

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**VLIV PANDEMIE COVID-19 NA DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
A SOCIÁLNÍ VZTAHY U PACIENTŮ S PSORIÁZOU**

Bakalářská práce

Autor práce: Alena Klímová

Vedoucí práce: Mgr. Gabriela Doleželová, DiS.

Jihlava 2023

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Alena Klímová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Vliv pandémie COVID-19 na duševní zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou
Vedoucí práce:	Mgr. Gabriela Doleželová, DiS.
Cíl práce:	Zjistit, jaký vliv měla pandemie COVID-19, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou.

Abstrakt

Vliv pandemie COVID-19 na duševní zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou. Bakalářská práce se zabývá vlivem pandemie COVID-19, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou. Mezinárodní federace psoriatických asociací uvádí velmi úzké propojení mezi psoriázou a duševním zdravím. Na základě sběru dat a vyhodnocení kvantitativním výzkumem, práce navrhuje možnosti duševní hygieny a podpory duševního zdraví, aby došlo u psoriatiků ke zvýšení aktivního přístupu k vlastnímu onemocnění a také k předcházení a řešení případných komorbidit. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký vliv měla pandemie COVID-19, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou.

Klíčová slova

Psoriáza, psoriatická nemoc, sociální vztahy, duševní zdraví, pandemie COVID-19

Abstract

Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and social relationships in patients with psoriasis. The Bachelor's thesis deals with the impact of the COVID-19 pandemic, lockdown and health care restrictions on psychological health and social relationships on patients with psoriasis. The International Federation of Psoriasis Associations reports a very close connection between psoriasis and mental health. Based on data collection and evaluation by quantitative research, the thesis proposes options for mental health support to increase the active approach of psoriatic patients to their own disease and prevent and solve possible comorbidities. The aim of the Bachelor's thesis is to find out what effect the COVID-19 pandemic, lockdown and health care restrictions had on the psychological health and social relationships of patients with psoriasis.

Keywords

Psoriasis, psoriatic disease, social relationship, mental health, COVID-19 pandemic

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 4. května 2023

.....

Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Gabriele Doleželové DiS. za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a čas, který mi během zpracovávání práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat lékařům, kteří mi umožnili uskutečnění výzkumného šetření v jejich ambulancích, ale také respondentům, kteří byli ochotni dotazník vyplnit. Velké poděkování patří i mé rodině a blízkým za pomoc a podporu při psaní bakalářské práce i během celého studia.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	12
1.1 Anatomie kůže	12
1.2 Psoriáza a psoriatická artritida	13
1.2.1 Epidemiologie psoriázy	14
1.2.2 Klinická charakteristika	15
1.2.3 Etiologie a patogeneze psoriázy.....	17
1.2.4 Průběh a prognóza psoriázy.....	17
1.2.5 Diagnostika, léčba a terapie psoriázy.....	18
1.2.6 Komorbidity a komplikace psoriázy	21
1.3 Psychosociální aspekty života pacientů s psoriatickou nemocí	22
1.3.1 Vliv na psychiku a sociální prostředí	22
1.3.2 Psychosociální podpora.....	24
1.4 Pandemie COVID-19.....	25
1.4.1 COVID-19	26
1.4.2 Očkování proti COVID-19	27
2 Výzkumná část	29
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	29
2.2 Metodika výzkumu.....	29
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	29
2.4 Průběh výzkumu.....	30
2.5 Zpracování získaných dat	30
2.6 Výsledky výzkumného šetření.....	31
3 Diskuze	52
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	58
Závěr	59
Seznam použité literatury	61
Seznam příloh.....	65

Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví respondentů	31
Graf 2 - Rodinný stav	31
Graf 3 - Věk respondentů	32
Graf 4 - Období výskytu psoriázy (lupénky)	32
Graf 5 - Doba léčby psoriázy (lupénky)	33
Graf 6 - Forma psoriázy (lupénky)	33
Graf 7 - Místo výskytu psoriázy (lupénky)	34
Graf 8 - Projevy psoriázy (lupénky)	35
Graf 9 - Provokační faktor psoriázy (lupénky)	35
Graf 10 - Forma léčby psoriázy (lupénky)	36
Graf 11 - Přidružená onemocnění	37
Graf 12 - Prodělání onemocnění COVID-19	37
Graf 13 - Očkování proti onemocnění COVID-19	38
Graf 14 - Fungování pacientů v době pandemie	39
Graf 15 - Vliv pandemie na zdravotní stav	39
Graf 16 – Vliv/y na zhoršení příznaků psoriázy (lupénky)	40
Graf 17 - Pozitivní dopad pandemie	40
Graf 18 - Kontakt s dermatologem během pandemie	41
Graf 19 - Strategie proti dopadům pandemie na zdravotní stav	42
Graf 20 - Metody duševní hygieny	42
Graf 21 - Vyhledání psychologické/psychiatrické pomoci během pandemie nebo po ní	43
Graf 22 - Přínos odborné pomoci	44
Graf 23 - Člen organizace SPAE nebo jiné skupiny	44
Graf 24 - Opora ve zvládání onemocnění (psoriázy – lupénky)	45
Graf 25 - Porovnání výzkumné otázky 25 a 26	50

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Vyhodnocení otázky 25, relativní četnost	46
Tabulka 2 - Vyhodnocení otázky 25, absolutní četnost	47
Tabulka 3 - Vyhodnocení otázky 26, relativní četnost	48
Tabulka 4 - Vyhodnocení otázky 26, absolutní četnost	49

Seznam zkratek

AAD	American Academy of Dermatology
BMI	Body Mass Index
CASPAR	Classification for Psoriatic Arthritis
ČR	Česká republika
ČSN	Česká státní norma
ČSU	Český statistický úřad
DIP	distálně interfalangeální
EADV	European Academy of Dermatology and Venereology
I-FABD	intestinal fatty acid binding protein
IFPA	Mezinárodní federace psoriatických asociací (International Federation of Psoriasis Associations)
ILDS	Mezinárodní liga dermatologických společností (International League of Dermatological Societies)
IPC	Mezinárodní kolegium lupénky (International Psoriasis Council)
IS	Informační systém
MACE	major adverse cardiac events
MCP	metakarpofalangeální
MRI	magnetická rezonance
MTP	metatarzofalangeální
NATO	Severoatlantická aliance (North Atlantic Treaty Organization)
OSN	Organizace spojených národů
PIP	proximálně interfalangeální
Ps	psoriáza
PsA	psoriatická artritida
SPAE	Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků
UV	ultrafialový
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala jednu z nevyléčitelných nemocí dnešní doby a tou je psoriáza (lupénka). Nemoc je ovlivnitelná, avšak zatím neexistuje lék, který by její projevy vyléčil trvale. Naše medicína je velmi vyspělá, se spoustou léčebných metod a s menším či větším účinkem dokáže docílit toho, aby kůže nabyla normálního vzhledu. Nicméně u tohoto onemocnění je dědičná dispozice ve skryté formě celoživotní a neustále hrozí recidiva.

Zdravá pleť hraje v hodnocení fyzické krásy velkou roli. Současný svět často vnímá krásu člověka v bezchybnosti postavy a tváře, takže člověk s postiženou kůží se cítí méněcenně. A co hůř, pokud je postižení kůže na viditelném místě, mnohdy vzbuzuje pocity odpudivosti, strachu z nakažlivosti, lítosti či dokonce i štitivosti. Spousta psoriatiků to vnímá jako handicap. Na duši člověka pak působí nejen nezdravé kožní projevy, ale i přístup okolí, což může způsobit nemalé problémy. Projeví se v nejistotě, sníženém sebevědomí, strachu i vnitřním smutku. To pak má negativní dopad na celý jeho život, na jeho vztahy i práci. Mezinárodní federace psoriatických asociací v současnosti poukazuje na velmi úzké propojení mezi psoriázou a duševním zdravím.

Žijeme v době, kdy postupně opadá strach z onemocnění COVID-19 a uvolňují se všechna pandemická opatření. Přišly další hrozby jako válka na Ukrajině či navýšení cen energií. Otázkou však zůstává, jaký vliv měla pandemie, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou? A touto otázkou bych se chtěla zabývat v této bakalářské práci.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část práce je zaměřena na současný stav problematiky, kde je definována psoriáza a psoriatická artritida, epidemiologie, klinická charakteristika, etiologie a patogeneze, průběh a prognóza, diagnostika, léčba a terapie, komorbidita a komplikace. Dále jsou zde popsány psychosociální aspekty života s psoriatickou nemocí. V závěru této části je vymezen pojem pandemie COVID-19.

V empirické části bakalářské práce bych chtěla prezentovat výsledky kvantitativního výzkumného šetření realizovaného prostřednictvím dotazníkového šetření. Sběr dat probíhal v kožní ambulanci MUDr. Schreiberové, v plicní ambulanci MUDr. Doležela a na sjezdu delegátů patientské organizace psoriatiků (SPA), jehož se zúčastnili pacienti s psoriázou.

Motivace

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě výskytu psoriázy a psoriatické nemoci u lidí a přátel v mém okolí. Zajímá mě, jestli měla pandemie COVID-19 nějaký dopad na psychické zdraví a sociální vztahy psoriatiků, a také zdali mělo očkování proti onemocnění COVID-19 nějaký dopad na samotný výskyt tohoto onemocnění nebo na zhoršení či zlepšení zdravotního a psychického stavu. Také mě zajímá, jestli si pacienti vytvořili nějakou strategii pro udržení duševního zdraví a tím snížili dopad pandemie COVID-19 na svůj život.

Cíl práce

Hlavním cílem práce je zjistit, jaký vliv měla pandemie COVID-19, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou.

Ke stanovenému cíli se vztahují čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťuje, jak vnímají psoriatici vliv pandemie na svůj zdravotní stav, psychické zdraví a sociální vztahy. Druhá výzkumná otázka zjišťuje, zda se objevily případy nového výskytu nebo zhoršení příznaků psoriázy po očkování nebo po prodělání onemocnění COVID-19. Třetí výzkumná otázka zjišťuje, zda si nemocní vytvořili nějakou strategii v předcházení dopadům pandemie a čtvrtá výzkumná otázka zjišťuje, zdali mají psoriatici někoho, kdo je jim ve zvládnutí onemocnění oporou.

1 Současný stav problematiky

Lupénka patří mezi nejčastější kožní onemocnění, které se vyskytuje mezi muži a ženami rovnoměrně. Patogeneze vzniku přidružených onemocnění u psoriázy zůstává stále neobjasněna, přestože předpokládanými mechanismy jsou aktivace prozánětlivé kaskády, sdílené zánětlivé procesy, genetická predispozice a společné rizikové faktory (Lomicová a Cetkovská, 2019). Ačkoliv toto onemocnění neohrožuje přímo život pacienta, má nesporně zásadní vliv na fyzické, sociální a psychické aspekty života. Zaujímá druhé místo za depresí v žebříčku negativního dopadu chorob na kvalitu života, postižení psoriatických je tak srovnatelné s jinými závažnými onemocněními (Gkalpakiotis et al., 2020).

Z období kolem roku 1500 př. n. l. pochází Ebersův papyrus, který popisuje pravděpodobně psoriázu včetně přehledu tehdejší terapie zahrnující aplikaci zvířecích výkalů, plody nám neznámé rostliny „xet“, odvar z cibule či směs mořské soli a moči (Vašků, 2020). Termín psoriasis vulgaris poprvé použil Galén (129-200 n. l.) pro onemocnění pokožky a škáry spojené se svěděním (Olejářová a Fialová, 2012). V terapii lupénky byl přesvědčen o účinnosti vývaru ze zmijí a zeleniny (Vašků, 2020).

