčby.

Mou první hypotézu by mohly potvrdit, nebo vyvrátit otázky 7, 8, 9, 10 a 16. Druhou hypotézu by mohla potvrdit, nebo vyvrátit otázka číslo 6. Hypotézu třetí by mohla potvrdit, nebo vyvrátit otázka 12, 13, 15, a 17.

### *3.1.2. Dotazník pro občany z řad veřejnosti ke zjištění stavu informovanosti o onemocnění lupénkou*

Dotazník (viz. Příloha 2) byl stejně jako předchozí dotazník pro pacienty zcela anonymní a byl rozdělen do 15 otázek, na které občané odpovídali opět formou zaškrtnutí jimi zvolených odpovědí. Respondenti odpovídali na otázky uzavřené, polootevřené a jedno grafické znázornění.

První tři otázky sloužily i zde, v tomto dotazníku, k bližší specifikaci zkoumaného vzorku. Zjišťovaly pohlaví, věk a dosažené vzdělání.

Otázky číslo 4, 5, 6, 7 zkoumaly základní, všeobecné povědomí o psoriáze mezi dotazovanou veřejností.

Na to, jestli dotazovaní znají nějaké projevy a poznali by tak jedince postiženého touto chorobou, odpovídají otázky 8 a 13.

Otázky vážící se k možnostem léčby prezentují čísla 6, 7, 11.

Otázky 9, 14 a 15 byly zaměřeny na to, jestli si dotazovaná veřejnost připouští, že psoriáza může nemocnému přinášet problémy ve společenském i osobním životě.

Otázka 10 je založena na subjektivním názoru zdravého jedince tak, aby vyjádřil svůj pocit v případě, že by byl psoriázou postižen.

A otázka 12 se ptá na výskyt psoriázy v okolí respondenta.

Dotazník slouží k potvrzení, nebo vyvrácení hypotézy, že veřejnost není dostatečně dobře informovaná o povaze tohoto onemocnění.

### **3.2. Charakteristika zkoumaného souboru**

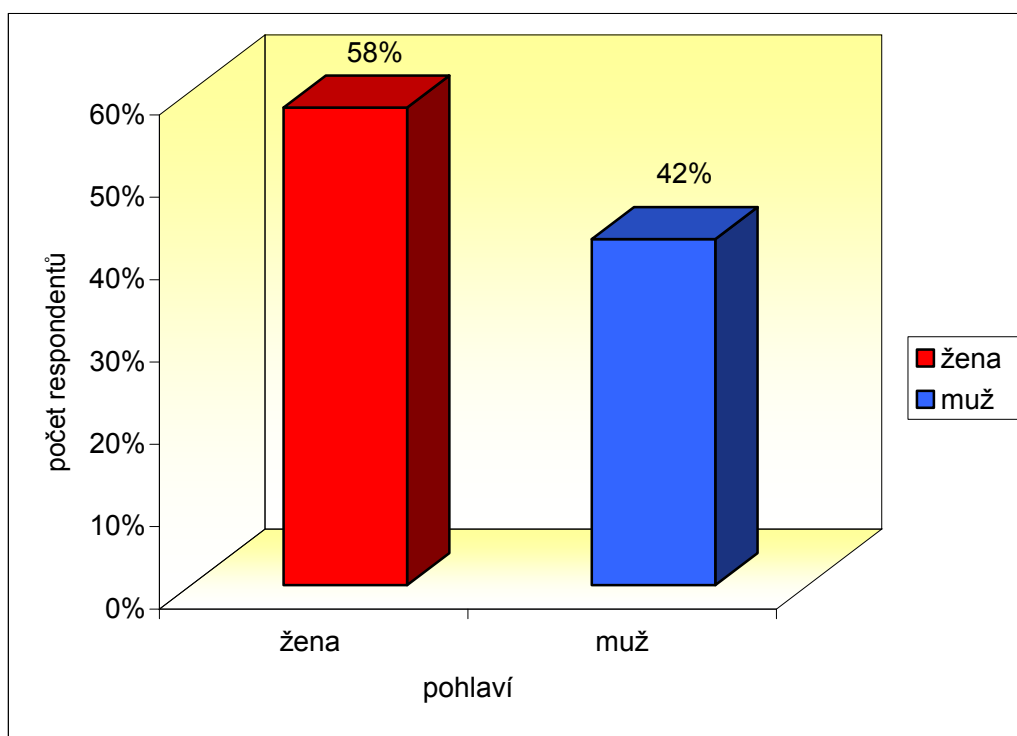
Výzkumný soubor tvořili pacienti vybraných českobudějovických ordinací a náhodný vzorek zdravých osob z řad veřejnosti. Výzkum jsem uskutečnila na základě domluvy s kožními lékaři – Primář, MUDr. Jiří Horažďovský, PhD., MUDr. Josef Vaníček, MUDr. Dana Šmejkalová, v jejich ordinacích. Díky jejich spolupráci jsem tak mohla prostřednictvím dotazníků oslovit co největší počet respondentů.

Dohromady jsem rozdala a rozeslala 70 dotazníků určených pacientům a 70 dotazníků určených mezi zdravou populaci. Za 12 týdnů, během nichž výzkum probíhal, se mi od pacientů vrátilo 56 dotazníků, což představuje 80% návratnost. Při zpracování jsem musela 6 dotazníků vyřadit, neboť nebyly zodpovězeny některé ze základních otázek. Výzkumný soubor tvořilo celkem 50 respondentů. Dotazníků z řad veřejnosti se mi vrátilo 65 vyplněných, což představuje 93% návratnost. Při zpracování jsem musela 8 dotazníků vyřadit, neboť i zde chyběly odpovědi na některé z otázek. S vedoucím práce jsem se dohodla na ponechání stejně velikého počtu výzkumného souboru u obou dotazovaných skupin. Takže dotazníků z řad veřejnosti představoval též počet 50 respondentů.

## 4. Výsledky

### 4.1. Výsledky dotazníků nemocných

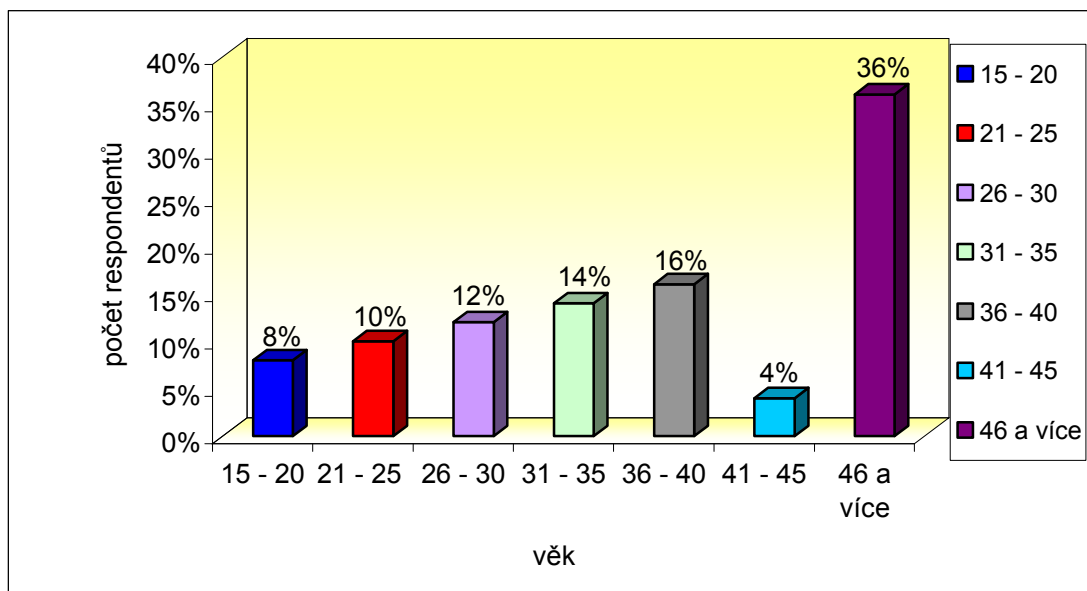
Graf 1: Pohlaví respondentů (Dotazník, otázka č. 1)



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dotazovanými pacienty převažovaly ženy, jejichž zastoupení činilo 29 (58%), mužů odpovídělo 21 (42%).

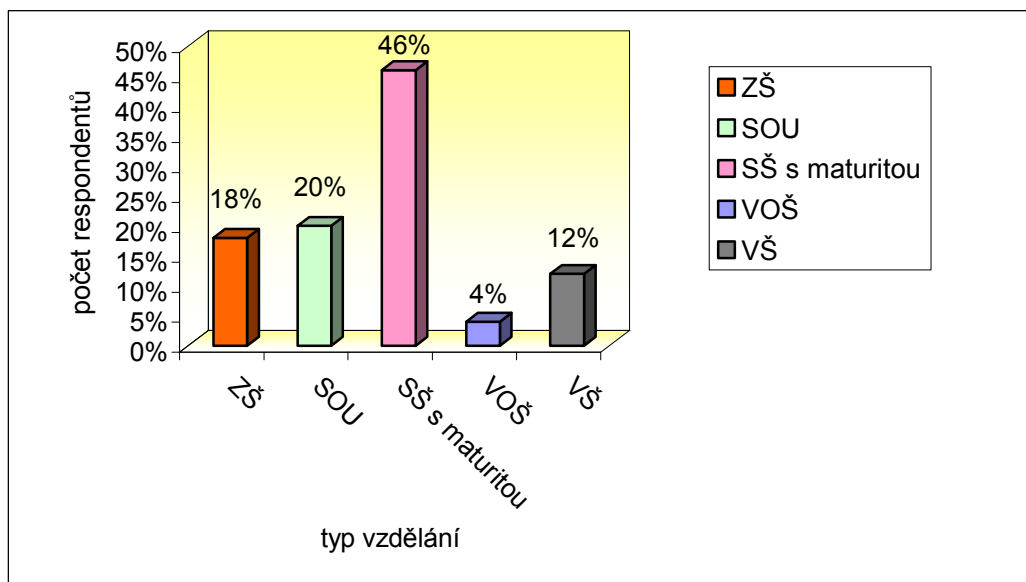
Graf 2: Věk respondentů (Dotazník, otázka č. 2)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu tvořili respondenti ve věku 46 a více let, jejichž počet byl 18 (36%). Druhou nejpočetnější skupinou byli dotazovaní ve věku 36-40 let, od nichž se vrátilo 8 dotazníků (16%). Početně sestupnou tendencí se pak vrátily dotazníky od věkové skupiny 31-35, kterých bylo 7 (14%), věková skupina 26-30 se vyskytla 6-krát (12%), skupina ve věku 21-25 byla oslovena 5-krát (10%), respondenti mezi 15-20 lety odpověděli 4-krát (8%) a nejméně zastoupenou věkovou skupinu představovali pacienti mezi 41-45 let, od nichž se vrátily 2 dotazníky (4%).

Graf 3: Dosažené vzdělání (Dotazník, otázka č. 3)



Zdroj: Vlastní výzkum

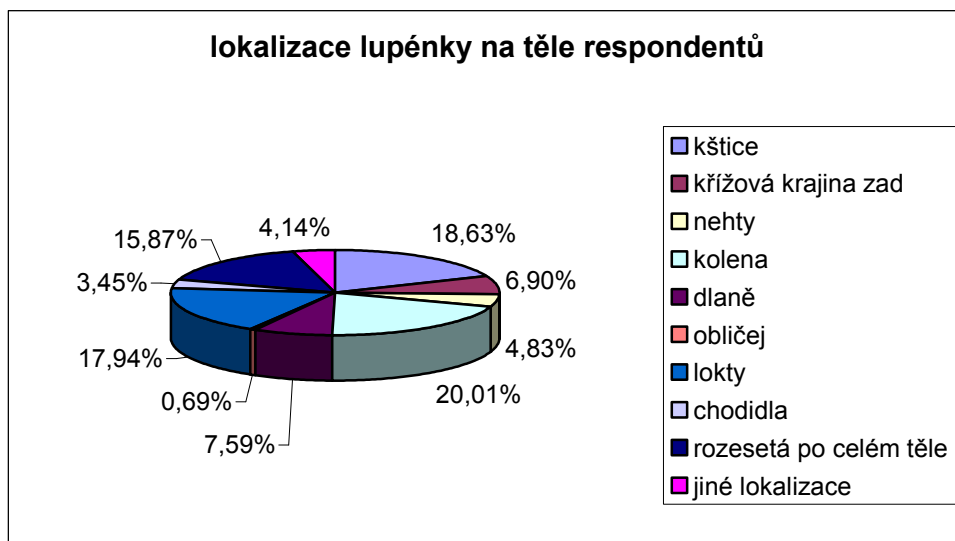
Nejčastěji se vyskytující dosažené vzdělání mezi pacienty představovalo středoškolské studium zakončené maturitní zkouškou a to v počtu 23 (46%). Druhým nejčastěji se vyskytujícím typem vzdělání bylo střední odborné učiliště, které se vyskytlo u 10 dotazovaných (20%). Následovala základní škola a to u 9 respondentů (18%), vysokoškolské vzdělání v 6 případech (12%). Nejméně časté bylo vyšší odborné vzdělání, které prezentovali 2 dotazovaní (4%).

Délka projevů příznaků (Dotazník, otázka č. 4)

U otázky číslo 4 měli pacienti uvést, jak dlouho se u nich projevují příznaky psoriázy. Respondenti udávali délku doby výskytu od 1 měsíce až po 51 let. Průměrná délka výskytu psoriatických ložisek na tělech pacientů tak činila 15,29 let.



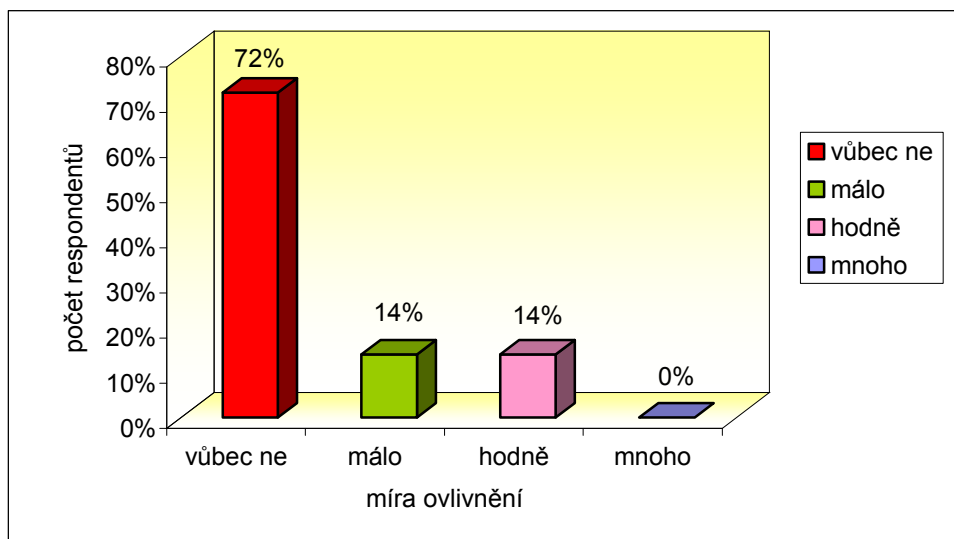
Graf 5: Lokalizace lupénky na těle pacientů (Dotazník, otázka č. 5)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji postiženou částí těla u dotazovaných pacientů představovaly kolena, které byly uvedeny v 29 případech (20,01%). Značný výskyt psoriázy zaznamenala kštica, a to ve 27 případech (18,63), lokty ve 26 případech (17,94) a výsev ložisek psoriázy po celém těle označilo 23 pacientů (15,87%). Méně častěji uváděli respondenti výskyt psoriázy na dlaních, který uvedlo 11 nemocných (7,59%) či výskyt v křížové krajině zad, jež uvedlo 10 nemocných (6,9%). Nejméně častými odpověďmi byl výskyt na nehtech u 7 jedinců (4,83%), na chodidlech v 5 případech (3,45%) a na obličeji uvedl výskyt psoriázy pouze 1 z dotazovaných (0,69%). V 6 případech (4,14%) přišla odpověď, která uváděla jinou lokalizaci než ty, které byly uvedeny. Dvakrát tak byly zaznamenány holeně, jednou pak podbříšek, bérce, klouby a uši.

