

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní

Bakalářská práce

Eva Krajčovičová

Aspekty života jedinců s psoriázou

Olomouc 2013 vedoucí práce:

PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala sama a použila jen uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne: 18.4.2013

.....

Poděkování

Velmi ráda bych především poděkovala své vedoucí bakalářské práce **PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D.** za odborné vedení mé práce, za vstřícný přístup a ochotu, se kterou se mnou spolupracovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří vyplnili mé dotazníky a tak mi umožnili realizovat mou výzkumnou část práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Kožní onemocnění a stres	8
2.2.1 Anatomie kůže	8
2.2.1.1 Pokožka (epidermis)	8
2.2.1.2 Škára (dermis)	9
2.2.1.3 Podkožní tkáň (hypodermis)	9
2.3 Fyziologie kůže	9
2.3.1 Funkce kůže	10
2.4 Morfologie kožních změn	10
2.4.1 Lokalizace kožních změn	11
2.5 Stres	12
2.5.1 Předcházení stresu a duševní hygiena	13
2.5.2 Reakce na stres	15
2.6 PSORIÁZA	16
2.6.1 Lupénka	16
2.6.2 Historie Psoriázy	16
2.6.3 Spouštěcí faktory a vznik lupénky	17
2.6.4 Průběh choroby	18
2.6.5 Typy lupénky	19
2.7 MOŽNOSTI LÉČBY	21
2.7.1 Formy léčby	21
2.7.1.1 Doprovodné terapie: psychoterapie, balneoterapie	21
2.7.2 Způsoby aplikace mastí užitých k zevní terapii	23
2.7.3 Balneoterapie	23
2.7.4 Fototerapie	24
2.7.5 Celková léčba	24
2.7.6 Tabulka 6. Léčebný postup (Benáková, 2005, s. 90)	24
2.7.7 Psychoterapie	25
2.8 DOPAD PSORIÁZY NA PSYCHICKÝ STAV JEDINCE	26

2.8.1	Psychosomatika	27
2.8.2	Metody pro zvýšení sebevědomí u pacientů s psoriázou.....	28
2.8.3	Psychoterapie	29
2.9	POMÁHAJÍCÍ ORGANIZACE, LÁZNĚ A LÉČEBNÉ POBYTY	32
2.9.1	Společnost atopických ekzematiků a psoriatiků ČR.....	32
2.9.2	Lázně Smrdáky	32
2.9.3	Léčba dětí.....	33
2.9.4	Mořský koník.....	33
3	METODIKA PRÁCE	35
3.1	Výzkumné problémy a předpoklady.....	35
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	35
3.3	Metoda výzkumu	35
3.4	Popis průběhu výzkumu.....	36
3.5	Metody použité na zpracování dotazníku	36
4	Výsledky	37
4.1	Analýza vybraných otázek z dotazníku pro širokou veřejnost	37
4.2	Analýza vybraných otázek z dotazníku pro psoriatiky	49
5	Diskuze	68
	ZÁVĚR	70
	SOUHRN	71
	SUMMARY	72
	REFERENČNÍ SEZNAM	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	76
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM GRAFŮ	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80
	PŘÍLOHY	
	ANOTACE	

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je psoriáza. I přesto, že psoriázou trpí přes 200 000 obyvatel ČR a psoriáza se stává civilizační chorobou, tak široká veřejnost není dostatečně informována, co toto onemocnění obnáší, jak se projevuje, léčí a jaký má dopad na lidskou psychiku. Proto může v našich životech při setkání s touto chorobou docházet k různým nedorozuměním a nepříjemným situacím. Já sama jsem onemocněla psoriázou v 16 letech, a proto se ráda o onemocnění dozvím co nejvíce informací, abych mohla zlepšit kvalitu svého života. Je to téma, které mě zajímá, je mi blízké a myslím si, že je i aktuální jelikož se z psoriázy stává civilizační choroba. Neustále se zkoumají příčiny tohoto onemocnění, které nejsou zcela jasné, a proto nebyl vyvinut ani lék, který by psoriázu úplně vyléčil. Na toto téma se podíváme z hlediska medicínského, ale i psychologického.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit informovanost široké veřejnosti o psoriáze. Zorientovat se v postojích vůči této chorobě. Nejdůležitějším kritériem práce pro mě bude, zjistit zda lidé vůbec vědí, že je psoriáza nepřenositelná, a že není nutné se bát fyzického kontaktu s lidmi takto nemocnými. Dalším cílem je zjistit kvalitu života lidí takto nemocných. Jak se cítí s tímto onemocněním, a jak jim psoriáza změnila a ovlivnila život.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit informovanost intaktní společnosti o psoriáze. Jaké je podvědomí o tomto onemocnění a jak si představují život s tímto onemocněním zdraví lidé.

Dílčí cíle

1. Kvalita života jedinců s psoriázou
2. Psychické prožívání těchto lidí
3. Forma medikace
4. Nejčastější typ onemocnění

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Z lékařského hlediska je kůže ochranný obal těla a z psychologického hlediska je kůže zrcadlem naší emoční pohody. Cokoli se s námi děje je jako první vidět na barvě naší kůže, když je nám špatně, zezelenáme. Když je nám zima, zříváme, když máme strach, zbledneme, když se stydíme, zčervenáme, máme husí kůži a spousta přísloví a slovních přesmyček se pojí s kůží. Nejsem ve své kůži, jít s kůží na trh, dostalo se mi to pod kůži.

Lidé, kteří trpí onemocněním kůže, jsou zbaveni jednoho zásadního práva a to rozhodnout se zda chtějí o svém zdravotním stavu informovat okolí, kůže to za ně udělá sama, protože na rozdíl od ostatních orgánů je kůže vidět, a v dnešní společnosti je bezchybná kůže brána jako základ krásy.

2.1 Kožní onemocnění a stres

„Kůže je zrcadlem naší emoční pohody. Často se však rozhodneme nevšímat si psychologicko- etiologického pozadí a léčíme pouze kožní změny. Divíme se pak, proč je naše léčba neúčinná.“

G. Lazarus

2.2.1 Anatomie kůže

Kůže je ochranný obal těla. Je to největší orgán. Pokrývá plochu 1,75m². Představuje 7 % celkové hmoty. Skládá se (Jirásková, 2003, s. 17):

- Z povrchové vrstvy, pokožky (epidermis).
- Z hlubší vrstvy, škáry (dermis).
- Z podkožní tkáně (telasubcutanea).

2.2.1.1 Pokožka (epidermis)

Pokožka se skládá z několika vrstev, které jsou poskládány těsně na sobě. Buněčné vrstvy, které jsou hlubší, mají ponechanou schopnost dělení a mohou tak doplňovat odumřelé buňky, které se po odumření olupují na povrchové vrstvě. Pokožka není protkána cévami, ale v hlubších vrstvách jsou nervová zakončení, která slouží k vnímání bolesti (Dylevský, 2009). *„Životní cykly buněk od okamžiku rozdělení až do odloupení*

zrohovatělé buňky, jsou různě dlouhé cca. 2- 4 týdny“. „*Hranice mezi pokožkou a škárrou není ostrá. Škára vybíhá proti pokožce četnými prstovitými výběžky*“ (Dylevský, 2009, s. 509).

2.2.1.2 Škára (dermis)

Škára je tvořena dvěma vrstvami (Merkunová, Orel, 2008) :

A) **Povrchová vrstva** se skládá z jemných elastických vláken s velkým množstvím vazivových buněk, do pokožky vybíhá papilami (řada bradavičitých výběžků) – některé obsahují kousky krevních kapilár, další receptory kožního cití. Uspořádání je individuálně rozdílné.

B) **Hlubší vrstva** je místy připevněna k podkoží, v některých místech je volná, skládá se z vazivových a tukových buněk uložených v síti pevných kolagenních vláken. V této síti se nachází také mazové a potní žlázy, které jsou přidružené a celá tato síť je prostoupena cévami a nervy.

2.2.1.3 Podkožní tkáň (hypodermis)

Podkožní tkáň se skládá z tenkého pojiva, ve kterém jsou uloženy tukové buňky (lipocyty), mající vysoký obsah tuků. Nachází se zde krevní a lymfatické cévy, nervy. Dále vlasové folikuly a klubička potních žláz. Funkce podkožní tkáně je tepelná izolace, zásobuje nás tukem a vodou a chrání před fyzikálními traumaty (Buchvald J., Buchvald D., 2002).

2.3 Fyziologie kůže

„Kůže je metabolicky aktivní orgán s řadou funkcí, kterými se podílí na udržování homeostázy organismu“ (Ditrichová, 2002, s. 17). Pomocí keratynocytů, melanocytů a smyslových, senzorických receptorů zajišťuje kůže mnoho důležitých funkcí, které náš organismus chrání před vnějším prostředím (Jirásková, 2003). Fyziologické funkce kůže se velmi těsně váží na anatomickou strukturu a tím vytváří kůže hraniční orgán mezi vnitřním a vnějším prostředím. (Štork, 2008).

2.3.1 Funkce kůže

Mezi důležité funkce kůže řadíme (Jirásková, 2003):

- termoregulace,
- propustnost kůže,
- sekreční činnost,
- zásobárna výživných a jiných látek.

Kůže je zprostředkovatelem kožního cití – pomocí kožních receptorů a navazujícím dostředivým nervovým vláknum. Je součástí vylučovací soustavy – mimo vody se v potu nachází i menší procento odpadních látek. Kůže má také vstřebávací schopnost, dokáže vstřebávat látky např. krémy, které se skládají z tukových základů krémů a mastí. Pod vlivem UV záření vzniká v kůži „*předchůdce vitamínu D₃*“, který je často využíván pro léčbu psoriázy (Merkunová, Orel, 2008).

2.4 Morfologie kožních změn

Kožní změny rozdělujeme jako (Jirásková, 2003, s.15):

- „**Kožní eflorescence**(výkvětky, změny malých rozměrů)
- **Primární eflorescence** – skvrna (*mamula*), pupínek (*papula*), hrbol (*tuber*), puchýřek, velký puchýř (*bulla*), pupínek naplněný hnisem (*pustula*)
- **Sekundární eflorescence** – šupina (*squama*), strup (*crusta*), příškvár (*eschara*), puklina (*ragáda*), oděrka (*eroze – exkoriace*), vřed (*ulcus*). Řídký nebo hustý výsev označujeme jako *exantém*, pokud je tento výsev na sliznici jedná se o *emantém*.“

Navíc autor Štork (2008) ve své publikaci uvádí:

1. Chorobná ložiska – změny na kůži, které jsou ohraničeny. Jejich velikost je většinou jeden a více centimetrů. Jedná se o shluk kožních eflorescencí.

2. Chorobné plochy - vznikají splýváním chorobných ložisek.

2.4.1 Lokalizace kožních změn

Uvedeme si, které části kůže (lokalizace) můžeme mít poškozené. Pro každé kožní onemocnění je typická jiná lokalizace a to může velmi pomoci při diagnostice choroby (Štork, 2008). Jak uvádí Jirásková (2003) kožní změny můžeme řadit do několika lokalizací:

a) Predilekční lokalizace

Jsou jí myšlena místa na kůži, která jsou typická pro určitou chorobu. Může to být způsobeno vnitřními nebo vnějšími vlivy, ale také se to může dít z neznámých důvodů. Chronické formy psoriázy jsou predilekční lokalizací - kolena, lokty, kštiny a krajina křížová (Jirásková, 2003).

b) Intertriginózní lokalizace

Jedná se o výskyt vyrážky v místech vlhké zapádky (mezi prsty, v pupku, pod prsy, genitál, koutky ústní). Často zde vznikají kvasinková a houbová onemocnění (Jirásková, 2003).

c) Orgánová lokalizace

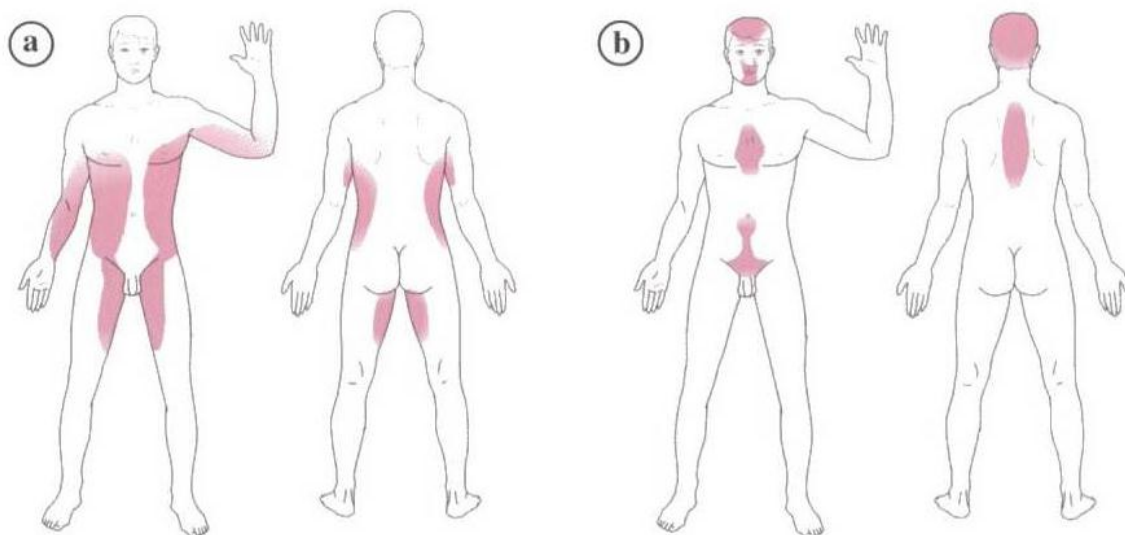
Onemocnění určitých kožních orgánů. Objevuje se na místech se zvýšenou produkcí kožního mazu - střed obličeje, rýhy nosolící, kštiny, záda mezi lopatkami, pupek, mons pubis (Jirásková, 2003).

d) Solární lokalizace

Nachází se v místech, která jsou vystavena slunečnímu záření. Obličej, dekolt, ruce (Jirásková, 2003).

e) Embolizační lokalizace

Je příznačná pro lékové a infekční vyrážky. Postižen může být hrudník, boky, břicho, paže, vnitřní plochy stehna (Jirásková, 2003).



Obrázek 1. Lokalizace: a) embolizační, b) seboroická (Štork, 2008, s. 28)

2.5 Stres

„Stres vzniká, když se naše životní cíle již nekryjí s našimi potřebami“ (Brockert, 1993, s. 10).

H. Seley v psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2000) uvádí, že stres je fyziologická odpověď na ohrožení nebo poškození organismu. Cooper a Apley in (Hartl, Hartlová, 2000) definují stres jako takový stav organismu, kdy musí organismus použít všechny dovednosti, aby nebyla narušena jeho integrita.

Stres často vzniká životními změnami, povětšinou jsou to změny negativního charakteru, ale ne vždy je to pravidlo. I události s kladným podtextem mohou vyvolat stres (Brockert, 1993). Stres mohou vyvolat i vnitřní nedořešené konflikty, které si můžeme uvědomovat, ale také nemusíme (Nolen-Hoeksema a kol., 2012)

Stres můžeme dělit do tří kategorií (Herman, Doubek, s. 44):

„1. „prestres“ – má pozitivní adaptační úlohu vedoucí k větší odolnosti vůči závažnějšímu stresu

2. „eustres“ – přijatelný stres při překonávání překážek, spojený s příjemným očekáváním

3. „distres“ – negativní stres snižuje adaptační schopnosti, je přetěžující, vede k somatickým, psychosomatickým nebo psychiatrickým onemocněním“

Další rozdělení stresu může být podle oblasti, na které stres působí:

1. Biologické stresory – nemoc, nehoda, žízeň, hlad

2. Psychologické stresory – snížené sebevědomí, útok na naši sebeúctu
3. Sociální stresory - problémy v rodině, v práci, úmrtí blízké osoby. (Herman, Doubek, 2008)

2.5.1 Předcházení stresu a duševní hygiena

Tabulka 1. Jak předcházet stresu

Tvorba a schopnost udržet si kvalitní mezilidské vztahy.	Zabývat se pouze podstatnými informacemi.
Poklidné zvládnutí nutných pracovních povinností.	Harmonická a jasná komunikace v pracovním týmu.
Kladný vztah při vnímání sebe sama.	Psychoterapeutický výcvik.
Znát své reálné možnosti a vyžadovat od sebe reálné cíle.	Mít stanovenou jasnou hranici mezi soukromým a profesním životem.
Naučit se zvládat nepříjemné a negativní emoce.	Umět včas vyhledat odbornou pomoc
Stálá pracovní doba.	Časté projevování emocí, ať už kladných či záporných.
Naučit se využívat relaxační techniky.	Mít rád sebe sama

(Herman, Doubek, 2008)

Tabulka 2. Škála životních událostí (Slavík et. al. 2012, s. 58)

1. smrt manžela/manželky	100	23. syn nebo dcera opouští domov	29
2. rozvod	73	24. neshody s tchýní nebo tchánem	29
3. rozchod s partnerem	65	25. mimořádný osobní úspěch	28
4. pobyt ve vězení	63	26. manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod	26
5. úmrtí v nejbližší rodině	63	27. zahájení nebo ukončení školy	26
6. vlastní úraz nebo nemoc	53	28. změna životních podmínek	25
7. vlastní svatba	50	29. změna osobních zvyklostí	24
8. ztráta zaměstnání	47	30. spory s nadřízeným	23
9. usmíření s partnerem	45	31. změna pracovních podmínek nebo doby	20
10. odchod do důchodu	45	32. změna bydliště	20
11. nemoc rodinného příslušníka	44	33. změna školy	20
12. těhotenství	40	34. změna trávení volného času	19
13. sexuální potíže	39	35. změna činností v církevní oblasti	19
14. příchod nového člena rodiny	39	36. změna ve společenské činnosti	18
15. změna postavení v zaměstnání	39	37. půjčka méně než 50 000 Kč	17
16. změna ve vlastní finanční situaci	38	38. změna návyků ve spánku	16
17. smrt blízkého přítele	37	39. změna četnosti rodinných setkání	15
18. změna zaměstnání	36	40. změna návyků v jídle	15
19. přibývání partnerských hádek	35	41. dovolená	13
20. půjčka větší než 50 000 Kč	31	42. Vánoce	12
21. větší dluhy	30	43. nepatrné přestupky zákona	11
22. změna odpovědnosti v zaměstnání	29		

2.5.2 Reakce na stres

Nolen-Hoeksema, a kol. (2012, s. 590), uvádí následující psychické a fyziologické reakce na stres:

Psychická reakce

Úzkost.

Vzteky a agrese.

Apatie a deprese.

Oslabení kognitivních funkcí.

Fyziologická reakce

Zrychlení metabolismu.

Zrychlení srdeční činnosti.

Rozšíření zornic.

Zvýšení krevního tlaku.

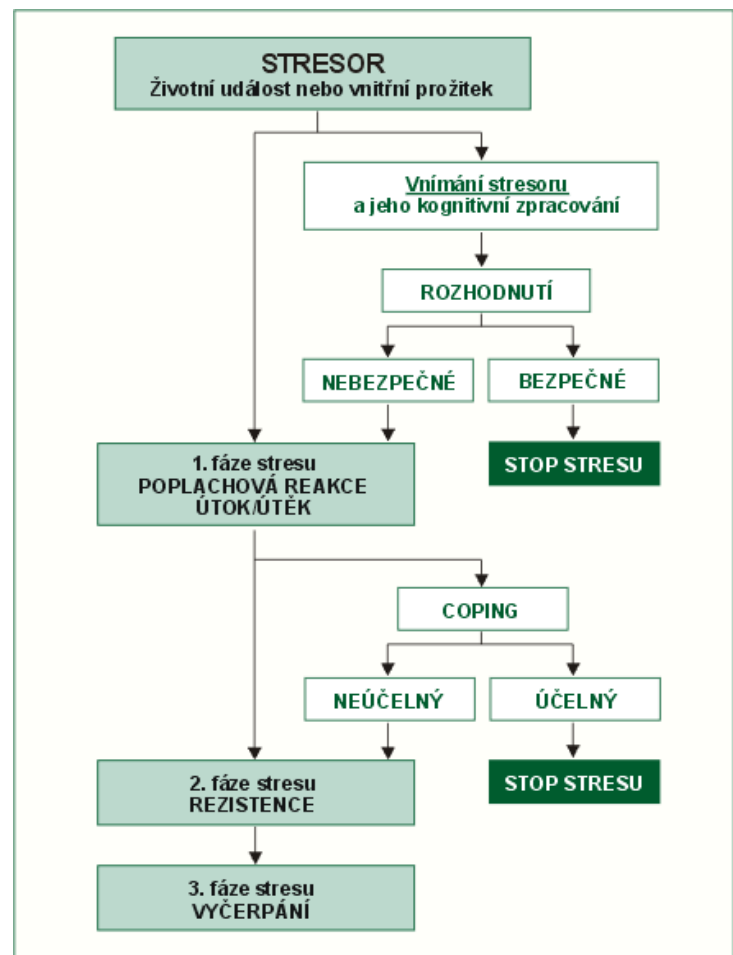
Zrychlené dýchání.

Svalové napětí.

Vylučování endorfinů a ACTH.

Uvolňování cukru z jater.