Anglický dermatolog Robert William (1757-1812) lupénku zařadil mezi erytematoskvamózní onemocnění (Olejářová a Fialová, 2012). Popisuje různé klinické manifestace, mj. termín lepra vulgaris využíval pro generalizovanou psoriázu a k léčbě doporučoval bylinné extrakty, rtuť a lázeňskou léčbu (Vašků, 2020). Otec francouzské dermatologie Jean-Louis Alibert (1768-1837) lupénku označoval za „herpex furfureux circinée“ a k její léčbě doporučoval sirné koupele a lokálně rtuťnan amonný, oxidy zinku a olova, síran zinečnatý a vápník (Vašků, 2020). Jako první ji dal v roce 1818 do souvislosti s artritidou (Olejářová a Fialová, 2012). Až v roce 1841 významný rakouský dermatolog Ferdinand Ritter von Hebra (1816–1880), rodák z Brna, lupénku definitivně oddělil od infekční lepry (Olejářová a Fialová, 2012) a v roce 1845 poprvé použil termín psoriáza (Vašků, 2020).

V průběhu 19. století byla psoriáza považována za chorobu s abnormální regulací růstu keratinocytů či onemocnění zánětlivé podstaty a až v 70. letech 20. století se objevuje názor o autoimunitním původu jako důsledek vazby protilátek proti stratum corneum. Tuto hypotézu formuloval Ernst H. Beutner (1923-2013). Nicméně Guilhou a Meynadier v pracích z roku 1978 tento pohled mění a poprvé zdůrazňují přítomnost a funkční potenciál T-lymfocytů v psoriatických projevech (Vašků, 2020). V 21. století lze na základě pochopení mechanismu psoriatické nemoci a úspěchů biologické léčby konstatovat, že psoriáza je jednou z nejlépe léčitelných chronických onemocnění a pacientům nabízí opět plnohodnotný život (Gkalpakiotis et al., 2020).

1.1 Anatomie kůže

Kůže se skládá ze tří vrstev: epidermis, tj. pokožka, dermis, tj. škára a hypodermis, tj. podkoží. Kůže obsahuje i přídatné orgány jako jsou vlasy, chlupy, nehty a žlázy. Kůže slouží jako bariéra, která odděluje vnitřní prostředí organismu a vnější prostředí (Rokyta a kol., 2016).

Epidermis je povrchová vrstva kůže, která je tvořena mnohvrstevnatým rohovějícím dlaždicovým epitelem o průměrné tloušťce 0,1 mm. Povrchové epitelální buňky na povrchu

postupně odumírají, keratizují, tj. rohovatí a odlupují se. Ve zrohovatělých buňkách je obsažen keratin, což je bílkovina zajišťující relativní nepropustnost pro vodu (Rokyta a kol., 2016).

Dermis jedná se o vazivovou vrstvu kůže o průměrné tloušťce 0,5 až 2,5 mm. Tato vrstva je vydatně prokrvená. Pod vazivovou vrstvou se nachází síťovitá vrstva, která obsahuje velké množství kolagenových svazků a elastických vláken. Tyto elastická vlákna obstarávají kůži její pevnost, roztahitelnost a pružnost (Rokyta a kol., 2016).

Hypodermis je to nejhluběji uložená vrstva kůže, vydatná na tukové buňky. Jednou z nejvíce tukově obohacených částí těla jsou na břiše, hýždích a stehnech. Množství tukové tkáně se liší s ohledem na stupeň výživy. Její rozložení ovlivňují pohlavní hormony. Z tohoto důvodu je rozložení tuku u mužů a žen odlišné. Ženy mají o něco více tukové tkáně kolem prsou, ledvin a boků (Rokyta a kol., 2016).

1.2 Psoriáza a psoriatická artritida

Psoriáza (Ps) neboli lupénka (psoriasis vulgaris) je chronické zánětlivé a hyperproliferativní onemocnění kůže, jehož kauzální léčba není dosud známa (Pavelka, 2014). Lze ji také popsat jako primárně zánětlivou dermatózu na multigenním podkladě, tedy chorobu multifaktoriální (Vašků, 2020). Má typické patofyziologické znaky jako poruchu diferenciací keratinocytů, zvýšenou angiogenezi a imunopatologický zánět (Fusek, 2012). Definice dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je rozšířena o termíny neinfekční, bolestivé, znetvořující a invalidizující onemocnění se značným vlivem na kvalitu života (Global report on psoriasis, 2016).

Lupénka není omezena pouze na kožní povrch, ale je spojena s celou řadou komorbidit, a tou je v první řadě psoriatická artritida (PsA), dále Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, Bechtěrevova choroba, psychiatrická onemocnění, nealkoholická jaterní steatóza a další složky metabolického syndromu jako diabetes mellitus II. typu, arteriální hypertenze či dyslipidemie (Gkalpakiotis, 2017), obezita a dna (Fusek, 2012). Nejnověji se spojuje s výskytem spánkové apnoe a chronickou obstrukční plicní chorobou (Gkalpakiotis, 2017). Bylo popsáno, že nemoci metabolického syndromu sdílí podobné imunopatogenetické rysy jako zvýšená hladina protizánětlivých cytokinů v kůži pacientů s psoriázou, v kloubech nemocných s revmatoidní artritidou, ve střevní sliznici pacientů s Crohnovou chorobou či v tukové tkáni pacientů s obezitou (Fusek, 2012). Vzhledem k širokému spektru asociovaných manifestací včetně kardiovaskulárního onemocnění a iridocyklitidy se začíná používat komplexní termín psoriatická nemoc (Pavelka et al., 2018). Chápání lupénky jako systémového onemocnění s četnými komorbiditami tak významným způsobem ovlivňuje léčebnou strategii (Lomicová a Cetkovská, 2019).

Psoriatická artritida (PsA) je zánětlivé revmatické onemocnění ze skupiny spondyloartritid neznámé etiologie, asociované s psoriázou, která zpravidla (až v 67 %) předchází manifestaci artritidy (Češka et al., 2015). Méně často se oba syndromy (kožní i kloubní) manifestují současně (v průběhu 1 roku) a pouze výjimečně kloubní projevy přichází dříve než kožní problémy (Pavelka et al., 2018). Jde o velmi heterogenní onemocnění se zpravidla negativními revmatoidními faktory, přičemž pouze jeden ze subtypů má společné rysy s ostatními spondyloartritidami (Češka et al., 2015). V současnosti je tedy PsA koncepčně řazena do skupiny spondyloartritid, se kterou sdílí některé klinické a genetické rysy (Gkalpakiotis et al., 2020).

PsA je obvykle séronegativní, anti-CCP negativní asymetrická oligoartritida postihující drobné a střední klouby, časem přecházející v polyartikulární onemocnění (Pavelka et al., 2018). Nejčastějšími mimokloubními projevy PsA jsou únava a depresivní ladění (Pavelka et al., 2020), dále akutní přední uveitida, nespecifické střevní záněty, kardiovaskulární nemoci, metabolický syndrom. Vztah osy střeva – skelet – kůže je aktuálně intenzivně studován, jelikož bylo prokázáno, že postižení jednotlivých domén spolu souvisí. Patogenetické mechanismy indukují inflamatorní odpověď, jsou si významně podobné a sdílí společné genetické pozadí (Gkalpakiotis et al., 2020).

1.2.1 Epidemiologie psoriázy

Podle údajů z roku 2020 postihuje psoriáza celosvětově na 60 milionů osob (Inside Psoriasis Disease, 2022). Prevalence Ps je tedy v dospělé populaci 1-3 % a nejčastěji (85-96 %) se jedná o ložiskovou psoriázu (Pavelka et al., 2018). Nicméně tyto údaje jsou získáváním relevantních dat stále více zpřesňovány také díky projektu Global Psoriasis Atlas, který uvádí celosvětovou prevalenci v rozptýlu 0,17-2,5 %, s nejnižší hodnotou ve východní Asii a nejvyšší v západní Evropě (Global Psoriasis Atlas, 2023). V České republice jde zhruba o 200 tisíc osob. Prevalence psoriázy je rozdílná jak v jednotlivých zemích, tak i na jednotlivých kontinentech. Gkalpakiotis et al. (2020) uvádějí, že například v zemích Spojeného království se vyskytuje psoriáza asi u 1,3 % populace, zatímco například v Norsku až u 11,43 %. Právě norská studie zdokumentovala během 30 let výskyt psoriázy a jednoznačně prokázala zvyšující se trend i přesto, že se diagnostika onemocnění nezměnila. Pravděpodobnou příčinou může být změna prostředí a životního stylu (Danielsen et al., 2013). V USA je postižených asi 2,5-2,6 % populace, což je asi 7 milionů lidí. Zajímavý fakt je, že asi o polovinu nižší prevalence je uváděna u osob černé rasy, u Indů je asi 0,8 %, u Číňanů asi 0,3 % a u jihoamerických Indiánů se lupénka nevyskytuje vůbec (Vašků, 2020).

Nejčastěji Ps propuká ve věku 15-30 let, ačkoliv se může objevit v jakémkoliv věku (Danielsen et al., 2013). V nástupu onemocnění je však potřeba rozlišit dva typy – psoriáza I. typu s nástupem do 40 let věku, asociací se streptokokovými infekcemi a výskytem HLA Cw6 a psoriáza II. typu s výskytem nad 40 let věku (Vašků, 2020). Výskyt PsA mezi pacienty s psoriázou se udává v rozmezí 10-42 %, nejčastěji kolem 30 % (Pavelka et al., 2020).

Pravděpodobnost rozvoje psoriázy u dítěte s jedním postiženým rodičem je 14 %, u obou se pravděpodobnost zvyšuje až na 41 % (Vašků, 2020). Prevalence s projevy PsA jsou u dětí zcela odlišné než u dospělých. Nehledě na to, že u zhruba 50 % dětských pacientů projevy začínají rovnou juvenilní PsA a ne Ps, jak určují kritéria diagnostiky PsA u dospělých (FitzGerald et al., 2021). Projevy Ps v dětském věku mají také zásadní vliv na psychické zdraví, který vede k nárůstu rizika deprese až o 23 % (Gkalpakiotis et al., 2020).

Prevalence PsA kolísá v různých populacích od 0,04-0,1 %. Podíl mužů a žen je stejný, nejčastěji jsou první příznaky popisovány pacienty ve věku 30-55 let (Češka et al., 2015). Aktuální literatura uvádí prevalenci PsA 0,4-1,2 %, případně 2,7 % roční incidence. Výskyt mezi muži a ženami je rovnoměrný, nejčastější nástup choroby je mezi 40-50 lety věku (Ocampo D a Gladman, 2019). Vyskytuje se jako oligoartikulární forma s manifestací v 1.-2. roce života, u dívek častěji, s daktylitidou a chronickou uveitidou. Druhá forma se manifestuje mezi 6.-12. rokem a je asociována s přítomností HLA B27 s postižením jakéhokoliv počtu kloubů, nehtů a s přítomností daktylitidy, entezitidy, a axiálního postižení (Pavelka et al., 2020).