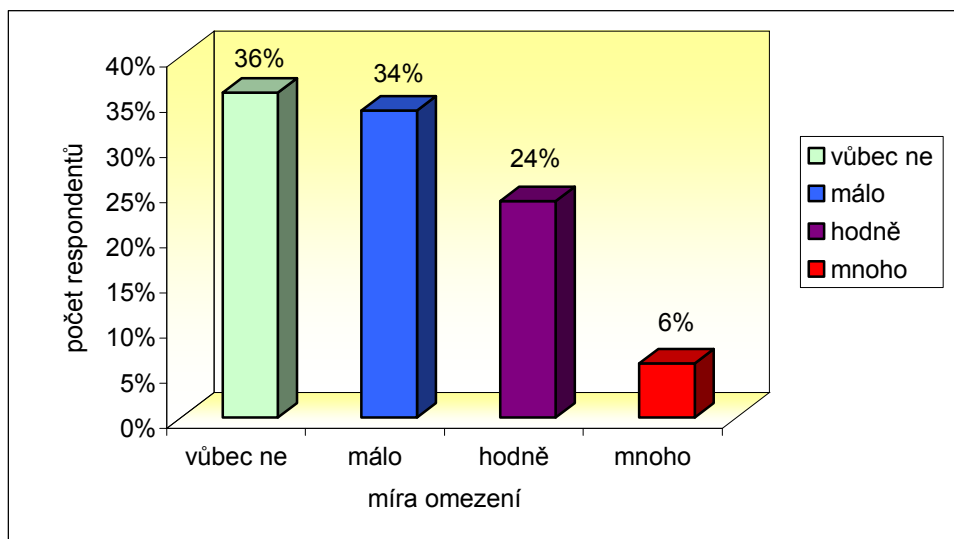
Graf 6: Ovlivnění kariéry (Dotazník, otázka č. 6)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zaškrťávanou odpovědí na otázku ovlivnění kariéry psoriázou byla kolonka vůbec ne, kterou označilo 36 respondentů (72%). Možnost odpovědi málo a hodně získala stejný poměr odpovědí, a to v počtu 7 dotazovaných (14%). Na odpověď mnoho neodpověděl žádný respondent.

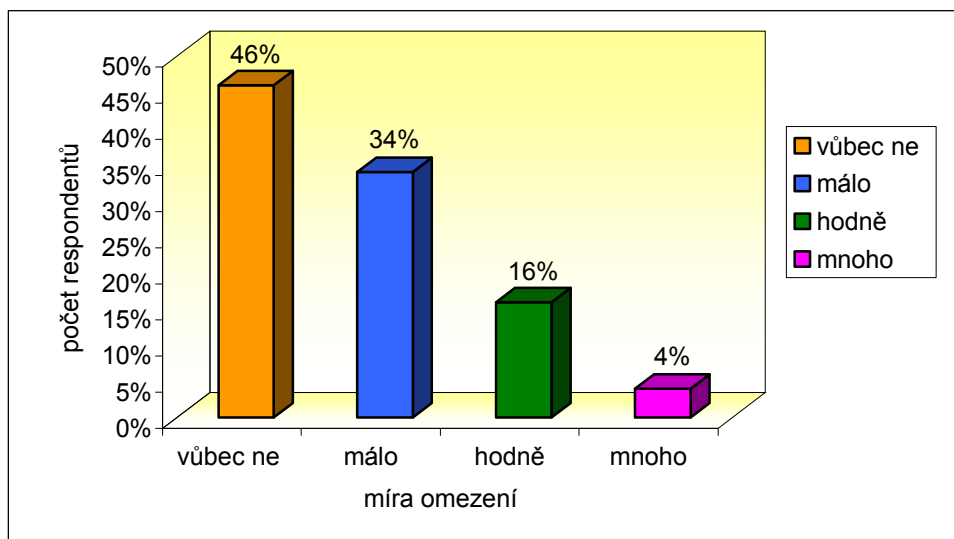
Graf 7: Omezení společenských aktivit (Dotazník, otázka č. 7)



Zdroj: Vlastní výzkum

U 18 (36%) oslovených se psoriáza nepodepsala žádným způsobem na jejich společenských aktivitách. U 17 (34%) nemocných se pak projevila pouze málo, ve 12 případech (24%) hodně a 3 dotazovaní (6%) uvedli, že jejich účast na společenských aktivitách byla znemožněna v důsledky psoriázy mnoho.

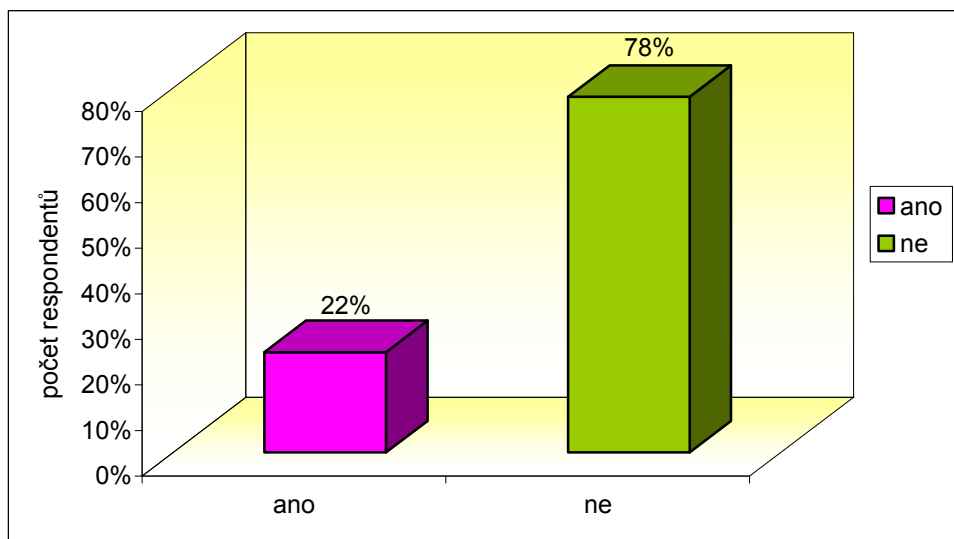
Graf 8: Omezení sportovních aktivit (Dotazník, otázka č. 8)



Zdroj: Vlastní výzkum

Své sportovní aktivity nemuselo kvůli psoriáze vůbec omezit 23 dotazovaných (46%), málo muselo omezit sportovní činnosti 17 pacientů (34%), hodně 8 pacientů (16%). Psoriáza zasáhla mnoho do sportovních aktivit u 2 pacientů (4%).

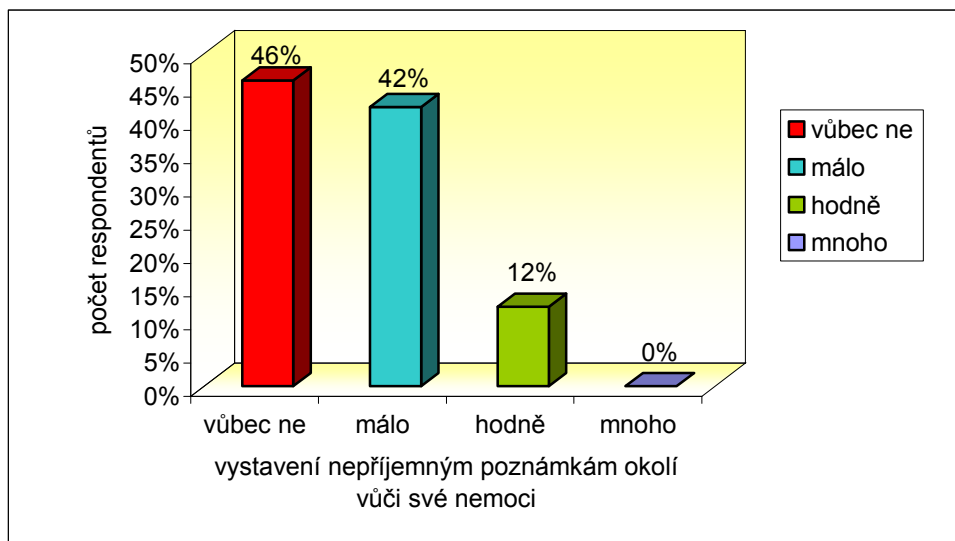
Graf 9: Zamezení použití veřejných prostor (Dotazník, otázka č. 9)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, v kolika případech bylo zamezeno pacientům použití veřejných prostorů, jako je například bazén či posilovna. 11 dotázaných (22%) má negativní zkušenosti s nepovolením vstupu do takových prostorů, zatímco 39 (78%) respondentů se s ničím takovým dosud nesetkalo.

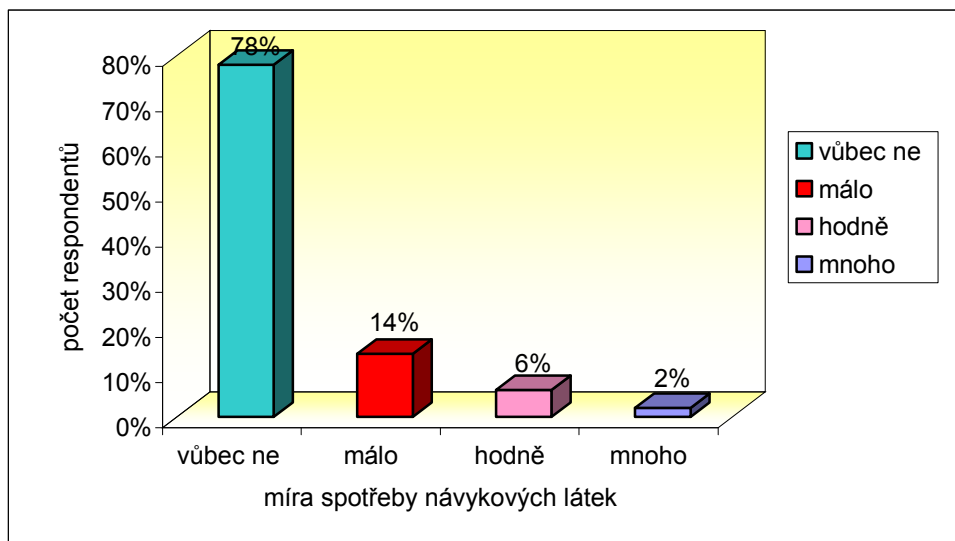
Graf 10: Vystavení nepříjemným poznámkám okolí kvůli nemoci (Dotazník, otázka č. 10)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku č. 10, zjišťující negativní zkušenosti s nepříjemnými poznámkami okolí vůči projevům nemoci, byly nejčastěji označeny odpovědi, ve kterých pacienti takovou zkušenost nemají, a to ve 23 případech (46%). Zanedbatelnou zkušenost má 21 (42%) nemocných. Hodně se s touto skutečností setkala 6 (12%) dotázaných, zatímco velkého negativního projevu okolí vůči své nemoci nebyl vystaven nikdo (0%).

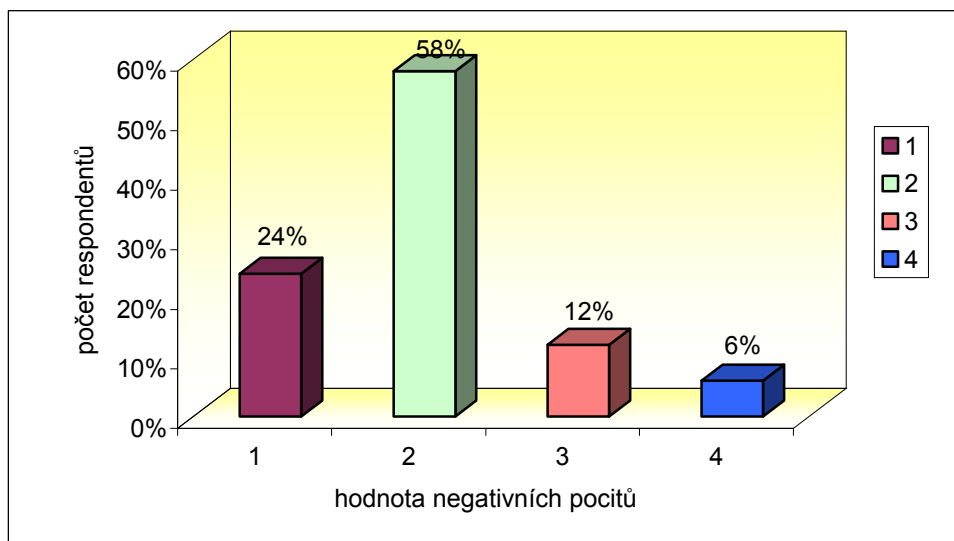
Graf 11: Zvýšená spotřeba cigaret, alkoholu či jiných návykových látek z důvodu Lupénky (Dotazník, otázka č. 11)



Zdroj: Vlastní výzkum

U 39 (78%) respondentů se psoriáza nijak neprojevila na zvýšené spotřebě cigaret, alkoholu či jiných návykových látkách. 7 odpovědí (14%) zaznamenalo malý nárůst ve spotřebě těchto látek a hodně výrazný nárůst uvedli 3 (6%) pacienti. Mnoho se tato nemoc projevila v tomto hledisku u 1 (2%) z odpovědí.

Graf 12: Pocit nemocných respondentů (Dotazník, otázka č. 12)

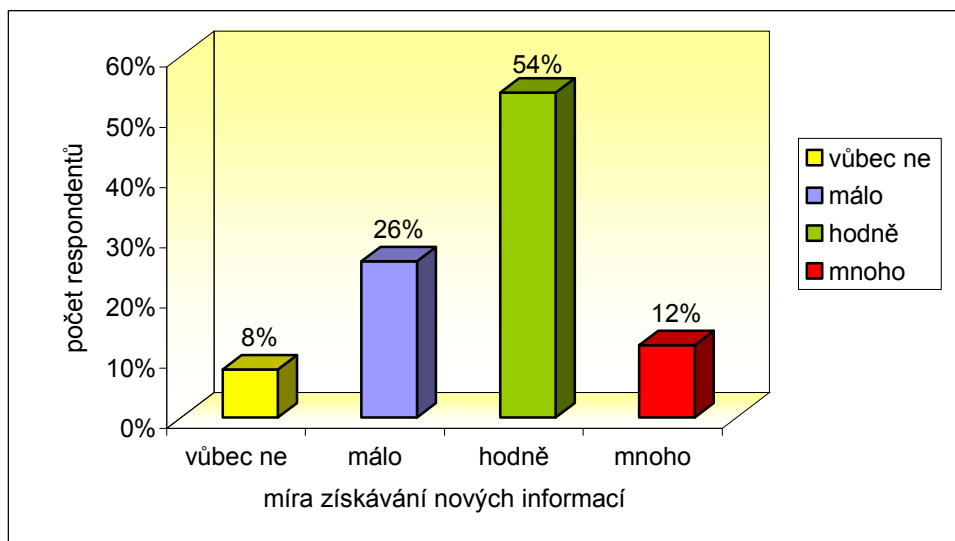


Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce 12 měli respondenti odpovídat na vybranou odpověď pomocí zaškrtování grafického znázornění, které představovaly obličej vyjadřující různé pocity a nálady. V grafu jsou znázorněny pomocí čísel od 1 do 4. Subjektivně tak dotazovaní vyjádřili svůj pocit přiřazením odpovědi k danému obličej, který nejlépe vystihoval jejich prožívání. K prvnímu obličej, který byl vyobrazen s úsměvem na tváři se přiřadilo 12 dotazovaných (24%). Nejčastěji zaškrťovaným byl obličej, který vyjadřoval pocit lehkého rozladění, a to ve 29 (58%) odpovědí. Obličej vyzařující smutek označilo 6 respondentů (12%). Respondenti značně ovlivnění psoriázou, kteří byli 3 (6%), odpověděli posledním obličejem, označující výraznější negativní pocity způsobené přítomností nemoci.