Podle výzkumů je zřejmé, že stres výrazně ovlivňuje funkci imunitní soustavy chránit tělo. (Schneiderman et al. in Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, Wagenaar, 2012)



Obrázek 2. Graf stresu

2.6 PSORIÁZA

„Člověk může žít, když je slepý a hluchý, když neslyší a nerozpozná chuti, ale jakmile mu nefunguje kůže, není schopen života.“

Helen Keller

2.6.1 Lupénka

Jirásková (2003) definuje lupénku jako kožní chorobu s poruchou rohovění. Touto nemocí trpí 0,5 % – 3 % populace, proto je lupénka brána jako jedno z nejrozšířenějších kožních onemocnění. Nejčastěji je psoriázou postižena bílá rasa, méně žlutá rasa, zřídka rasa černá a u jedinců červené rasy (Eskymáci, jihoameričtí Indiáni) se psoriáza vůbec nevyskytuje. Nemoc postihuje bez rozdílů pohlaví. První výsev psoriázy se může objevit v každém věku, nejčastěji však ve 3 dekadě života. Rozlišujeme dva typy psoriázy z hlediska věku:

1. typ psoriáza mladistvých začíná kolem 16. – 22. roku věku. Má horší průběh a špatně reaguje na léčbu a rodinná anamnéza je pozitivní (Jirásková, 2003).

2. typ psoriázy se vyskytuje až po 40. roku věku a rodinná anamnéza je negativní. Průběh není tak akutní jako u psoriázy mladistvých a ložiska se objevují jen na některých místech (Jirásková, 2003).

Při chronických formách psoriázy je průběh kolísavý. Můžeme pozorovat přetrvávající ložiska s vyšším množstvím nánosu šupin, v jiných případech dochází k celkovému zhojení ložisek a na jiných místech progredují. Hojivost je bez jizev, někdy s přechodnou depigmentací tzv. psoriatická leukodermata (Ditrichová, 2002).

Jedná se o pouze lidské onemocnění, nevyskytuje se u zvířat (Jirásková, 2003).

2.6.2 Historie Psoriázy

Psoriáza je známou chorobou již od dávných dob. Jako první ji popsal řecký lékař Hippokrates. Název nemoci vznikl z řeckého slova „psora“, což znamená svrab, svědění. V Bibli je popsáno kožní onemocnění „bohaq“, které je svými projevy podobné psoriáze. Kniha „Atharva – Věda“ (staroindická literatura), popisuje příznaky psoriázy a nazývá je „vicharchika“. Hippokrates jako první popsal projevy psoriázy a psoriázu nehtů ve svém díle „Corpus Hippocratucum“. V římské literatuře psal o psoriáze Celsus, v arabské zase Avicenna. Středověk, nebyl zrovna šťastným obdobím pro rozvoj dermatologie.

Ta se jako samostatný medicínský obor začala vyvíjet až v 19. století. Zakladatelem anglické dermatologie byl Robert Willan a právě ten v r. 1809 charakterizuje různé formy psoriázy a jako první nazve chorobu Psoriázou. V 19. století je to Ferdinand Hebra, který provádí histologické vyšetření psoriatických lézí v různých formách výskytu a zjišťuje určitou patologii kožních změn. Ve 20. Století se objevily úvahy o infekčním původu onemocnění. Zjišťuje se mnoho biologických změn v psoriatické kůži a poté na řadu přichází zkoumání vlivu hladiny hormonů na nemoc. V dnešní době se výzkum ubírá směrem imunopatologie (chorobný stav imunitního systému). Proto také byla psoriáza označena za autoimunitní onemocnění (Szép, 2005)

2.6.3 Spouštěcí faktory a vznik lupénky

I přes pokročilý vývoj medicíny stále nebyly přesně určeny příčiny psoriázy. Podle výzkumů a jak už bylo výše uvedeno, je psoriáza autoimunitní onemocnění. Znamená to, že bílé krvinky jsou aktivovány a může to být způsobeno dědičností, vlivy vnitřního a vnějšího prostředí. To vede k tomu, že se imunitní systém začne bránit a zaktivizují se další složky imunitního systému, což způsobí kožní zánět. To vede ke zmnožení kožních buněk, zrychlení růstu a následné poruše rohování. Normální - „zdravá“ kožní buňka se dostane na povrch kůže za 28 dní, kdy je vyzrálá. U psoriázy se buňka dostává na povrch již za 4 dny, což je 7x rychleji, kdy je buňka nevyzrálá a za důsledek má sytě červená, ostře ohraničená ložiska s bílými šupinami (Benáková, 2003).

Dědičné faktory lupénky byly prokázány asi u 30 % pacientů. Nedědí se však choroba jako taková, ale sklon k onemocnění. V tomto případě se choroba nemusí objevit vůbec a sklon k chorobě může mít daleko více příbuzných. K propuknutí choroby dochází tehdy, kdy na jedince, který má sklony k chorobě, začnou působit provokační faktory. Pokud není v přímém příbuzenstvu nikdo postižen psoriázou, je riziko výskytu 2 – 3 %. Je-li postižen sourozenec, je zde riziko výskytu u dalšího potomka 20 %. Má-li psoriázu jeden z rodičů, je riziko vzniku u dítěte až 30 %. Při postižení obou rodičů psoriázou je zde 70 % riziko. Ale ani u těchto jedinců, kteří mají ať už sourozence nebo rodiče postižené touto nemocí, se psoriáza nemusí objevit, záleží na kombinaci zděděného sklonu a na síle působení provokačních faktorů (Benáková, 2003).

Tabulka 3. Nejčastější provokační faktory u psoriázy (Droženová, 2009, s. 143)

Vlivy	Typ
Infekce a záněty	bakteriální, virové (ORL, zubní, gynekologické, urologické, GIT), HIV
Psychoneuroimunologické	stres duševní i tělesný
Fyzikální a chemické	úrazy, operace, střídavý tlak, UV záření, změny teploty a klimatu, poleptání a jiné imitativní vlivy
Léky	betablokátory, lithium, antimalarika, inhibitory ACE, zlato, interferony, někdy NSAR a blokátory Ca kanálu
Zánětlivé dermatózy	infekce kožní (bakterie, kvasinky, herpes viry), seborrhoická dermatitida, ekzémy, polékové exantémy a jiné alergické vlivy
Interní choroby	diabetes mellitus, hepatopatie, tyreopatie, hypokalcémie, dna, hormonální dysbalance, obezita, alkohol, kouření

2.6.4 Průběh choroby

1. Akutní typ – nejprvotnějším projevům nejdříve většinou předchází infekční onemocnění. Několik týdnů po odeznění infekce se na dolních končetinách a trupu objeví výsev kapkovitého tvaru. Tento typ lupénky se buď zhojí samovolně, nebo přejde ve formu chronickou.

2. Chronický typ – je charakteristický výsevy ložisek, která se mohutně šupinatí. Svědění nebývá pro tuto formu lupénky zcela typické. Nejčastější místa výsevu jsou lokty, kolena, uši, vlasová část, bederní oblast.

3. Zánětlivá forma – ložiska jsou výrazně červená. Na povrchu jsou ložiska šupinatá a někdy žlutě zbarvená. Cca. 1 % nemocných bývá postiženo i zánětlivým

onemocněním kloubů či páteře. Těžká forma kloubního postižení může vést ke kloubním deformacím (Lužná, Vránová, 2007).

Tabulka 4. Závažnost onemocnění psoriázou (Droženová, 2009, s. 144)

Závažnost	Pacienti postižení psoriázou (%)	Postižená plocha povrchu těla (%)	Skóre PASI (max. = 72)
Mírná	75-80	< 2	< 10
Střední	15-20	2–9	10–50
Vysoká	5-10	> 10	50–72

2.6.5 Typy lupénky

1. Psoriasis Vulgaris

Neboli také ložisková psoriáza. Je nejčastější formou psoriázy. Ložiska jsou červená a šupinatá. Doprovází ji svědění. Vyskytuje se nejčastěji na loktech, kolenou, zádech a ve kšticí (Droženová, 2009). Jirásková (2003) ve své publikaci uvádí, že jde většinou o přetrvávající, suchá, různě tvořená ložiska s velkým nánosem pevných šupin. Pokud se vyskytuje v kšticí, nezpůsobuje vypadávání vlasů.

2. Psoriasis Guttata

Výskyt malých, kulatých, osamocených lézí. Tento typ psoriázy se vyskytuje v podobě malých šupinatých teček po těle. Často se objevuje po streptokokových infekcích horních cest dýchacích, po chřipce nebo osypkách. Nejčastější výskyt u dětí nebo adolescentů.

3. Psoriasis Numularis

Oproti Psoriasis Guttata se tento typ psoriázy vyznačuje velkými kulatými ložisky, respektive, pokud se Psoriasis Guttata zvětšuje, může přejít v psoriasis numularis. Nejčastější výskyt na trupu, bocích a končetinách.

4. Psoriasis Follicularis

Jedná se o druh psoriázy, který je drobnými pupínky vázán na folikuly. Nejčastější výskyt tohoto typu psoriázy je na trupu. Tento typ psoriázy vzniká hlavně u dětí a nejčastěji ke konci nějaké streptokokové infekce. Je ale velmi ojedinělý (Braun-Falcoat al., 2001).

5. Psoriasis Pustulosa

Tento druh psoriázy je ojedinělý. Postihuje méně než 10 % pacientů. Může být následkem náhlého vysazení léků u ložiskové psoriázy (Droženová, 2009).

6. Psoriasis Geographica

Numulární ložiska psoriázy se mohou zvětšovat, až do takové míry, že se mohou slít ve velké plochy, které mohou připomínat obrysy na geografické mapě (Braun-Falco a kol., 2001). Ložisek je méně, ale jsou větší a rozsáhlejší. Na dotek jsou hrubší a vyskytují se převážně v predilekční lokalizaci (Buchvald, 2002).

7. Psoriasis Erythrodermica

Psoriázou je postihnuta celá kůže. Kůže je velmi živě zarudlá a citlivá. Je to způsobeno dalším rozšiřováním psoriatických změn. Odlupování kůže je ale minimální. Je nutná dlouhodobá hospitalizace (Braun-Falco, Plewig, Wolff, 2001).

8. Psoriasis Arythropathica

Není příliš častá forma psoriázy, patří ale k nejtěžším typům psoriázy. Postihnuté jsou především drobné klouby na horních a dolních končetinách. Projevy: bolesti a deformity kloubů (Ditrichová, 2002).

9. Fotosenzitivní Psoriáza

Patří k vzácným formám psoriázy, dochází zde k výraznému zhoršení psoriázy po vystavení kůže ultrafialovému záření (Ditrichová, 2002).

2.7 MOŽNOSTI LÉČBY

„Žádný lékař nezná lepší lék na unavené tělo a ztrápenou duši, než je naděje.“

Stefan Zweig

Jednou z nejzákladnějších věcí při léčbě psoriázy je rozpoznání a odstranění primárních provokačních faktorů.

2.7.1 Formy léčby

Formy léčby můžeme rozdělit do tří skupin (Drozenová, 2009, s. 225):

Tabulka 5. Přehled standardní terapie psoriázy

Lokální terapie	Fototerapie	Celková terapie
Analoga vitamínu D3	UVB 311 nm (narrow band)	Acitretin
Kortikosteroidy	PUVA	Cyklosporin A
Retinoidy	SUP	Methotrexát
Cignolin	Širokospektré UVB	Biologika
Pix, Ichthamol	UVA/UVB	Estery kyseliny fumarové
Keratolytika	Klimatoterapie	

2.7.1.1 Doprovodné terapie: psychoterapie, balneoterapie

1. Zevní léčba

Při zevní léčbě mají nezastupitelnou roli kortikosteroidy, které se vždy podávají při začátcích léčby a při zánětlivých formách. U dospělých pacientů se na ložiskovou psoriázu používají silnější kortikoidy. „Ze středně silných jsou u nás dostupné alklometazon, betametazonvalerát a metylprednizolonaceponát. Ze silných pak betametazondipropionát, mometazonfuroát, fluocinolonacetonid, flutikazondipropionát, halcinonid a velmi silný klobetazol propionát“ (Drozenová, 2009, s. 225). Jelikož je ale psoriáza chronické onemocnění, není možné podávat tyto látky dlouhodobě. Na dlouhodobou udržovací léčbu

je zapotřebí preparátů s bezpečnějším profilem. Pro ambulantní léčbu sem spadají analoga vitamínu D3, eventuálně retinoidy. Při hospitalizacích se jedná o cignolin (Drozenová, 2009).

2. Kortikosteroidy

Jedná se o léčiva, které mají výrazný protizánětlivý účinek. Indikují se převážně u autoimunitních onemocnění. Každou léčbu kortikoidy je třeba opatrně zvážit, léčba je sice účinná, ale musíme myslet i na vedlejší účinky. Kortikosteroidy totiž nemoc sice, potlačí, odstraní projevy, ale nevyléčí příčinu. Výjimkou jsou akutní alergická onemocnění. Kortikoidy způsobují atrofii kůže, zpomalené hojení ran, vznik strií a jednodušší krvácení do kůže (Resl, 2002).

3. Retinoidy

Jsou odvozené od vitamínu A, ale jsou mnohem účinnější než samotný vitamín A, ten by se musel podávat v příliš vysoké dávce a to by mohlo vést k hypervitaminóze. Máme dostupné 2 typy retinoidů:

- a) **acitretin** – používá se k léčbě lupénky a dalších chorob s poruchou rohovění
- b) **isotretinoin** – snaží se potlačit činnost mazových žláz.

Nevýhodou těchto látek je teratogenní účinek a další komplikace jako např. suchost sliznic, zvýšené loupání kůže, zvýšení hladiny krevních tuků nebo jaterních enzymů. Proto je nutné při užívání těchto léků, pacienty pravidelně laboratorně testovat (Resl, 2002)

4. Antihistaminika

Působí na H1 receptory, které se nachází v krevních cévách a hladké svalovině. Tyto léky se užívají perorálně. Využívají se ke zmírnění a vymizení svědění např. u atopických onemocnění. Starší preparáty (Dithiaden) mají sedativní účinek, proto vyžadují zvýšenou pozornost. Moderní antihistaminika (Zyrtec, Claritine) již nemají sedativní účinek (Resl, 2002).

Při léčbě pomocí kortikosteroidů je nutno dodržovat a předcházet kožním i systémovým nežádoucím účinkům. Ty se objevují jen málo. Je ale nutno na ně pacienta upozornit. Rizika jsou: nanášení na obličej a krk. Dále věk pacienta (především děti a staří lidé) a stav jeho kůže, doba používání léků, způsob aplikace a síla podávaných kortikosteroidů. Při léčbě psoriázy se nejčastěji setkáváme s TACHYFYLAXÍ (při častém a dlouhodobém nanášení látky, může dojít k obsazení steroidních buněčných receptorů a projevuje se to ztrátou účinnosti léku). A také může dojít k REBOUND FENOMEN (po rychlém vysazení látky dochází k návratu nemoci často v mnohem horším stavu, než byl výchozí stav nemoci) (Drozenová, 2009).

2.7.2 Způsoby aplikace mastí užitých k zevní terapii

a) Aplikace vtíráním rukou

Nanášení mastí, krémů, olejů a emulzí je vhodné provádět ručním vtíráním. Manuální kontakt umožňuje dobrou dostupnost ke kůži. Je vhodné, když je ruka pokryta tenkou gumovou rukavicí. U past je důležité rozetřít je do tenkých vrstev, aby se dobře vstřebaly. Léčivo musí být do kůže jemně a pečlivě vetřeno, ne jen natřeno! Při manipulaci s přípravky obsahující dehet, používáme špachtle a důkladně si po aplikaci omyjeme ruce. Při práci s mastmi, oleji, zasypy, pastami a ostatními přípravky určenými pro ošetření kůže dáváme pozor, aby se nám přípravky nedostaly do očí (Záhejský, 2006).

b) Okluzivní aplikace

Pro hlubší působení látek ze zevně aplikovaného léčiva, se pokryje část kůže, na které je nanesena léčivá látka např. kortikosteroidy, pro vodu nepropustnou fólií. Okraje folie se zafixují náplastí a překryjí lehkým obvazem. Tento typ aplikace je vhodný pro ohraničená ložiska. Doba působení by neměla překročit 24 hodin! Není vhodné často opakovat (Záhejský, 2006).

c) Minutové aplikace cignolinu

„Krátkodobá několikaminutová aplikace cignolinu v 0,5-3% koncentraci (mast) s následným očištěním a ozářením SUP lampou. (chronická ložiska psoriázy“ (Záhejský, 2006, s. 77

d) Goekermannova metoda léčení chronické psoriázy

Postupem je, zevní aplikace dehtu v masti nebo pastě, poté následuje očištění masti, koupel (pro hydrataci kůže) a poté ozáření zvyšujícími se směsí UVA +UVB světla do ložisek (erytémů) (Záhejský, 2006).

2.7.3 Balneoterapie

Častá a uznávaná léčba některých kožních onemocnění. Je sem zařazena lázeňská a přímořská léčba. Nejčastěji je léčba indikována u lupénky, atopického ekzemu a některých dalších chronických dermatóz. Léčba je často doplňována fototerapií. Lázně, které se zabývají balneoterapií jsou - Lázně Lipová (lupénka, ekzém, kopřivka). Skvělé výsledky jsou i v lázních Smrdáky u psoriatiků. Jsou zde jodsírové lázně. Nejúčinnější je ale ovšem pobyt u Mrtvého moře v Izraeli, to je ale pro mnoho pacientů finančně těžce dostupné. Hlavní indikací je lupénka a atopický ekzém (Resl, 2002).

2.7.4 Fototerapie

Fototerapie ultrafialovým světlem se nevyužívá jen v dermatologii ale i v neonatologii (medicínský obor zabývající se péčí o novorozence), endokrinologii, onkologii a v dalších medicínských odvětvích. Fototerapie se začala rozvíjet zhruba v 70 letech a to zároveň s vývojem fluorescenčních lamp emitujících ultrafialové záření. Pro psoriázu je nejvhodnější a zároveň také nejúčinnější úzké spektrum UVB o vlnové délce 311nm. Fotochemoterapie PUVA je riziková. SUP a širokospektré UVB nejsou tak účinné. Tzv. „Horské slunce“ UVA, UVB a UVC je pro léčbu již zastaralé. Obyčejné UVA záření, které je podáváno v soláriích je na psoriázu neúčinné. Fototerapie se v těžkých případech provádí při hospitalizaci. Nově se dá ovšem využívat i ambulantně. Tyto přístroje jsou přístupné především ve větších městech ČR (Brno, Olomouc). Účinnost fototerapie spočívá ve světelné degradaci bilirubinu v kůži na nejedovaté produkty, které se nadále vylučují z organismu v nezávislosti na funkci jater (Sedlářová a kol., 2008).

Kontraindikace fototerapie:

Zhoršující se formy při přirozeném slunění, nespolupracující pacienti, malé děti, epilepsie, imobilní pacienti, pacienti s duševními poruchami, kardiovaskulární choroby (Benáková, 2012).

2.7.5 Celková léčba

2.7.6 Léčebný postup

Tabulka 6. Léčebný postup (Benáková, 2005, s. 90)

Obecná edukace pacienta →	postoj k chorobě
Cílená analýza provokačních faktorů →	eliminace – redukce provokace, prevence
Klinický stav →	volba aktuální, diferencované terapie
Kompliance, priority pacienta →	individualizace terapie
Zrevidování předchozí léčby →	chyby, rezervy ze strany pacienta i lékaře
Informace o nežádoucích účincích a interakcích →	instruktáž o aplikační technice, režimech
Stanovení dlouhodobého léčebného plánu	
Základní psychoterapie	

Léčba psoriázy bývá často zaměřena jen na zklidnění onemocnění. Úplně se psoriáza vyléčit nedá, proto je časté, že i po zahojení postižených ložisek se mohou znovu objevit nové psoriatické ataky (Braun-Falco a kol., 2001).

2.7.7 Psychoterapie

Využití psychoterapie a jednotlivých psychoterapeutických přístupů v dermatologii je prováděno pomocí psychiatrů a klinických psychologů, kteří patří do dermatologického týmu, jelikož mají zkušenosti s léčbou chronicky nemocných pacientů. (Raudenská, Javůrková, 2011). Cílem psychoterapie u dermatologických pacientů je překonání depresivních nálad, úzkostných stavů a v neposlední řadě sebevražedných myšlenek, pocitu méněcennosti. Snaží se zabránit sociální izolaci a pomáhá pacientům přijmout vlastní tělo, takové jaké je (Březáková A. a Březáková J., 2006 in Raudenská, Javůrková, 2011). „*Stejně jako jsou kosti, maso, vnitřnosti, a cévy skryty pod kůží, jež činí pohled na člověka snesitelným, tak se rozrušení a vášně ukrývají do marnivosti – ta je kůží duše*“ (Yalom, 2000, s. 80).