1.2.2 Klinická charakteristika

Klinická manifestace psoriázy je výsledkem komplexního souběhu dějů nespecifické a specifické imunity u jedinců s genetickými predispozicemi (Fusek, 2012). Manifestace i stupeň postižení je závislé na mnoha faktorech a jejich kombinacích. Asi 60 % případů probíhá asymptomaticky, z toho 20 % subklinicky a 40 % manifestačně. Průběh může být chronicko-stacionární či akutně exantemický (Vašků, 2020). Vznik onemocnění dle zjednodušené teorie imunopatogeneze je pravděpodobně způsoben aktivací T-lymfocytů po interakci s neznámým antigenem, čímž se spustí kaskáda procesů, jejichž výsledkem je produkce několika protizánětlivých cytokinů (TNF- α , IL-6, IL-12, IL-17, IL-22 a IL-23) a diferenciací T-lymfocytů (Fusek, 2012).

Ačkoliv je celkové rozpětí projevů, jejich konfigurace a lokalizace velmi variabilní, základním projevem onemocnění zůstává lehce elevovaná, ohraničená papula červené barvy, pokrytá snadno odlučitelnou stříbřitou šupinou. Vzhled izolovaného psoriatického ložiska je vcelku uniformní (Fusek, 2012). Lokalizace kožních projevů a také celkový rozsah onemocnění stojí za variabilitou klinického obrazu a rozdělením psoriázy do několika subtypů (příloha 4). Nicméně nelze konstatovat, že pokud pacient trpí jednou formou Ps, nemůže se mu v průběhu života objevit jiná forma (Gkalpakiotis et al., 2020).

Nejčastější morfologickou variantou je chronická ložisková Ps neboli psoriasis vulgaris, která má chronický charakter, dochází u ní ke zlepšení i zhoršení, ale změny jsou pomalejší ve srovnání s akutním výsevem. Typicky se erytematoskvamozní ložiska nachází v predilekčních místech – kštice, lokty, kolena a křížová krajina (Gkalpakiotis et al., 2020).

Psoriáza kštice (psoriasis capillitii) postihuje až 80 % nemocných psoriázou, výrazně snižuje kvalitu života a léčba bývá relativně obtížná, jelikož po aplikaci lokálních přípravků jsou vlasy mastné a setkáváme se s nízkou compliance (Gkalpakiotis et al., 2020).

Postižení nehtů je popisováno až u 50 % pacientů s psoriázou a do jisté míry je prediktivním faktorem vzniku psoriatické artritidy či dalších příznaků. Při postižení nehtové matrix může mít charakter leukonychie, červené skvrny v oblasti lunuly, dolíčkování, drolení nehtů. Na nehtovém lůžku mohou být olejové skvrny, třískovité hemoragie, subunguální hyperkeratóza nebo onycholýza (Janoušková, 2014).

U psoriasis inversa se projevy onemocnění soustřeďují atypicky především do oblasti kožních záhybů a bývají provázeny silným svěděním. Léze jsou v axilách, v třísech, v genitální oblasti, v oblasti pupku, retroatikulárně, inframamárně a intergluteálně. Klinický obraz je mírně odlišný, ložiska jsou lesklá, méně zašupená, tato forma může vést ke stydlivosti až významnému dopadu na kvalitu života a sexuální život (Gkalpakiotis et al., 2020).

Méně častou formou je erytodermická psoriáza, která se projevuje generalizovaným erytémem s postižením více než 90 % povrchu těla (Gkalpakiotis et al., 2020). V případě vývoje erytodermie z akutní výsevové Ps nabývá postižení exfoliativní formy s rozsáhlými cárovitými šupinami. V případě pomalého vývoje do erytodermie není exfoliace přítomna. Důsledky jsou však shodné, a to tepelná instabilita, ztráta vody a iontů, což může vést až k ohrožení života (Vašků, 2020).

Psoriasis guttata bývá často prvním projevem psoriázy u dětí a mladých lidí. Jedná se o akutně exantematickou formu psoriázy se specifickou klinickou morfologií, kdy dochází k hustým výsevům drobných zánětlivých papul disperzně na těle. Velmi často je spouštěcím faktorem

infekce streptokokem A (Bučková a Polášková, 2013). Může být chybně zaměněna za toxoalergický exantém po použitých antibioticích na streptokokovou angínu (Gkalpakiotis et al., 2020).

U pustulózní psoriázy se rozlišuje forma lokalizovaná, která má zásadní dopad na kvalitu života a generalizovaná, jejíž průběh je velmi závažný s typickými abnormalitami v laboratorním vyšetření (Gkalpakiotis et al., 2020). Průběh generalizované pustulózní psoriázy bývá velmi rychlý, objevují se hustě uspořádané droboučké povrchní pustulky, ložiska se překotně rozšiřují na zdravou kůži, s predispozicí k flexurám, genitálu, mezprstí a kolem nehtů, které se mohou odlučovat. Může být postižena dutina ústní a jazyk. Relapsy jsou časté, vždy těžší a se špatnou prognózou (Bučková a Polášková, 2013). Psoriasis palmoplantaris se projevuje většinou izolovaným pustulózním postižením dlaní a chodidel a vyznačuje se značnou rezistencí na terapii. Míra tvorby šupin zde kolísá, vytváří se dobře hodnotitelné změny (Vašků, 2020).

Začátek onemocnění PsA je nejčastěji pozvolný, mono– až oligoartikulární forma je zhruba u 63 % pacientů (Pavelka et al., 2018). PsA postihuje jakékoli periferní klouby, nejčastěji drobné klouby ruky, zápěstí, drobné klouby nohy, hlezna, kolena, ramena a méně často i kyčelní klouby, dále také klouby axiálního skeletu, včetně sakroiliakální skloubení (Pavelka et al., 2020). Manifestace artritidy někdy následuje po úrazu kloubu, podobně jako erupce psoriázy v místě poranění kůže, což je popisováno jako Koebnerův fenomén (Pavelka et al., 2018). Kritéria pro PsA zahrnují dolíčkování nehtů, daktylitidu či psoriatická ložiska, nicméně PsA může vzniknout dříve než kožní projevy. Závažnost kožních projevů však nemá k rozvoji PsA žádný vztah (Bučková a Polášková, 2013).

Podle klinického obrazu rozlišujeme a dle Wrighta a Molla klasifikujeme u PsA 5 subtypů, které mohou v sebe přecházet – s dominujícím postižením distálních interfalangeálních kloubů (DIP), nesymetrická oligoartritida, arthritis mutilans, pseudorevmatoidní, spondyloartritida (Češka et al., 2015). DIP forma se vyskytuje asi u 15 % pacientů s PsA a je téměř vždy spojena s psoriázou nehtů. Asymetrická oligoartikulární forma s frekvencí výskytu 16–53 % u pacientů s PsA je pravděpodobně nejběžnější formou, kdy jsou postiženy nejen DIP, ale i PIP (proximálně interfalangeální) klouby dolních a horních končetin a dále metakarpofalangeální (MCP) a metatarzofalangeální (MTP) klouby s charakteristickým výskytem daktylitid. Mutilující forma je pro PsA nejcharakterističtější, avšak tato skupina není všeobecně přijímána, protože se spíše pokládá za vyústění polyartikulárního postižení s těžkým erozivním průběhem. Klinicky dominuje těžce deformovaná končetina s uvolněním kloubů vedoucí k funkčnímu deficitu. Symetrická polyartikulární forma často postihuje DIP klouby, zápěstí, hlezno, loket, koleno. Axiální postižení se vyskytuje u 5–36 % pacientů s PsA s různorodou manifestací od asymptomatických po těžké formy připomínající ankylozující spondylitidu. Často je postižena krční páteř (Pavelka et al., 2018).

K mimoskeletálním projevům patří projevy Ps na kůži, nicméně jednoznačně je PsA asociována s projevy na nehtech. Tyto projevy má 60 % pacientů s PsA a až 80–100 % pacientů s formou postižení DIP. Další oční, střevní a kardiální příznaky jsou stejné jako u ostatních spondyloartritid (Češka et al., 2015).

1.2.3 Etiologie a patogeneze psoriázy

Patogeneze Ps i PsA je pravděpodobně multifaktoriální a zahrnuje faktory genetické, imunologické a environmentální. Environmentální vlivy zahrnují kromě jiného i vliv mikrobioty (Ocampo D a Gladman, 2019). Lidský mikrobiom ovlivňuje svého hostitele přímo prostřednictvím biologicky aktivních látek a nepřímo modulací imunitního systému hostitele a případná nerovnováha může vést k manifestaci celé řady onemocnění. Bylo zjištěno, že u pacientů s Ps dochází ke snížení mikrobiální diverzity a současně k dysbióze kožního a střevního mikrobiomu (Chrpová Maulenová, 2022), což představuje potenciální spouštěcí faktor artritidy (Pavelka et al., 2020). Na kůži, bez ohledu na ložiska psoriázy, bylo prokázáno nižší zastoupení *Staphylococcus epidermidis* a *Cutibacterium acnes*. Naopak kolonizace beta-hemolytickými streptokoky a *Staphylococcus aureus* byla zvýšena. Ve střevním mikrobiomu pacientů s Ps je výrazně snížena žádoucí bakterie *Akkermansia muciniphila*, která je odpovědná za posílení integrity střevního epitelu (Chrpová Maulenová, 2022). Tato bakterie byla nalezena v nižších než běžných počtech ve střevě u pacientů s PsA (Pavelka et al., 2020).

Patogeneze Ps je v současnosti spojována se sníženou integritou střevního epitelu, která je příčinou nalezené bakteriální DNA v séru pacientů s Ps současně s významně vyšší hladinou markerů systémové zánětlivé odpovědi, včetně IL1 β , IL-6, IL-12, tumor nekrotizujícího faktoru a interferonu γ , které mohou být považovány za imunologické faktory (Chrpová Maulenová, 2022). Hlavním genetickým rizikovým faktorem pro vznik Ps je HLA-C*06 a IL23R (Ocampo D a Gladman, 2019).

Ačkoliv není patogeneze PsA objasněna, pravděpodobně je polygenně asociována s geny, které jsou současně asociovány s psoriázou, a to gen pro HLA-Cw6 a s artritidou dále gen pro HLA B27. Vliv vnějších faktorů jako jsou infekce, trauma či stres není zatím zcela jasný (Češka et al., 2015). Stres hraje důležitou roli obecně při vzniku nemoci; jedna z negativních emocí přispívající stresu je hněv, dále strach, žárlivost, osamělost, nejistota, tlak v zaměstnání, napjaté vztahy v rodině (Pagano, 2012). Další rizikové faktory vnějšího prostředí pro vznik PsA jsou obezita, těžká psoriáza, některé její specifické lokality jako vlasatá část hlavy, genitální oblast, inverzní psoriáza či psoriáza nehtů (Pavelka et al., 2020). Hlavním genetickým rizikovým faktorem pro vznik PsA je HLA B27, B38, B08, B39, IL12B a IL23R a z environmentálních faktorů bylo kromě lidského mikrobiomu identifikováno také mechanické poranění, očkování proti zarděnkám či stěhování (Ocampo D a Gladman, 2019). Zvláštní postavení v etiopatogenezi PsA má entezitida, což je zánětlivé postižení úponů šlach, kloubního pouzdra, ligament a fascií. Poslední roky se považuje za primární lézi u PsA (Pavelka et al., 2020).