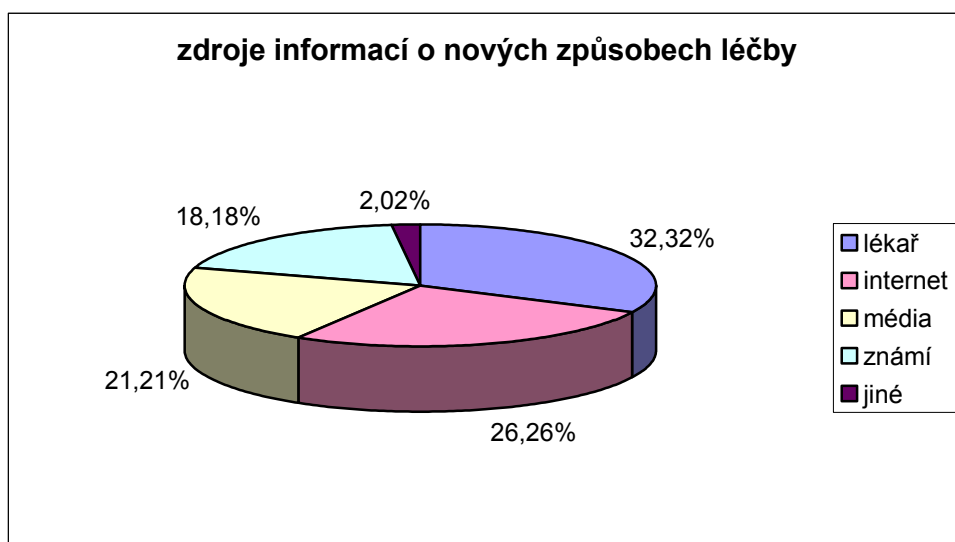


Graf 13: Získávání informací o nových způsobech léčby (Dotazník, otázka č. 13)



Zdroj: Vlastní výzkum

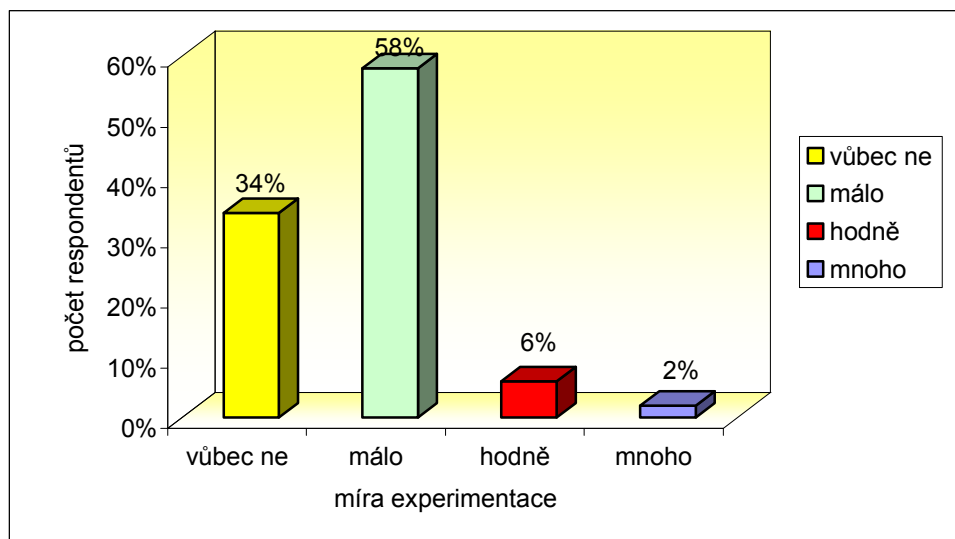
Z následujícího grafu je patrný značný zájem pacientů na získávání nových informací ohledně léčby psoriázy. 27 (54%) odpovědí zaznamenali respondenti, kteří se snaží získávat hodně informací o možnostech léčby a 6 (12%) dotazovaných dokonce mnoho. Na druhé straně je 13 (26%) respondentů s malým zájmem o tyto informace a 4 (8%) pacienti, kteří nejeví o získávání informací žádný zájem.



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondentům, kteří uvedli, že je zajímaví nové možnosti ohledně jejich léčby, byla podána ještě doplňující otázka, která zjišťovala odkud se informace snaží pacienti získávat. Nejčastější odpovědí byl lékař, a to ve 32 případech (32,32%). Sestupně následují odpovědi takto - internet 26 odpovědí (26,26%), média 21 odpovědí (21,21%), známí pacientů 18 odpovědí (18,18%). V možnostech jiné odpověděli 2 respondenti (2,02%), že jsou členy časopisu SPAE.

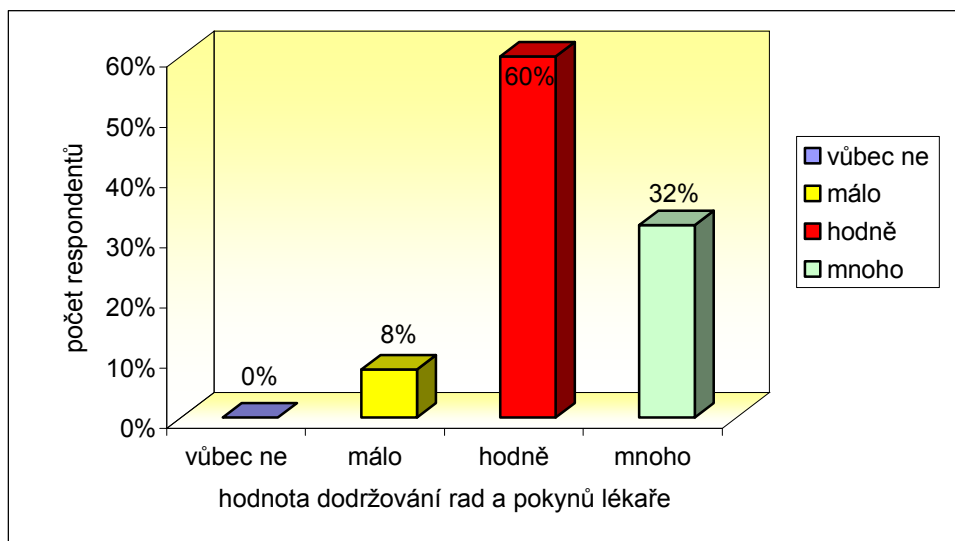
Graf 14: Experimentování v rámci léčby (Dotazník, otázka č. 14)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 17 (34%) dotazovaných psoriaticků se úplně vyhýbá experimentování či zkoušení nových způsobů léčby. Málo se snaží pak v rámci své léčby experimentovat 29 (58%) dotázaných. Respondentů, kteří hodně zkouší nové možnosti v rámci své léčby jsou 3 (6%) a mnoho z nových poznatků o léčbě na sobě zkouší 1 (2%) oslovený.

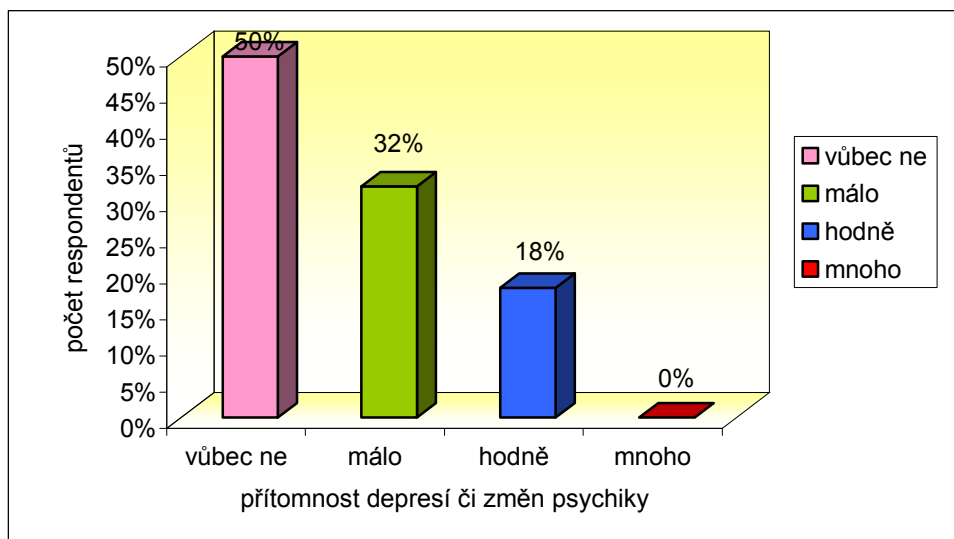
Graf 15: Dodržování rad a pokynů lékaře (Dotazník, otázka č. 15)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na to, jak dotázaní dodržují rady a pokyny lékaře, odpovědělo 30 (60%) pacientů, že hodně. Mnoho dodržuje léčbu 16 respondentů (32%), zatímco málo jen 4 (8%). Nikdo s oslovených neodpověděl, že by léčbu a rady doporučené lékařem vůbec nedodržoval.

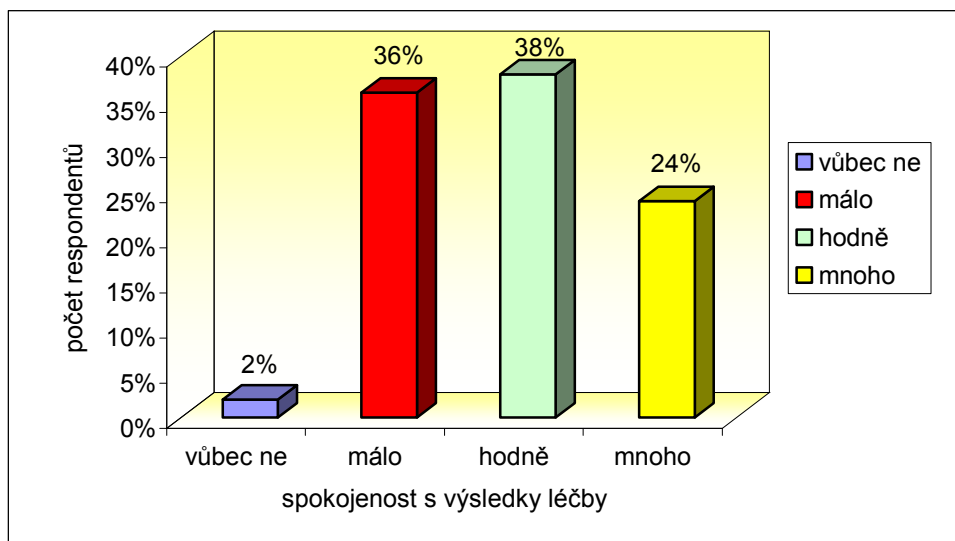
Graf 16: Přítomnost depresí či změn psychiky (Dotazník, otázka č. 16)



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi odpověďmi na přítomnost depresí či změn psychiky převažovala negativní odpověď, kterou označilo 25 (50%) oslovených. Málo se psoriáza odrazila na psychickém stavu dotázaných pacientů v 16 případech (32%). Hodně ovlivnila psoriáza psychiku u 9 oslovených (18%). Na možnost odpovědi mnoho neodpověděl nikdo.

Graf 17: Spokojenost s výsledky léčby (Dotazník, otázka č. 17)

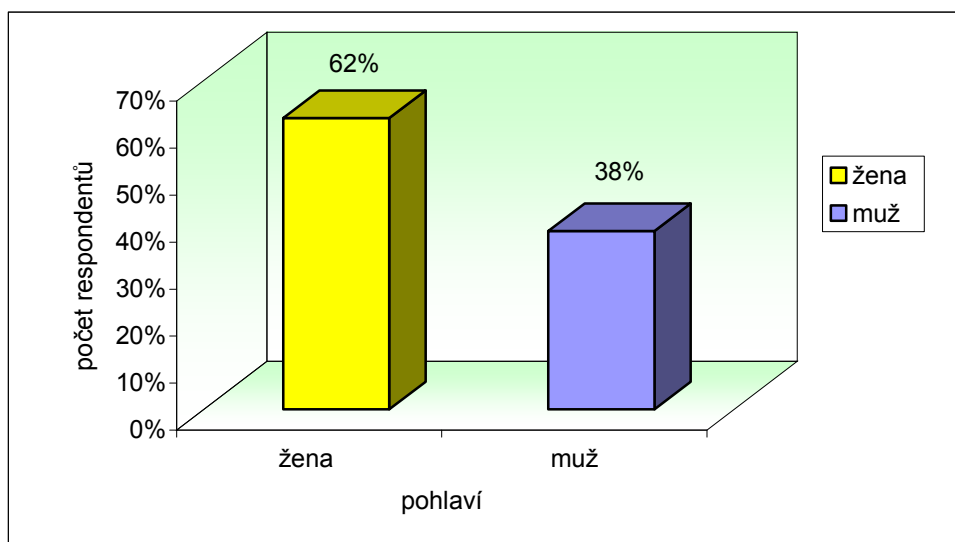


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplívá, že nejčastěji jsou pacienti hodně spokojeni s výsledky své léčby, v tomto případě to představuje 19 odpovědí (38%). Mnoho je spokojeno 12 dotázaných (24%). Na straně druhé je 18 pacientů (36%), kteří zaznamenali malou spokojenost s výsledky své léčby a 1 pacient (2%) není se svou léčbou spokojen vůbec.

#### 4.2. Výsledky dotazníků občanů z řad veřejnosti

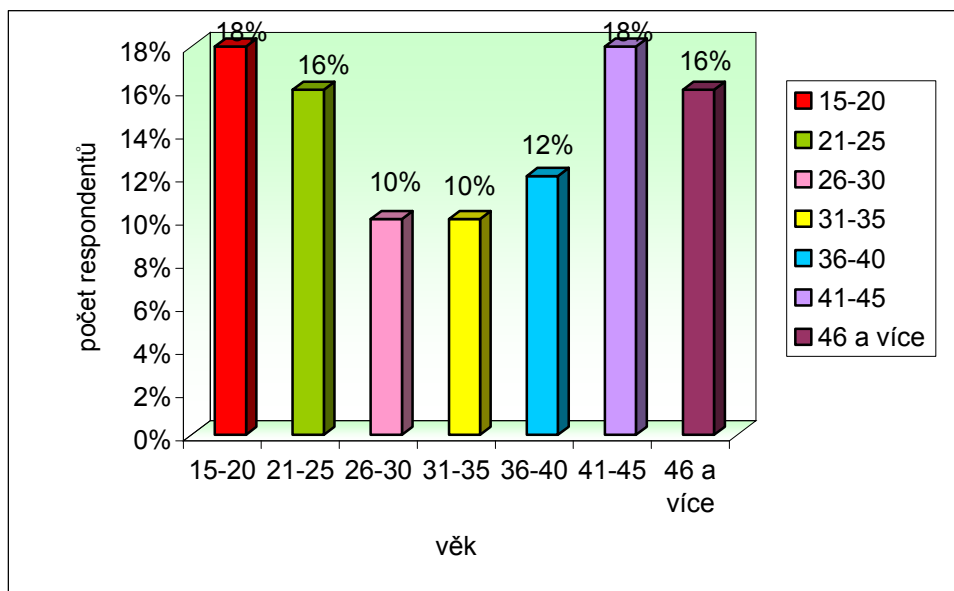
Graf 1: Pohlaví respondentů (Dotazník, otázka č. 1)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je zřejmá převaha žen, jejichž počet činí 31 (62%), zatímco od mužů se vrátilo 19 dotazníků (38%).