2.8 DOPAD PSORIÁZY NA PSYCHICKÝ STAV JEDINCE

„Kůže je znakem individuality svého nositele“ (Dylevský, 2009, s.507)

a) Vnímání sebe sama

Kůže je orgán, který nás chrání, a zároveň se pomocí něj prezentujeme našemu okolí. Kůže nám zprostředkovává tělesné kontakty s okolím. Stav naší kůže vypovídá ledacos o našem vzhledu, prožívání, sebevědomí a vnímání sebe sama. Pozitivní vnímání sebe sama, je důležitou součástí harmonického vývoje každého jedince. Pokud máme pozitivní vztah sami k sobě, ke svému tělu, odráží se to i v interpersonálních vztazích. Jsme se sebou spokojeni, tudíž jsme i pozitivnější k ostatním lidem. Je zde snižené riziko, propadnutí návykovým látkám. Člověk si v průběhu života vytváří určitý obraz sebe sama, hodnotí se, porovnává se s ostatními, má určité sebevědomí. Posuzuje se a tak si vytváří určitou koncepci a sebehodnocení tedy vlastnosti, které mu připisují druzí lidé. Většinu kožních onemocnění můžeme označit jako „vzdalující onemocnění“, protože jednotlivé projevy nemoci mohou v druhých lidech vyvolat znechucení, nechápavý odpor, strach z nákazy až úplné odmítnutí. A právě z těchto důvodů, nemůžeme tvrdit, že kožní onemocnění je jen estetickým problémem. Psychika je zatížena také (Turčková, 2010).

b) Komunikace tělem

Vnější vzhled člověka (tělo), je představitelem osobnosti člověka. Je to úplně první informace, kterou o nás může okolí získat. Pomocí našeho těla komunikujeme. A právě proto jsou pacienti s kožním onemocněním značně znevýhodněni oproti pacientům s onemocněním vnitřním. **Jelikož je kožní onemocnění viditelné, pacient tak přichází o základní a zásadní právo, rozhodnout se, zda chce vůbec informovat okolí o svém onemocnění a závažnosti zdravotního stavu.** Špatný stav kůže může v mnohých případech vést k minimalizaci nebo úplnému přerušení sociálních vztahů (Turčková, 2010).

c) Míra dopadu Psoriázy na psychiku jedince

Dopad psoriázy na naši emocionální a psychickou stránku je porovnatelný se zkušenostmi pacientů nemocných rakovinou, cukrovkou, kardiovaskulárním onemocněním nebo depresemi. Nemocní psoriázou zažívají strach z toho, že budou okolím odmítnuti, ale také sami sebe negativně hodnotí a mají pocit, že jsou na ně upírány pohledy ostatních. Každý ví, že „na kůži se neumírá“, ale ne vždy je to pravda, ale hlavní obavou nositelů kožních onemocnění je myšlenka: „jak se mi teď změní život?“ (Hercogová, 2007). Tyto pocity mohou přispět ke klinické psychopatologii (deprese, úzkost, hněv,

lítost). Navenek může nemocný vystupovat sebevědomě, mile, společensky, ale často to může být jen schovávání své zranitelnosti a emoční uzavřenosti (Turčková, 2010).

d) Narušený obraz těla

Pacienti s psoriázou často odmítají obraz svého těla. Skrývají jej za kusy oblečení a nosí pouze to, co neodhalí jejich onemocnění. Vyhýbají se veřejným místům, kde by byli vystaveni konfrontaci se svojí nemocí (koupaliště). Následkem toho se mění sociální interakce, protože vzniká strach z odmítnutí, negativních reakcí jiných lidí. V prožívání převažují negativní emoce bezmocnosti a bezradnosti (Turčková, 2010).

e) Změny v plnění rolí

Plnění životních rolí je v našem životě více či méně organizované. Očekává se od nás, jak se budeme v určitých situacích chovat. Rolím se člověk učí a stávají se součástí jeho osobnosti. Do těchto rolí se promítá určité očekávání společnosti směrem k nám. Pacienti s psoriázou mají změny v plnění rolí, je to způsobeno jiným vnímáním sebe sama. Může se to projevit v popření role, ve změnách vnímání rolí jiných a v obtížném návratu k plnění určité role (Turčková, 2010).

f) Narušení osobní identity, sebeúcty a sebevědomí

Sebeúcta a sebevědomí každého člověka, se formuje v průběhu života a může vyústit v pozitivní vnímání nebo negativní sebehodnocení. Narušení pozitivního sebehodnocení sebe sama u pacientů s psoriázou se projevuje pocity studu, ponižováním sebe sama, nemožností klást si cíle, slovním ponižováním sebe sama, úzkostí, strachem, přehnanou citlivostí na kritiku. „Young (2005 in Turčková, 2010, s. 151) ve svém výzkumu uvádí, že 91 % z 502 respondentů s psoriázou uvádí, že onemocnění má výrazný dopad na jejich sebevědomí. Uvádějí to především mladí pacienti a pacienti s velkými psoriatickými ložisky“.

Turčková (2010) doporučuje při intervenci podporovat pacienty ve vyjadřování svých pocitů a obav ohledně onemocnění a vést je ke kontaktu a vnímání vlastní kůže. Nutná je pomoc při vytváření pozitivního pohledu pacientů na sebe. A při náznacích depresivity a bezmocnosti okamžitě zahájit psychologickou nebo psychoterapeutickou péči, tím zmírníme negativní dopad onemocnění na kvalitu života pacienta.

2.8.1 Psychosomatika

Psychosomatika se zabývá působením vnějších vlivů na kůži. Je dokázáno, že krásná kůže má ve společnosti velmi příznivý statut. „Jak člověk vypadá,

tak taky dopadá“. Kůže bez chybičky má v dnešní společnosti diktátu krásy vysokou hodnotu. Dokonalý vzhled je podle reklam a sloganů zárukou prestiže. Různé předražené kosmetické přípravky mají dosáhnout dokonalosti kůže a tak zvýšit sebevědomí jedince. Různá kožní onemocnění pak mohou razantně snižovat sebevědomí pacientů a mohou tak vznikat problémy v sociálních kontaktech (Morschitzky, Sator, 2007).

„Náš tělesný zjev úzce souvisí s kůží a na druhé působíme tak, jak se jevíme svou kůží a ve své kůži“ (Morschitzky, Sator, 2007, s. 97).

Při psoriáze se prudce zesiluje rohovění kůže. Dochází k ztvrdnutí ochranného obalu těla, tvoří se „krunýř“. Tzn. pacient odmítá vpustit k sobě a vypustit ze sebe cokoliv ze svého okolí. (Dethlefsen, Dahlke, 2011). Reich (in Dethlefsen, Dahlke, 2011) tuto obranu nazval jako „*charakterový krunýř*“. „*Čím urputněji se člověk brání a čím tlustší má krunýř, tím se zvětšuje jeho niterná citlivost a strach ze zranění*“ (Dethlefsen, Dahlke, 2011, s. 180). Tuto teorii můžeme najít i v říši korýšů. Pokud odstraníme z korýš ulitu, tak nám zůstane malý, zranitelný, měkký tvoreček. Ač se to nezdá, nejcitlivější jsou obvykle ti lidé, kteří k sobě odmítají pustit všechno a všechny. Jenže krunýř nás sice může chránit před špatnými vlivy a ublížením od okolního světa, ale zároveň nás také ochuzuje o lásku a vztahy. A kvůli strachu a nenaplněnosti se krunýř zoceluje ještě víc.

Lupénka způsobuje na kůži otevřené rány, trhlinky a praskliny na kůži. Tímto se riziko infekce zvyšuje. Zde vidíme, jak se dva extrémy stávají protiklady. Ztvrdlá kůže vyvolává touhu po blízkosti, ale zároveň ukazuje obavu z ní (Dethlefsen, Dahlke, 2011).

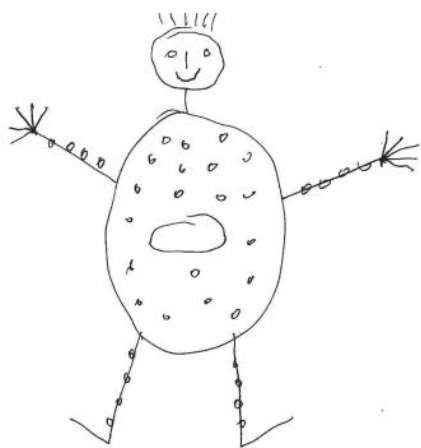
2.8.2 Metody pro zvýšení sebevědomí u pacientů s psoriázou

- Zvýšení empatie u zdravotnického personálu, který se stará o nemocné s psoriázou
- Psychoterapie
- Více metod pro zlepšení psoriázy (jóga, relaxace, hypnóza)
- Všestranná dostupnost informací o onemocnění pro pacienty (lépe potom budou nemoc chápat a tudíž i snášet)
- Dodržování pravidel, která jsou pro minimalizaci psoriázy nutná, (zdravé stravování, pohodlné oblékání, pravidelné ošetřování kůže ...)
- Pozitivní a klidné sociální prostředí, bez stresu a konfliktů.
- Víra a optimismus! (Watson, 2007 in Turčková, 2010)

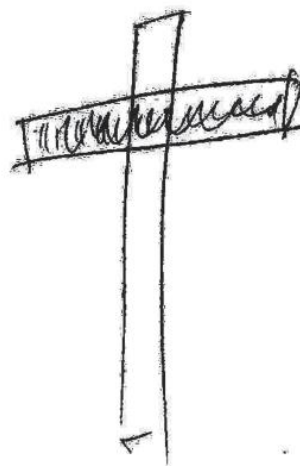
2.8.3 Psychoterapie

„Léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky“ (Hartl, Hartlová, 200, s. 488). Vybíral a Roubal definují psychoterapii také jako: nestandardní formu setkávání dvou lidí, z nichž jeden o pomoc žádá a druhý ji nabízí.

V praxi spojení psychoterapie a dermatologie vzniká psychodermatologie. Psychodermatologie využívá kromě možností léčby mastí i psychofarmaka v nepsychiatrické indikaci (Lee et al. in Hercogová, Štork, 2007). Setkáváme se se skutečností, že ne vždy kožní onemocnění má somatickou příčinu, ale právě naopak jeho podtext je primárně způsoben psychosociálními problémy nebo poruchami chování pacienta, která jsou v pozadí a často nejsou rozpoznány a tím pádem ani léčeny. (Mendehal et al., in Herzogová, Štork, 2007). U pacientů trpících diagnózou psoriáza se často setkáváme s psychopatologickými rysy jako úzkost, deprese, nervozita, obsedantně kompulzivní porucha, pocity odlišnosti, narušení dosavadní úrovně kvality života. Následující obrázky (č 3. a 4.) symbolicky ztvárněná psoriázu u pacientů. (Balašík, 2011, s. 207)



Obrázek 4. Symbolicky ztvárněná psoriáza

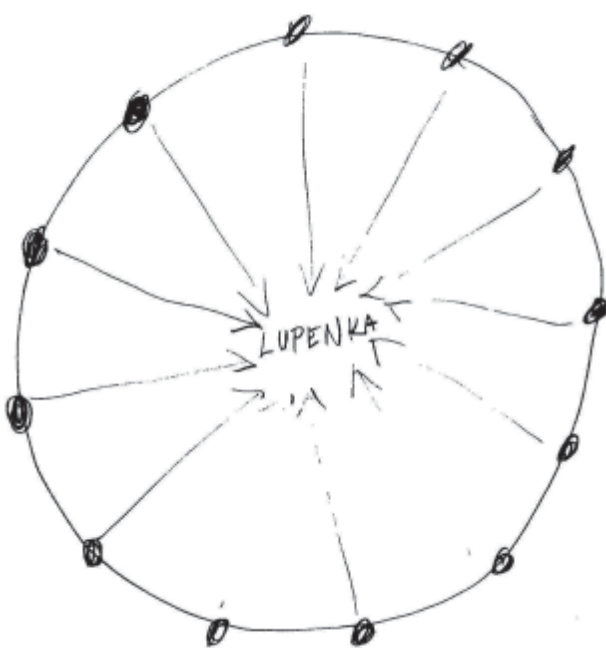


Obrázek 3. Symbolicky ztvárněná psoriáza

Pro

dokreslení závažnosti situace v prožívání pacientů s psoriázou, uvádíme přepis výzkumu, kteří se účastnili v rámci své léčby psychoterapeutických skupinových sezení (Balašík, et. al., 2008, s. 397). Některé charakteristiky výběru psoriatiků a význam skupinové psychoterapie v jejich léčbě „V popisné části výzkumu bylo zjištěno, že výběr nemocných

($n=102$) vykazuje jen malé postižení kvality života psoriázou, (dle Psoriasis Disability Index) a že i úroveň obecné kvality života, (dle Dotazníku životní spokojenosti) je slabě průměrná. To nekoresponduje se středně těžkým postižením kůže dle (Psoriasis area and Severity Index) i poměrně značným psychopatologickým postižením výběru (dle ClinicalAnalysisQuestionnaire); kvalita života je tedy těmito faktory ovlivnitelná jen částečně. Psoriáza přitom vykazuje zvýšenou psychopatogenitu, převažuje psychastenie, nízká sebedůvěra, deprese, úzkost, hypochondrické a obsedantně-komplusivní rysy, nejvíce ale paranoidita senzitivního typu. Srovnávací část výzkumu: o skupinovou psychoterapii projevovaly zvýšený zájem ženy a osoby s těžší formou lupénky. Tříměsíční skupinová psychoterapie vedla k významnému zlepšení PASI, její vliv byl významný ještě 6 měsíců po ukončení, obtížněji se ale prosazovala ve skupině vážněji nemocných. Psychologická léčba zlepšila (dle PDI) i úroveň HRQoL, ale v závislosti



Obrázek 5. Znázorněno vyjádření spokojenosti pacientů se skupinovou terapií.

(Balašík, 2011, s. 208)

na intenzitě terapie dle sezóny (na jaře významně). Obecná kvalita života byla psychoterapií ovlivněna nevýznamně, její úroveň nezávisí tedy pouze na závažnosti choroby a psychických potížích; možnosti psychoterapie jsou limitované. Psychologická léčba pouze naznačila příznivý vliv na psychopatologické postižení výběru, pro významné změny se ale ukázala jako příliš krátká. Skupinová psychoterapie byla pacienty hodnocena výrazně pozitivně a jeví se jako relevantní doplněk léčby dermatologické.“

2.7.2 Léčba pomocí hypnózy a pozitivního myšlení

Hypnóza také zaznamenala pozitivní vliv u léčby kožních eflorescencí. Používají se sugesce typu: Jemnosti pokožky a úplné vyléčení kůže, vyrážky se ztratí a zahojí, další se již nebudou vytvářet a vyléčených místech se již vytvoří nová, hladká a zdravá kůže. (Kratochvíl, 2009)

Louise L. Hay, známá autorka bestsellerů *Uzdrav si tělo* a *Miluj svůj život*, charakterizuje důvody psoriázy stejně, jako ostatních nemocí převážně v psychice. O lupénce říká: „*Strach, že mi někdo ublíží. Umrťování smyslů a ega. Odmítání přijmout zodpovědnost za vlastní city.*“ Její metoda pro léčbu lupénky je změnit své myšlení a naučit se říkat si slova: „*Žiji proto, abych se radoval ze života. Zasloužím si v životě to nejlepší. Přijímám své dobro. Mám se rád a jsem se sebou spokojený*“ (Hay, 1993, s. 174).

2.9 POMÁHAJÍCÍ ORGANIZACE, LÁZNĚ A LÉČEBNÉ POBYTY

2.9.1 Společnost atopických ekzematiků a psoriatiků ČR

SPAЕ – je dobrovolnické neziskové občanské sdružení, které je určeno pro všechny nemocné psoriázou a atopickým ekzemem.

- Cíle organizace:
- Prosazování zlepšování kvality forem léčby psoriázy a atopického ekzému.
- Zlepšování sociálních a ekonomických podmínek pro jedince s psoriázou a atopickým ekzemem.
- Informování o formách léčby, druzích kosmetiky a léků určených pro léčbu těchto onemocnění.
- Zvýšení informovanosti společnosti pomocí médií
- Spolupracovat s organizacemi stejného typu ve světě
- Výměna rad a zkušeností klientů SPAЕ a organizování společní zájezdů k moři za účelem léčby
- Spolupráce s Dermatologickými klinikami, výrobci kosmetiky, lékaři a farmaceutickými firmami (spae,2013).

2.9.2 Lázně Smrdáky

Nacházejí se 80 km severovýchodně od Bratislavy a jsou charakteristické léčbou kožních chorob. K léčbě zde využívají sirovodíkovou minerální vodu a sirné bahno.

V léčbě nechybí ani prostředky lokální a fyzikální terapie a léčebné rehabilitace. Cílem léčby je zmírnění nebo úplné vymizení příznaků choroby.

Komplexní léčba má speciální léčebný význam. Pacient se nachází v jiném prostředí, je zbaven dennodenního stresu v práci či doma. Působí na něj blahodárný vliv lázeňského prostředí, přírodních léčebných prostředků. Klient má zde i nabídku pro sportovní a kulturní vyžití. Díky častému ošetřování kůže si pacient rychle navykne na stereotyp a doma pro něj již není tak náročné tento stereotyp ošetřování měnit.

2.9.3 Léčba dětí

Lázně poskytují dětským pacientům ve věku od 3 – 18 let možnost léčby v dětské léčebně EVA. Zde děti mají ubytování, stravování, školu a léčbu pod jednou střechou. Velké zkušenosti lékařů a terapeutů dětem přinášejí pocit jistoty a úlevy a nacházejí zde zpět sebevědomí, o které často kvůli onemocnění přicházejí. Léčí se zde děti s diagnózou: atopická dermatitida, chronický zánět kůže, všechny formy psoriázy, chronické formy ekzémů a dermatitid.

Mezi základní procedury patří sirovodíkové minerální lázně aplikované formou vanových koupelí. Dále lokální léčba pomocí olejů a mastí. A v neposlední řadě léčba pomocí UV záření podle jednotlivého fototypu pokožky. Dbá se zde o samostatnost dětí, při ošetřování pokožky a zaučují se i rodiče. Při nesprávné aplikaci mastí se může doba léčby zkomplikovat a prodlužovat, což není dobré pro psychický stav pacienta (Kúpelesmrdáky, 2010).

2.9.4 Mořský koník

Jedná se o vlajkový projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), který již 20 let vozí děti s onemocněním dýchacích cest, oslabenou imunitou a kožními problémy k moři. Za tuto dobu se vystřídal nebo opakovalo pobyt u moře bezmála 100 000 chronicky nemocných dětí od 6 do 17 let. Klientela mořského koníka jsou převážně děti, které trápí alergie, bronchiální astma, atopický ekzém, lupénka a další chronické zdravotní obtíže. Jedná se o třítydenní pobyt u moře a to ve dvou lokalitách po pěti turnusech. První lokalitou je Řecko a hotelový komplex Poseidon Beach na poloostrově Chalkidiki a druhou lokalitou je Chorvatsko a komplex AdriaticVrboska na ostrově Hvar. Na obě lokality jsou děti dopraveny letecky. Každý turnus dopraví kolem 350 dětí. Děti jsou rozděleni podle věku do 30 oddílů a každý oddíl má svého výchovného pracovníka, který má na starosti děti od převzetí na letišti, až po opětovné předání na letišti. Dále každý turnus obsahuje jednoho hlavního vedoucího, čtyři uvolněné vedoucí, 2 sportovní animátory, kteří se vydatně starají o pestrý program pro děti, dále 4 praktikanti, 5 lékařů a 5 zdravotních sester, kteří se usilovně starají o to, aby se dětem výrazně zlepšil zdravotní stav. Více informací naleznete na www.morsky-konik.cz. (VZP ČR, 2012)

Psoriáza - skvělé výsledky třítýdenního pobytu na Mořském koníkoví



Obrázek 6. Zmapování stavu psoriázy po třítýdenním pobytu u moře

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Výzkumné problémy a předpoklady

Na základě studia literatury o psoriáze a jejích důsledcích na psychický stav jedince jsme formulovali základní výzkumné problémy:

1. Je společnost informována o nepřenosnosti Psoriázy?
2. Ovlivňuje neznalost tohoto onemocnění předsudky k lidem takto nemocným?
3. Jak se cítí lidé s onemocněním Psoriázou?
4. Ovlivňuje Psoriáza kvalitu života pacientů?
5. Má Psoriáza dopad na psychiku nemocného?

Na základě formulovaných výzkumných problémů jsme formulovali následující výzkumné předpoklady:

VP₁: Společnost není informována o nepřenosnosti Psoriázy.

VP₂: Neznalost široké veřejnosti o Psoriáze ovlivňuje předsudky k lidem takto nemocným.

VP₃: Lidé s Psoriázou se cítí špatně.

VP₄: Psoriáza ovlivňuje kvalitu života pacientů.

VP₅: Psoriáza má dopad na psychiku nemocného.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Do zkoumaného souboru jsme vybrali dva typy respondentů. Širokou veřejnost, která netrpí psoriázou a respondenty s onemocněním psoriáza. Respondenti byli náhodného věku, pohlaví i lokalit. Více se do výzkumu zapojili muži než ženy. A také bylo více mladších respondentů, což může být způsobeno elektronickou formou dotazníku a jeho internetovým exportem.

3.3 Metoda výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili kvantitativní výzkum formou dotazníku. Dotazníky byly celkem 2. První pro širokou veřejnost, která není zasažena psoriázou a druhý přímo pro psoriatiky. Dotazník měl otázky otevřené i uzavřené, dichotomické

i nepravé dichotomické a některé položky byly i výběrové (Svoboda, 2012).. Forma dotazníku pro psoriatiky měla 20 otázek a pro širokou veřejnost bylo otázek 16. Dotazníky jsme vytvořili na internetovém serveru <http://www.survio.com>. Dotazník byl formou otevřených i uzavřených otázek a u většiny otázek měli respondenti i možnost dopsat svůj názor. Nejdříve jsme dotazníky vytvořili a zkonzultovali s několika lidmi s psoriázou, s lidmi z široké veřejnosti a také společně se svou vedoucí bakalářské práce. Po několika úpravách, aby byly otázky srozumitelné, pochopitelné a nedirektivní, byl dotazník schválen.