Hlavními podloženými rizikovými faktory úzce spojenými s Ps se zásadním vlivem na výsledek těhotenství jsou obezita, kouření a deprese. Ps se v průběhu gravidity obvykle zlepšuje, léčba u gravidních je obdobná jako u dětí a celková léčba se zvažuje, pouze pokud jednoznačně převažuje prospěch nad riziky (Gkalpakiotis et al., 2020). Obdobně i PsA se v graviditě zlepšuje, nicméně až u 70 % žen onemocnění exacerbuje do tří měsíců po porodu (Pavelka et al., 2018).

1.2.4 Průběh a prognóza psoriázy

Cílem léčby je mít chorobu pod kontrolou, a to buď dosažením vymizení příznaků, nebo alespoň jejich zmírnění. Vývoj akutní Ps je potřeba kontrolovat u lékaře asi v týdenních intervalech, u velmi akutních forem dokonce za hospitalizace průběžně (Vašků, 2020). Při lokální terapii

či fototerapii chronické Ps lze očekávat pozitivní odezvu na léčbu ne dříve než za jeden měsíc, tudíž následné kontroly zbytkové Ps nevelkého rozsahu jsou dostatečné v rozsahu 1-3 měsíců (Vašků, 2020). Část pacientů, zejména s těžkou psoriázou, jsou na terapii dlouhodobě závislí a mohou nastoupit nežádoucí účinky léčby. Při ztrátě compliance pacienta nastupují alternativní léčitelské postupy (Gkalpakiotis et al., 2013) a pacienti se mohou na celá léta vytrátit z evidence. Motivace ke spolupráci je tedy jedním ze zásadních úkolů lékaře (Vašků, 2020).

Mezi pacienty v ČR bylo zjištěno, že nejvíce nepříjemné aspekty onemocnění z jejich pohledu jsou svědění kůže, praskání, deskvamace, bolestivost, viditelnost kožních lézí, pálení kůže, nemožnost navštěvovat bazén a saunu, pohledy až posměch ostatních lidí, časová náročnost každodenní péče, nutnost nosit zakrývací oblečení (Gkalpakiotis et al., 2013). U některých typů Ps podle typu a rozsahu je nezbytné vystavení pracovní neschopnosti, u těžkých forem lze předpokládat dokonce i invaliditu (Vašků, 2020).

Původně se předpokládalo, že PsA má benigní charakter, jenže dlouhodobé sledování prokázalo, že PsA je progresivní, destruktivní a u více než poloviny pacientů se do dvou let rozvinou eroze (Gkalpakiotis et al., 2020). Průběh PsA je většinou polycyklický s výrazným sklonem ke spontánním remisím. Více než polovina pacientů trpí progresivní erozivní artritidou, často s funkčním omezením stejně závažným, jako u artritidy revmatoidní (Pavelka et al., 2020). Polyartritidu má po deseti letech asi 60 % pacientů a 20 % pacientů má závažnou a destruktivní formu choroby (Gkalpakiotis et al., 2020). Přes 50 % pacientů popisuje kromě kloubní charakteristické zánětlivé bolesti a otoku také výraznou ranní ztuhlost trvající déle než 30 min, 22 % z nich udává také velkou únavu, někteří uvádí také palpační i spontánní citlivost kloubů (Pavelka et al., 2020).

1.2.5 Diagnostika, léčba a terapie psoriázy

Diagnostika se prvořadě opírá o podrobné dermatologické vyšetření celého kožního povrchu, zejména nehtů, kůže, uší a kožních řas, kdy se hledají typické klinické projevy. Při nejistotě je možno odebrat vzorek na histopatologické vyšetření, které může pomoci potvrdit diagnózu (Gkalpakiotis et al., 2020). Důležitá je také detailní rodinná anamnéza s pátráním po možném výskytu psoriázy u všech příbuzných (Vašků, 2020). U osobní anamnézy je nutno zjišťovat počátky projevů, zda jim předcházela infekce, léky či stres, rychlost šíření a zda dochází ke zlepšení v letních měsících, dále ranní ztuhlost, bolesti chodidel či otoky prstů (Gkalpakiotis et al., 2020). Při diagnostice je velmi důležitá spolupráce dermatologa s revmatologem, aby se předešlo pozdní diagnóze, která je bohužel běžná. Až 15 % pacientů s Ps sledovaných na dermatologii má nediagnostikovanou PsA. Pozdní diagnóza PsA je způsobena neexistencí biomarkerů nebo nevýraznými iniciálními symptomy a vede k podstatně horšímu průběhu se závažnými následky (Pavelka et al., 2020). Nehtová psoriáza bývá také lékaři navzdory závažnosti diagnózy velmi často přehlížena či neefektivně léčena (Janoušková, 2014).

Z pohledu lékařů lze u pacientů s Ps pozorovat pocity viny a zklamání, vážnou oční a slovní kontakt, alexithymii, obsedantně-kompulzivní chování, intenzivní pocity hněvu – hostilitu, dysmorfobii, zvýšené sebepozorování, nadměrnou péči o kůži, příklon k alternativním terapiím (Gkalpakiotis et al., 2013). Psychosociální distres tak ovlivňuje vnímavost k chorobě a pravděpodobně i její průběh. Nejzávažnější a nejčastější psychiatrickou komorbiditou je depresivní porucha, která se u pacientů s Ps vyskytuje třikrát častěji, a proto je u dermatologa

doporučováno zavést asertivní diagnostiku a cílený screening s využitím sebeposuzovacích škál (Gkalpakiotis et al., 2020).

Pro diagnózu PsA byla nedávno navržena kritéria CASPAR (Classification for Psoriatic Arthritis) (Češka et al., 2015), která mohou být stanovena pouze revmatology pomocí screeningových nástrojů typu dotazníku (např. Toronto PsA Screen, Psoriasis Arthritis Screening and Evaluation Questionnaire, Psoriasis Epidemiology Screening Tool, Early Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire, Screening Tool for Rheumatologic Investigation in Psoriatic Arthritis, Simple Psoriatic Arthritis Screening questionnaire) (Ocampo D a Gladman, 2019). CASPAR kritéria se používají od roku 2006, mají vysokou senzitivitu i specifitu a jsou určena k odlišení od ostatních artritid, zejména séronegativní revmatoidní artritidy nikoli k diagnostice (Pavelka et al., 2020). Žádné speciální laboratorní testy specifické pro PsA nejsou k dispozici, zvýšené bývají reaktanty akutní fáze jako sedimentace erytrocytů a CRP, bývá přítomna hypergamaglobulinémie, hypalbuminémie, anémie či hyperurikémie (Češka et al., 2015). Jako genomické biomarkery byly potvrzeny alely HLA B08, B27 a B38 jako rizikové faktory, naopak protektivní účinek může mít alela HLA-C*06 (Ocampo D a Gladman, 2019). Z českého výzkumu vzešel návrh na testování biomarkeru I-FABD (intestinal fatty acid binding protein), který je potenciálně využitelný v rámci screeningu, jelikož byl signifikantně zvýšen u pacientů s Ps, a je tak důkazem o vzájemné interakci osy střeva-kůže v patogenezi Ps (Chrpová Maulenová, 2022).

Diferenciální diagnóza zahrnuje zejména dermatitis seborrhoica, lichen planus, lupus erythematoses, pityriasis rubra pilaris, onychomykózu, sekundární lues, mycosis fungoides, numulární mikrobiální ekzém (Gkalpakiotis et al., 2020). K odlišení PsA od dny či septické artritidy při akutním začátku s monoartritidou a lividním zabarvením kůže (počáteční projevy asi u 30 % pacientů) napomáhá absence celkových projevů jako nepřítomnost horečky a třesavky. Na PsA je potřeba též myslet v případě poranění kloubů u pacienta s Ps (Pavelka et al., 2020).

Standardem pro zobrazování u PsA je klasický rentgen – asymetrické postižení distálních interfalangeálních kloubů, kombinace destruktivních a proliferativních změn, průkazná i asymetrická sakroiliitida, změny na páteři, hrubé nesymetrické syndesmofyty a paravertebrální osifikace (Češka et al., 2015). Magnetická rezonance (MRI) odhalí i časná stadia PsA, umožňuje totiž detekci zánětlivých lézí dříve než konvenční rentgen. Největšími výhodami tohoto vyšetření je schopnost zobrazit edém kostní dřeviny a v oblasti axiálního skeletu odlišit akutní změny od chronických (Gkalpakiotis et al., 2020).

Cílem terapie je mít chorobu dlouhodobě pod kontrolou, až ideálně dosáhnout úplného vymizení psoriatických ložisek (Gkalpakiotis et al., 2013). V České republice standardy léčby Ps vypracovává dermatovenerologická společnost ČLS JEP, která se také vyjadřuje k lékové politice Ps, dále Česká akademie dermatovenerologie (ČADV) vydává samostatná doporučení (Vašků, 2020). V současnosti s rychle se měnícími novými léčebnými postupy je velmi užitečné sledovat též evropské a další odborné společnosti jako EADV, ILDS, AAD (Vašků, 2020).

Lokální terapie je základem léčby Ps u mírné a středně těžké formy a bývá dostačující, jelikož většina pacientů trpí lehkou formou psoriázy (Bučková a Polášková, 2013). U těžkých forem se využívá v kombinaci se světloléčbou nebo léčbou systémovou. Důležitá je správná volba nejen účinné látky, ale i lékové formy daného léku, která se řídí typem psoriázy a její lokalizací. K lokální léčbě psoriázy se používají lokální kortikosteroidy, deriváty vitamínu D3, dehty, ichtamol,

cignolin. Nezastupitelné místo zaujímá podpůrná lokální léčba představovaná emoliencií, keratolytiky (Fialová a Kojanová, 2020) a balneoterapeutikou (Gkalpakiotis et al., 2020).

U nemocných, u nichž není lokální terapie dostačující, je špatně snášena či kontraindikovaná, u pacientů s těžkou Ps je indikována systémová farmakoterapie. V ČR aktuálně zahrnují do této kategorie fototerapii, nebiologické léky a biologické léky (Gkalpakiotis et al., 2020).

Fototerapie zahrnuje léčebný postup aplikace neionizujícího elektromagnetického záření na kůži. Za nejbezpečnější a nejúčinnější lze považovat úzkospektré záření UVB o vlnové délce 311 nm (Gkalpakiotis et al., 2020). K novějším metodám lze řadit excimerový laser emitující záření o vlnové délce 308 nm. Fototerapie má imunomodulační až imunosupresivní, protizánětlivé a antiangiogenní účinky (Fialová a Kojanová, 2020). Konkrétně inhibuje aktivaci T-lymfocytů, vede k indukci apoptózy keratinocytů a aktivovaných T-lymfocytů, ovlivňuje funkci dendritických buněk a makrofágů, inhibuje epidermální hyperproliferaci a moduluje syntézu cytokinů (Gkalpakiotis et al., 2020).

Klasická nebiologická systémová léčba je indikována u nemocných s Ps, kde výše popsané typy léčby nepomáhají, a dále u pacientů, u nichž nastávají brzké exacerbace s výrazně sníženou kvalitou života (Fialová a Kojanová, 2020). Terapie psoriatické nemoci by vždy měla být individuální a současně komplexní, její součástí by měla být také režimová opatření – eliminace provokačních faktorů, správná životospráva, vhodná pohybová aktivita, případně psychoterapie, dále je potřeba zohlednit konkrétní fenotyp a závažnost onemocnění, věk, pohlaví, komorbiditu a způsoby jejich léčby, plánování početí a preference pacienta (Gkalpakiotis et al., 2020). Methotrexát je nejdéle používaný lék v systémové terapii pacientů s ložiskovou, pustulózní a erythrodermickou Ps (Fialová a Kojanová, 2020).