Graf 2: Věk respondentů (Dotazník, otázka č. 2)

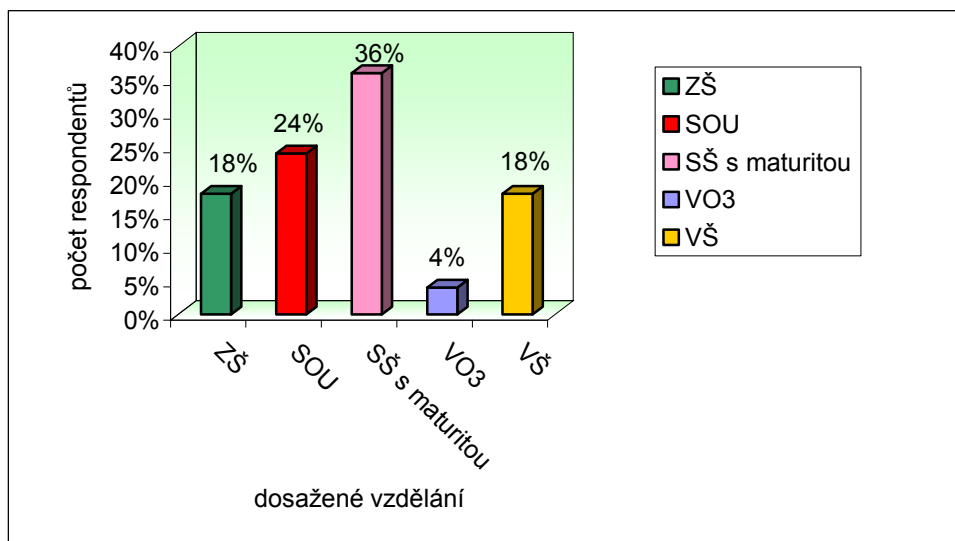


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zastoupenou věkovou skupinu tvořili společně respondenti ve věku 15-20 let a 41-45 let, jejichž počet byl shodný a činil 9 (18%). Druhou nejčastěji oslovenou věkovou skupinou byli jedinci ve věku 21-25 let a 46 a více let od nichž přišlo též shodně 8 dotazníků (16%). Dotazníků od respondentů, jejichž věk je 36-40 se vrátilo 6 (12%). Nejméně zastoupenou věkovou skupinou jsou respondenti ve věku 26-30 a 31-35, jejichž počet činil shodně 5 (10%).



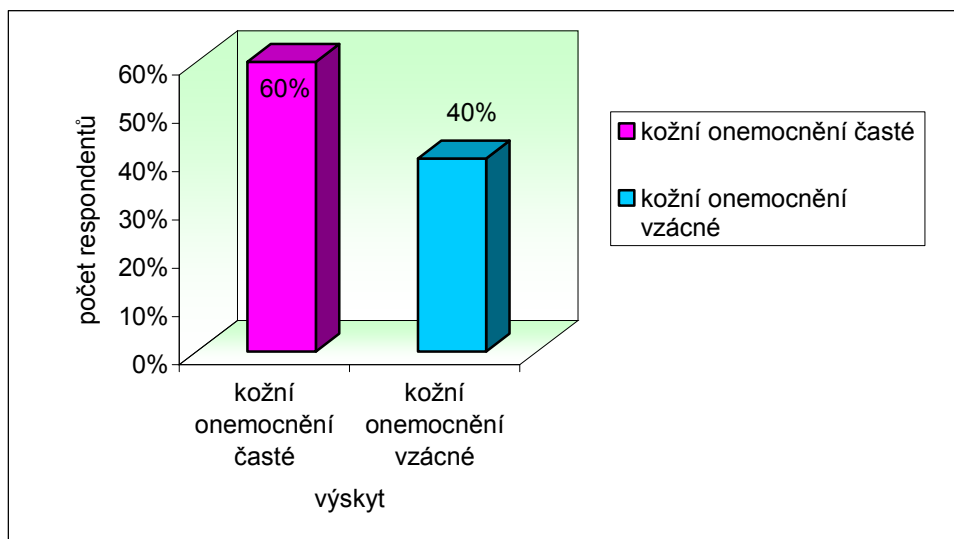
Graf 3: Dosažené vzdělání respondentů (Dotazník, otázka č. 3)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce se vyskytující typ dosaženého vzdělání představovala střední škola s maturitou, a to u 18 oslovených jedinců (36%). Střední odborné učiliště uvedlo jako svou odpověď 12 respondentů (24%). Shodný počet odpovědí se sešel u vystudované základní školy a vysoké školy. Tento počet představovalo 9 zaškrtnutých odpovědí (18%). Vyšší odbornou školu mají vystudovanou 2 z oslovených respondentů (4%).

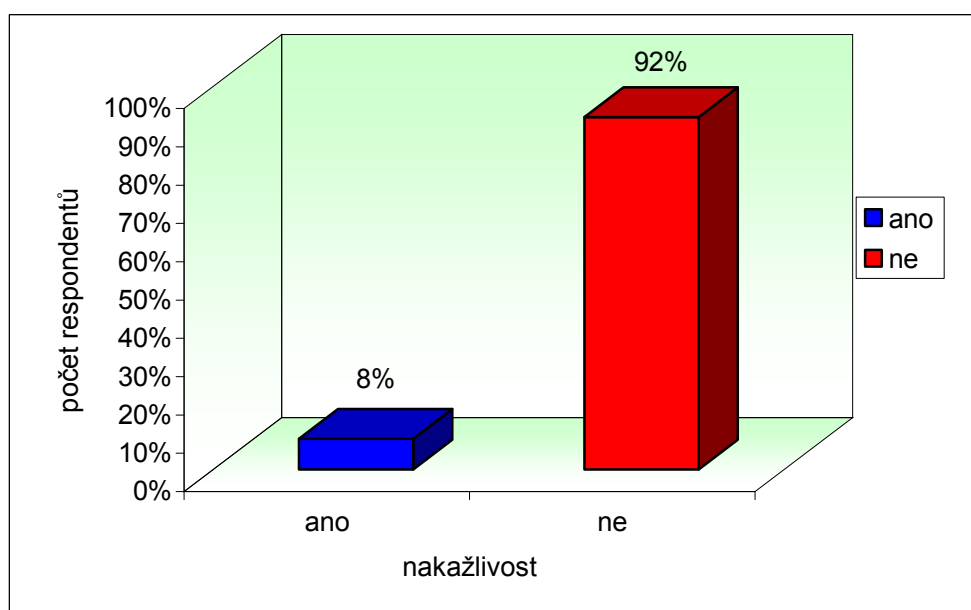
Graf 4: Častost či vzácnost výskytu psoriázy (Dotazník, otázka č.4)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda je psoriáza časté nebo vzácné onemocnění, odpověděli respondenti následovně. 30 z oslovených (60%) označilo psoriázu jako onemocnění časté, zatímco za vzácné onemocnění ji označilo 20 (40%) respondentů.

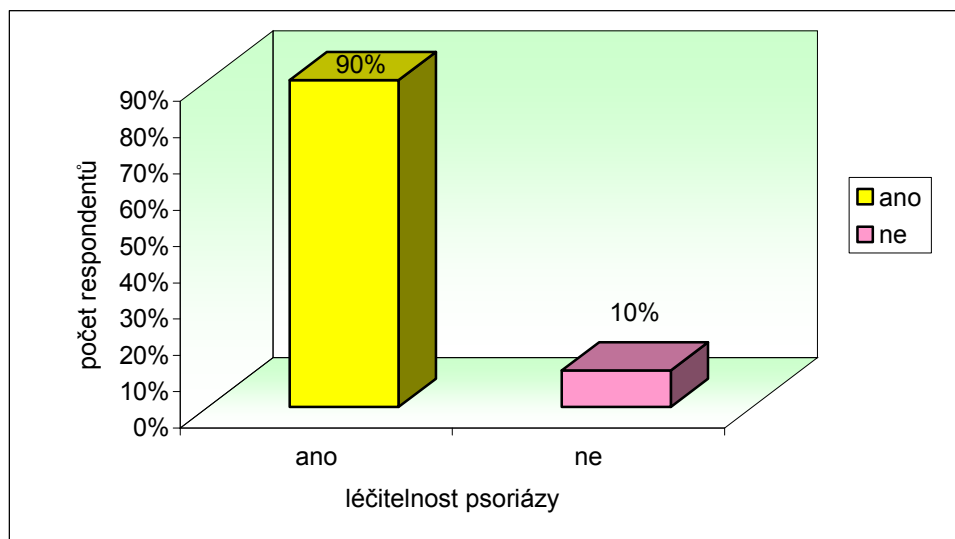
Graf 5: Nakažlivost psoriázy (Dotazník, otázka č. 5)



Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky, týkající se toho, zda je psoriáza nakažlivé onemocnění, výrazně převažovala negativní odpověď, kterou označilo v dotazníku 46 oslovených (92%). Pouhé 4 dotazníky (8%) se vrátily s označenou odpovědí ano.

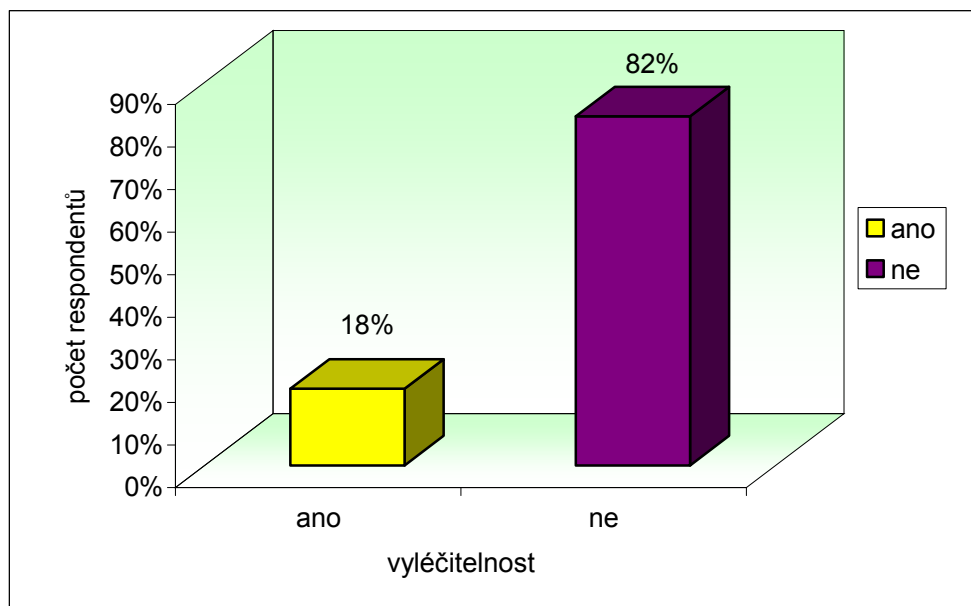
Graf 6: Léčitelnost nemoci (Dotazník, otázka č. 6)



Zdroj: Vlastní výzkum

45 respondentů (90%) odpovědělo kladně na otázku, která zjišťovala, zda je psoriáza léčitelnou nemocí. Odpověď ne přišla od 5 oslovených (10%), domnívajících se, že psoriáza se nedá léčit.

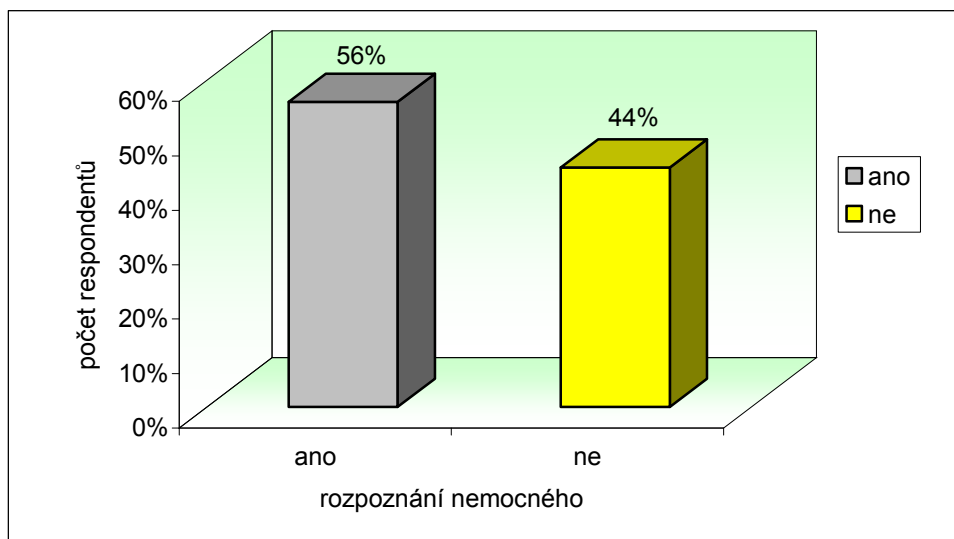
Graf 7: Možnost zcela vyléčit psoriázu (Dotazník, otázka č. 7)



Zdroj: Vlastní výzkum

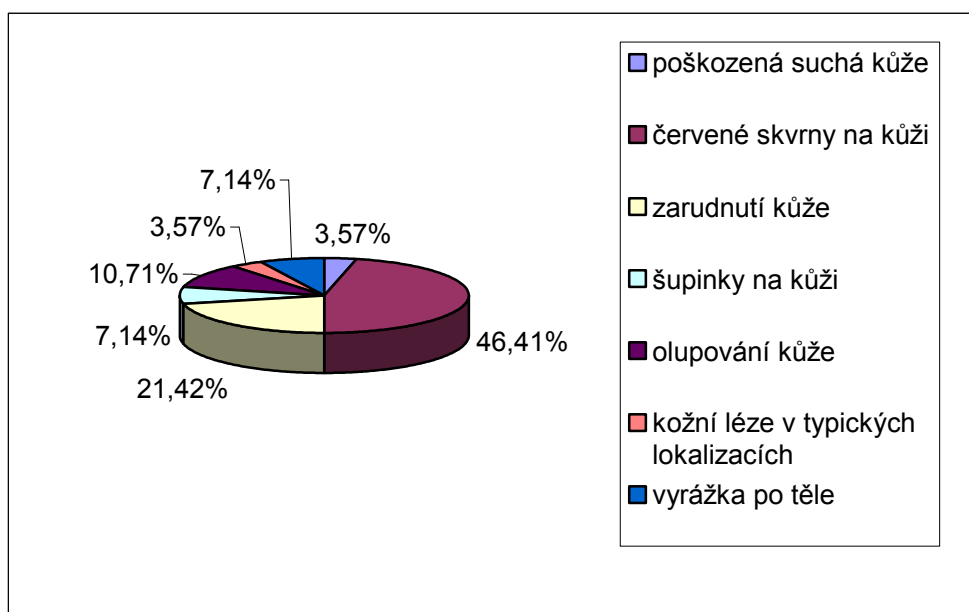
Odpovědí ne, kterou uvedlo 41 respondentů (82%), uvedli dotazovaní, že psoriáza se nedá zcela vyléčit. 9 dotazníků (18%) se vrátilo s odpovědí ano.