3.4 Popis průběhu výzkumu

Respondenti byli vybráni náhodně, pomocí internetového dotazníku, který byl čistě dobrovolný. Široká veřejnost se k dotazníku mohla dostat přes sociální síť facebook a psoriatici přes internetová fóra o psoriáze, na které jsme odkaz na dotazníky umístili. Výzkum probíhal od 7.11.2012 do 28.2.2013.

3.5 Metody použité na zpracování dotazníku

Pro zpracování dotazníku jsme zvolili zobrazení pomocí grafů. Grafy jsme vytvořili v programu Microsoft Excel Starter 2010. Zde jsme vložili vždy otázku, kolik respondentů na danou otázku odpovědělo a jaká byla jejich odpověď. Výsledky jsme převedli do procent a ty následně zobrazili v grafu. Grafy jsme vložili do výzkumné části předkládané bakalářské práce a doplnili je o zhodnocení.

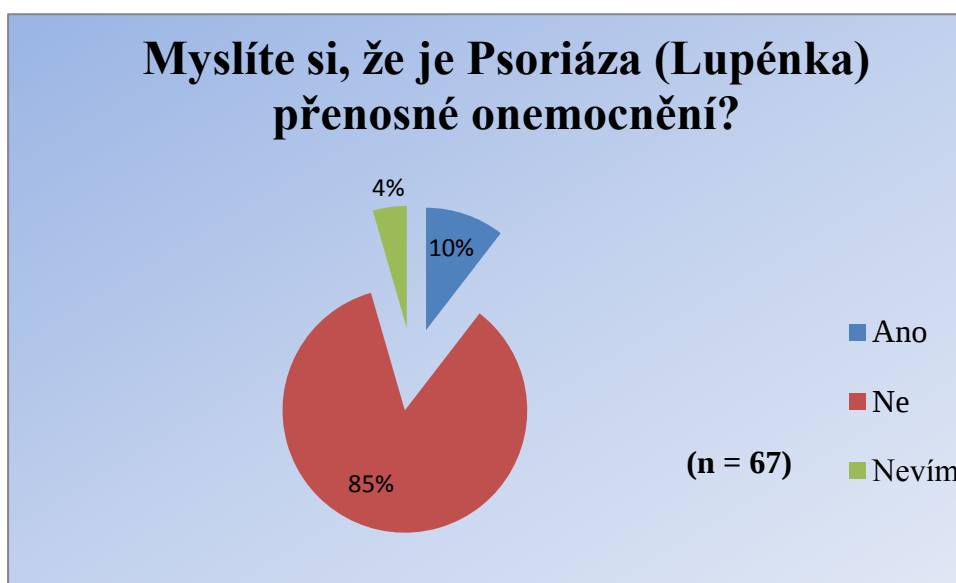
4 Výsledky

4.1 Analýza vybraných otázek z dotazníku pro širokou veřejnost

Otázka č. 2. Myslíte si, že je Psoriáza (Lupénka) přenosné onemocnění?

Tabulka 7. Je Psoriáza přenosné onemocnění?

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
a) Ano	7	10,45
b) Ne	57	85,07
c) Nevím	3	4,48



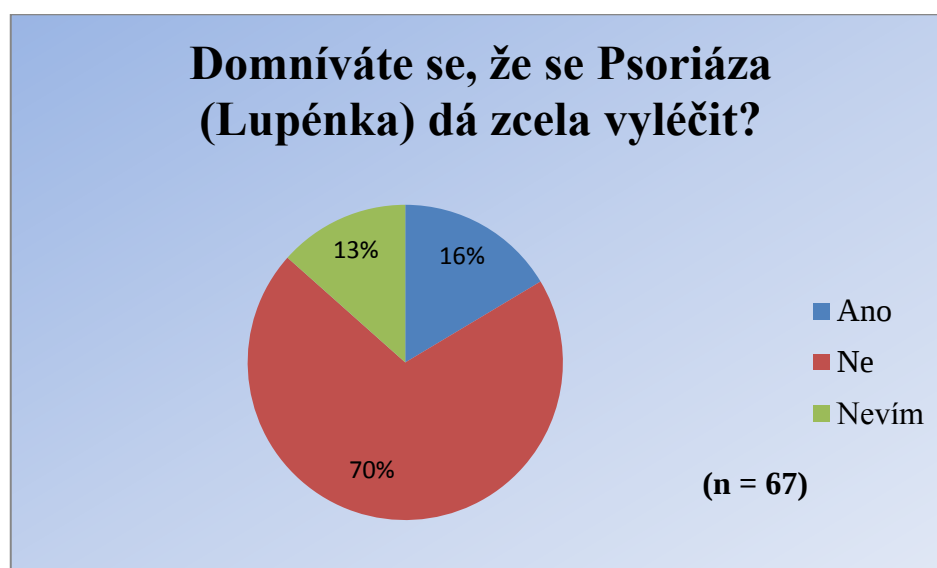
Graf 1. Je Psoriáza přenosné onemocnění?

Druhá otázka se snaží zjistit, zdali široká veřejnost ví, že je psoriáza nepřenosná. Výzkum ukázal, že 85 % respondentů ví, že je psoriáza neinfekční, 10 % si ale myslí opak a 4 % neví. Z toho lze usuzovat, že výzkumný vzorek respondentů je velmi dobře informován, může to být způsobeno, tím že většina respondentů je mladší generace a jejich výše dosaženého vzdělání bylo střední odborné s maturitou. Tím se může informovanost značně zvyšovat.

Otázka č. 3. Domníváte se, že se Psoriáza (Lupénka) dá zcela vyléčit?

Tabulka 8. Léčebný postup

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	11	16,42
Ne	47	70,15
Nevím	9	13,43



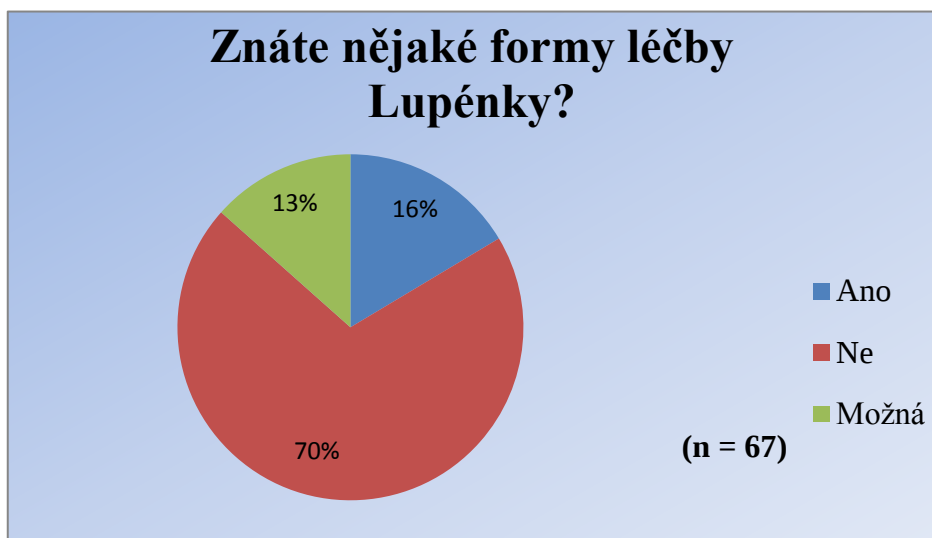
Graf 2. Dá se Psoriáza vyléčit?

Třetí otázka je zaměřená zdali široká veřejnost tuší, jestli se dá lupénka vyléčit. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 70 % dotazovaných ví, že ne. 16 % se myslí, že se dá zcela vyléčit a 14 % neví. Většina respondentů je informována kvalitně a do hloubky, nebo se většina respondentů nějakým způsobem o onemocnění zajímá.

Otázka č. 4. Znáte nějaké formy léčby Psoriázy (Lupénky)?

Tabulka 9. Formy léčby Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	46	68,66
Ne	16	23,88
Nevím	5	7,46



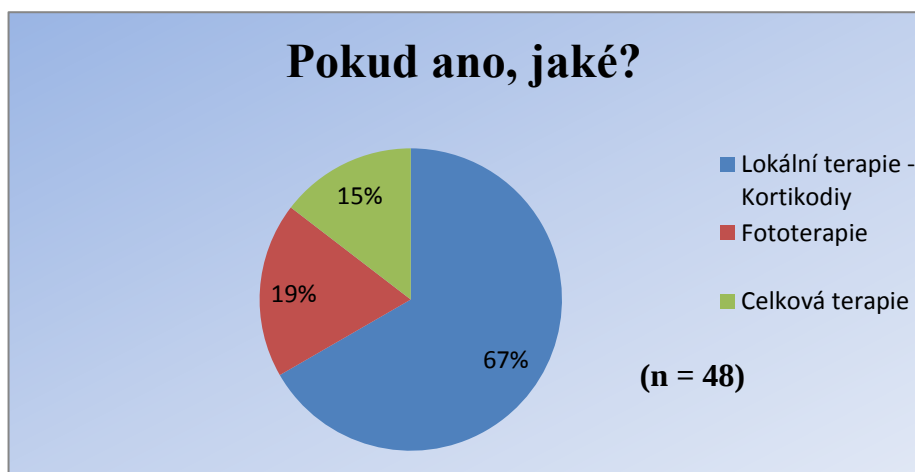
Graf 3. Formy léčby Psoriázy

V této otázce jsme se pokoušeli zjistit, zdali zná široká veřejnost nějaké formy léčby psoriázy. Z výzkumu vyplynulo, že 69 % respondentů zná nějakou léčbu. Z tohoto počtu kladně zodpovězených dotazníků se dá usoudit, že se respondenti s onemocněním setkali a tudíž se o něj více zajímali. Více v rozšiřující otázce č. 5.

Otázka č. 5. Pokud ano, jaké?

Tabulka 10. Typy léčby

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Lokální terapie - Kortikoidy	32	66,67
Fototerapie	9	18,75
Celková terapie	7	14,58



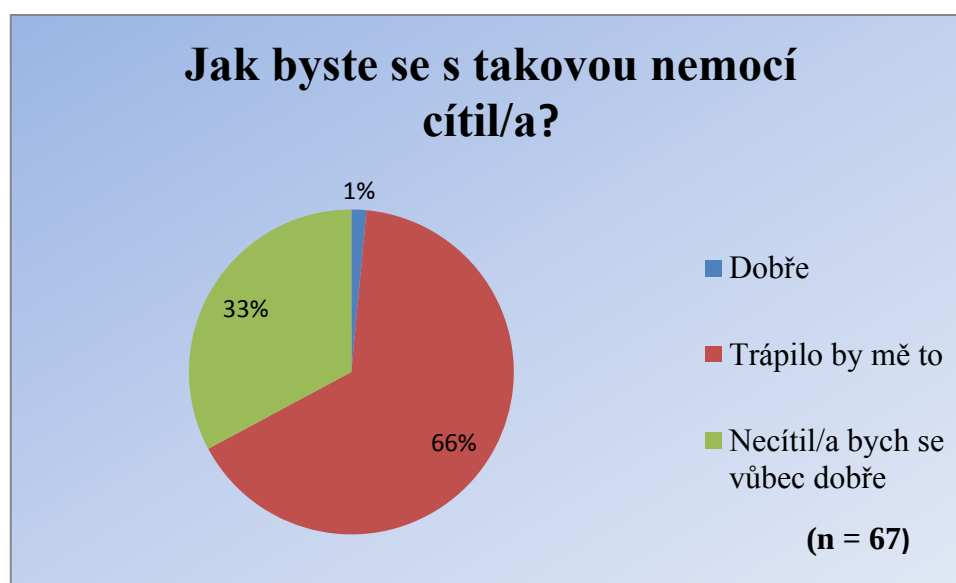
Graf 4. Typy léčby

V otázce č. 5 jsem se snažila zjistit informovanost široké veřejnosti o možnostech léčby psoriázy. Z výše uvedeného grafu vidíme, že nejvíce respondentů slyšelo o lokální léčbě, 67 % což je nadpoloviční většina z oslovených respondentů, tato situace může být důsledkem toho, že tento typ léčby je nejčastější. Méně informovaní byli o fototerapii a nejméně byla uváděna celková terapie.

Otázka 6. Jak byste se s takovou nemocí cítil/a?

Tabulka 11. Pocity z onemocnění

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Dobře	1	1,49
Trápilo by mě to	44	65,67
Necítil/a bych se vůbec dobře	22	32,84



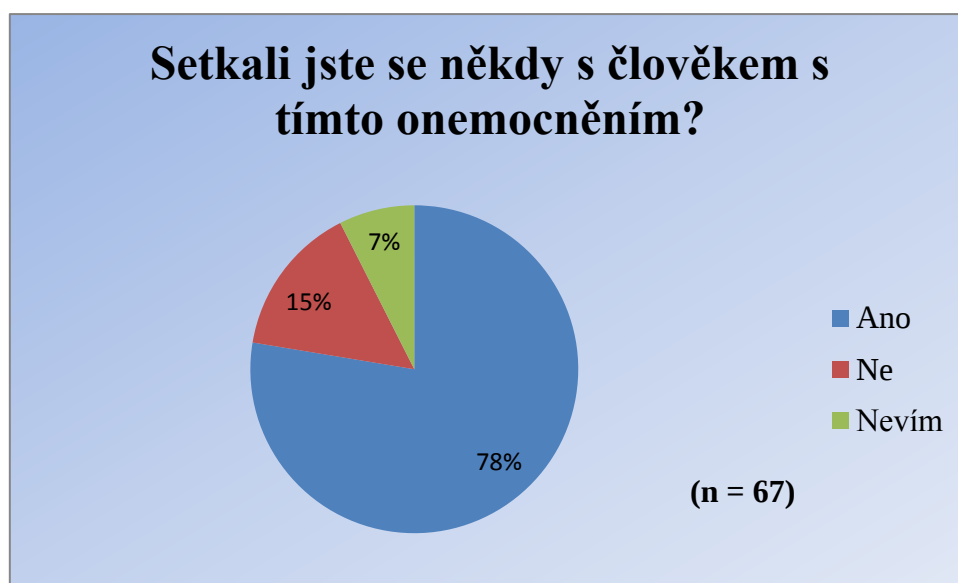
Graf 5. Pocity z onemocnění

Šestou otázkou jsem zjistila, že 66 % respondentů si uvědomuje dopad onemocnění na lidskou psychiku a sami přiznávají, že by se s tímto onemocněním mohli cítit špatně, že by je to trápilo, 33 % respondentů by se cítilo ještě hůře. Jeden dotazovaný by se cítil dobře. Zajímavý poznatek je, že když tuto otázku srovnám s otázkou v dotazníku pro psoriaticky, „Jak se s tímto onemocněním cítíte“, tak 36 % dotazovaných odpovědělo, že dobře, 55 % ne moc dobře a 9 % špatně.

Otázka 7. Setkali jste se někdy s člověkem s tímto onemocněním?"

Tabulka 12. Setkání s člověkem s Psoriázou

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	52	77,61
Ne	10	14,93
Nevím	5	7,46



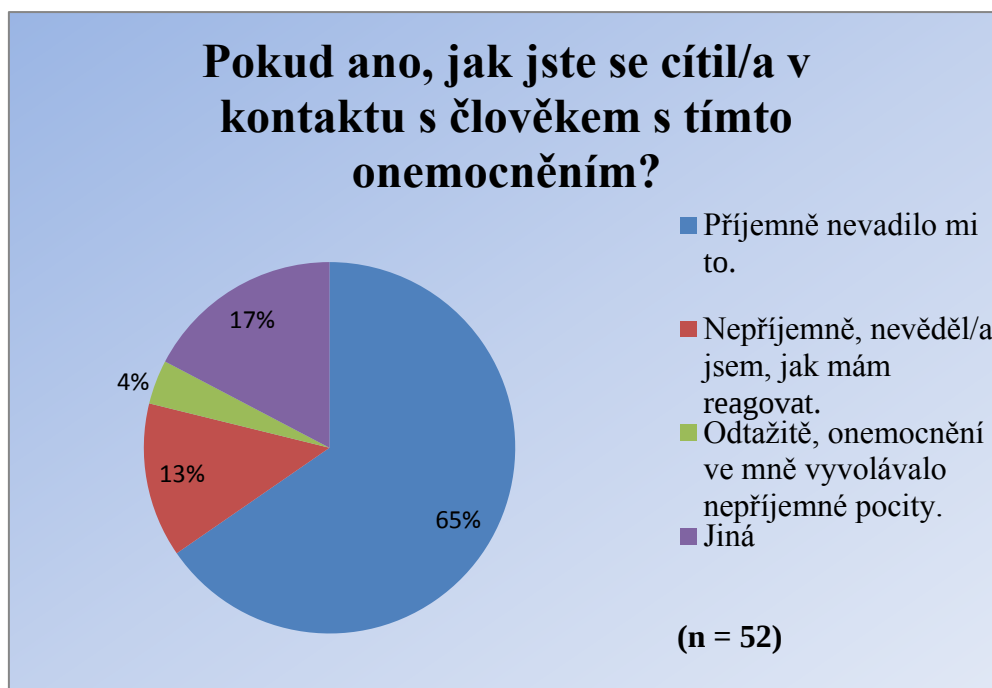
Graf 6. Setkání s člověkem s Psoriázou

Na otázku zda se respondenti někdy setkali s člověkem s psoriázou, odpovědělo 78 % dotazovaných, že ano, 15 % ne a 7 % nevědělo. Většina respondentů, se dostala do kontaktu s nemocnými psoriázou, což může poukazovat na to, že je onemocnění hodně rozšířeno v populaci a je tedy oprávněně označováno za civilizační chorobu.

Otázka 8. Pokud ano, jak jste se cítil/a v kontaktu s člověkem s tímto onemocněním?

Tabulka 13. Jak jste se cítili v kontaktu s člověkem nemocným Psoriázou?

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Příjemně, nevadilo mi to	34	65,38
Nepříjemně, nevěděl/a jsem, jak mám reagovat	7	13,46
Odtažitě, onemocnění ve mně vyvolávalo nepříjemné pocity	2	3,85
Jiná	9	17,31



Graf 7. Jak jste se cítili v kontaktu s člověkem nemocným Psoriázou?

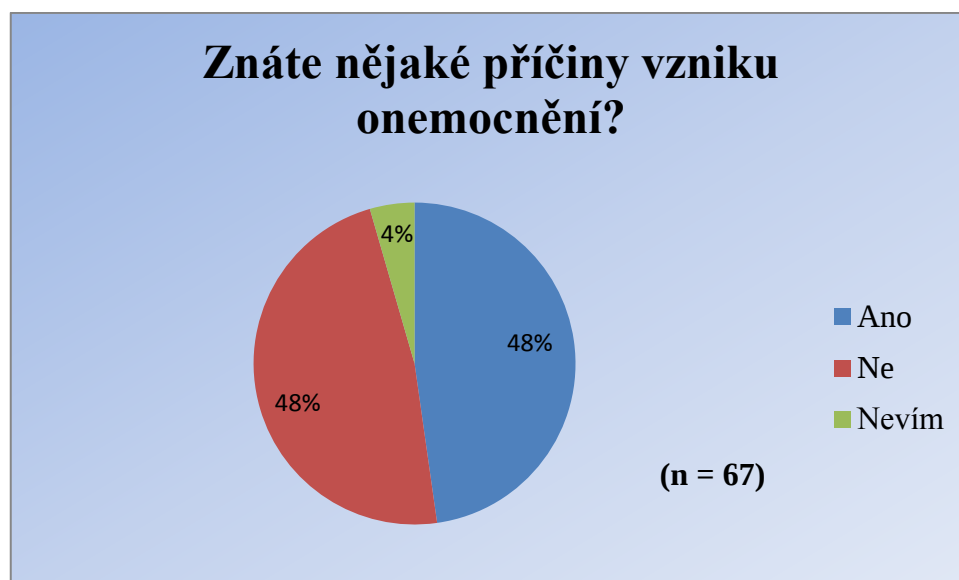
65 % respondentů odpovědělo, že se v kontaktu s člověkem nemocným psoriázou cítilo příjemně a neměli s tím nejmenší problém. 13 % respondentů nevědělo, jak reagovat. 4 % reagovala odtažitě a vyvolávalo to v nich nepříjemné pocity a 17 % odpovědělo jinak. Mezi jiné odpovědi patřily zkušenosti typu, že na jednu stranu setkání s takto nemocným člověkem nevadilo, ale v druhém případě kdy byla lupénka hodně rozšířená, tak setkání vyvolalo nepříjemné pocity. Mezi další odpovědi patřilo: „Záleží na tom, jak daného člověka znám. Bohužel mi to však není na pohled příjemné“. Dále se objevovalo

v odpovědích: „Záleží, jestli toho člověka znám. K cizímu bych cítila ostych a strach.“. „Cítila jsem lítost“. Reakce byly také, že se respondenti cítili normálně a nevadilo jim to.

Otázka č. 9. Znáte nějaké příčiny vzniku onemocnění?

Tabulka 14. Znáte nějaké příčiny vzniku onemocnění?

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	32	47,76
Ne	32	47,76
Nevím	3	4,48



Graf 8. Znáte nějaké příčiny onemocnění?

48 % respondentů zná nějaké příčiny onemocnění, 48 % nezná a 4 % nevědí. Můžeme usuzovat, že někteří lidé se zabývají věcmi více do hloubky a také záleží, v jaké situaci se s psoriázou setkali, zda je to zasáhlo natolik, že se o ni začali zajímat, anebo v nich onemocnění nevyvolalo žádnou emoci. Více v rozšiřující otázce 10.