V posledních letech se při diagnóze Ps/PsA stále více uplatňuje léčba biologickými léčivými přípravky, které na jednu stranu představují značnou zátěž pro zdravotnické rozpočty, ovšem zvyšuje se produktivita neboli se snižují náklady spojené se ztrátou produktivity (Pavelka, 2014). Základ biologické léčby Ps a PsA je dán porozuměním patogeneze psoriatické nemoci v poslední dekádě, kdy byly vyvinuty léky typu anti-TNF, anti-IL-12/23, anti-IL-17 a anti IL-23 (Ocampo D a Gladman, 2019). Biologická léčba byla v ČR použita poprvé v roce 2002 na PsA a v roce 2004 na Ps a spektrum léků se neustále rozšiřuje. Tyto léky jsou indikovány u středně těžkých až těžkých forem. Příkladem jsou schválené léky ze skupiny anti-TNF- α – infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab, ze skupiny anti-IL-12/23 je to ustekinumab, ze skupiny anti-IL-17 je to secukinumab a ze skupiny anti-IL-23 to je guselkumab. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou zejména infekce horních cest dýchacích, průjem a nevolnost (Gkalpakiotis et al., 2020). Léčba biologiky v ČR je vázána na Centra pro biologickou léčbu, kde je léčba vedena zkušenými specializovanými lékaři. Zahájení se řídí přesně formulovanými indikačními omezeními a úhradovými kritérii pro jednotlivé přípravky dle Státního zdravotního ústavu pro kontrolu léčiv (Fialová a Kojanová, 2020). Terapie biologiky ze skupiny anti-TNF při léčbě Ps zlepšuje klinický stav, kvalitu života a pracovní i mimopracovní produktivitu pacientů (Pavelka, 2014). Biologická léčba je též velmi účinná v případě léčby pacientů s depresivní poruchou, jelikož moderní biologika cílí na sdílené imunitní mechanismy obou těchto poruch a mohou tedy pozitivně ovlivnit nejen lupénku, ale i depresi, což má vliv i na zvýšení kvality života a snížení rizika sebevraždy (Gkalpakiotis et al., 2020). Budoucí směry v léčbě Ps a PsA vyžadují zpřesnění

genetických determinant a mechanismů spojujících spouštěcí faktory prostředí s dysregulovanými imunitními reakcemi, aby bylo možné zavést personalizovanou medicínu a využívat biomarkery (Di Meglio et al., 2014).

1.2.6 Komorbidita a komplikace psoriázy

V poslední dekádě se začíná používat souhrnný termín psoriatická nemoc, jelikož se snaží tento pojem obsáhnout všechny aspekty komplexní choroby, která je kromě kloubního systému periferního i axiálního charakteristická zánětlivým postižením entezí, vznikem daktylitid, postižením kůže a nehtů, výskytem osteoporózy, uveitid, idiopatických střevních zánětů, deprese, metabolického syndromu, který zahrnuje diabetes mellitus II. typu, arteriální hypertenze, dyslipidemie a dále kardiovaskulární nemoci, čímž je definována jako systémová choroba (Pavelka et al., 2020). V současnosti jsou tyto souvislosti již prokázány. Nejčastější komorbidita metabolický syndrom vede k velmi nepříjemným komplikacím na podkladě systémového zánětu, a to k vyššímu riziku kardiovaskulárních příhod (Gkalpakiotis et al., 2020). Zvýšená mortalita pacientů s těžkou formou psoriázy na kardiovaskulární onemocnění a zkrácení průměrné doby života až o čtyři roky byla prokázána statistickými studiemi. Včasným zahájením cílené systémové terapie je možné příznivě ovlivnit samotné kožní onemocnění a současně také komorbiditu či komplikace (Fusek, 2012). Novější studie prokazují lupénku za nezávislý rizikový faktor velkých kardiovaskulárních příhod (MACE) a fakt, že pacienti se středně těžkou až těžkou Ps mají délku života zkrácenou až o pět let (Lomicová a Cetkovská, 2019). Odborníci vysvětlují vztah mezi psoriatickou nemocí a kardiovaskulárními chorobami jako „psoriatický pochod“, dle kterého vede systémový zánět k rozvoji inzulinové rezistence s následnou endoteliální dysfunkcí, akcelеровanou aterosklerózou a manifestací samotného kardiovaskulárního onemocnění (Pavelka et al., 2020).

Výskyt metabolického syndromu přímo koreluje s rozsahem postižení pacientů s lupénkou (Lomicová a Cetkovská, 2019). Dalším nezávislým rizikovým faktorem pro rozvoj psoriázy je obezita, která zvyšuje riziko Ps dvakrát a zvyšuje se s rostoucím body mass indexem BMI (Lomicová a Cetkovská, 2019). Souvislost arteriální hypertenze a Ps tvoří angiotenzin II, který reguluje vaskulární tonus a stimuluje produkci zánětlivých cytokinů a dále také oxidační stres (Gkalpakiotis, 2017). Hypertenze u pacientů s Ps bývá těžká a nedostatečně kontrolovaná. Vznik diabetu je též asociován s lupénkou, diabetici s Ps více potřebují farmakologickou léčbu a častěji trpí mikro a makrovaskulárními komplikacemi než diabetici bez Ps (Lomicová a Cetkovská, 2019). Společnou etiopatogenetickou dráhou pro Ps a diabetes je nejspíš systémový zánět, který vyvolá inzulinovou rezistenci (Gkalpakiotis, 2017). Pacienti s Ps mají často vyšší hladinu cholesterolu a triglyceridů, což se dává do souvislosti s vyššími koncentracemi TNF- α IL-1, jež se uplatňují v patogenezi dyslipidemie (Gkalpakiotis et al., 2020).

Středně těžká až těžká lupénka je v současnosti spojována také s chronickým onemocněním ledvin, kdy riziko úmrtí na renální komplikace je u pacientů se závažnou formou Ps až čtyřnásobně vyšší (Lomicová a Cetkovská, 2019). Diagnostikovat nealkoholické onemocnění jater je důležité, protože již tak jsou pacienti ve vyšším riziku tromboembolických příhod a nealkoholická choroba jaterní toto riziko ještě zvyšuje. Nejlepší variantou léčby pro tyto pacienty je biologická terapie (Gkalpakiotis, 2017).

Incidence idiopatických střevních zánětů jako Crohnova choroba či ulcerózní kolitida je u pacientů s Ps sedmkrát vyšší než u obecné populace. Byla prokázána vysoce signifikantní asociace mezi Crohnovou chorobou a genem kódujícím podjednotku receptoru interleukinu 23 (Pavelka et al., 2020). Společné patofyziologické mechanismy dokládá i účinnost biologické terapie proti anti-TNF a ustekinumabu, což je protilátka proti IL-12/23 u Ps i střevních zánětů (Gkalpakiotis, 2017).

U žen s diagnózou PsA byl signifikantně vyšší výskyt chronické obstrukční plicní choroby (CHOPN) (Pavelka et al., 2020). CHOPN se v současnosti považuje za autoimunitní onemocnění s chronickým zánětlivým stavem podobně jako Ps. Etiopatogeneze CHOPN a Ps spojují protizánětlivé cytokiny jako CRP, TNF- α , IL-6 a IL-8. CHOPN a obstrukční spánková apnoe byly nalezeny častěji ve skupině osob s Ps než bez ní (Gkalpakiotis, 2017).

Prevalence 2-25 % je udávána pro frekvenci výskytu iridocyklitidy, což je akutní přední uveitida, u pacientů nejčastěji se současným axiálním postižením a přítomností antigenu HLA B27 (Pavelka et al., 2018).

Psoriáza je spojená s vysokým rizikem psychiatrických komorbidit, které dosahují až na 30 % pacientů, vlastní depresivní porucha je diagnostikována u 24 % nemocných s lupénkou a představuje tak nejčastější a nejzávažnější psychiatrickou komplikaci Ps. Etiopatogeneze deprese není zcela objasněna, nicméně se všeobecně za biologickou podstatu pokládá narušení synaptické hustoty některých neuronálních okruhů v důsledku mj. negativních životních událostí vedoucím k neurotoxickým změnám mozku působením cytokinů jako jsou IL-2, IL-12, IL-23, TNF- α (Gkalpakiotis et al., 2020).

Komorbidity u Ps pacientů jsou zásadní pro výběr systémové léčby, jejíž klasická varianta může mít negativní dopad na kardiovaskulární komorbidity. Aktuálně nejlepším řešením u takovýchto pacientů se jeví biologická léčba, která může mít naopak příznivý vliv i na léčbu komorbidit (Gkalpakiotis et al., 2020).

1.3 Psychosociální aspekty života pacientů s psoriatickou nemocí

Psoriáza způsobuje nejen nepříjemné pocity nečistoty a viny, ale také stigmatizaci pacientů (Demirkiran a Kiyak, 2022). Stigma představuje chronický stresor s negativními dopady na sociální fungování. Pacienti s Ps čelí diskriminaci vedoucí až k horší zdravotnické péči (Ocisková a Praško, 2015). Psychické problémy také zvyšují finanční náklady na zdravotní péči o pacienty s psoriatickou nemocí (Inside Psoriasis Disease, 2022). Psoriáza je tak z pohledu behaviorálních věd onemocnění měnící psychosociální impakt osobnosti (Vašků, 2020). Pro minimalizaci negativního dopadu těchto stigmatizujících obtíží na každodenní život pacientů je klíčová nejen optimální farmakoterapie, ale i podpora duševního zdraví (Inside Psoriasis Disease, 2022). Empatický přístup, informování o léčebných možnostech a důraz na psychický rozměr nemoci jsou tedy klíčovými faktory pro přístup k pacientovi s lupénkou (Vašků, 2020).

1.3.1 Vliv na psychiku a sociální prostředí

Dnešní doba s sebou často přináší různé a mnohdy i pokřivené pohledy na krásu člověka. V médiích a sdělovacích prostředcích jsou jako krásné často prezentovány symetrické a bezchybné tváře, tělesně přitažliví a zdraví lidé. Zdravá pleť hraje v hodnocení fyzické krásy

velkou roli, a tak jakákoli kožní nemoc představuje pro nemocného velkou psychickou zátěž. Pokud je postižení kůže na viditelném místě, může vzbuzovat u ostatních pocity lítosti, ošklivosti, odpudivosti, strachu z nakažlivosti, odtažitosti až štitivosti. To má velký dopad na duši nemocného a ten své onemocnění vnímá jako handicap (Arenberger, Janáčková, 2018).

Onemocnění kůže velmi ovlivní duševní prožívání jedince a může s sebou přinášet různé problémy a starosti. Často se projeví v nejistotě, neprůbojnosti, sníženém sebevědomí, ve strachu i vnitřním smutku. Ovlivňuje motivaci jedince, jeho cíle a také má velký vliv na sociální stránku člověka neboli na jeho vztahy a práci. Psoriatické onemocnění díky své chronicitě postupně okrádá nemocného o radost ze života a mnohdy přináší stín zklamání a deprese. Bolest kůže, svědění, nepříjemné pocity, nutkání ke škrabání, pálení, štípání a další projevy jsou věci, se kterými musí nemocný každodenně bojovat. Dnešní pokroková medicína sice nabízí jisté moderní metody léčby, nicméně ve většině případů nedokáže všechny úplně vyléčit a psoriatici se musí naučit se svou nemocí žít (Gkalpakiotis et al. 2013).