Graf 8: Rozpoznání nemocného jedince (Dotazník, otázka č.8)



Zdroj: Vlastní výzkum

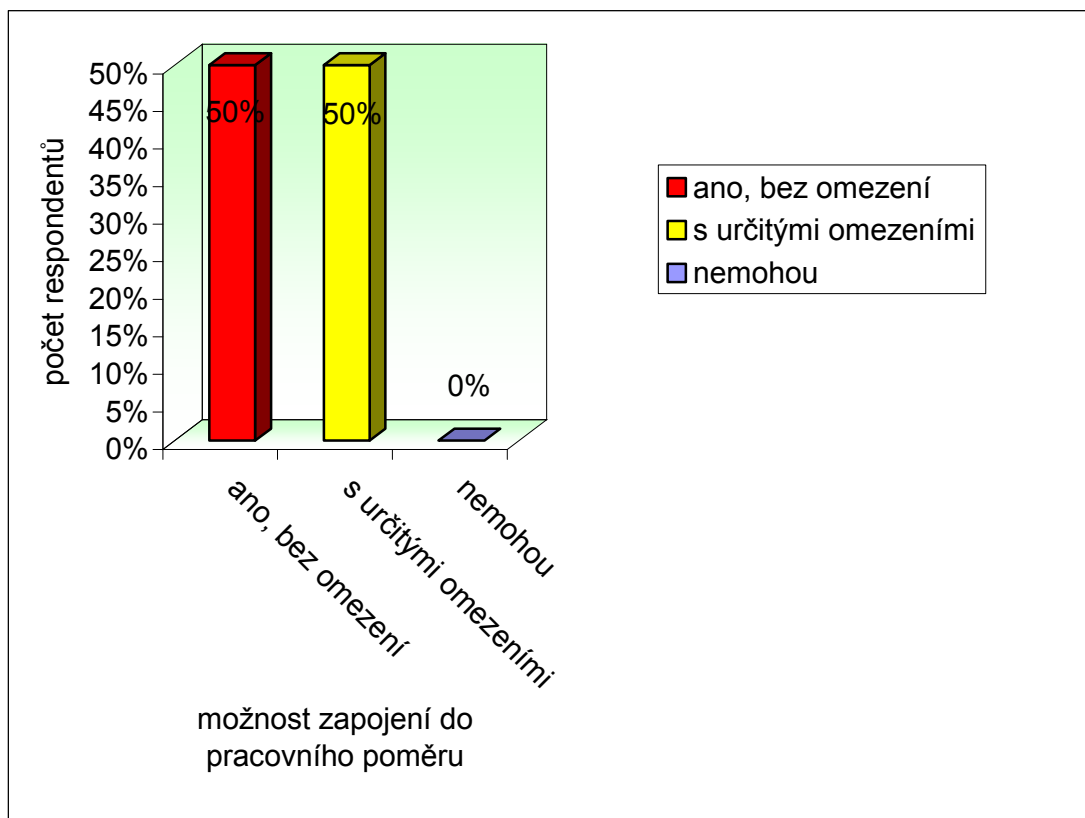
22 dotazovaných (44%) uvedlo, že by nemocného s psoriázou nepoznalo. Oslovených, kteří by dokázali psoriázu rozpoznat, odpovědělo 28 (56%). Respondenti, kteří uvedli odpověď ano, měli dále blíže specifikovat, jak by dotyčného nemocného charakterizovali.



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí, jak by oslovený charakterizoval nemocného psoriázou, byly červené skvrny, neboli fleky na kůži - jak konkrétně respondenti uváděli, a to u 13 odpovědí (46,41%). Druhou nejčastější odpovědí bylo zarudnutí kůže, kterou uvedlo 6 oslovených (21,42%). Ve 3 případech (10,71%) bylo zmíněno loupání kůže. Shodně 2-krát (7,14%) označili respondenti šupinky na kůži a vyrážku po těle. Nejméně častým projevem, který oslovení napsali, byla celkově poškozená kůže a kožní léze vyskytující se v typických lokalizacích, kterou vypsalo shodně po 1 respondentovi (3,57%).

Graf 9: Možnost pracovního zařazení (Dotazník, otázka č. 9)

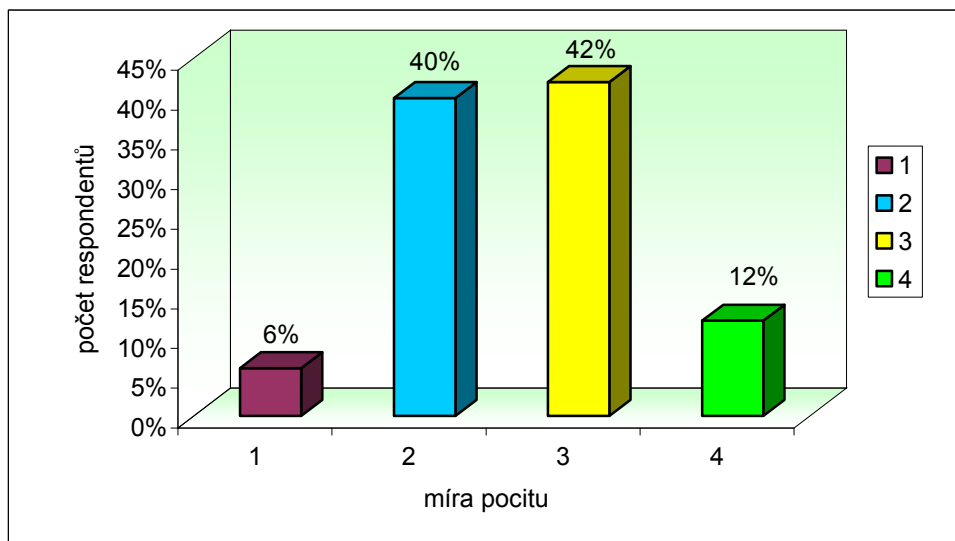


Zdroj: Vlastní výzkum

25 respondentů (50%) se domnívá, že se mohou pacienti postižení psoriázou zapojit do pracovního poměru bez omezení. Stejný poměr odpovědí 25 (50%) uvádí, že pacienti mohou pracovat, ovšem s určitými omezeními. Žádný z dotazovaných (0%) nezaznamenal odpověď, že by se nemocní nemohli vůbec zapojit do pracovního poměru.



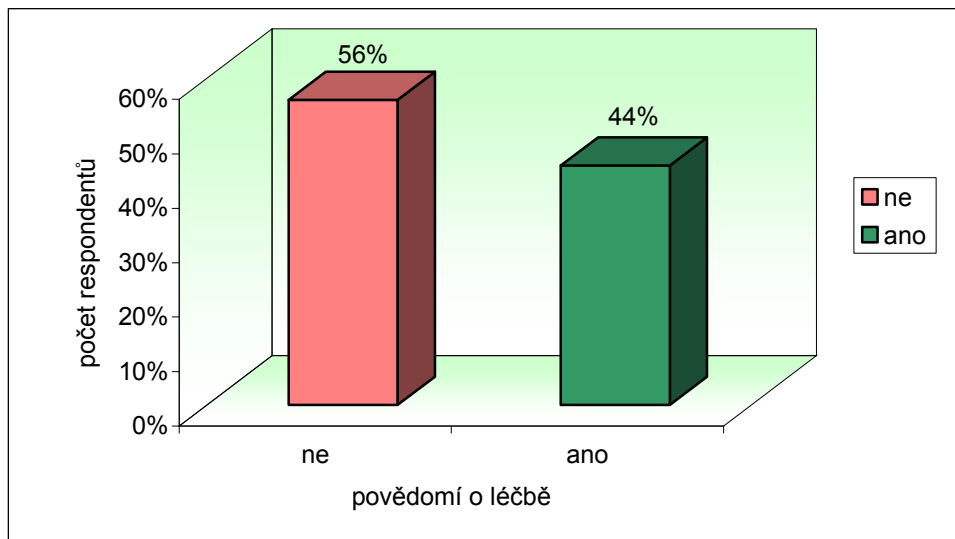
Graf 10: Možné pocity zdravé populace, kdyby onemocněli psoriázou. (Dotazník, otázka č. 10)



Zdroj: Vlastní výzkum

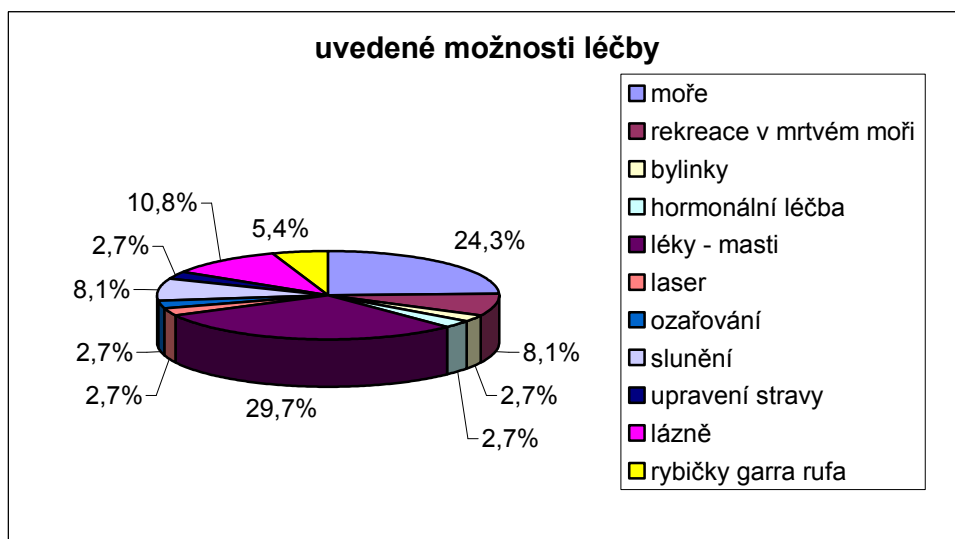
V otázce 12 měli respondenti, stejně jako v dotazníku pro nemocné, odpovídat na vybranou odpověď pomocí zaškrtování grafických znázornění, které představovaly obličej vyjadřující různé pocity a nálady. V grafu jsou znázorněny pomocí čísel od 1 do 4. Subjektivně tak dotazovaní vyjádřili svůj pocit, pokud by onemocněli psoriázou, přiřazením odpovědi k danému obličej, který by nejlépe vystihoval jejich prožívání. Nejčastěji označeným obličejem, byl ten, který vyjadřoval smutek a uvedlo ho 21 respondentů (42%). V těsné blízkosti následuje obličej vyznačující se výrazem lehkého rozladění. Tuto možnost označili oslovení ve 20 případech (40%). 6 odpovědí (12%) vyjádřilo značné ovlivnění psychiky v případě onemocnění. Pouhé 3 dotazníky (6%) přišli se zaškrtnutým obličejem s úsměvem, vyjadřující pohodu.

Graf 11: Formy léčby psoriázy (Dotazník, otázka č. 11)



Zdroj: Vlastní výzkum

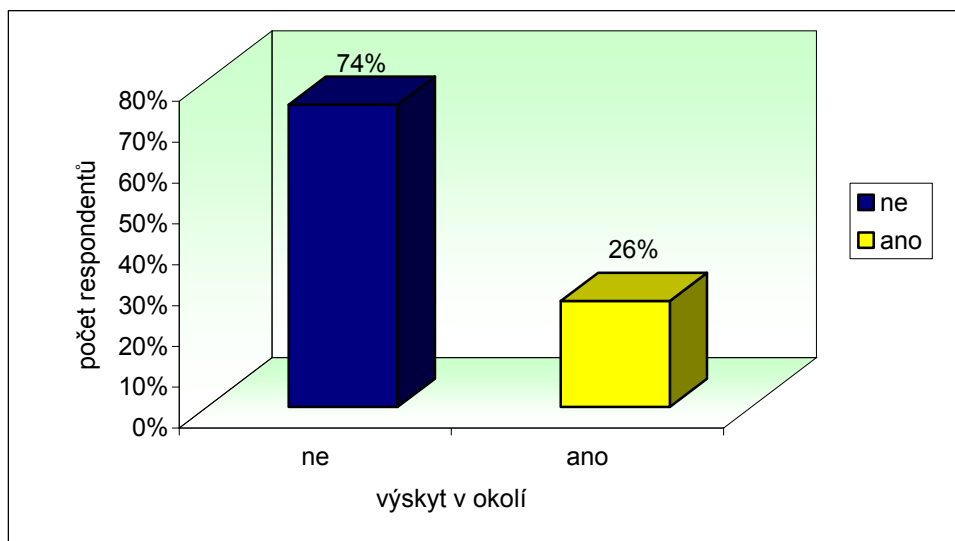
28 osloveným (56%) není známa žádná forma léčby, kterou se dá psoriáza léčit. Na druhé straně je 22 (44%) dotazovaných, kteří uvedli nějakou, jim známou, možnost léčby.



Zdroj: Vlastní výzkum

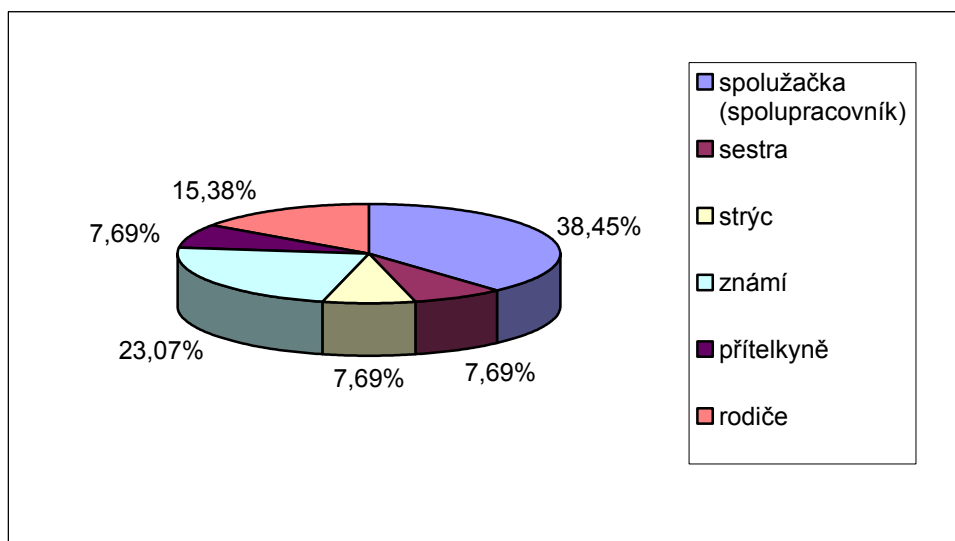
V případě kladné odpovědi, měli respondenti dále uvést příklad jim známé možnosti léčby. Z grafu je patrné, že nejznámější formou léčby jsou pro oslovenou veřejnost léky (masti), které uvedlo 11 dotázaných (29,7%). Velmi rozšířený mezi veřejností je i pobyt u moře, který zaznamenalo 9 oslovených (24,3%). 4 dotazníky (10,8%) označily lázně jako možnou léčbu. 3 respondenti (8,1%) uvedli koupání v mrtvém moři a slunění. Ve dvou případech (5,4%) byly zmíněny rybičky garra rufa. Po 1 odpovědi (2,7%) byly zaznamenány bylinky, hormonální léčba, laser, ozařování a upravení stravy.