Otázka č. 10. Pokud ano, jaké?

Tato otázka je rozšiřující otázka k otázce č. 9. Snažila jsem se zde zjistit, jaké příčiny vzniku onemocnění respondenti znají. Odpovědi byli povětšinou jednotné: Stres, psychická zátěž, genetické predispozice, hormonální příčiny, vlivy prostředí, selhání

imunitního systému, dědičnost. Na tuto otázku odpovědělo 32 respondentů. Respondenti jsou správně informováni.

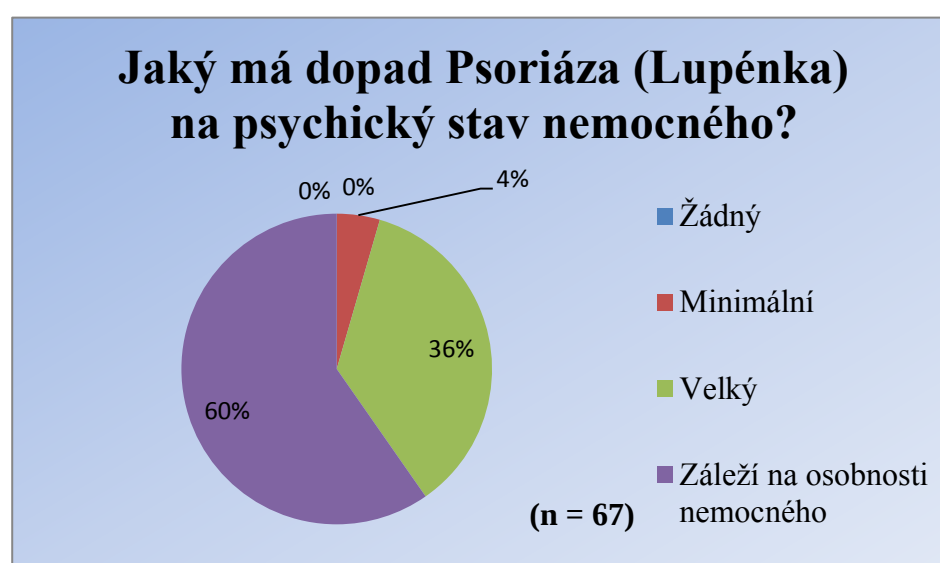
Otázka č. 11. Kdo může podle Vás Psoriázou (Lupénkou) onemocnět?

Odpovědělo 67 respondentů. Odpovědi byly převážně, že každý. Veřejnost si je vědoma, že toto onemocnění není jen dědičné a, že může postihnout kohokoliv z nás. Také to může být způsobeno tím, že věda a výzkum jsou dnes již na vysoké úrovni a starší generace k těmto poznatkům možná ani neměla přístup, kdežto dnešní generace má jednodušší a mnohem větší přísun kvalitních a ověřených informací.

Otázka č. 12. Jaký má dopad Psoriáza (Lupénka) na psychický stav nemocného?

Tabulka 15. Dopad Psoriázy na psychický stav nemocného

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Žádný	0	0,00
Minimální	3	4,48
Velký	24	35,82
Záleží na osobnosti nemocného	40	59,70
Nevím	0	0,00



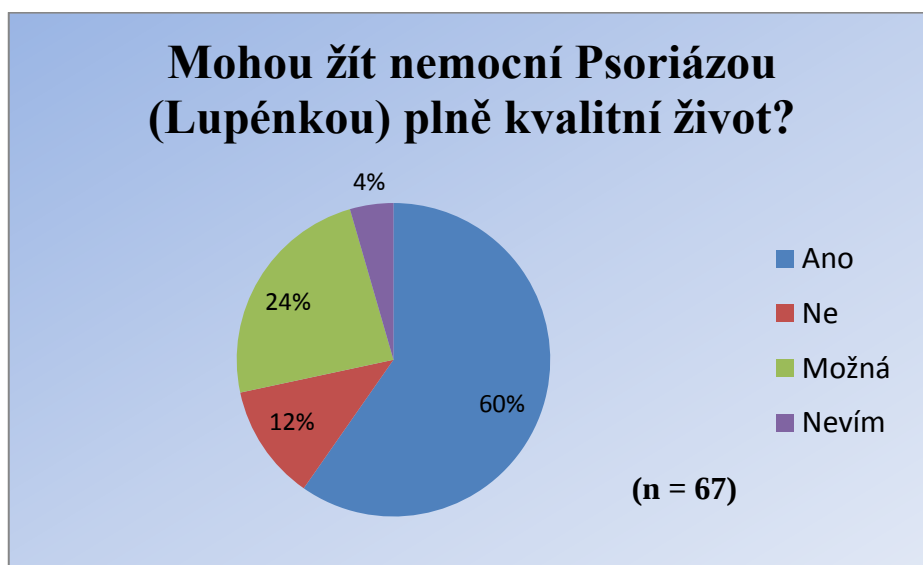
Graf 9. Dopad Psoriázy na psychický stav nemocného

Většina respondentů (60 %) si myslí, že při dopadu psoriázy na psychický stav jedince nejvíce záleží na osobnosti nemocného, 36 % odpovědělo, že dopad je velký a 4 %, že minimální. Respondenti mohou vycházet sami ze sebe, každý člověk, přijímá věci jinak, jinak je cítí a jinak se s nimi vypořádává.

Otázka č. 13. Mohou žít nemocní Psoriázou (Lupénkou) plně kvalitní život?

Tabulka 16. Kvalita života jedinců s Psoriázou

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	40	59,70
Ne	8	11,94
Možná	16	3,88
Nevím	3	4,48



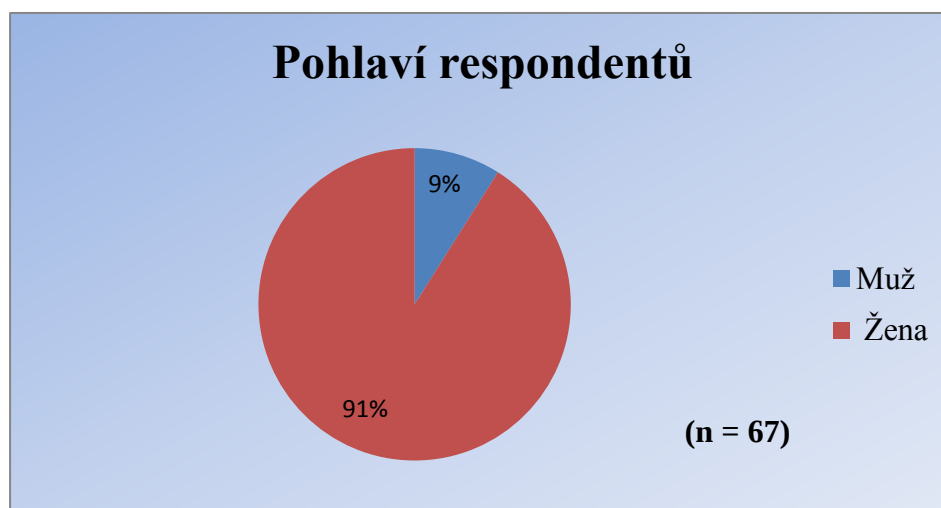
Graf 10. Kvalita života lidí s Psoriázou

Na otázku, zda mohou lidé s psoriázou žít plně kvalitní život, odpovědělo 60 % dotazovaných, že ano, 24 % možná, 12 % ne a 4 % neví. Otázkou je co si pod pojmem plně kvalitní život představíme. Je těžké zvažovat něco, co respondenti sami nezažili a asi plně nemohou představit určitá omezení, která psoriáza s sebou přináší. Samozřejmě opět záleží na formě a stupni onemocnění.

Otázka č. 14: Pohlaví respondentů

Tabulka 17. Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Muž	6	8,96
Žena	61	91,04



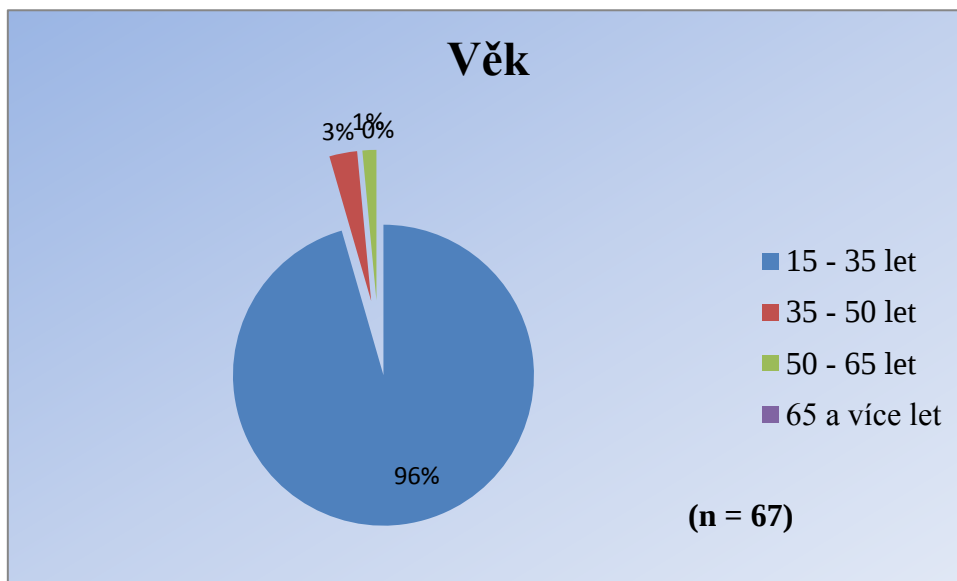
Graf 11. Pohlaví respondentů

Nejčastěji do prvního výzkumu zapojily ženy. Můžeme tak usoudit, že ženy jsou více ochotnější v poskytování informací než muži, a že ženy se více o onemocnění zajímají.

Otázka č. 15. Věk respondentů

Tabulka 18. Věk respondentů

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
15 – 35 let	64	95,52
35 – 50 let	2	2,99
50 – 65 let	1	1,49
65 – a více let	0	0,00



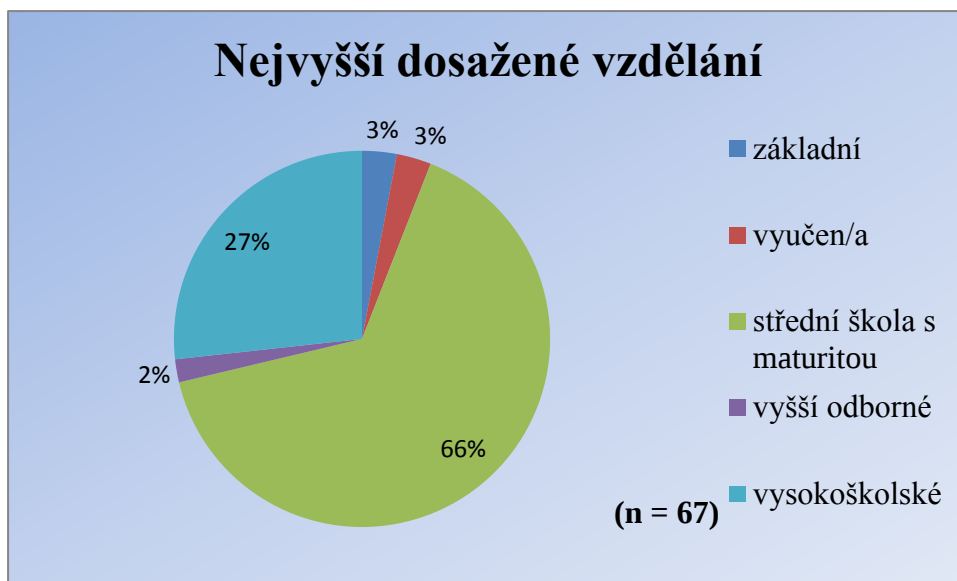
Graf 12. Věk respondentů

Nejvíce respondentů se pohybovalo ve věku 15-35 let. Tuto skutečnost, můžeme přisuzovat faktu, že celý výzkum probíhal elektronickou formou a mladší generace se je v technice a získávání informací přes internet flexibilnější.

Otázka č. 16 : Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 19. Vzdělání respondentů

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
základní	2	2,99
vyučen/a	2	2,99
střední škola s maturitou	44	65,67
vyšší odborné	1	1,49
vysokoškolské	18	26,87



Graf 13. Vzdělání respondentů

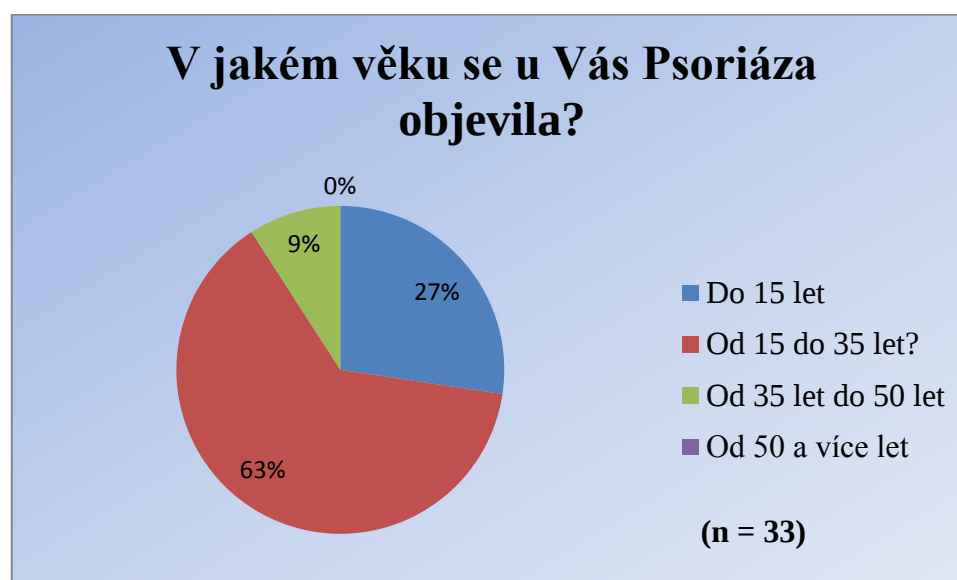
Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů z široké veřejnosti byla střední škola s maturitou. Tato skutečnost může být důvodem, proč byla široká veřejnost kvalitně informována o psoriáze.

4.2 Analýza vybraných otázek z dotazníku pro psoriatiky

Otázka č. 1. V jakém věku se u Vás Psoriáza objevila?

Tabulka 20. Věk, ve kterém se Psoriáza objevila

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Do 15 let	9	27,27
Od 15 do 35 let	21	63,64
Od 35 let do 50 let	3	9,09
Od 50 a více let	0	0,00



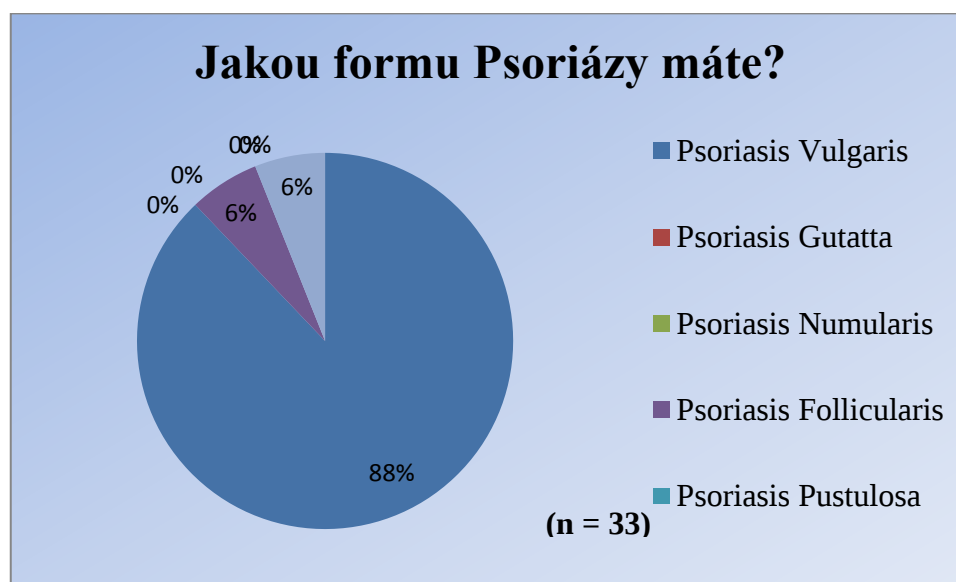
Graf 14. Věk, ve kterém se Psoriáza objevila

Nejčastější výskyt psoriázy byl u respondentů ve věku od 15 do 35 let, dále ve věku do 15 let a nejméně se psoriáza vyskytla ve věku od 35 – 50 let. Toto rozdělení může být ovlivněno faktem, že nejvíce respondentů, kteří odpovídali na dotazník, bylo právě ve věku od 15 – 35 let. Ale také je možné i podle teoretické části, že nejčastěji psoriáza vypukne u jedinců od 15 do 35 let.

Otázka č. 2. Jakou formu Psoriázy máte?

Tabulka 21. Forma Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Psoriasis Vulgaris	29	87,88
Psoriasis Gutatta	0	0,00
Psoriasis Numularis	0	0,00
Psoriasis Follicularis	2	6,06
Psoriasis Pustulosa	0	0,00
Psoriasis Geographica	0	0,00
Psoriasis Erythrodermica	2	6,06



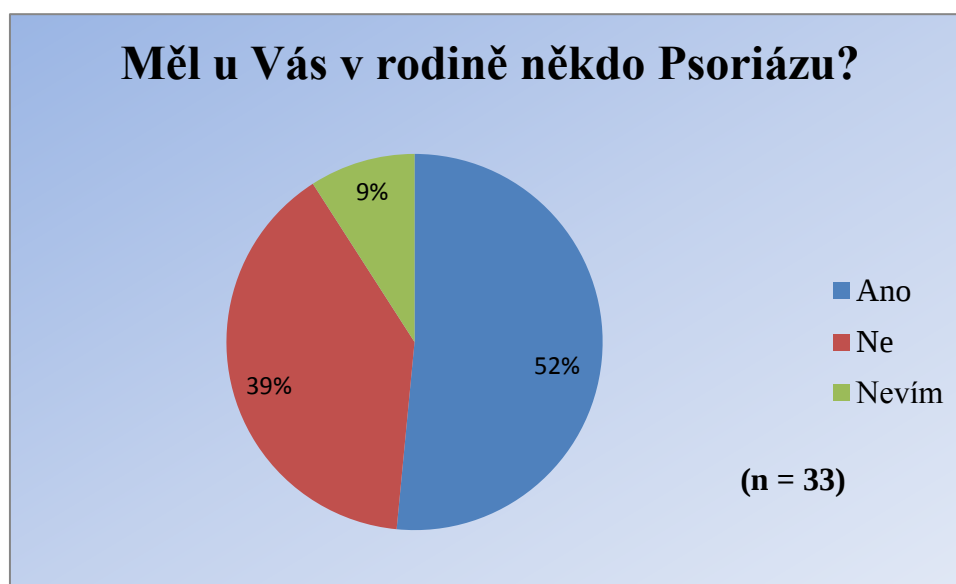
Graf 15. Forma Psoriázy

Z výzkumu je zřejmé, že většina respondentů trpí nejčastější formou psoriázy a to Psoriasis Vulgaris. V literatuře je také popsáno, že nejčastěji se vyskytuje typ Psoriasis Vulgaris, tudíž jej můžeme v našem výzkumu zařadit jako nejčastější formu psoriázy našich respondentů.

č. 3. Měl u Vás v rodině někdo Psoriázu?

Tabulka 22. Predispozice Psoriázy v rodině

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	52	51,52
Ne	10	39,39
Nevím	5	9,09



Graf 16. Predispozice Psoriázy v rodině

V této otázce se u 52 % respondentů vyskytl v rodině případ psoriázy, u 39 % ne a 9 % neví. Z toho můžeme usuzovat, že ne vždy jsou na vině propuknutí choroby dědičné predispozice, a že se nemůžeme spoléhat na to, že pokud u nás v rodině nikdo psoriázou netrpěl, neznamená to, že nás nemůže postihnout.

Otázka č. 4. Pokud ano, kdo?

Tato otázka je rozšiřující k otázce č. 3. Zodpovědělo ji 18 respondentů. Odpovědi byly různorodé: Maminka, Babička, Děda, Bratr. Nejvíce v odpovědích byl zastoupen Otec. Můžeme se tedy domnívat, že muži trpí psoriázou častěji než ženy. Na tento fakt poukazuje i literatura.

Otázka č. 5. Měli jste povědomí o tomto onemocnění, ještě před tím, než bylo diagnostikováno u Vás?