Psychická zátěž roste hlavně u chronicky nemocných pacientů, protože období projevů nemoci se střídá s obdobím klidu. Tedy období naděje se střídá s obdobím beznaděje. Na tuto zátěž obvykle nemocný reaguje obrannými mechanismy, jako je agrese spojená se slovními útoky, nebo na druhé straně s přehnaným bagatelizováním, uzavíráním se okolnímu světu, neprůbojností, sociální izolovaností, pasivitou, smutkem a sebelítostí. To postupně vede k nespokojenosti, napětí, neúspěšnosti, strachu, úzkosti a může vyústit až v úzkostně depresivní poruchu. Ta je popisována u více než poloviny pacientů s chronickým onemocněním kůže (Arenberger, Janáčková, 2018).

Stres je jedním z významných faktorů, který ovlivňuje psoriázu. U mnoha pacientů stresová zátěž nebo vypjatá životní situace vyvolala propuknutí Ps a zároveň do velké míry určuje, jakým směrem se průběh onemocnění bude ubírat (Revmatické-nemoci.cz, 2012). Stav kůže obvykle kolísá na základě aktuálního duševního stavu a pocitu životní spokojenosti psoriatika. Stresové podněty a závažné situace se projevují na kůži a na druhé straně mohou změny na kůži zpětně velmi intenzivně působit na emoční prožívání nemocného a negativně ovlivnit jeho sociální fungování. U pacientů s psoriázou je popisována větší náchylnost reagovat agresivně, vyšší úroveň úzkosti a deprese, bývají více závislí na alkoholu, mají vyšší počet sexuálních potíží, mívají sníženou schopnost řešit krizové situace, bývají více obsedantní, vztahovační a paranoidní (Javůrková, Raudenská, 2013).

Dramatický dopad na kvalitu života u pacientů s Ps a psoriatickou nemocí ukázalo mnoho studií. Ty potvrzují, že až 80 % pacientů má problémy s navazováním sociálních kontaktů. Lékaři často uvádějí při setkání s psoriatiky, že vidí snížené sebehodnocení, pocity viny a zklamání, vážnou slovní a oční kontakt, intenzivní pocity hněvu, zvýšené sebepozorování a nadměrnou péči o kůži. Pacienti uváděli, že je pro ně velmi nepříjemné, že nemohou chodit do sauny či plavat, pohledy až posměch zdravých lidí a vysoká časová náročnost v každodenní péči. Ženy s psoriázou ve vlasech mají problémy chodit ke kadeřnici nebo si odbarvovat vlasy. Pacientům také vadí, že vynaloží nemalé finanční prostředky na různé kosmetické přípravky (Gkalpakiotis et al. 2013). Významné psychologické zatížení a omezení profesních a každodenních aktivit způsobuje také psoriatické postižení nehtů (Janoušková, 2014).

V oblasti mezilidských vztahů psoriáza často ovlivňuje intimní život, vede ke strachu z negativních reakcí, nebo co si o nich myslí okolí, objevuje se stud. Respondenti mají problém

navázat nové vztahy a často i vstoupit do partnerského vztahu. Pokud někomu nedůvěřují, mají problém o lupénce mluvit a svěřují se pouze nejbližší rodině a blízkým. V rodině je také třeba vyřešit problémy s praním osobního a ložního prádla či možnost ošetřování pokožky. Někdy bývají pronásledováni pocitem viny, že jejich nemoc ovlivňuje životy druhých (Kantorová, 2015).

Psoriáza bývá spojována i s vyšším výskytem duševních onemocnění. Jedná se přibližně o jednu třetinu pacientů, které provází zhoršené duševní zdraví. Jde zejména o depresi, jejíž procento výskytu je u lupénky ze všech kožních onemocnění nejvyšší. Trpí jí 10 % lidí, kteří se s psoriázou léčí, a v Evropě dokonce 12 % (Revmatické – nemoci.cz, 2022). Klinická deprese vede až ke dvakrát častějšímu výskytu suicidálních myšlenek a pokusů o sebevraždu (Inside Psoriasis Disease, 2022). Intenzita suicidálních myšlenek koreluje s tíží deprese i se závažností psoriázy. Nemocní s lehčí formou trpí těmito myšlenkami asi v 5 %, u závažných forem je to až 30 % s tím, že dokonané suicidium spáchá kolem 15 % psoriatiků s depresivní poruchou (Gkalpakiotis et al., 2020).

Lupénka má také vliv na volbu povolání a zaměstnání. Psoriatik by měl mít zaměstnání, kde není vystaven velkému psychickému stresu, přepracování nebo nepravidelným směnám. Neměl by pracovat v prašném prostředí, nebo mít kůži vystavenou horku či vodě. Psychice psoriatika neprospívá, pokud nemůže mít oblečením zakryté kožní léze, nebo pokud se neustále setkává s lidmi a je „vystavován na odív“ spoluzaměstnancům nebo zákazníkům, jako třeba prodavač s lupénkou na rukou. Na pracovišti by měl nemocný nalézt pochopení a také možnost si pracovní prostředí přizpůsobit svým potřebám (Revmatické-nemoci.cz, 2014).

Mezi sociálně patologické jevy související se životním stylem se řadí i alkoholismus a kouření, které navíc mohou vést až k závislosti. Mezi psoriatiky je prokázána vyšší spotřeba alkoholu a kouření ve srovnání s běžnou populací (Olejárová a Fialová, 2012). Jedná se až o jednu třetinu pacientů se středně těžkou a těžkou lupénkou, kteří nadměrně konzumují alkohol (Dauden et al., 2018). Kohortová studie z roku 2017 uvádí, že lidé s Ps mají o 60 % vyšší riziko úmrtí způsobené alkoholem s příčinou alkoholové poškození jater (65,1 %), fibróza a cirhóza jater (23,7 %), duševní poruchy a poruchy chování způsobené alkoholem (7,9 %) (Parisi et al., 2017). Z tohoto důvodu by všichni pacienti s lupénkou měli být dotazováni na konzumaci alkoholu a případně edukováni stran jeho odvykání, zejména ti, u kterých je zvažována celková, potenciálně hepatotoxická, léčba lupénky (Dauden et al., 2018). Závažným problémem je též kouření, které je již řadu let asociováno nejen se vznikem lupénky, ale také s její závažností a odpovědí na léčbu. Navíc se jedná o důležitý rizikový faktor kardiovaskulárních chorob, které se též řadí mezi komorbidity psoriázy. Z těchto důvodů by všichni kuřáci měli být lékaři vedeni k odvykání kouření (Lomicová a Cetkovská, 2019).

1.3.2 Psychosociální podpora

Včasné stanovení diagnózy je u pacientů s Ps klíčové. Zahájení optimální terapie jde ruku v ruce s primární prevencí depresí a úzkostí. V rámci prevence exacerbace onemocnění i psychických problémů je vhodná edukace pacienta ohledně zdravého životního stylu jako je racionální stravování, pravidelná fyzická aktivita, odvykání kouření či abstinence (Inside Psoriasis Disease, 2022). Nezbytná je i edukace společnosti v rámci prevence stigmatizace. Projekt Mezinárodní atlas lupénky (GPA), který je výsledkem spolupráce tří předních mezinárodních organizací ve světě dermatologie: Mezinárodní federace psoriatických asociací (IFPA), Mezinárodní ligy

dermatologických společností (ILDS) a Mezinárodní kolegium lupénky (IPC), si klade za cíl informovat a monitorovat epidemiologická data o psoriáze, ekonomický dopad, rozpoznávání komorbidit či zdokonalení včasné diagnózy Ps (Global Psoriasis Atlas, 2023).

Aby psoriatik předcházel zhoršení svého zdravotního stavu a také zlepšil své duševní zdraví, je důležité, aby se naučil pečovat sám o sebe a dodržoval léčebný režim. Zajímavým zjištěním v některých studiích je, že určité nemalé procento pacientů s Ps nemá žádnou léčbu. Dalším úkolem nemocného je pracovat na svém sebevědomí a pečovat o své duševní zdraví (Gkalpakiotis et al., 2013). Cílenou podporou duševního zdraví lze efektivně minimalizovat negativní dopad onemocnění na každodenní život pacientů s psoriázou. Pacienta s podezřením na psychické obtíže je vhodné co nejdříve odeslat k odborníkovi v oblasti psychologie či psychiatrie také proto, že depresivně ladění pacienti jsou méně adherentní k léčbě (Inside Psoriatic Disease, 2022).

Negativní ovlivnění každodenního života a psychiky je pacienty i členy jejich rodin všeobecně podceňované, proto jen málo psoriatiků využívá pomoci psychologa či je členem patientské organizace. Ve studii zjišťující vliv Ps na kvalitu života provedené v České republice bylo odhaleno, že více než polovina nemocných nezná žádnou patientskou organizaci, které organizují vzájemná setkání s odborným a společenským programem (Gkalpakiotis et al., 2013). Dramatický dopad na kvalitu života byl zde jednoznačně potvrzen, jelikož až 80 % pacientů, zejména mladší populace, má problémy s navázáním sociálních kontaktů. Výborně tuto situaci pomáhají řešit právě patientské organizace, které hrají významně pozitivní roli v nápravě těchto potíží. V České republice funguje Společnost psoriatiků a atopických ekzematiků (SPAЕ), která pomáhá psoriatikům a ekzematikům v každodenním životě, při navazování kontaktů s podobnými centry, informuje o léčbě, lécích, kosmetice i alternativních možnostech léčby či organizuje ozdravné pobyty u moře (Gkalpakiotis et al., 2013). Tyto organizace také slouží ke sdílení zkušeností ze života s psoriatickou nemocí mezi pacienty navzájem (Inside Psoriatic Disease, 2022).

1.4 Pandemie COVID-19

Pandemii bychom mohli definovat jako prudký nárůst určité infekční choroby za určitou dobu v určité populaci s rozsahem zahrnujícím většinu států a zemí světa. Již od starověku lidstvo procházelo různými pandemiemi, aniž by vědělo, kterým konkrétním mikrobem je daná pandemie způsobena. Ani pandemie chřipky není v historii ničím novým. Obvykle k ní dochází, když se objeví nějaký nový kmen, vůči kterému většina lidí nemá imunitu a účinně se přenáší z člověka na člověka. Obvykle samotný chřipkový virus člověka nezabije, smrtelné bývají průvodní příznaky nebo doprovodná onemocnění, která oslabí imunitní systém (Heller, 2020).

Šíření nemoci, která nás ohrožuje, s sebou přináší obavy a strach. Nikdy v minulosti nedocházelo k takové míře informovanosti, a tak rozvoj technologií strach a obavy často podporuje. Ve světě internetu, kdy velkou část času trávíme u obrazovek mobilních telefonů, monitorů či televizí je těžké rozeznat, které informace jsou pravdivé a které jen dezinformují či dokonce jsou založeny na různých konspiračních hypotézách. Tento typ informací pak často vyvolává ve společnosti chaos a paniku s obrovskými dopady na zdravotní stav jedinců. Jelikož je velmi těžké dopředu odhadnout, jak se daná situace bude vyvíjet, je nesmírně těžké také objektivně posoudit, co je opodstatněné a co hysterické. Panika často může vyvolat různé reakce

od vykupování plynových masek, přes zásobování se trvanlivými potravinami po shromažďování jakéhokoli zdravotnického materiálu (Heller, 2020).