Graf 12: Výskyt psoriázy v okolí respondenta (Dotazník, otázka č. 12)



Zdroj: Vlastní výzkum

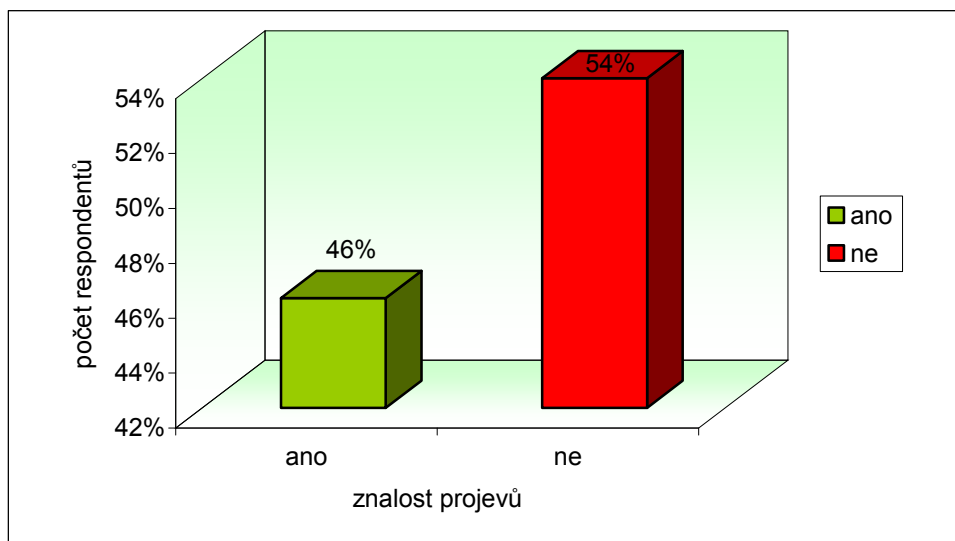
U 37 (74%) oslovených se psoriáza v jejich blízkém okolí či rodině vůbec nevyskytuje. Odpověď ano, vyskytuje, označilo 13 (26%) respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

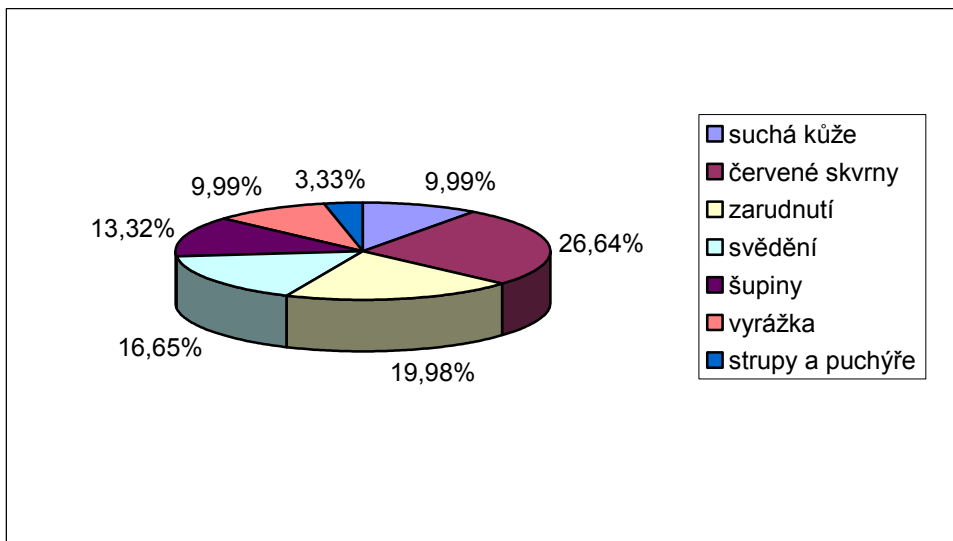
Pro bližší identifikaci uváděli dotazovaní nejčastěji výskyt psoriázy u spolužáků či spolupracovníků, a to v 5 dotaznících (38,45%). Mezi známými zaznamenaly psoriázu 3 odpovědi (23,07%). 2 dotazovaní (15,38%) poznamenali rodiče. Po 1 odpovědi (7,69%) měli sestra, strýc a přítelkyně.

Graf 13: Projevy psoriázy (Dotazník, otázka č. 13)



Zdroj: Vlastní výzkum

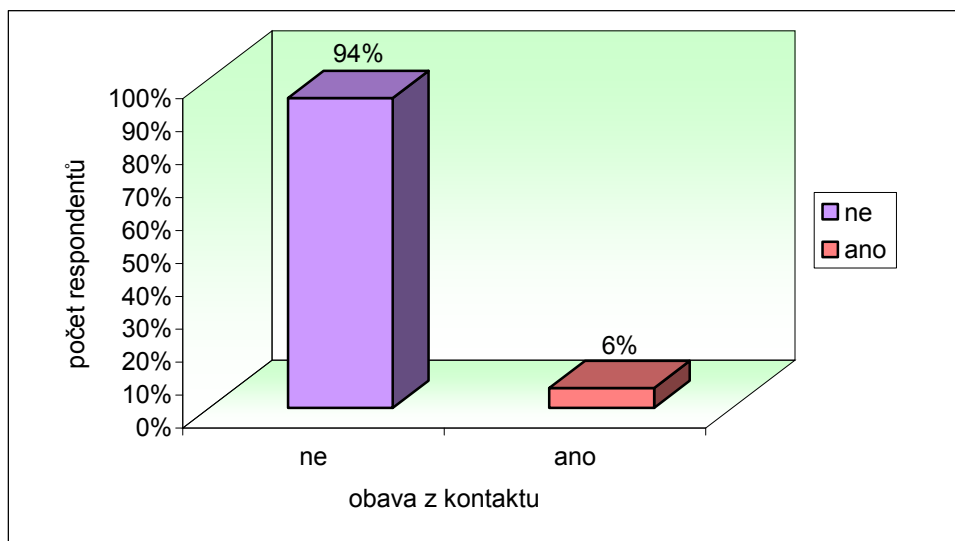
23 (46%) dotazníků, přišlo se zamítavou odpovědí na otázku, zda dotazovaní znají nějaký projev psoriázy. 27 (54%) oslovených odpovědělo na stejnou otázku kladnou odpovědí.



Zdroj: Vlastní výzkum

Odpověď ano vyžadovala od respondentů bližší charakteristiku jimi míněného projevu psoriázy. Nejvíce známým projevem mezi kladně odpovídajícími dotazovanými byly červené skvrny po kůži. Tuto charakteristiku uvedlo 8 (26,64%) jedinců. 6 odpovědí (19,98%) zaznamenalo zarudnutí postižené pokožky. Svědění kůže uvedlo 5 oslovených (16,65%). 4 odpovědi (13,32%) se týkaly olupujících se šupin po těle. Jako suchou kůží a vyrážku charakterizovali psoriázu 3 respondenti (9,99%). 1 odpověď (3,33%) uváděla projev psoriázy jako strupy a puchýřky.

Graf 14: Obava z kontaktu s nemocným (Dotazník, otázka č. 14)



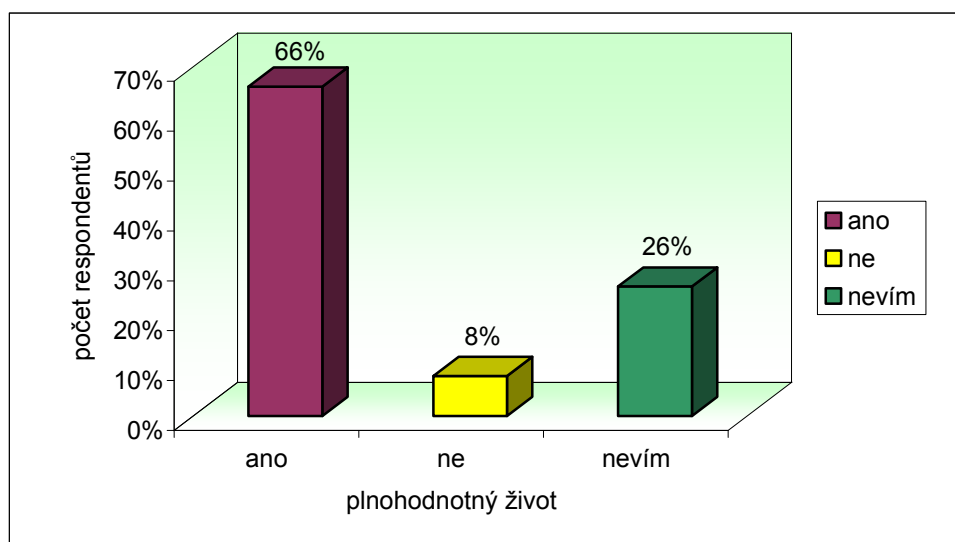
Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z grafu, 47 (94%) oslovených by nemělo obavu z kontaktu s člověkem trpícím psoriázou. Pouhé 3 (6%) odpovědi označily odpověď ano.

Jako argumenty na otázku, z jakého důvodu by měl dotyčný obavu z kontaktu s nemocným člověkem, uvedli 3 dotazovaní strach z nákazy, potíže při podání ruky nemocnému, který by měl psoriázu lokalizovanou na rukou a poslední argument byl označen otazníkem. Dotyčný neuměl pravděpodobně vyjádřit slovy jeho obavy.



Graf 15: Úvaha respondentů nad plnohodnotným životem nemocných (Dotazník, otázka č. 15)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z názoru oslovené veřejnosti vyplývá, že 33 (66%) dotazovaných se domnívá, že nemocní trpící psoriázou nemohou žít plnohodnotný život. 4 (8%) respondenti si uvědomují možné negativní dopady nemoci na pacienta, zatímco 13 (26%) oslovených zaškrtnulo odpověď nevím.

## 5. Diskuse

Cílem práce bylo zmapovat dopady lupénky na život jedince. Výzkum byl prováděn na vzorku pacientů a zdravé veřejnosti žijících v Jihočeském kraji. Tento hlavní cíl byl rozdělen na 2 dílčí cíle, podle nichž byly vytvořeny otázky do dotazníků. V dotaznících pro pacienty byly otázky zaměřené na vliv onemocnění a potíže s ním spojené.

Odpovědi na otázku č. 1 specifikují pohlaví pacientů. Z dotazníku vyplynula převaha žen – 58%. Nemocných mužů odpovědělo 42%. Tyto výsledky se shodují s údaji uvedenými v odborné literatuře (18), která v současné době uvádí poměr mezi mužskými a ženskými psoriatiky 43 : 57.

Nejčastější věkovou skupinou mezi respondenty byli jedinci ve věku 46 a více let (36%). Nejméně se psoriáza vyskytla ve výzkumu u věkové hranice 41-45 let (4%). S klesající tendencí odpovídali dotazovaní ve věku 36-40 let (16%), 31-35 let (14%), 26-30 let (12%) a 21-25 let (10%).

Průměrná délka od stanovení první diagnózy činila 15,3 roků. První výskyt psoriázy v dětském věku, od 3 do 9 let, uvedlo 10%. Typickým obdobím pro vznik psoriázy se uvádí věkové rozmezí 15-20 let. Odpovídá to také mému výzkumu, ve kterém takto odpovědělo 34% respondentů. Druhým, mnohem menším, charakteristickým obdobím pro vznik psoriázy je věk mezi 45. až 55. rokem věku. Zde se sešlo 18% všech odpovědí. Tyto výsledky jsou shodné s údaji uváděnými v odborné literatuře (21).

V dotazníkovém šetření, v otázce č. 3 zaměřené na dosažené vzdělání, bylo nejčastější odpovědí středoškolské vzdělání s maturitou, které uvedlo 46% nemocných, dále pak střední odborné učiliště (20%) a základní škola (18%). Pacienti s vysokoškolským vzděláním onemocněli ve 12% případů a jedinci s vyšším odborným vzděláním ve 4% případů.

Nejčastějšími místy lokalizace, uvedenými pacienty, byla kolena (20,01%). Lokty, jako místo výsevu na těle, uvedlo 17,94% dotázaných. 18,63% nemocných označilo lokalizaci ve vlasaté části pokožky hlavy. Výsledky výzkumu ukazují shodu

s údaji uváděnými v použitých zdrojích, že nejčastějším výskytem psoriázy jsou tzv. predilekční oblasti, jako jsou lokty, kolena a kštiny (2). Další častou odpovědí byl výsev po celém těle – 15,87%. Se snižujícím počtem odpovědí označovali respondenti dlaně (7,54%), záda (6,9%), nehty (4,83%), chodidla (3,45%) a obličej (0,69%). 4,14% dotázaných uvedlo jinou než uvedenou odpověď. Šlo o oblast podbřišku, holeně a uši.

Následující otázky v dotazníku, byly již více zaměřeny na vliv psoriázy na život jedince.

Otázka č. 6 zjišťovala, do jaké míry byli pacienti omezeni či ovlivněni v jejich kariéře (zaměstnání). Z odpovědí vyplynulo, že až 72% oslovených se neseťkalo s negativním dopadem psoriázy na jejich pracovní růst. 14% respondentů uvedlo pouze nepatrný dopad a stejný počet (14%) označilo, že jejich kariéra byla ovlivněna hodně.

Společenské aktivity ve velké míře znemožnil výskyt psoriázy u 6% pacientů. Ve všech případech šlo o ženy starší 46 let, u nichž psoriáza postihla celé tělo. Značné omezení poznamenalo 24%. I zde převažovaly ženy a to v poměru k mužům 7 : 5. Je pochopitelné, že nemoc způsobuje omezení na společenských akcích, neboť psoriáza je mnohdy na viditelných místech, což může vést k pocitům studu a méněcennosti, z následky stranění se společností. Nepatrný nebo žádný vliv psoriázy na společenský život zaznamenalo 70% oslovených.

Při sportovních aktivitách se nemuselo vůbec omezovat 46% nemocných. Malý vliv psoriázy na sportovní činnosti uvedlo 34% dotázaných. Z 50 oslovených museli 2 pacienti (4%) svou sportovní aktivitu omezit mnoho. V jednom případě šlo o muže ve věku 21-25 let se středoškolským vzděláním, u kterého je psoriáza rozestá po celém těle. Druhou oslovenou byla žena starší 46 let, též se středoškolským vzděláním a psoriázou vyskytující se po celém těle.

Otázka č. 9 zjišťovala, do jaké míry jsou takto nemocní omezeni při vstupech do veřejných prostorů, jako je např. návštěva bazénu či posilovny. 78% respondentů se neseťkalo se zamezením vstupu do těchto prostor. Je velmi pravděpodobné, že takto odpovídající se za své projevy onemocnění stydí a zmiňované prostory z obavy před nežádoucími projevy z okolí raději vůbec nenavštěvují a sportovní vyžití tak provozují spíše individuálně. Na druhé straně je zde 22% nemocných, kterým již někdy byla

zakázána návštěva těchto institucí. Krom 3 respondentů byla v těchto případech psoriáza rozeseta po celém těle nebo na místech dobře viditelných.