Tabulka 23. Povědomí o onemocnění před jeho diagnostikou

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	13	39,39
Ne	20	60,61



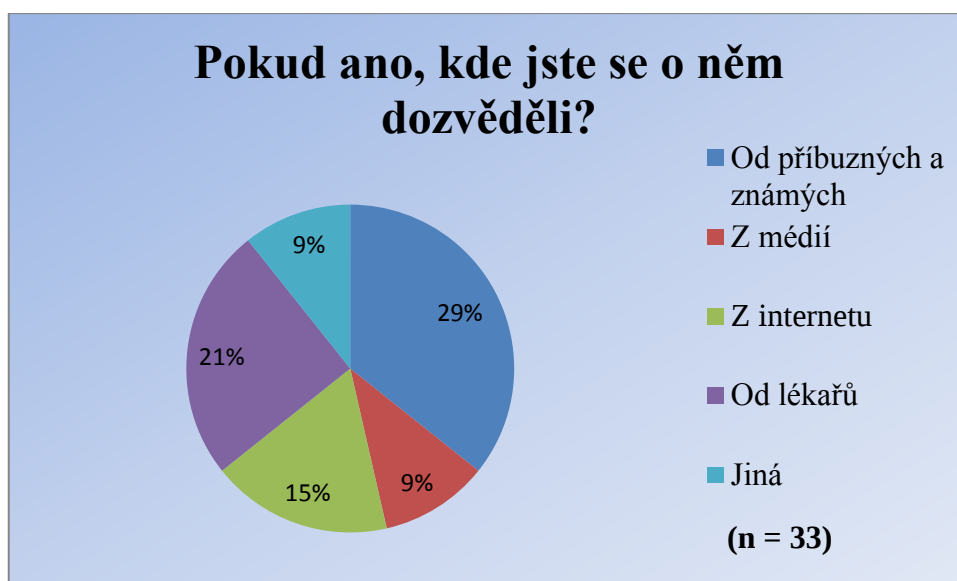
Graf 17. Povědomí o onemocnění před jeho diagnostikou

61 % respondentů nemělo povědomí o psoriáze, dokud u nich nebyla diagnostikována, 39 % bylo informováno. Z čehož může vyplývat, že informovanost nebyla dostatečná a zájem se zabývat touto nemocí nebyl ničím ani nikým podmíněn.

Otázka č. 6. Pokud ano, kde jste se o něm dozvěděli?

Tabulka 24. Zdroj informací o Psoriáze

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Od příbuzných a známých	10	29,41
Z médií	3	8,82
Z internetu	5	14,71
Od lékařů	7	20,59
Jiná	3	8,82



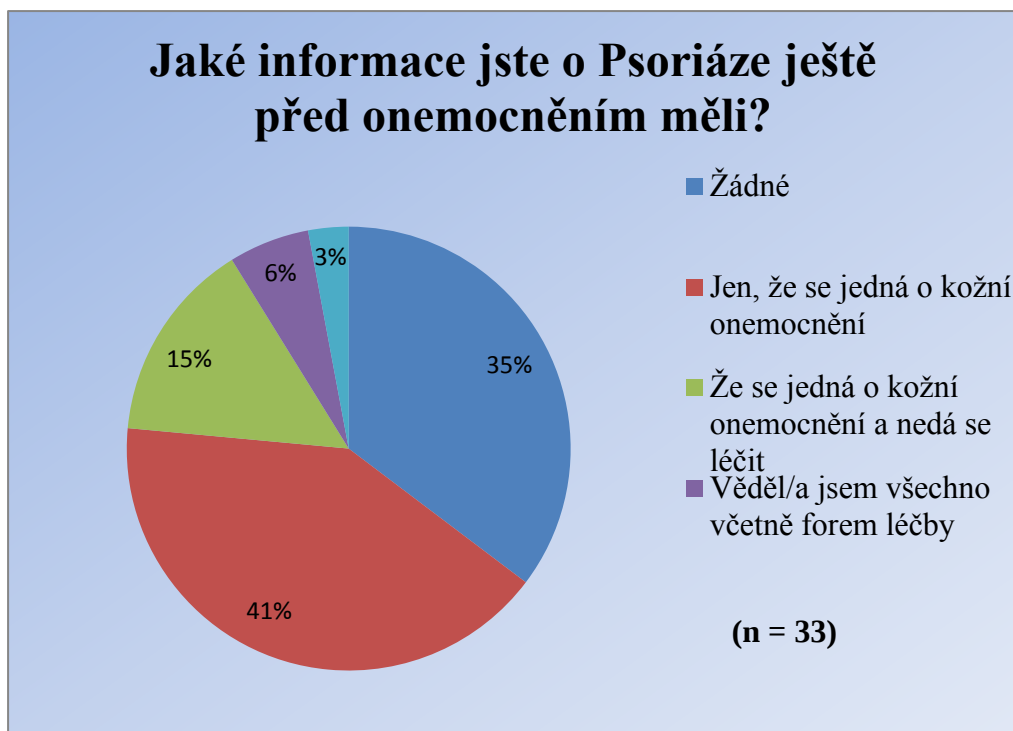
Graf 18. Zdroj informací o Psoriáze

Výsledky této otázky jsou různorodé, větší část respondentů (29 %) se o psoriáze dozvěděla od příbuzných a známých, 21 % respondentů od lékařů, 15 % zastoupil internet, 9 % získalo informace z médií nebo odjinud (např. ze školy). To že se respondenti nejvíce o psoriáze dozvěděli od příbuzných a známých může korespondovat s tím, že se právě u příbuzných a známých právě s někým, kdo psoriázou již měl, setkali.

Otázka č. 7. Jaké informace jste o Psoriáze ještě před onemocněním měli?

Tabulka 25. Informovanost o Psoriáze před diagnostikou onemocnění

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Žádné	12	35,29
Kožní onemocnění	14	41,18
Kožní nemoc a nedá se léčit	5	14,71
Všechno včetně forem léčby	2	5,88
Jiná	1	2,94



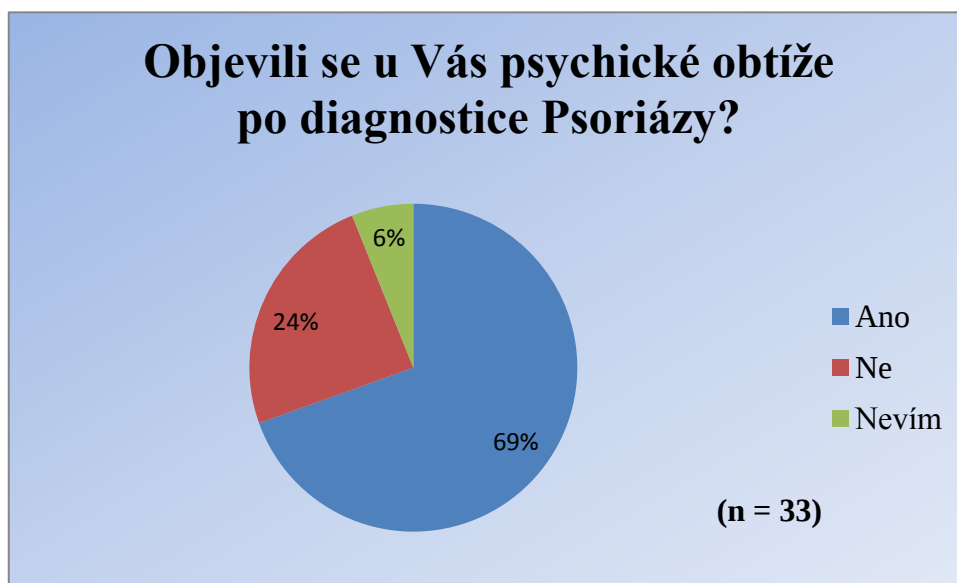
Graf 19. Informovanost o Psoriáze před diagnostikou onemocnění

Otázka č. 7 měla zmapovat informovanost pacientů ještě před onemocněním psoriázou. Šetření zjistilo, že 35 % respondentů nemělo žádné informace o psoriáze, 41 % vědělo, že se jedná o kožní onemocnění a 6 % respondentů vědělo vše o psoriáze. To, že většina respondentů věděla, že se jedná o kožní onemocnění je logické, jelikož je to časté onemocnění, které jde často na první pohled vidět.

Otázka č. 8. Objevily se u Vás psychické obtíže po diagnostice Psoriázy?

Tabulka 26. Psychické obtíže po diagnostice Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	23	69,70
Ne	8	24, 24
Nevím	2	6,06



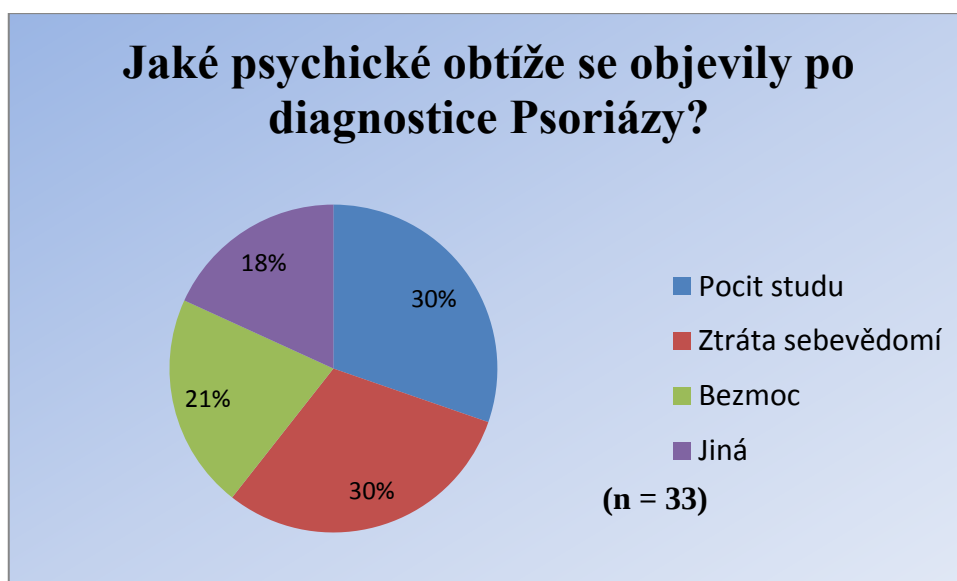
Graf 20. Psychické obtíže po diagnostice Psoriázy

U většiny respondentů se po diagnostice psoriázy objevily psychické obtíže u 24 % ne. Samozřejmě záleží na rozsahu onemocnění a na osobnosti pacienta. Psychické obtíže se zřejmě objevily, z důvodu, že se po diagnostice takové nemoci musíme naučit vnímat trochu jinou podobu našeho těla, připravit se na různé reakce našeho okolí a neignorovat onemocnění. Opět záleží na formě a rozsahu onemocnění.

Otázka č. 9. Pokud ano, jaké?

Tabulka 27. Jaké psychické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Pocit studu	10	30,30
Ztráta sebevědomí	10	38,30
Bezmoc	7	21,22
Jiná	6	18,18



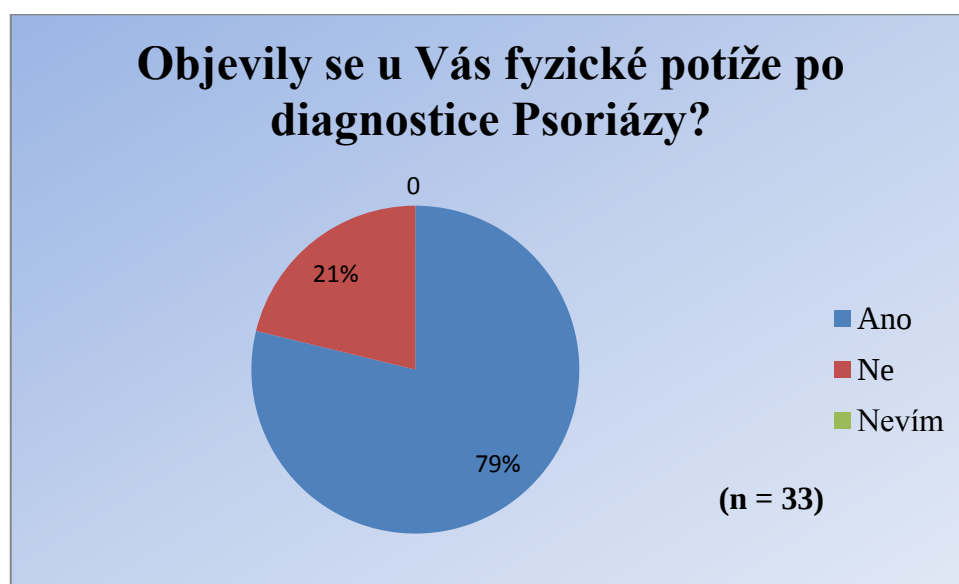
Graf 21. Jaké psychické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy?

Otázka č. 8 je rozšiřující k otázce č. 7. Snažili jsme se zjistit, jaké psychické obtíže začaly trápit jedince po diagnostikování psoriázy. 38 % trápil pocit studu, dalších 38 % ztráta sebevědomí, u 26 % se objevila bezmoc a 18 % odpovědělo jinak. Např. odpor ke svému tělu, depresivní stavy. Tyto reakce jsou zcela přirozené, jelikož se mění fyzický obraz našeho těla a pacienti se musí naučit starat se o svou kůži a zvyknout si, že péče o kůži bude trvat celý život, pořád dokola, z toho mohou vznikat pocity bezmoci – i když to na chvíli mizí, stejně se to vrátí. Pocity studu mohou být vyvolány kvůli kontaktu s ostatními lidmi, kterým by to mohlo být nepříjemné a ztráta sebevědomí pramení z porovnávání se s ostatními lidmi, jejichž pokožka je zdravá.

Otázka č. 10. Objevily se u Vás fyzické potíže po diagnostice Psoriázy?

Tabulka 28. Fyzické obtíže po diagnostice Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	26	78,79
Ne	7	21,21
Nevím	0	0,00



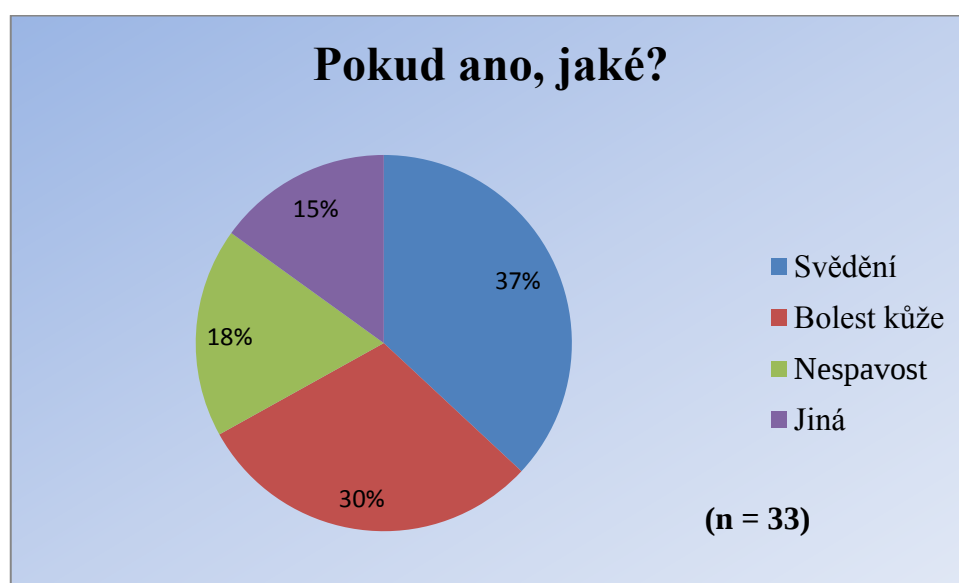
Graf 22. Fyzické obtíže po diagnostice Psoriázy

Fyzické obtíže se objevily u 79 % dotazovaných, u zbytku ne. Tyto obtíže mohou být často vyvolány i psychikou, při pohledu na červené fleky na kůži, které ani třeba nebolí, si můžeme opak vsugerovat. Nebo si stačí kůži rozškrábat, pak dochází k nepříjemnému krvácení. Fyzické obtíže se ale délkou onemocnění mohou stupňovat. Více v rozšiřující otázce č. 11.

Otázka č. 11. Pokud ano, jaké?

Tabulka 29. Konkrétně jaké fyzické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Svědění	12	36,6
Bolest kůže	10	30,3
Nespavost	6	18,2
Jiná	5	15,2



Graf 23. Konkrétně jaké fyzické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy?

Otázka č. 11 je rozšiřující otázka k otázce č. 10, přičemž 65 % respondentů uvedlo, že z fyzických obtíží nejčastěji šlo o svědění, u 35 % respondentů to byla bolest kůže, 18 % trpělo nespavostí a 15 % uvedlo obtíže jako bolest kostí a kloubů. Nejčastěji ke svědění dochází při nedostatečné péči o kůži a při nekvalitním promazávání šupinatých ložisek, k bolesti kůže vede rozškrabávání ložisek, po nekvalitním mazání. Nespavost může pramenit jak ze svědění kůže, tak i z psychických obtíží, které psoriáza způsobuje. Po delším působení psoriázy může docházet i k problémům s klouby a může vést až k artritidě.

Otázka č. 12. Pozoroval/a jste nějaké změny v oblasti vztahů po diagnostice Psoriázy?

Tabulka 30. Změna vztahů po diagnostice Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	12	36,36
Ne	19	57,58
Nevím	2	6,06



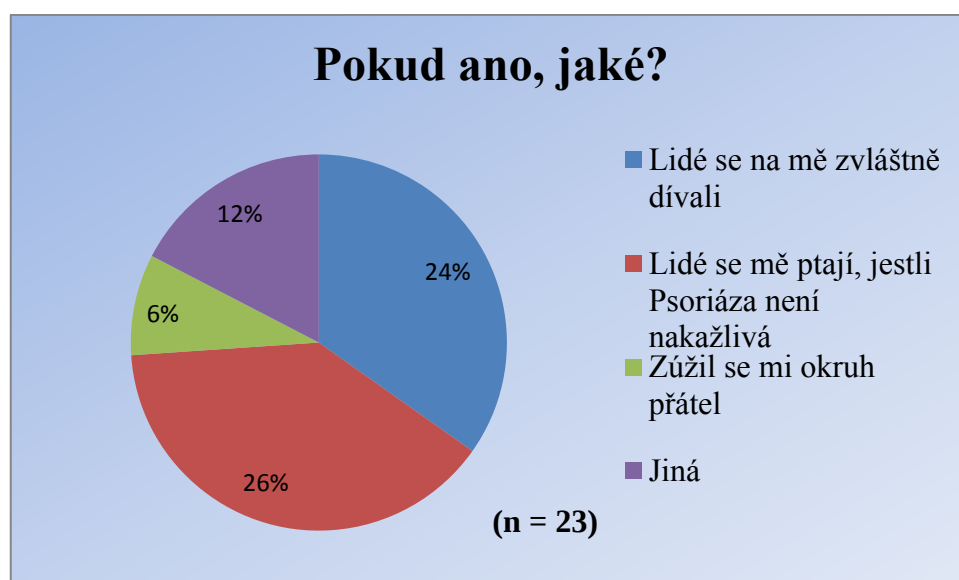
Graf 24. Změna vztahů po diagnostice Psoriázy

58 % respondentů nepozorovalo změnu v oblast osobních vztahů, 36 % ano a 6 % si ničeho nevšimlo. Můžeme vycházet z toho, že široká veřejnost je kvalitně informována, a tak věděla při setkání s člověkem s psoriázou o jakou nemoc se jedná a nenastaly tak žádné negativní reakce.

Otázka č. 13. Pokud ano, jaké?

Tabulka 31. Jakou změnu ve vztazích respondenti pozorovali po diagnostice Psoriázy

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Lidé se na mě zvláště dívali	8	23,53
Dotazy na nakažlivost lupénky	9	26,47
Zúžil se mi okruh přátel	2	5,88
Jiná	4	11,76



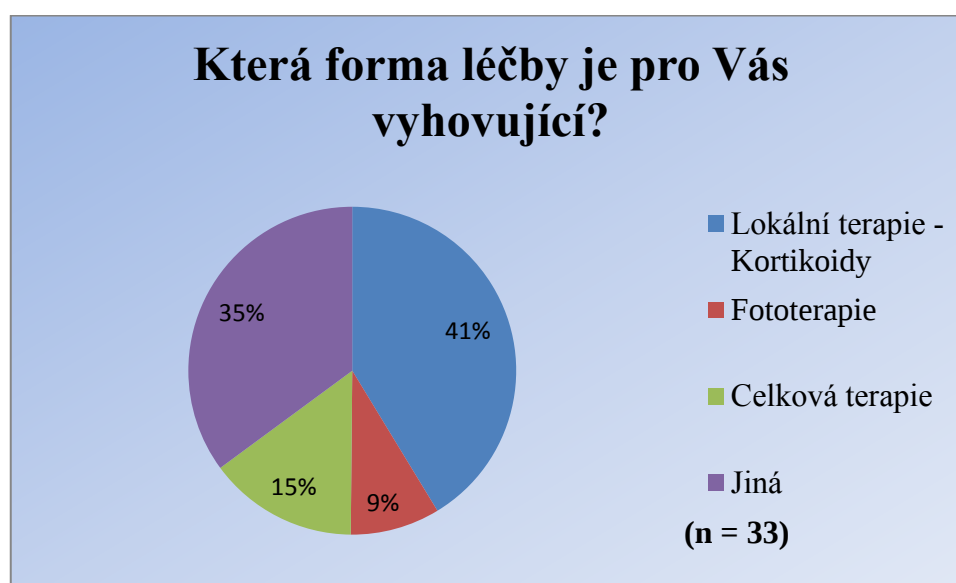
Graf 25. Jakou změnu ve vztazích respondenti pozorovali po diagnostice Psoriázy?

Otázka č. 13 je rozšiřující k otázce č. 12. Jde o zmapování změny vztahů po diagnostice psoriázy. 24 % respondentů upozorovalo, že se na ně lidi zvláště dívali, 26 % dotazovaných se lidé ptali, zdali lupénka není nakažlivá, 6 % se zúžil okruh přátel. A 6 % uvedlo jiné odpovědi jako: sexuální obtíže, strach z nákazy, lidé reagovali na kůži špatně. Jeden člověk se vyjádřil i tak, že to všechno bylo spíše v jeho hlavě, když si přiznal co mu je, psychický stav se zlepšil.