Chřipka je nakažlivá respirační nemoc způsobená RNA virem. Inkubační doba je udávána několik hodin až 1-2 dny. Obvykle se šíří rychle a vytváří sezónní epidemie. Má velkou schopnost mutace a nebezpečná pro vznik nových variant je i možnost rekombinace. Pokud dva různé subtypy viru napadnou tutéž buňku, mohou si prohodit část RNA a vytvořit radikálně odlišný virus se zcela novými vlastnostmi a schopnostmi (Dlouhý et al., 2022).

Koronaviry je souhrnné označení pro skupinu příbuzných RNA virů, které způsobují onemocnění u lidí i zvířat s různým stupněm závažnosti. Tyto typy virů mohou způsobit obtíže jako je nachlazení, kašel, dýchací problémy a teploty, ale i smrtelné choroby jako je SARS (Severo Acute Respiratory) či MERS (Middle East Respiratory Syndrome). Nový typ koronaviru označován jako SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) se objevil na počátku prosince 2019 v čínské provincii Chu-pej a onemocnění tímto virem bylo označeno jako COVID-19. V průběhu pandemie se objevila řada jeho variant s různými vlastnostmi. Ty musely být průběžně studovány pro zjištění jejich nakažlivosti. Mohou způsobovat závažnější onemocnění, unikát imunitní odpovědi či účinku vakcinace a monoklonálních protilátek (Heller, 2020).

1.4.1 COVID-19

COVID-19 je akutní infekční onemocnění, vyvolané virem SARS-CoV-2, s převažujícím postižením respiračního traktu. Zdrojem nákazy je infikovaný člověk s příznaky onemocnění COVID-19, ale i bez příznaků. Inkubační doba je u něj 2-14 dní, nejčastěji 4-6 dní. Přenos probíhá vzdušnou cestou kapénkami a aerosolem, a to do vzdálenosti až 2 metrů zejména kašlem, kýcháním, běžnou řečí či zpěvem. Výzkumy dále ukázaly, že zanesení do očí, nosu a úst pomocí rukou možné je, nicméně přenos kontaminovanými předměty se nepovažuje za významný (Heller, 2020).

Asi u čtvrtiny infikovaných probíhala infekce asymptomaticky, tedy bez žádných projevů onemocnění. Nejčastější příznaky byly spojené s infekcí horních nebo i dolních cest dýchacích, a to suchý dráždivý kašel, dušnost, bolest nebo škrabání v krku a rýma. Mezi celkovými příznaky se pak nejčastěji objevovala horečka, únava, malátnost, bolesti svalů, bolesti hlavy, průjem, nechutenství, nauzea a zvracení a pak ztráta čichu nebo i chuti. S rozšířením varianty omikron bylo častější postižení horních cest dýchacích. Podíl pacientů s pneumonií a dušností byl nižší. Klinické projevy u starších lidí mohly být i nenápadné a nespecifické jako například zhoršení stavu s apatií, zmateností, závratěmi či dehydratací. U některých pacientů se objevilo postižení dalších orgánů. Nejčastěji se jednalo o poškození srdce a cév jako jsou myokarditidy, arytmie, známky srdeční slabosti, dále akutní poškození ledvin, neurologické manifestace s projevy encefalitidy či encefalopatie a významný byl hyperkoagulační stav se vznikem tepenných i žilních trombóz s rizikem plicní embolie (Dlouhý et al., 2022).

Většina infekcí probíhala v rámci domácí léčby. Mezi hlavní důvody hospitalizace byla potřeba oxygenoterapie, vyčerpání s dehydratací nebo závažná dekompenzace některého chronického onemocnění. Smrtnost neboli letalita v České republice za celou dobu pandemie byla 1,0 % u osob s prokázanou infekcí. Jako rizikové faktory závažnějšího průběhu se ukázaly vyšší věk, mužské pohlaví, obezita s BMI nad 30 kg/m², již přítomné chronické onemocnění diabetes mellitus, arteriální hypertenze, CHOPN a jiná chronická plicní onemocnění, nervosvalová

postižení ovlivňující dýchání, těžší kardiální, hepatální nebo renální dysfunkce a závažný imunodeficit, imunosupresivní léčba či probíhající onkologická léčba (Dlouhý et al., 2022).

Rekonvalescence po prodělání COVID-19 může být delší než u jiných respiračních infekcí. Některé nemocné trápila několik měsíců únava, nižší výkonnost, dušnost při námaze, kašel bolesti svalů, kloubů, hlavy, ztráta čichu nebo chuti či psychické problémy. U řady pacientů onemocnění vyvolalo pozvolnější návrat do normálního života a zaměstnání, zvláště u pacientů, kteří prodělali závažnou formu COVID-19 vyžadující hospitalizaci, případně intenzivní péči. Vyšší výskyt potíží se objevil u žen, seniorů, pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách, či osobách obézních a invalidních v předchorobí. Trvalé následky způsobuje pozánětlivá fibrotizace plic, v ostatních případech potíže odezněly do 6-12 měsíců (Státní zdravotnický ústav, 2021).

1.4.2 Očkování proti COVID-19

Očkování je považováno za účinnou a dlouhodobě udržitelnou strategii ke zvládnutí infekčních onemocnění, ke kterým patří i onemocnění COVID-19. Poskytuje nejen výraznou ochranu před těžkým průběhem onemocnění COVID-19, ale i před úmrtím na toto onemocnění. Očkováná osoba je méně ohrožena nákazou, a pokud k infekci přesto dojde, riziko přenosu na jiné osoby je sníženo. U nových variant viru je ochrana před vznikem infekce sice nižší, ale zůstává vysoká ochrana proti vážnému průběhu infekce a úmrtí. Pro dostatečnou účinnost vakcinace je však důležité dodržení doporučených intervalů mezi dávkami a podání posilující dávky dle platného schématu. Vakcinace má být nabídnuta a umožněna všem zájemcům s výjimkou závažné alergické reakce na složky očkovací látky. Mezi další kontraindikace patří myokarditida, syndrom kapilárního úniku a syndrom trombózy s trombocytopenií. Překážkou v očkování proti COVID-19 není těhotenství, ani kojení, žádná chronická onemocnění, poruchy imunity, krvácivé choroby či běžná alergická onemocnění. Přednostně je očkování nabízeno lidem starším 60 let, protože vyšší věk je nejdůležitějším rizikovým faktorem závažného průběhu, hospitalizace i úmrtí (Dlouhý et al., 2022).

Většina nežádoucích reakcí po očkování proti COVID-19 by měla být lehkých a spontánně odeznít do několika hodin až dní po očkování. Nejčastěji vzniklá lokální reakce v místě vpichu zahrnující bolest, otok, zarudnutí, vyrážku či zduření spádových uzlin, většinou nevyžaduje žádnou léčbu a spontánně odezní. Celková reakce se může projevit horečkou, zimnicí, únavou, bolestmi svalů a kloubů. Občas se objeví vazovagální synkopa, což je krátkodobá ztráta vědomí bezprostředně po očkování. Život ohrožující reakcí ale může být anafylaktická reakce, která vrcholí obstrukcí dýchacích cest, hypotenzí, šokem a srdeční zástavou. Mezi vzácné komplikace pak Dlouhý et al. (2022) uvádí syndrom trombózy s trombocytopenií, myokarditidu, perikarditidu, Guillainův-Barrého syndrom a syndrom kapilárního úniku (Dlouhý et al., 2022).

Mnoho pacientů s psoriázou a psoriatickou nemocí užívá léky, které potlačují imunitní systém neboli imunosupresiva. Z tohoto důvodu je předpoklad, že by mohli být náchylnější k některým infekcím, včetně COVID-19. Nicméně zatím žádná dostupná literatura neuvádí, zda pacient s psoriázou je opravdu náchylnější k nákaze koronavirem SARS-CoV-2, nebo zda prodělání onemocnění může vyvolat nově vzniklou psoriázu. Jak už jsem zmínila výše, hlavní strategii pro překonání pandemie COVID-19 bylo zvoleno očkování. V populaci se objevilo mnoho obav ohledně rizika i účinnosti očkování, a to nejen mezi psoriatiky. A tak ačkoli psoriáza a psoriatická

nemoc nebyly nikdy uvedeny jako kontraindikace očkování, mnoho pacientů váhalo a nenechalo se naočkovat. Zatím neexistuje žádný komplexní přehled zkoumající souvislost mezi očkováním a nově vzniklým výskytem nebo exacerbací psoriázy. Jednou z mála studií o tématu je studie s názvem „Nový výskyt a exacerbace lupénky po vakcíně COVID-19: systematický přehled“ (Wu et al., 2022). Do svého výzkumu zahrnuli 11 studií s 35 pacienty s nově vzniklou psoriázou, a 36 studií, zahrnujících 279 pacientů se vzplanutím psoriázy. Zjistili, že nejčastějším podtypem psoriázy pozorovaným po očkování byla psoriáza plakového typu. Vakcíny mRNA, včetně vakcín Moderna a BioNTech/Pfizer, byly podle výsledků často spojeny s následnými epizodami psoriázy. Epizody psoriázy byly hlášeny po první, druhé a třetí dávce vakcíny, přičemž nejvíce epizod bylo hlášeno po druhé dávce. U většiny sledovaných však došlo k příznivým výsledkům se zlepšením nebo vymizením od 3 dnů do 4 měsíců po zahájení léčby. Jejich studie ukázala, že očkování proti COVID-19 může být spouštěcím faktorem psoriázy, což ukazoval krátký interval mezi očkováním a nástupem psoriázy při absenci jiných významných faktorů. I přes tyto výsledky studie doporučila psoriatickým pacientům, aby se podrobili očkování bez ohledu na použití biologických látek, protože z jejích výsledků vyplynulo, že přínosy spojené s prevencí závažné infekce SARS-CoV-2 převažují nad potenciálním rizikem nežádoucích účinků. Podle jejích výsledků nejsou imunomodulační biologická léčiva spojena s infekcí COVID-19 ani s následnou mortalitou. Uvedli, že několik studií, které prozkoumali, prokázalo, že biologika jsou bezpečná pro léčbu pacientů se středně těžkou až těžkou psoriázou, i když byli očkováni proti COVID-19 (Wu et al., 2022).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Zjistit, jaký vliv měla pandemie, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou.

1. Vnímají psoriatici vliv pandemie na svůj zdravotní stav, psychické zdraví a sociální vztahy?
2. Objeví se případy nového výskytu nebo zhoršení příznaků psoriázy po očkování nebo po prodělání onemocnění COVID-19?
3. Vytvořili si pacienti s lupénkou nějakou strategii v předcházení dopadům pandemie COVID-19?
4. Mají někoho, kdo je jim ve zvládání onemocnění oporou?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem zvolila formu kvantitativního šetření realizovaného pomocí dotazníku (příloha 1). V úvodu dotazníku jsem se respondentům představila a seznámila je se záměrem práce. Na závěr jim byla zaručena naprostá anonymita a dobrovolnost. Hlavní část dotazníku je tvořena 26 otázkami. Otázky v dotazníku jsou uzavřené a polouzavřené. Otázka 25 a 26 jsou škálové.