Následující otázka dává najevo solidaritu a chápavé jednání při styku s nemocnými. To potvrzují odpovědi 88% respondentů, kteří se buďto vůbec nesečkali s nepříjemnými poznámkami okolí vůči své chorobě anebo jen velmi zřídka. 12% se přiznalo, že byli, či jsou hodně vystaveni nepříjemnému chování ze strany svého okolí. 4 respondenti, kteří takto odpověděli, jsou nemocni od svých školních let. To napovídá tomu, že mohli být v mládí střetem zájmů svých spolužáků nebo vrstevníků. Je možné, že k tomuto chování ze strany veřejnosti může také přispívat malé povědomí o nemoci, ačkoli jak vypovídá výzkum prováděný mezi zdravou populací, informovanost o psoriáze je na poměrně vysoké úrovni.

Problémy spojené se zvýšeným užíváním návykových látek, cigaret či alkoholu z důvodu onemocnění, ať menší či větší, uvedlo 22% dotázaných. V 9 případech se jednalo o mladé lidi ve věku 21- 45 let. Z tohoto výsledku je patrné, že mladší jedinci se s nemocí vyrovnávají poměrně hůře než starší ročníky. Pouze 2 muži byli starší 46 let. Je možné, že toto, poměrně nízké procento výskytu zneužívání návykových látek, je zapříčiněno osvětou, která hovoří jasně o negativním dopadu těchto látek na průběh celého onemocnění.

Pro zpestření dotazníkového šetření, byly v otázce č. 12 graficky znázorněny 4 obličejové s různým vyobrazením pocitů. Ze zaškrtnutých odpovědí vyplynulo, že 24% respondentů si nemoc příliš nepřipouští a jsou v životě spokojeni. Nejvíce respondentů – 58% si je vědomo svého onemocnění, a nepatrně zasahuje do jejich psychiky. Poměrně těžce nese svou nemoc 6% oslovených. Jde o jedince starší 46 a více let, kteří mají psoriázou postižené celé tělo. Hůře se vyrovnává s nemocí také 12% pacientů, kteří zaškrtnuli obličej, vyjadřující smutek z jejich nemoci.

Tato otázka měla spojitost také k otázce č. 16, která se ptala na projevy depresí či změn psychiky. 50% odpovědí představovali pacienti, u kterých se nemoc v psychice vůbec neprojevuje. 32% odpovědělo jen málo a 18% označilo odpověď hodně. Tato skutečnost nutí k zamyšlení, nakolik nemoc, jako je psoriáza, zasahuje do života jedince

a nakolik se shoduje s opodstatněním vhodnosti využívat psychoterapii jako možný zdroj léčby, pokud je vliv psychiky prokázán jako negativní na průběh nemoci.

Následující otázky se zaměřovaly na možnosti léčby, získávání informací o nových možnostech pro nemocné a dodržování rad a pokynů lékaře.

Z 50 oslovených se značná převaha – 92% snaží získávat nové informace o způsobech léčby. To přispívá i k celkově vyšší informovanosti nemocných o původu své choroby, o možných negativních mechanismech ovlivňujících průběh nemoci, ale také lepší vyrovnání se s psoriázou jako takovou. Pouhých 8% dotazovaných informace o své nemoci nevyhledává a zcela spoléhá na schopnosti svého lékaře.

Na druhé straně výsledky výzkumu ukazují, že až 34% jedinců se přes svou zvědavost a snahu hledat nové možnosti ohledně léčby psoriázy zdráhají experimentovat a zkoušet tak na sobě účinnost nových metod a postupů. 58% oslovených se někdy pokusilo vyzkoušet nové způsoby. Zbývající oslovení – 6% na sobě zkouší často novinky z oblasti léčebných postupů. 1 pacient (2%) uvedl, že na sobě zkouší mnoho experimentovat. V tomto případě šlo o pacienta, který ačkoli dodržoval pokyny lékaře nebyl vůbec spokojen s výsledky své léčby.

Odpovědi na otázku č. 15 naznačují, že 92% odpovídajících dodržuje pokyny a rady svého lékaře. Pouze 8% se přiznalo, že stanovenou léčbu dodržují jen málo.

S výsledky své léčby je pak velice spokojeno 62% dotázaných. 36% respondentů je spokojeno málo a pouze 1 (2%), již zmiňovaný pacient není spokojen vůbec. Výsledky odpovědí na otázky č. 15 a 17 mohly být mírně zkreslené tím, že řada dotazníků byla vyplňována v ordinaci svých ošetřujících lékařů. Tato čísla také ukazují, že v případě řádného dodržování léčby, stanovené lékařem, mohou pacienti očekávat spokojenost s následnými výsledky své léčby. I v literatuře je uváděna nezbytná spolupráce s ošetřujícím lékařem proto, aby se dala očekávat pozitivní odezva na indikovanou léčbu (7).

Odpovědi na otázky č. 7, 8, 9, 10 a 16 byly zaměřeny na ověření či vyvrácení hypotézy č. 1 předpokládající, že klinické projevy lupénky omezují pacienta ve společenském životě a způsobují jeho izolaci. Na otázku č. 7 odpovědělo 74% dotázaných, že jim nemoc, způsobená psoriázou, znemožnila do různé velké míry účast

na společenských aktivitách. Více jak polovina respondentů – 57% musela omezit také svou sportovní činnost, jak uvedla otázka č. 8. Výsledky ukazují, že 54% nemocných se v životě potýkalo s nepříjemnými poznámkami okolí vůči své nemoci. To, že se výskyt psoriázy poznamenal na psychice nemocného respondenta, potvrdila přesná polovina (50%) odpovědí. Pouhých 22% dotázaných se setkalo s nevpuštěním do veřejných institucí, jako je např. bazén či posilovna. Hypotéza č. 1 byla potvrzena, neboť z 5 otázek, které měly hypotézu potvrdit nebo vyvrátit, odpověděla na 4 otázky polovina nebo více jak polovina oslovených, že je psoriáza ve společenském životě omezuje, což následně vede k izolaci nemocných a k projevům změn v psychice.

Otázka č. 6 ohledně pracovní kariéry měla potvrdit nebo vyvrátit hypotézu č. 2, která předpokládala, že pacienti s lupénkou mají omezení ve výběru zaměstnání. Tato hypotéza nebyla potvrzena, neboť 72% respondentů neoznačilo psoriázu jako překážku v jejich profesní kariéře. Výsledek odpovědí na tuto otázku se rozchází s údaji uváděnými v odborných člancích, které poukazují na značné omezení ve výběru profesí pro psoriatiky. Důvodem, proč se výzkum v tomto ohledu liší s odbornými názory, může být vzdělanostní úroveň respondentů. 62% oslovených má středoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání. Lze proto předpokládat, že u výzkumného vzorku šlo pravděpodobně ve více případech o intelektuálně zaměřenou práci, která u psoritiků není překážkou. Naopak, za nevhodné se považují profese méně kvalifikované – s velkým žárem a pocením, profese s častým zraňováním, dřením a třením (př. automechanik), s velkým chladem a působením vody (stavební průmysl), či práce s chemikáliemi. Zde pak hrají svou roli používání preventivních ochranných pomůcek, umístění projevů i samotný průběh choroby.

Hypotézu č. 3, že čím více člověk pochopí podstatu své nemoci, tím lepší jsou šance na výsledek léčby, by měly v dotazníkovém šetření potvrdit nebo vyvrátit otázky, týkající se psychiky nemocného a jeho zodpovědnosti v dodržování indikované léčby. Z výzkumného souboru 50 dotazovaných je 62% respondentů, kteří jsou spokojeni s výsledky své léčby. Po podrobném prozkoumání těchto 31 dotazníků, uvedlo dobrý psychický stav a vyrovnání se s nemocí 80,75% respondentů. Léčbu stanovenou lékařem se snaží dodržovat 96,90%. Pacienti, kteří uvedli spokojenost s léčbou, se snaží

dále získávat nové informace o psoriáze a její léčbě v 90,44%. Všechny sledované otázky měly potvrdit, že pacienti s vyrovnanou psychikou, kteří se naučí žít s psoriázou a obtížemi, které může přinášet nejenom společenský život, ale i léčba, pocítují lepší výsledky své léčby. Informace, dnes dobře dostupné, umožňují získat pacientům důležité aspekty, týkající se psoriázy a slouží k lepšímu porozumění své nemoci. Výsledky výzkumu souhlasí s názory odborných textů, ve kterých se uvádí, že pacienti s pozitivním přístupem, kteří se s psoriázou smíří a identifikují, mívají i lepší léčebné výsledky a následná spokojenost hraje podstatnou roli v dalším průběhu nemoci (3). Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Také v dotazníku, který byl určen zdravým občanům z řad veřejnosti ke zjištění stavu informovanosti, byly první 3 otázky zaměřeny na bližší specifikaci výzkumného souboru.

Podle odpovědí na otázku č. 1 převažovaly ženy, zastoupeny v 62%. Mužů se zúčastnilo 38%.

Věkové skupiny respondentů byly celkem rovnoměrně zastoupeny. Nejčastěji odpovídali jedinci ve věku 15-20 a 41-45 let, jejichž počet činil shodně 18%. Následovala věková skupina 21-25 a 46 a více let, se stejným počtem 16% respondentů. 12% dotazníků vyplnili jedinci ve věku 26-30 a 31-35 let.

Jako dosažené vzdělání nejčastěji uváděli dotazovaní středoškolské vzdělání s maturitou – 36%. Následovalo střední odborné učiliště (24%), základní škola (18%), vysoká škola (18%) a vyšší odborná škola (4%).

Na otázku zda je psoriáza časté nebo vzácné onemocnění, uvedlo 60% respondentů odpověď časté. 40% oslovených považuje psoriázu za vzácné onemocnění.

Z 50 odpovědí 92% označilo psoriázu jako neinfekční onemocnění. Jen 8% by mělo obavu z možné nákazy.

Otázky č. 6 a 7 spolu úzce souvisely. Na otázku č. 6, zda je psoriáza léčitelnou nemocí, odpovědělo 90% respondentů, že ano. Pouhých 10% označilo odpověď ne. Otázka č. 7 se ptala na to, jestli lze psoriázu zcela vyléčit. Převážná většina - 82%, která

zaznamenala, že se dá psoriáza léčit, zaškrtnla odpověď ne. 18% respondentů se domnívá, že psoriáza se dá zcela vyléčit.

Z výzkumného souboru 50 oslovených, uvedlo 44% na otázku č. 8, že by psoriázu na člověku nerozeznalo. Zbýlých 56%, kteří se domnívají, že psoriázu poznají, měli uvést jim charakteristické příznaky. Jako nejčastější známé příznaky byly uvedeny červené skvrny na kůži. Dále bylo uvedeno zarudnutí kůže, olupování kůže, vyrážka na těle, šupinky po kůži, či poškozená suchá kůže nebo byla nemoc popsána jako kožní léze v typických lokalizacích.

Na tuto otázku navazovala i otázka č. 13, kde měli oslovení v případě kladné odpovědi poznamenat projevy psoriázy, které jsou jim známé. Takto odpovídajících respondentů bylo 54%. 46% dotázaných v dotazníku uvedlo, že neznají žádné projevy psoriázy. Zde se rozchází odpověď jednoho respondenta, který uvedl v otázce č. 8, že by psoriázu na člověku poznal, zatímco v otázce č. 13 zaškrtnl odpověď ne na to, zda zná nějaké projevy psoriázy. Jako známé projevy psoriázy uváděli respondenti téměř shodné odpovědi jako v otázce č. 8.

Z výzkumu vyplynulo, že polovina (50%) všech oslovených si myslí, že psoriatici mohou být bez omezení zařazeni do pracovního poměru. Druhá polovina (50%) respondentů je toho vědomí, že psoriatici jsou jistým způsobem omezeni v pracovní způsobilosti.

Otázka č. 10 byla stejně graficky vyjádřena jako v dotaznících pro nemocné, pomocí obličejů, vyjadřující různé pocity. Z dotazníkového šetření vyšlo, že více jak polovina (54%) respondentů by postižení psoriázou neslo poměrně těžce. Vesměs šlo o mladší ročníky s převahou ženského pohlaví, kteří by se těžce vyrovnávali s touto nemocí. 40% respondentů by se pravděpodobně s nemocí časem vyrovnali. Jen 6% oslovených se vyjádřili ve smyslu, že by psoriáza do jejich života vůbec nezasáhla. Zde je zajímavé, že psoriatici touto nemocí zasaženi na stejnou otázku odpovídali pocity, které vyjadřovali převážně – 82% vyrovnání se s nemocí a její nepřipouštění si a jen v 18% nemoc nesli jako těžkou příťaž.



Mezi oslovenou veřejností si je 44% vědomo některé z možnosti léčby. Jako nejrozšířenější léčbou mezi zdravou populací jsou léky, převážně masti, anebo jakýkoli pobyt u moře. Řada lidí si uvědomuje také význam slunění, ale i upravení životosprávy.

V otázce č. 12 uvedlo 26% respondentů výskyt psoriázy v okolí nebo v blízké rodině. To ukazuje na častost výskytu tohoto onemocnění, jak uvádějí odborné zdroje (19).

Ačkoli je psoriáza neinfekčního původu a nelze se obávat jejího přenosu i přímým dotykem s nemocným, označili 3 respondenti (6%) strach z kontaktu s takto nemocným. Šlo o obavu z nákazy či podání ruky psoriatické, který má ložiska na rukou. Ovšem převážná většina – 94% dotázaných si je vědoma neinfekčnosti psoriázy, a tak nemají zábrany styku s nemocnými psoriázou. Podle Panevropského průzkumu, který proběhl v roce 2004, by například 23 % Němců, 25 % Italů a 21 % Francouzů nechtělo jíst jídlo, které připravil psoriatic, nechtělo by ho políbit ani obejmout a platí to i pro sdílení bazénu (8).

66% oslovené veřejnosti se domnívá, že nemocní jedinci mohou žít spokojený život. 8% si myslí, že takový život, s tímto onemocněním, žít nemohou a 26% respondentů se do situace pravděpodobně neumí vžít a označili odpověď nevím.

Dotazník určený pro jedince z řad zdravé veřejnosti, měl potvrdit nebo vyvrátit hypotézu č. 4 o tom, že veřejnost není dostatečně dobře informovaná o povaze tohoto onemocnění. Z výzkumného šetření vyplynulo, že více než 50% oslovených odpovědělo správně na 7 otázek z 8, které zjišťovaly základní informace o nemoci, včetně rozpoznání projevů či znalosti o léčebných možnostech. Hypotéza č. 4 nebyla potvrzena.

Všechny cíle práce byly splněny a ze čtyř hypotéz se dvě potvrdily.

## 6. Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat dopady lupénky na život jedince. Dílčí cíle byly zaměřeny na určení míry izolace pacienta ve společnosti a na objasnění charakteru vnímání samotného onemocnění.

Výzkum ukázal, že psoriáza vede ve více než u 50% dotázaných k omezení účasti na společenském životě, ať se jedná o omezení společenských aktivit, sportovních aktivit, zamezení návštěv veřejných prostorů, či se jedná o nepříjemné poznámky okolí vůči nemocnému a v neposlední řadě o změny psychiky nebo zvýšenou spotřebu návykových látek. 82% oslovených psoriatiků se se svou nemocí dokázali více či méně vyrovnat. Na druhé straně je zde 18% oslovených, kteří své postižení vnímají a nesou těžce a výrazněji zasahuje do jejich psychiky.