Otázka č. 14. Která forma léčby je pro Vás vyhovující?

Tabulka 32. Vyhovující léčba

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Lokální terapie	14	41,18
Fototerapie	3	8,82
Celková terapie	5	14,71
Jiná	11	50,00



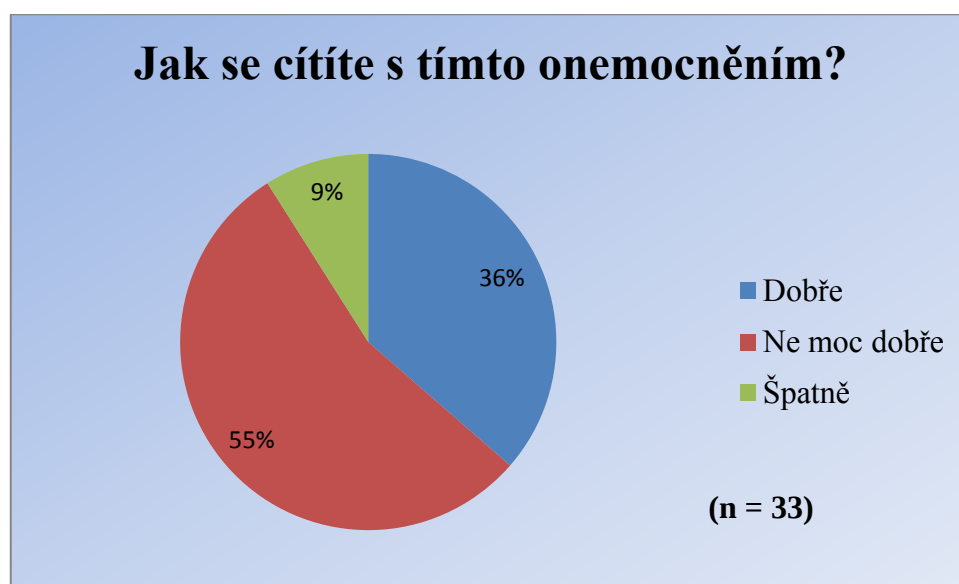
Graf 26. Vyhovující léčba

Pro 41 % respondentů je vyhovující lokální terapie, 15 % upřednostňuje celkovou terapii a 9 % dotazovaných využívá fototerapie. 50 % respondentů upřednostňuje jiné formy léčby jako např. bylinkové koupele, moře, domácí masti z konopí, nestresovat se, biologická léčba. Lokální terapii nejčastěji upřednostňují i kožní lékaři a dá se předpokládat, že většina respondentů je v ambulantní péči kožních lékařů. Celková terapie je často finančně dosti náročná a fototerapie, ač se to nezdá tak vyžaduje časovou flexibilitu.

Otázka č. 15. Jak se cítíte s tímto onemocněním?

Tabulka 33. Jak se respondenti cítí s tímto onemocněním

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Dobře	12	36,36
Ne moc dobře	18	54,55
Špatně	3	9,09



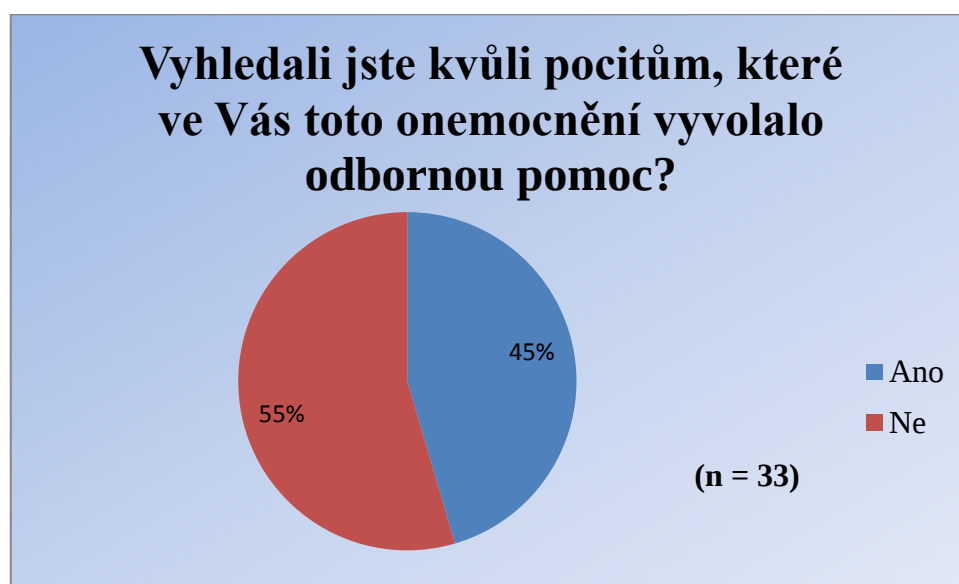
Graf 27. Jak se respondenti cítí s tímto onemocněním

Při zkoumání toho, jak se cítí, jedinci s psoriázou jsme zjistili, že 55 % se necítí moc dobře, 36 % se cítí zcela dobře a 9 % se cítí špatně. Opět bereme v potaz, že záleží na závažnosti psoriázy a na osobnosti respondenta. To, že se respondenti necítí dobře, vyplývá zřejmě z toho, že je psoriáza v něčem omezuje nebo ovlivňuje. Že se musí o nemocnou kůži každý den starat, docházet k lékaři a hledat nové alternativy léčby, která by jim dlouhodobě pomohla.

Otázka č. 16. Vyhledali jste kvůli pocitům, které ve Vás toto onemocnění vyvolalo odbornou pomoc?

Tabulka 34. Vyhledání odborné pomoci kvůli pocitům, které Psoriáza vyvolala

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Ano	15	45,45
Ne	18	54,55



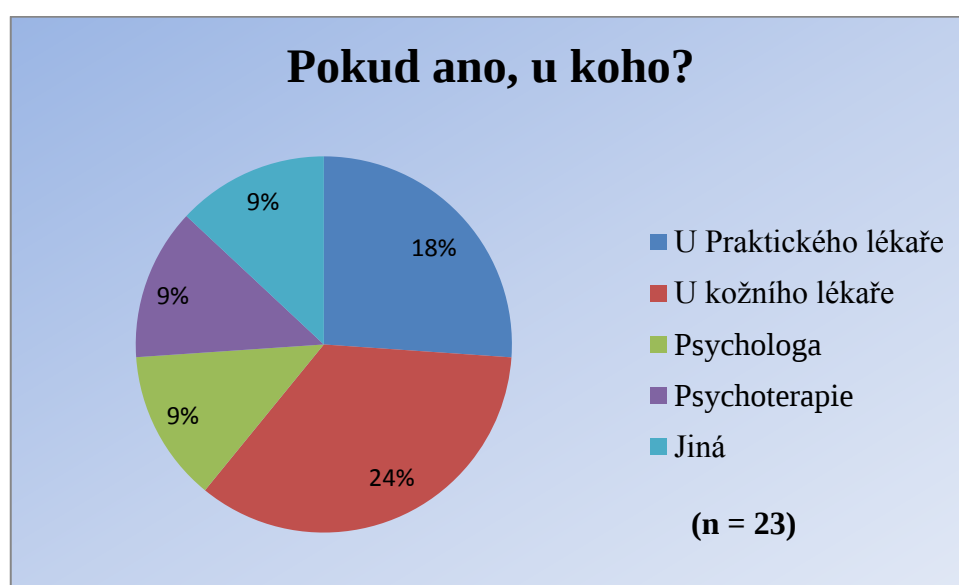
Graf 28. Vyhledání odborné pomoci kvůli pocitům, které Psoriáza vyvolala

Otázka zdali respondenti vyhledali odbornou pomoc, kvůli psoriáze byla zodpovězena tak, že nadpoloviční většina čili 55 % nevyhledala odbornou pomoc, ale 45% respondentů pomoc vyhledalo. V této otázce nejvíce záleží na osobnosti nemocného, na jeho prožívání a na míře, jakou ho nemoc zasáhla. Zdali se již naučil žít s nemocí, nebo mu to dělá větší potíže, je citlivější.

Otázka č. 17. Pokud ano, u koho?

Tabulka 35. U koho byla odborná pomoc vyhledána

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
U praktického lékaře	6	17,65
U kožního lékaře	8	23,53
Psychologa	3	8,82
Psychoterapie	3	8,82
Jiná	3	8,82



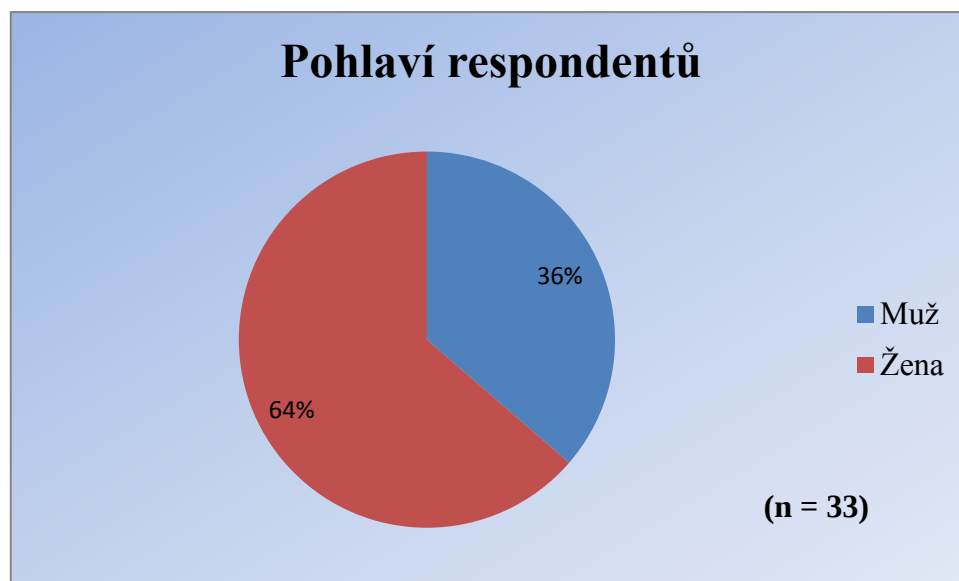
Graf 29. U koho byla odborná pomoc vyhledána

24 % respondentů vyhledalo odbornou pomoc u praktického lékaře, 18 % se radilo s kožním lékařem, 9 % vyhledalo pomoc psychologa, dalších 9 % dotazovaných, zahájilo psychoterapii a 9 % vyhledalo pomoc např. u léčitele nebo u ostatních pacientů v nemocnici. Podle grafu můžeme usuzovat, že pomoc byla hledána podle nejnázší dostupnosti lékařů.

Otázka č. 18. Pohlaví respondentů

Tabulka 36. Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
Muž	12	36,36
Žena	21	63,64



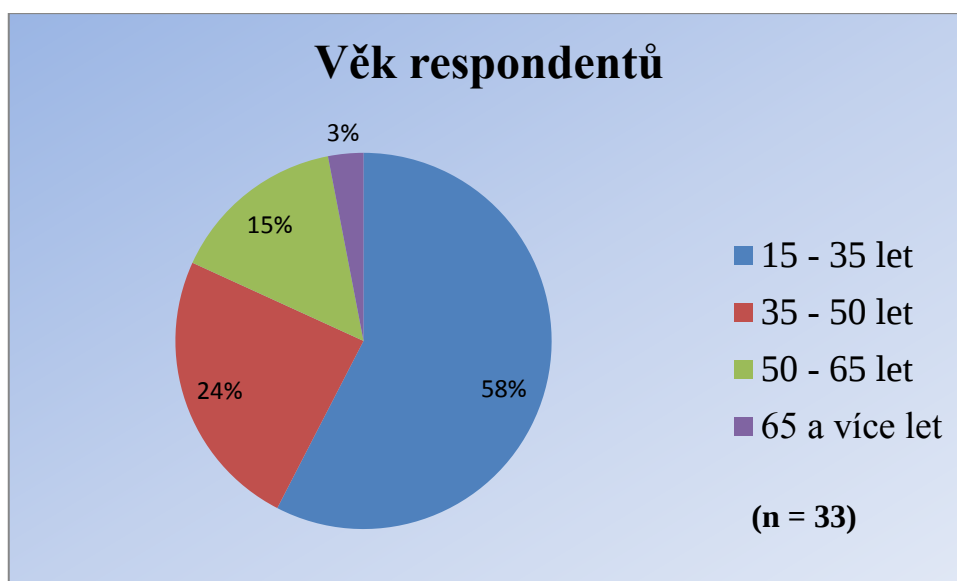
Graf 30. Pohlaví respondentů

Otázka č. 18 měla zjistit zastoupení žen a mužů s psoriázou v našem výzkumném vzorku. Žen bylo 64 % a mužů 36 %.

Otázka č. 19. Věk respondentů

Tabulka 37. Věk respondentů

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
15 – 35 let	19	57,58
35 – 50 let	8	24,24
50 – 60 let	5	15,15
65 a více let	1	3,03



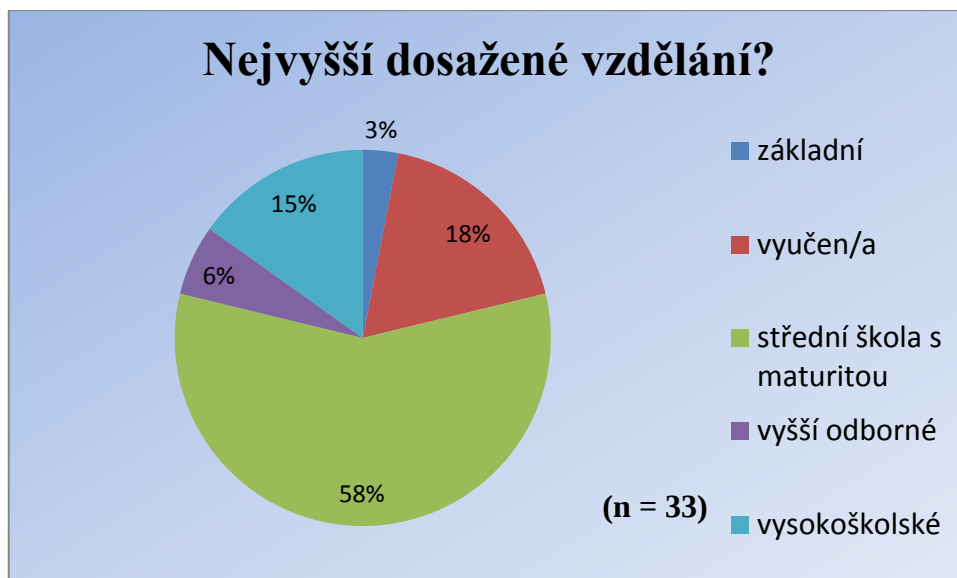
Graf 31. Věk respondentů

Nejvíce zastoupená kategorie respondentů byla ve věku 15– 35 let, 24 % bylo zastoupeno ve věku od 35 – 50 let, 15 % 50 – 65 let a 3 % 65 a více let.

Otázka č. 20. Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 38. Vzdělání respondentů

Odpověď	Počet respondentů	Relativní četnost (%)
základní	1	3,03
vyučen/a	6	18,1
střední škola s maturitou	19	57,58
vyšší odborné	2	6,06
vysokoškolské	5	15,15



Graf 32. Vzdělání

Nejvíce respondentů a to 58 % ukončilo vzdělání maturitou, 18 % je vyučeno, 15 % jsou vysokoškolsky vzdělání, 6 % má vyšší odborné vzdělání a 3 % má ukončeno základní vzdělání.

5 Diskuze

Na začátku bakalářské práce jsme si stanovili cíl práce a výzkumné předpoklady, které jsme se pomocí výzkumného šetření snažili potvrdit. Jedním z hlavních výzkumných předpokladů, bylo zjistit, zda je široká veřejnost o psoriáze informována a zda ví, že je psoriáza nepřenosná. Všichni respondenti věděli, že je psoriáza kožní onemocnění, domníváme se, že z důvodů, že onemocnění stále přibývá a lidé si ho častěji mohou všimnout. 85 % respondentů dokonce vědělo, že je psoriáza nepřenosná, což **nepotvrdilo náš výzkumný předpoklad VP₁**, že široká veřejnost není informována o nepřenositelnosti, právě naopak je vysoce informována. Osvěta je tedy na vysoké úrovni. I když k tomuto faktu může přispívat i skutečnost, že nejvíce respondentů bylo ve věku od 15 – 35 let, což je mladší generace a měli vyšší vzdělání (nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání byla střední škola s maturitou a vysokoškolské vzdělání).

VP₂: Neznalost široké veřejnosti o psoriáze ovlivňuje předsudky k lidem takto nemocným.

Z výzkumu vyplynulo, že nejde ani tak, o neznalost onemocnění, ale o neznalost daného člověka. 65 % respondentů odpovědělo, že by se v kontaktu s takto nemocným člověkem cítilo příjemně. Někteří respondenti, ale uvedli, že nejdůležitější faktor je, jak daného člověka známe, že u cizího by to byl problém, ale u člověka, kterého znají, jim to nevadí. Dá se tedy předpokládat, že na toto onemocnění se dá zvyknout. To může vést k tomu, že nevyvolává ani tak problém v trvalých vztazích s lidmi, které známe jako spíše s nově přichozími lidmi do našeho života. **VP₂ byl potvrzen.**

VP₃: Lidé s psoriázou se cítí špatně.

Zajímavé také bylo porovnat, že lidé, kteří psoriázu nemají, by se s ní cítili špatně, ale většina respondentů s psoriázou odpověděla, že se s psoriázou cítí dobře nebo ne moc dobře. **VP₃ nebyl potvrzen.**

VP₄: Psoriáza ovlivňuje kvalitu života pacientů.

U výzkumného předpokladu, zda ovlivňuje psoriáza kvalitu života jedinců, se 60 % respondentů domnívá, že kvalita života jedince s psoriázou nejvíce závisí na jeho osobnosti. Každý je jiný, jinak citlivý a každého dokáže potrápit něco jiného, samozřejmě

také závisí na formě a stupni psoriázy na tyto faktory nesmíme zapomínat! A hlavně bychom nikdy neměli špatné pocity psoriaticů podceňovat. **VP₄ byl potvrzen.**

VP₅: Psoriáza má dopad na psychiku nemocného.

V dotazníku pro jedince s psoriázou bylo patrné, že psoriáza ovlivňuje kvalitu života především v tom, že po diagnostice psoriázy se u 70 % respondentů objevily psychické obtíže jako pocit studu a ztráta sebevědomí. **VP₅ byl tedy potvrzen.** Tyto pocity mohou pramenit z toho, že postižená kůže jde vidět a lidé se často ptají, co se s ní děje a otázka, zda vyrážka není nakažlivá, v každém jistě silně zarezonuje. Ale i přes tyto stavy jen 9 % respondentů vyhledalo odbornou pomoc u psychologa nebo psychoterapeuta. Domníváme se, že zde může jít o fakt, že pacienti mohou mít pocit, že nemají právo se takto cítit. Psoriáza je neohrožuje na životě a jsou horší nemoci. Široká veřejnost se k onemocnění často staví takto: „Z čeho má člověk s kožním onemocněním psychické obtíže?“ Na tuto skutečnost by mělo být více poukazováno ve spojitosti s psoriázou, aby se tato informace dostala více do podvědomí široké veřejnosti. Málokdo si uvědomí, že kvůli vzhledu spoustu lidí nezaměstnají, že se lidé mohou štítit, odmítat kontakt nebo dotek od člověka s těžkou formou psoriázy.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce pojednává o psoriáze z hlediska medicínského i psychologického, protože tato dvě odvětví vědy jdou ruku v ruce s tímto onemocněním a ani jedno bychom neměli opomínat, nebo snad podceňovat.

V kapitole teoretických poznatků jsme se nejprve zabývali anatomií kůže, abychom mohli pochopit, jak psoriáza vzniká, je dobré znát základní anatomii kůže. Dále jsme popsali stres, který je považován za jeden z nejčastějších spouštěčů tohoto onemocnění. V další části se věnujeme již samotné psoriáze. Je zde o jaké onemocnění se jedná, jeho historie, spouštěcí faktory, jak nemoc probíhá a jaké formy psoriázy máme. Nastínili jsme i formy léčby, a to jak medicínské vnější a vnitřní, tak i psychologické a psychoterapeutické. Navazujeme dopadem psoriázy na psychický stav jedince, a možnostmi zmírnění tohoto dopadu. A poslední část teoretické práce informuje o organizacích, ozdravných pobytech a lázních, které v České Republice pomáhají psoriatikům, popřípadě je sdružují a poskytují jim potřebnou pomoc.

Na teoretickou část navazuje výzkumná část, ve které popisujeme, jakou výzkumnou metodou jsme šetření prováděli, jaký výzkumný vzorek jsme zvolili a jak probíhal výzkum. Následuje interpretace a analýza výsledků, které jsme zpracovávali do grafů a tabulek a výsledky shrnuli do diskuze.

I přesto, že naše výzkumné šetření dopadlo nad očekávání pozitivně, tak vím, že existuje spousta lidí, kteří o tomto onemocnění nevědí a nesetkali se s ním. Většina respondentů o tomto onemocnění věděla od příbuzných a známých, ne z médií nebo z čekáren u lékaře. Je potřeba neustále šířit osvětu a zkoumat nové léky a postupy jak lidem takto nemocným ulevit. Už v úvodu jsem se zmínila, že jsem si toto téma vybrala, protože sama jsem psoriázou onemocněla v 16 letech a ráda se o onemocnění sama co nejvíce dozvěděla. A tak se i stalo. Prohloubila jsem si své znalosti o onemocnění a přišla jsem si na to, že mě psoriáza vlastně neomezuje v takovém rozsahu, jak jsem si myslela. Sama jsem si našla cestičku jak zmírňovat projevy onemocnění a jsem spokojená, že to jde i s minimálním užíváním léků. Najít rovnováhu, snažit se být v psychické pohodě a umět zpracovávat stresové faktory. Určitě se nespokojit jen s tím, je mi to dáno a teď s tímto onemocněním budu žít po celý život. Je třeba bojovat, věřit a možná jednou vyhrájeme.

SOUHRN

Práce je zaměřena na aspekty života jedinců s psoriázou. V naší práci se zabýváme anatomií kůže, abychom přibližně nastínili, jak kůže funguje. Pozornost je věnována i stresu jako jednomu z nejčastějších spouštěcích faktorů psoriázy. Dále se věnujeme popsání psoriázy z medicínského hlediska, její historii, projevům a spouštěcím faktorům. Navazujeme možnostmi léčby a poté se zaměřujeme na dopad psoriázy na lidskou psychiku a jak tento dopad zmírnit. Pro lepší informovanost jsme do další kapitoly zařadili i organizace, léčebné pobyty a lázně, které poskytují léčebnou pomoc a psychickou podporu lidem nemocným psoriázou. V praktické části jsme popsali metodologii a vzorek respondentů, který jsme získali. Uvádíme metodu, kterou jsme výzkum prováděli a výsledky jsme prezentovali pomocí tabulek a grafů.

SUMMARY

The thesis is concerned on life aspects of individuals with psoriasis. We describe skin anatomy to show how the skin operates. Attention is paid to stress as one of the most frequent starters of psoriasis. The psoriasis is observed from the medical point of view, we study its history, manifestations and starting factors. We analyze treatment possibilities, the impact of psoriasis on human psyche and opportunities how to reduce it. For better knowledge, next chapter is dedicated to organizations, medical stays and spa that provide curative treatment and psychical support to people suffering from psoriasis. The practical part describes the methodology and a sample of respondents who took part in our survey. We introduce the method that was used during the research, and present the results with tables and graphs.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BALAŠTÍK, D. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. In *Dermatologie pro praxi*. [Online]. 2011, č. 4 [2013-03-09]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: http://www.dermatologiepropraxi.cz/artkey/der-201104-0007_Kvalita_zivota_pri_nekterych_dermatologickych_onemocnenich.php
2. BENÁKOVÁ, N. 2003. *Lupénka v otázkách a odpovědích*. Praha: TRITON, s.r.o. 18 s. ISBN 80-7254-392-X.
3. Benáková, N. Psoriáza a současné léčebné možnosti. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2005, č. 2 [cit. 2012-2-12]. ISSN - 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200502-0006.php>
4. BRAUN-FALCO a kol., 2001. *Dermatológia a Venerológia: Prvé slovenské a české vydanie*. Martin: VydavateľstvoOsveta. 1495 s. ISBN 80-8063-080-1.
5. BROCKERT, S. 1993. *Ovládání stresu*. Praha: Melantrich. 144 s. ISBN 80-7023-159-9.
6. BUCHVALD, J., BUCHVALD, D. 2002. *Dermatovenerológia*, Bratislava: SAP – SlovakAcademicPress, s.r.o. 520 s. ISBN 80-89104-03-7.
7. Czech top 100. Kampaň - nebojte se zaměstnávat lidi s lupénkou. [online]. 2012 [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <http://www.czechtop100.cz/files/aktuality/2012/lupenka/a4-lupenka-final.jpg?full>
8. Československá psychologie. Časopis pro psychologickou teorii a praxi. [online]. [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://cspsyche.psych.cas.cz/result.php?from=581&to=581>
9. DETHLEFSEN, T., DAHLKE, R. 2010. *Nemoc jako cesta*. Praha: Triton, 290 s. ISBN 978-80-7387-449-0.
10. DITRICHOVÁ, D. 2002. *Repetitorium dermatovenerologie*. Olomouc: EPAVA. 304 s., ISBN 80-86297-08-X.
11. DROZENOVÁ, H. Lupénka. *Dermatológia pre prax*. [online]. 2009, č. 3 [cit. 2012-10-02]. ISSN 1337-1746.
12. DYLEVSKÝ, I. 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
13. Facebook. Mořský koník. [online]. 2013 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z URL: <http://www.facebook.com/photo.php?fbid=502363673121097&set=a.211053292252138.60671.178365648854236&type=1&theater>
14. Hartl, P., Hartlová, H. 2000. *Psychologický slovník*. Vyd. 1., Praha: Portál, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
15. HAY, L. L. 1993. *Miluj svůj život*. Praha: Radost. 233 s. ISBN 80- 85189-16-X.

16. HERMAN, E., DOUBEK, P. 2008. *Deprese a stres*. Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy. 94 s., ISBN 978-80-7345-157-8.
17. HERZOGOVÁ, J., ŠTORK, J. Psychodermatologie. *Československá dermatologie*. [online]. 2007, č. 1 [cit. 2013-03-04]. ISSN 1803-659. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-dermatologie-archiv-cisel>
18. JIRÁSKOVÁ, M. 2003. *Dermatovenerologie: Učební texty pro bakaláře*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum Praha 1, ISBN 20-2460636-4.
19. KRATOCHVÍL, S. 2009. *Klinická hypnóza*. Praha: Grada Publishing, a.s. 320 s. ISBN 978-80-247-2549-9.
20. Kúpele Smrdáky. [online]. 2010 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.kupelesmrdaky.sk/>
21. LUŽNÁ, D., VRÁNOVÁ, D. 2007. *Makrobiotický léčebný talíř aneb nemoc není nepřítel II*. Praha: ANAG. 337 s. ISBN 978-80-7263-421-7.
22. MERKKUNOVÁ, A., OREL, M. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
23. MORSCHITZKY, H., SIGRID, S. 2007. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, s.r.o. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.
24. Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Kampaň Lupénka [online]. 2008 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z : <http://www.nfozp.cz/projekty/kampan-lupenka/>
25. Nolen-Hoeksema, S. a kol, 2011. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál. 888 s. ISBN: 9788026200833
26. Primár. Psoriáza. Ilustrační foto. [online]. 2007 [cit. 2012-06-25]. Dostupné z URL: <http://primar.sme.sk/c/5606497/psoriaza.html>
27. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
28. RESL, V. 2002. *Dermatovenerologie: Učební texty pro bakalářské studium*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 138 s. ISBN 80-246-046-6.
29. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
30. SLAVÍK, M. 2012. *Vysokoškolská pedagogika* Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-4054-6..
31. SPAE. Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků. [online]. [cit. 2012-08-12]. Dostupné z: <http://spae-cz.webnode.cz/>

32. Společnost psoriaticů a atopických ekzematiků. [online]. [cit. 2012-05-30]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/spae/#1>
33. SVOBODA, P. 2012. Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 123 s. ISBN-978-0-244-3067-6
34. SZÉP, Z. Psoriáza – Novinky v patogenéze a terapii. *Via practica*. [online]. 2005, č. 3 [cit. 2012-10-18]. ISSN 1336-4790. Dostupné z: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1652&magazine_id=1 .
35. ŠTORK, Jiří. 2008. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén. 502 s. ISBN 9788072623716
36. TURČEKOVÁ, L. Dopad dermatologického ochorenia na sebakoncepciu postihnutého. *Dermatológia pre prax*. [online]. 2010, č. 4 [cit. 2012-11-22]. ISSN 1337-1746. Dostupné z: http://www.dermatologiapreprax.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=450
37. VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7.
38. YALOM, I. 2010. *Když Nietzsche plakal*. Praha: Portál, 304 s. ISBN 978-80-7367-715-2.
39. ZÁHEJSKÝ, J. 2006. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika: Pohledy klinické, fyziologické a biologické*. Praha: Grada Publishing, 140 s. ISBN 80-247-1551-1.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Lokalizace: a) embolizační, b) seboroická (Štork, 2008, s. 28)	12
Obrázek 2. Graf stresu	15
Obrázek 3. Symbolicky ztvárněná psoriáza.....	29
Obrázek 4. Symbolicky ztvárněná psoriáza.....	29
Obrázek 5. Znázorněno vyjádření spokojenosti pacientů se skupinovou terapií.....	30
Obrázek 6. Zmapování stavu psoriázy po třítydenním pobytu u moře.....	34
Obrázek 7. Nebojte se zaměstnávat lidi s Lupénkou	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Jak předcházet stresu	13
Tabulka 2. Škála životních událostí (Slavík et. al. 2012, s.58).....	14
Tabulka 3. Nejčastější provokační faktory u psoriázy (Drozenová, 2009, s. 143).....	18
Tabulka 4. Závažnost onemocnění psoriázou (Drozenová, 2009, s. 144).....	19
Tabulka 5. Přehled standardní terapie psoriázy	21
Tabulka 6. Léčebný postup (Benáková, 2005, s. 90).....	24
Tabulka 7. Je psoriáza přenosné onemocnění?	37
Tabulka 8. Léčebný postup.....	38
Tabulka 9. Formy léčby Psoriázy	38
Tabulka 10. Typy léčby	39
Tabulka 11. Pocity z onemocnění.....	40
Tabulka 12. Setkání s člověkem s Psoriázou.....	41
Tabulka 13. Jak jste se cítili v kontaktu s člověkem nemocným Psoriázou?	42
Tabulka 14. Znáte nějaké příčiny vzniku onemocnění?	43
Tabulka 15. Dopad Psoriázy na psychický stav nemocného	44
Tabulka 16. Kvalita života jedinců s Psoriázou.....	45
Tabulka 17. Pohlaví respondentů.....	46
Tabulka 18. Věk respondentů	46
Tabulka 19. Vzdělání respondentů	47
Tabulka 20. Věk, ve kterém se psoriáza objevila	49
Tabulka 21. Forma Psoriázy	50
Tabulka 22. Predispozice psoriázy v rodině	51
Tabulka 23. Povědomí o onemocnění před jeho diagnostikou	52
Tabulka 24. Zdroj informací o Psoriáze	52
Tabulka 25. Informovanost o Psoriáze před diagnostikou onemocnění	53
Tabulka 26. Psychické obtíže po diagnostice Psoriázy	54
Tabulka 27. Jaké psychické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy	55
Tabulka 28. Fyzické obtíže po diagnostice Psoriázy	57
Tabulka 29. Konkrétně jaké fyzické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy.....	58
Tabulka 30. Změna vztahů po diagnostice Psoriázy.....	59
Tabulka 31. Jakou změnu ve vztazích respondenti pozorovali po diagnostice Psoriázy	60
Tabulka 32. Vyhovující léčba	61

Tabulka 33. Jak se respondenti cítí s tímto onemocněním	62
Tabulka 34. Vyhledání odborné pomoci kvůli pocitům, které Psoriáza vyvolala	63
Tabulka 35. U koho byla odborná pomoc vyhledána	64
Tabulka 36. Pohlaví respondentů.....	65
Tabulka 37. Věk respondentů	65
Tabulka 38. Vzdělání respondentů	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Je Psoriáza přenosné onemocnění?	37
Graf 2. Dá se Psoriáza vyléčit?	38
Graf 3. Formy léčby Psoriázy	39
Graf 4. Typy léčby	39
Graf 5. Pocity z onemocnění.....	40
Graf 6. Setkání s člověkem s Psoriázou.....	41
Graf 7. Jak jste se cítili v kontaktu s člověkem nemocným Psoriázou?	42
Graf 8. Znáte nějaké příčiny onemocnění?	43
Graf 9. Dopad Psoriázy na psychický stav nemocného.....	44
Graf 10. Kvalita života lidí s Psoriázou.....	45
Graf 11. Pohlaví respondentů	46
Graf 12. Věk respondentů.....	47
Graf 13. Vzdělání respondentů	48
Graf 14. Věk, ve kterém se Psoriáza objevila.....	49
Graf 15. Forma Psoriázy	50
Graf 16. Predispozice Psoriázy v rodině.....	51
Graf 17. Povědomí o onemocnění před jeho diagnostikou.....	52
Graf 18. Zdroj informací o Psoriáze	53
Graf 19. Informovanost o Psoriáze před diagnostikou onemocnění.....	54
Graf 20. Psychické obtíže po diagnostice Psoriázy	55
Graf 21. Jaké psychické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy?	56
Graf 22. Fyzické obtíže po diagnostice Psoriázy.....	57
Graf 23. Konkrétně jaké fyzické obtíže se objevily po diagnostice Psoriázy?	58
Graf 24. Změna vztahů po diagnostice Psoriázy	59
Graf 25. Jakou změnu ve vztazích respondenti pozorovali po diagnostice Psoriázy?	60
Graf 26. Vyhovující léčba.....	61
Graf 27. Jak se respondenti cítí s tímto onemocněním	62
Graf 28. Vyhledání odborné pomoci kvůli pocitům, které Psoriáza vyvolala.....	63
Graf 29. U koho byla odborná pomoc vyhledána.....	64
Graf 30. Pohlaví respondentů	65
Graf 31. Věk respondentů.....	66
Graf 32. Vzdělání.....	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník pro jedince nemocné psoriázou

Příloha 2. Dotazník pro širokou veřejnost

Příloha 3. Kampaň „Nebojte se zaměstnávat lidi s lupénkou“

PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník pro jedince nemocné psoriázou

Anonymní dotazník

Dobrý den, jmenuji se Eva Krajčovičová, jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Speciální pedagogika – dramaterapie. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, jejíž téma je: **Aspekty života jedinců s psoriázou**. Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela **anonymní**.

Děkuji Vám předem za poskytnuté informace a ochotu spolupracovat.

1) V jakém věku se u Vás Psoriáza objevila?

- a) Do 15 let
- b) Od 15 do 35 let
- c) Od 35 let do 50 let
- d) Od 50 a více let

2) Jakou formu Psoriázy máte?

- a) Psoriasis Vulgaris
- b) Psoriasis Gutatta
- c) Psoriasis Numularis
- d) Psoriasis Follicularis
- e) Psoriasis Pustulosa
- f) Psoriasis Geographica
- g) Psoriasis Erythrodermica

3) Měl u Vás v rodině někdo Psoriázu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Neví

4) Pokud ano, kdo?

5) Měli jste povědomí o tomto onemocnění, ještě před tím, než bylo diagnostikováno u Vás?

Ano Ne

6) Pokud ano, kde jste se o něm dozvěděli?

- a) Od příbuzných a známých
- b) Z médií
- c) Z internetu
- d) Od lékařů

7) Jaké informace jste o Psoriáze ještě před onemocněním měli?

- a) Žádné
- b) Jen, že se jedná o kožní onemocnění
- c) Že se jedná o kožní onemocnění a nedá se léčit
- d) Věděl/a jsem všechno včetně forem léčby

8) Objevili se u vás psychické obtíže po diagnostice Psoriázy?

Ano Ne Nevím

9) Pokud ano, jaké?

- a) Pocit studu
- b) Ztráta sebevědomí
- c) Bezmoc
- d) Jiné, jaké?

10) Objevili se u Vás fyzické potíže po diagnostice Psoriázy?

Ano Ne Nevím

11) Pokud ano, jaké?

- a) Svědění
- b) Bolest kůže
- c) Nespavost
- d) Jiné, jaké?

12) Pozoroval/a jste nějaké změny v oblasti vztahů po diagnostice Psoriázy?

Ano Ne Nevím

13) Pokud ano, jaké?

- a) Lidé se na mě zvláště dávali
- b) Lidé se mě ptají, jestli Psoriáza není nakažlivá
- c) Zúžil se mi okruh přátel
- d) Jiné, jaké?

14) Která forma léčby je pro Vás vyhovující?

- a) Lokální terapie - Kortikoidy
- b) Fototerapie
- c) Celková terapie

15) Jak se cítíte s tímto onemocněním?



16) Vyhledali jste kvůli pocitům, které ve Vás toto onemocnění vyvolalo odbornou pomoc?

Ano Ne

17) Pokud ano, u koho?

- a) U Praktického lékaře
- b) Hovořili jsme o tom s kožním lékařem
- c) Psychologa
- d) Psychoterapie

18) Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

19) Věk:

- a) 15 – 35 let
- b) 35 – 50 let
- c) 50 – 65 let
- d) 65 a více let

20) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední škola s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Příloha 2. Dotazník pro širokou veřejnost

Anonymní dotazník

Dobrý den, jmenuji se Eva Krajčovičová, jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Speciální pedagogika – dramaterapie. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, jejíž téma je: **Aspekty života jedinců s psoriázou**. Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela **anonymní**.

Děkuji Vám předem za poskytnuté informace a ochotu spolupracovat.

1) Co si představíte pod pojmem Psoriáza (lupénka)?

2) Myslíte si, že je Psoriáza (lupénka) přenosné onemocnění?

Ano Ne Nevím

3) Domníváte se, že se Psoriáza (lupénka) dá zcela vyléčit?

Ano Ne Nevím

4) Znáte nějaké formy léčby Psoriázy?

Ano Ne Nevím

5) Pokud ano, jaké?

- a) Lokální terapie - Kortikoidy
- b) Fototerapie
- c) Celková terapie

6) Jak byste se s takovou nemocí cítil/a?



7) Setkali jste se někdy s člověkem s tímto onemocněním?

Ano Ne Nevím

8) Pokud ano, jak jste se cítil/a v kontaktu s člověkem s tímto onemocněním?

- a) Příjemně, nevadilo mi to.
- b) Nepříjemně, nevěděl/a jsem, jak mám reagovat.
- c) Odtazitě, onemocnění ve mě vyvolávalo nepříjemné pocity.
- d) Jinak, jak?

9) Znáte nějaké příčiny vzniku onemocnění?

Ano Ne Nevím

10) Pokud ano, jaké?

11) Kdo může podle Vás Psoriázou (lupénkou) onemocnět?

12) Jaký má dopad Psoriáza (Lupénka) na psychický stav nemocného?

- a) Žádný
- b) Minimální
- c) Velký
- d) Záleží na osobnosti nemocného
- e) Nevím

13) Mohou žít nemocní Psoriázou plně kvalitní život?

Ano

Ne

Možná

Nevím

14) Pohlaví: a) Muž b) Žena

15) Věk:

a) 15 – 35 let

b) 35 – 50 let

c) 50 – 65 let

d) 65 a více let

16) Nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní

b) vyučen/a

c) střední škola s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

Příloha 3. Kampaň „Nebojte se zaměstnávat lidi s lupénkou“

Pro rok 2012 se stala lupénka diagnózou, na kterou chtěl nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením více upozornit. Cílem této kampaně je prohloubit nevědomost zaměstnavatelů o tomto onemocnění. Především zdůraznit bezinfekčnost a nepřenositelnost tohoto onemocnění na okolí a změnit tak pohled zaměstnavatelů na lupénkou nemocné uchazeče o zaměstnání. Lidé s psoriázou mají na trhu práce 4 nejhorší uplatnění mezi všemi ostatními chorobami. (nfozp, 2012)



Zvenku se loupá,
ale uvnitř je skvělý.

LUPÉNKA (PSORIÁZA)...

...je závažné neinfekční onemocnění, které postihuje nejen kůži.
V ČR má tuto nemoc na 200.000 lidí. I oni chtějí být soběstační,
vést plnohodnotný život a mít stabilní zaměstnání.

**Nebojte se pacienty s lupénkou zaměstnávat.
Mohou být neocenitelnou posilou!**

Přítomní spoluprací:

NFOZP
Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Abbott Immunology

ČESKÝ KŘÍŽ 100

ČLS JEP
Česká lékařská společnost JEP
od roku 1942

Dermatologický ústav
Ústav dermatologie a venerologie
Ústav pro léčbu kožních onemocnění

Psoriatická asociace ČR
Psoriatická asociace ČR

Více na www.ipsoriaza.cz

Obrázek 7. Nebojte se zaměstnávat lidi s Lupénkou

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Krajčovičová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Aspekty života jedinců s psoriázou
Název v angličtině:	Aspects of life with people with psoriasis
Anotace práce:	Teoretická část předkládané práce pojednává o teoretických poznatcích Psoriázy z anatomického hlediska a o dopadu Psoriázy na psychický stav jedince z psychologického hlediska. Výzkumná část práce je vyhodnocena pomocí grafů a tabulek a analyzuje výsledky dotazníků, které byly předloženy široké veřejnosti a jedincům nemocným psoriázou.
Klíčová slova:	psoriáza, lupénka, kůže, léčba, psychický dopad, léčba, psychosomatika, psychoterapie
Anotace v angličtině:	The theoretical part of the presented thesis deals with theoretical knowledge of psoriasis from an anatomical point of view and with impact of psoriasis on psychological condition of an individual. The research is evaluated by graphs and tables and analyzes

	results extracted from questionnaires that were submitted to wide public and individuals with psoriasis.
Klíčová slova v angličtině:	psoriasis, psoriasis, skin, treatment, psychological impact, cure, psychosomatics, psychotherapy
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník pro jedince nemocné psoriázou Příloha 2. Dotazník pro širokou veřejnost Příloha 3. Kampaň „Nebojte se zaměstnávat lidi s lupénkou“
Rozsah práce:	80 stran
Jazyk práce:	Český jazyk