Ze čtyř hypotéz byly potvrzeny dvě. Hypotéza č. 1, která předpokládala, že klinické projevy lupénky omezují pacienta ve společenském životě a způsobují jejich izolaci, byla potvrzena. Druhá hypotéza, že pacienti s lupénkou mají omezení ve výběru zaměstnání, nebyla potvrzena. Hypotéza č. 3 předpokládající, že čím více člověk pochopí podstatu své nemoci, tím lepší jsou šance na výsledek léčby, byla potvrzena. Poslední, čtvrtá hypotéza, že veřejnost není dostatečně dobře informována o povaze tohoto onemocnění, nebyla potvrzena.

Vzhledem k rozsáhlému výskytu psoriázy v populaci, je potřeba uvědomit si potíže, které může nemocnému choroba přinášet.

Jako závažný problém se mi jeví skutečnost, že více jak polovina psoriatiků jsou do značné míry omezeni v účasti na společenském životě. Straní se společnosti, návštěv veřejných prostorů, jako jsou posilovny, bazény apod., což má za následek uzavírání se do sebe a prohlubování změn, mnohdy už tak narušené psychiky. Tito jedinci pak často trpí frustrací, komplexem méněcennosti, pocity společenského opovržení, ale i studem z nadměrné všímavosti či zvědavosti okolí. Duševní stránka může být narušena chorobou samou, vleklým průběhem, těžkou léčitelností, ale také estetickým vzhledem. Z výzkumu vyplynulo, že v řadě případů, jsou takto nemocní vystaveni i nepříjemným poznámkám vůči projevům své choroby. Zde je nasnadě, aby se společnost chovala při

styku s psoriatickem ohleduplně a tolerantně. Důležitost spatřuji i v rodinném zázemí či blízkém okolí, které by mělo být oporou a svým citlivým chováním by mělo respektovat nemocného jako plnohodnotného člověka.

Výrazný problém u psoriaticků může nastat při volbě zaměstnání. V mém výzkumu tato skutečnost nebyla potvrzena, ovšem výsledek mohl být zapříčiněn poměrně vysokou vzdělaností respondentů. Tento problém totiž narůstá především u méně kvalifikovaných profesí. Proto považuji, hlavně u dospívajících psoriaticků za důležité, zvážit vhodnost volby budoucího povolání. U již vystudovaných lze v případě nevhodného zaměstnání, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, uvažovat o možných rekvalifikačních kurzech.

Za významný krok v cestě ke snazšímu porozumění a smíření se s nemocí, považuji výrazný rozvoj dostupnosti potřebných informací. Výzkum prováděný v této práci dokazuje, že informovanost vede u pacientů k výraznému vyrovnání se s nemocí, které ve velké míře přispívá i k lepším výsledkům celkové léčby a psychickému stavu nemocných.

Dostupnost informací se projevila i ve výzkumu dělaném na vzorku zdravé populace, která dokáže psoriázu rozpoznat, zná některé více rozšířené způsoby léčby, je si vědoma pracovního omezení a především si je vědoma, na rozdíl od minulosti, neinfekčnosti nemoci. K těmto znalostem vede veřejnost nejspíš i poměrně značný výskyt psoriázy v okolí dotazovaného vzorku, na kterém byl výzkum prováděn.

Přínosem mé práce do zdravotně sociální oblasti je poskytnutí základních informací o sociálním dopadu zdravotního stavu jedinců s psoriázou. Za vhodný považuji i stručný popis historie, výskytu, etiologie, projevů a léčby psoriázy. V praxi lze práci využít k osvětě jak pacientů tak veřejnosti, která může snadno přijít do kontaktu s takto nemocnými.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ARENBERGER, P. *Dermatologie*. 1. vyd. Praha : Czechopress Agency, 1999. 79 s. ISBN 80-902632-0-8
2. BENÁKOVÁ, N. *Lupénka v otázkách a odpovědích-příručka pro pacienty*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-X
3. BENÁKOVÁ, N. Jak zvládnout lupénku. In – *Moje zdraví*. č. 2, 2006, roč. 4, s. 10-14, ISSN 1214-3871
4. BENÁKOVÁ, N. *Lupénka – Psoriáza* [online]. 23.9.2003 [cit. 2006-11-28]. Dostupné z <<http://www.ordinace.cz/clanek/lupenka-psoriaza/>>
5. BOWER, H. *Lupénka*. 1. vyd. Frýdek-Místek : Alpress, 1998. 143 s. ISBN 80-7218-148-3
6. *Formy lupénky* [online]. 2005 [cit. 2006-11-12]. Dostupné z <<http://www.dtest.cz/index.php?action=2&pclanky=3&pclanekid=31&pkategorieid=2>>
7. HERODKOVÁ, J. *Lupénka nemá ráda stres* [online]. 15.3.2006 [cit. 2006-12-3]. Dostupné z <[http://www.novinky.cz/zena/zdrav/lupenka-nema-rada-stres\\_80077\\_is936.html](http://www.novinky.cz/zena/zdrav/lupenka-nema-rada-stres_80077_is936.html)>
8. HERODKOVÁ, J. *Lupénku lze léčit, ne vyléčit* [online]. 24.11.2004 [cit. 2006-11-5]. Dostupné z <[http://www.novinky.cz/zena/zdrav/lupenku-lze-lecit--ne-vylecit\\_44408\\_o77rm.html](http://www.novinky.cz/zena/zdrav/lupenku-lze-lecit--ne-vylecit_44408_o77rm.html)>
9. JANČA, J. Lupénka je léčitelná. In – *Regenerace*. č. 10, 2001, roč. 9, s. 9, ISSN 1210-6631

10. JIRÁSKOVÁ, M. *Dermatologie pro stomatologu*. 1. vyd. Praha: Professional publishing, 2001. 268 s. ISBN 80-86419-07-X
11. JURIČ, P. Lupénka a aromaterapie. In – *Regena*. č. 7, 2001, roč. 11, s. 6, ISSN 1212-2289
12. KAFKOVÁ, V. *Existuje lék na lupénku?* [online]. 2005 [cit. 2007-1-4].  
Dostupné z  
<<http://www.dtest.cz/index.php?action=2&pclanky=3&pclanekid=30&pkategorieid=2>>
13. KLEJNOVÁ, J. *Biologické léky zásadně mění léčbu lupénky, ale jsou drahé* [online]. 23.3.2006 [cit. 2006-12-21].  
Dostupné z <<http://www.pramenyzdravi.cz/1169/Biologicke-leky-zasadne-meni-lecbu-lupenky-ale-jsou-drahe.php>>
14. KOUKAL, M. *Má lupénka namále* [online]. 21.10.2005 [cit. 2006-11-12].  
Dostupné z <<http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2005102103>> [cit.2005-10-21]
15. KŘIVOHLAVSKÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0
16. *Lupénka* [online]. 2006 [cit. 2007-1-4].  
Dostupné z <<http://nemoci.doktorka.cz/lupenka/>>
17. MOSKALIKOVÁ, M., STARCOVSKÁ, T. *Diety při onemocnění lupénkou : recepty, rady lékaře*. Praha : sdružení MAC, 1998. 32 s. ISBN 80-86015-35-1

18. NOVOTNÝ, F. *Nové poznatky o psoriáze*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1987. 168 s. ISBN 60-007-86
19. NOVOTNÝ, F. *Lupénka z nových pohledů*. Praha : ALITARE, 1996. 48 s. ISBN 80- 239-3283-7
20. NOVOTNÝ, F., HÁJEK, J. *Jak žít s lupénkou*. 1. vyd. Praha : Makropolus, 1995. 160 s. ISBN 80-901776-3-8
21. NOVOTNÝ, F. *Psoriáza, aktuální pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 144 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0313-0
22. *Osamělý život s lupénkou* [online]. 2005 [cit. 2007-2-8].  
Dostupné z  
<<http://www.dtest.cz/index.php?action=2&pclanky=3&pclanekid=80&pkategorieid=2>>
23. PERGL, V. *Lupénkou trpí až tři procenta Čechů* [online]. 2.11.2004 [cit. 2006-12-15].  
Dostupné z <[http://www.novinky.cz/zena/zdrav/lupenkou-trpi-az-tri-procenta-cechu\\_43060\\_cli3o.html](http://www.novinky.cz/zena/zdrav/lupenkou-trpi-az-tri-procenta-cechu_43060_cli3o.html)>
24. SEMRÁDOVÁ, V. *Doporučené postupy pro praktické lékaře – Psoriáza* [online]. 2005 [cit.2006-12-15].  
Dostupné z  
<<http://66.249.93.104/search?q=cache:JffXmM5cRwkJ:www.cls.cz/dp/2001/r028.rtf+pso%3%A1za&hl=cs&ct=clnk&cd=2>>
25. *Terapie lupénky* [online]. 2006 [cit. 2007-1-10].  
Dostupné z <<http://www.krasa-zdravi.cz/lupenka.php>>

26. TOMÁNKOVÁ, L. *Lupénka je opomíjena neprávem* [online]. 18.9.2006 [cit. 2006-11-26].  
Dostupné z <<http://aktualne.centrum.cz/zdravi/zpravy/clanek.phtml?id=237684>>
27. VALÍČEK, I. Lupénka trochu jinak. In – *Regenerace*. č. 7, 2001, roč. 9, s. 36, ISSN 1210-6631
28. ZEMEK, R. *Lupénka* [online]. 20.5.2003 [cit. 2006-11-12].  
Dostupné z <<http://www.pramenyzdravi.cz/362/Lupenka.php>>
29. ZITTLAU, J., KRIEGSH, N., HEINKEOVÁ, D. *Osvědčená domácí lékárna : Nejlepší recepty pro zdraví*. 1. vyd. Praha : Ikar, 2006. 447 s. ISBN 80-249-0683-X

## **8. Klíčová slova**

Psoriáza

Kůže

Civilizační faktory

Predilekční lokalizace



## **9. Přílohy**

*Příloha 1: Dotazník nemocného*

*Příloha 2: Dotazník pro občany z řad veřejnosti*

*Příloha 3: Fotografie*

## ***Příloha 1: Dotazník nemocného***

Vážená paní, vážený pane,  
obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Veronika Pekárková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.  
Tento dotazník slouží jako podklad pro moji bakalářskou práci s názvem : „Člověk s psoriázou (lupénkou) a následné sociální dopady na život jedince“.  
Předem srdečně děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku, stejně tak i za Vaše upřímné odpovědi na všechny otázky.

**Všechny zjištěné údaje jsou naprosto anonymní a budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce.**

Veronika Pekárková

### Dotazník nemocného

Vybranou odpověď prosím označte křížkem!

1) Pohlaví

žena  muž

2) Věk

15-20  21-25  26-30  31-35  36-40  41-45  46 a více

3) Dosažené vzdělání

ZŠ  SOU  SŠ s maturitou  VOŠ  VŠ

4) Jak dlouho již se u Vás projevují příznaky lupénky?

uved'te časové období ...

5) Uved'te lokalizaci lupénky na Vašem těle

kštiny (hlava)  kolena  lokty

- křížová krajina zad       dlaně       chodidla  
 nehty       obličej       rozesetá po celém těle  
 jiné lokalizace (vypište) ...

6) Byla Vaše kariéra ovlivněna lupénkou? – např. odmítnutí v zaměstnání

- vůbec ne     málo     hodně     mnoho

7) Nakolik Vám lupénka znemožnila společenské aktivity?

- vůbec ne     málo     hodně     mnoho

8) Musel/a jste kvůli lupénce omezit své sportovní aktivity?

- vůbec ne     málo     hodně     mnoho

9) Bylo Vám někdy zamezeno použití veřejných prostor? – např. bazén, posilovna...

- ano     ne

10) Byl/a jste vystavena nepříjemným poznámkám okolí vůči své nemoci?

- vůbec ne     málo     hodně     mnoho

11) Vedla lupénka ke zvýšené spotřebě cigaret, alkoholu či jiných návykových látek?

- vůbec ne     málo     hodně     mnoho

12) Jak se cítíte s tímto onemocněním?



13) Snažíte se získávat informace o nových způsobech léčby?

- vůbec ne     málo     hodně     mnoho

- V případě kladné odpovědi, odkud?     lékař       média  
 internet       známí

jiné (vypište) ...

14) Zkoušíte v rámci své léčby experimentovat?

vůbec ne     málo     hodně     mnoho

15) Dodržujete rady a pokyny svého lékaře?

vůbec ne     málo     hodně     mnoho

16) Trpíte depresemi či změnami psychiky?

vůbec ne     málo     hodně     mnoho

17) Jste spokojeni s výsledkem své léčby?

vůbec ne     málo     hodně     mnoho

## ***Příloha 2: Dotazník pro občany z řad veřejnosti***

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Veronika Pekárková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

Tento dotazník slouží jako podklad pro moji bakalářskou práci s názvem : „Člověk s psoriázou (lupénkou) a následné sociální dopady na život jedince“.

Předem srdečně děkuji za Vaši ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku, stejně tak i za Vaše upřímné odpovědi na všechny otázky.

**Všechny zjištěné údaje jsou naprosto anonymní a budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce.**

Veronika Pekárková

### Dotazník pro občany z řad veřejnosti ke zjištění stavu informovanosti o onemocnění lupénkou

Vybranou odpověď prosím označte křížkem!

1) Pohlaví

žena  muž

2) Věk

15-20  21-25  26-30  31-35  36-40  41-45  46 a více

3) Dosažené vzdělání

ZŠ  SOU  SŠ s maturitou  VOŠ  VŠ

4) Lupénka je...

kožní onemocnění časté

kožní onemocnění vzácné

5) Je lupénka nakažlivé onemocnění?

ano  ne

6) Je lupénka léčitelná nemoc?

ano  ne

7) Dá se lupénka zcela vyléčit?

ano  ne

8) Poznal/a byste, že jde o člověka postiženého lupénkou?

ne

ano - jak...

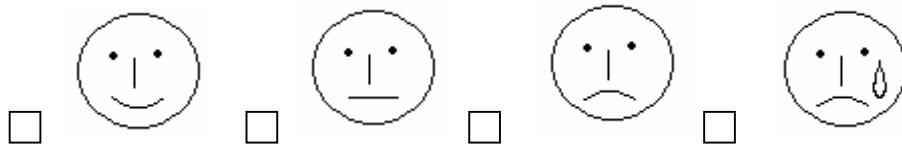
9) Mohou být lidé postiženi lupénkou zařazeni do pracovního poměru?

ano, bez omezení

s určitými omezeními

nemohou

10) Jak byste se cítil/a s tímto druhem onemocnění?



11) Znáte nějakou formu léčby lupénky?

ne

ano – jakou...

12) Vyskytuje se osoba s lupénkou ve Vašem blízkém okolí či v rodině?

ne

ano – kdo...

13) Znáte nějaké projevy lupénky?

ne

ano – jaké...

14) Měl/a byste obavu s přímého kontaktu s člověkem trpícím lupénkou?

ne

ano – z čeho...

15) Mohou podle Vás takto nemocní žít plnohodnotný život?

ano

ne

nevím

### ***Příloha 3: Fotografie***

*Fotografie č. 1: Vulgární psoriáza, chronicky stacionární*



Zdroj: <http://dermis.net>

*Fotografie č. 2: Kapkovitá psoriáza*



Zdroj: <http://dermis.net>



*Fotografie č. 3: Inverzní psoriáza*



Zdroj: <http://dermis.net>

*Fotografie č. 4: Pustulózní psoriáza*



Zdroj: <http://dermis.net>

*Fotografie č. 5: Psoritická artropatie*



Zdroj: <http://dermis.net>

*Fotografie č. 6: Psoriáza na nehtech*



Zdroj: <http://dermis.net>