První výzkumná otázka má zjistit, jak vnímají psoriatici vliv pandemie na svůj zdravotní stav, psychické zdraví a sociální vztahy.

Druhá výzkumná otázka se zabývá tím, zdali se objeví případy nového výskytu nebo zhoršení příznaků psoriázy po očkování nebo po prodělání onemocnění COVID-19.

Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na to, jestli si nemocní vytvořili nějakou strategii v předcházení dopadům pandemie COVID-19.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťuje, zdali mají psoriatici někoho, kdo je jim ve zvládání onemocnění oporou.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo v kožní ambulanci MUDr. Schreiberové s.r.o. a v plicní ambulanci MUDr. Doležela v Domě zdraví ve Velkém Meziříčí na základě schválených žádostí. Dále byly dotazníky rozdány za pomoci vedoucí práce, Mgr. Gabriely Doleželové, DiS., i pacientům s psoriázou na sjezdu delegátů patientské organizace (SPAÉ). Dotazníkového šetření se zúčastnili pacienti s psoriázou nebo s psoriatickou artritidou. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků v tištěné formě. Návratnost dotazníků činila 86,6 %. Celkem bylo tedy pro výzkumné šetření použito 104 (100 %) dotazníků. Při vyplňování respondenti neměli ve většině případů s vyplňováním dotazníků žádné potíže.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2022 do března 2023. Schválení žádostí o umožnění výzkumného šetření v ambulancích mi udělila MUDr. Schreiberová i MUDr. Doležel, jelikož se jedná o soukromé ordinace (příloha 2, 3). Následně byly dotazníky rozdány i na sjezdu delegátů patientské organizace (SPAЕ). Dotazníky byly zcela anonymní a dobrovolné.

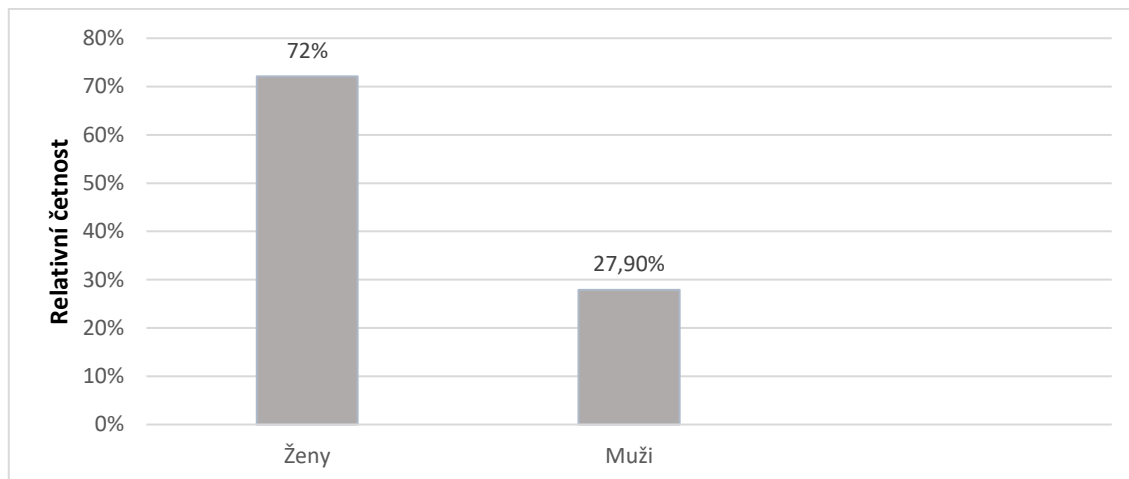
2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření jsou zpracovaná pomocí programu Microsoft Word a Microsoft Excel. Pro lepší přehlednost jsou výsledky z šetření zpracovány do sloupcových grafů s popisem. Dotazníkové otázky 25 a 26 jsem pro lepší přehlednost zpracovala do tabulek v relativní i v absolutní četnosti a následně jsem výsledky před pandemií a po pandemii srovnala také v grafu.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola shrnuje veškeré získané údaje z dotazníků, získaných od 104 (100 %) respondentů, do grafů a tabulek.

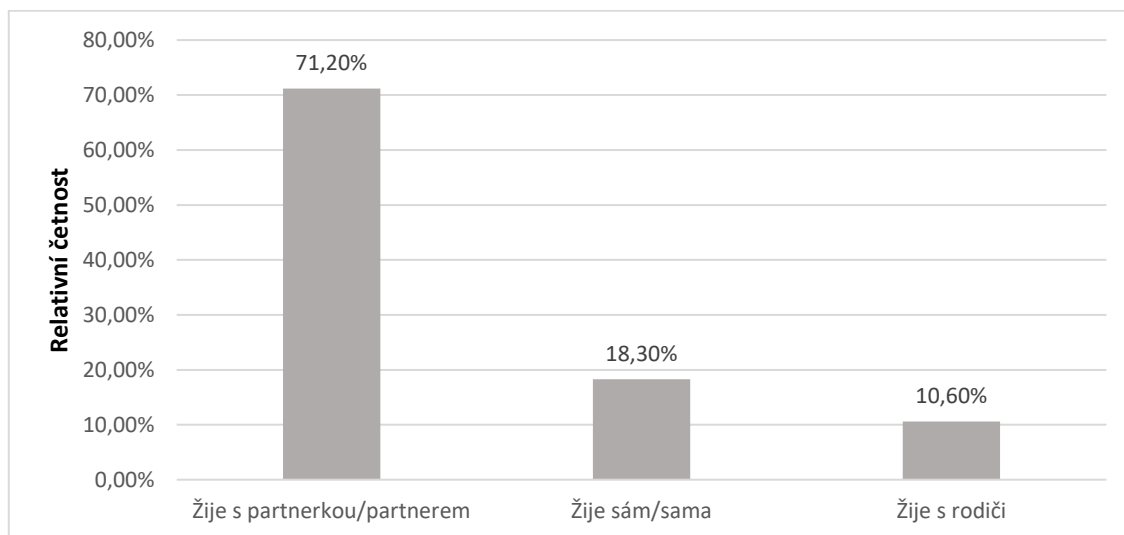
Otázka 1: Vaše pohlaví



Graf 1 - Pohlaví respondentů

Z grafu 1 vyplývá, že 104 (100 %) dotazovaných respondentů je 75 (72,1 %) respondentů žen a 29 (27,9 %) respondentů mužů.

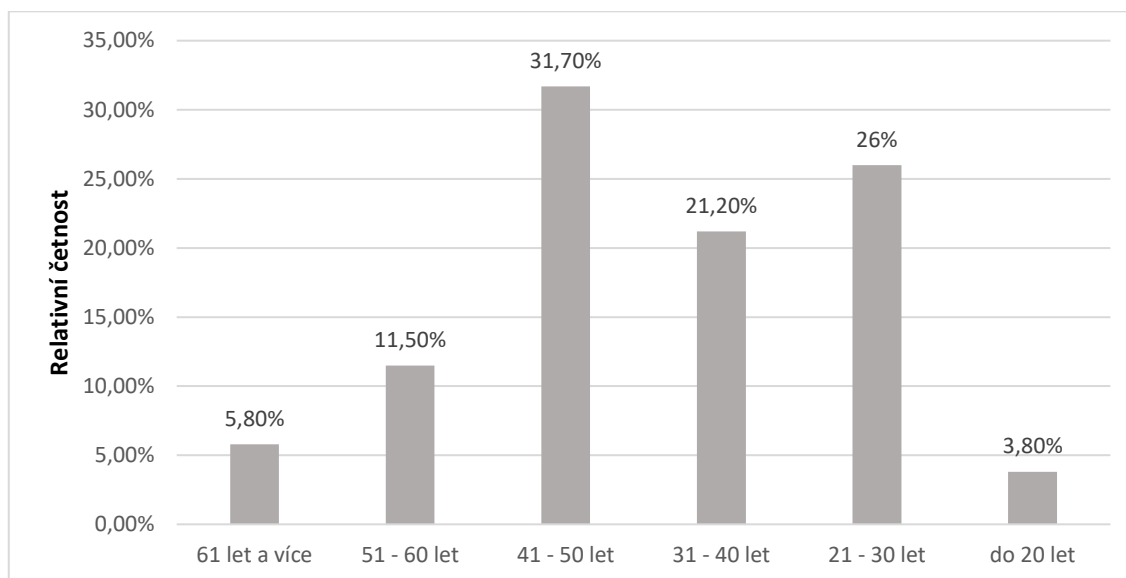
Otázka 2: Rodinný stav



Graf 2 - Rodinný stav

Z grafu 2 vyplývá, že 104 (100 %) dotazovaných respondentů 74 (71,2 %) žije s partnerem/partnerkou, 19 (18,3 %) respondentů žije sám/sama a 11 (10,6 %) respondentů žije s rodiči.

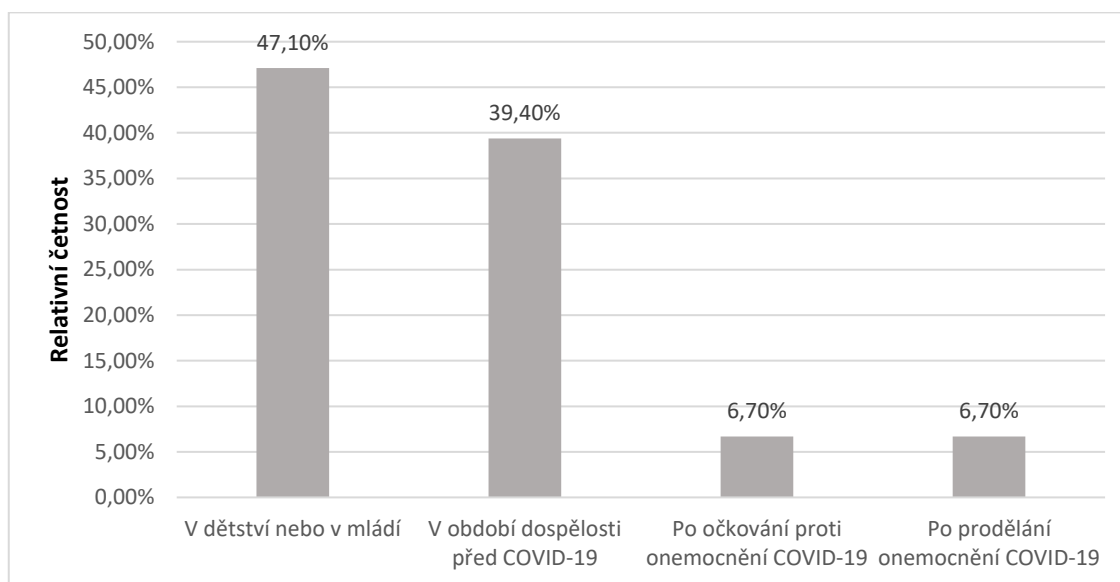
Otázka 3: Váš věk



Graf 3 - Věk respondentů

Z grafu 3 vyplývá, že 104 (100 %) dotazovaných respondentů jsou 4 (3,8 %) respondenti ve věkovém rozmezí 20 let a méně, 27 (26 %) respondentů ve věku 21-30 let, 22 (21,2 %) respondentů ve věku 31-40 let, 33 (31,7 %) respondentů ve věku 41-50 let, 12 (11,5 %) respondentů ve věku 51-60 let a 6 (5,8 %) respondentů ve věku 61 a více let.

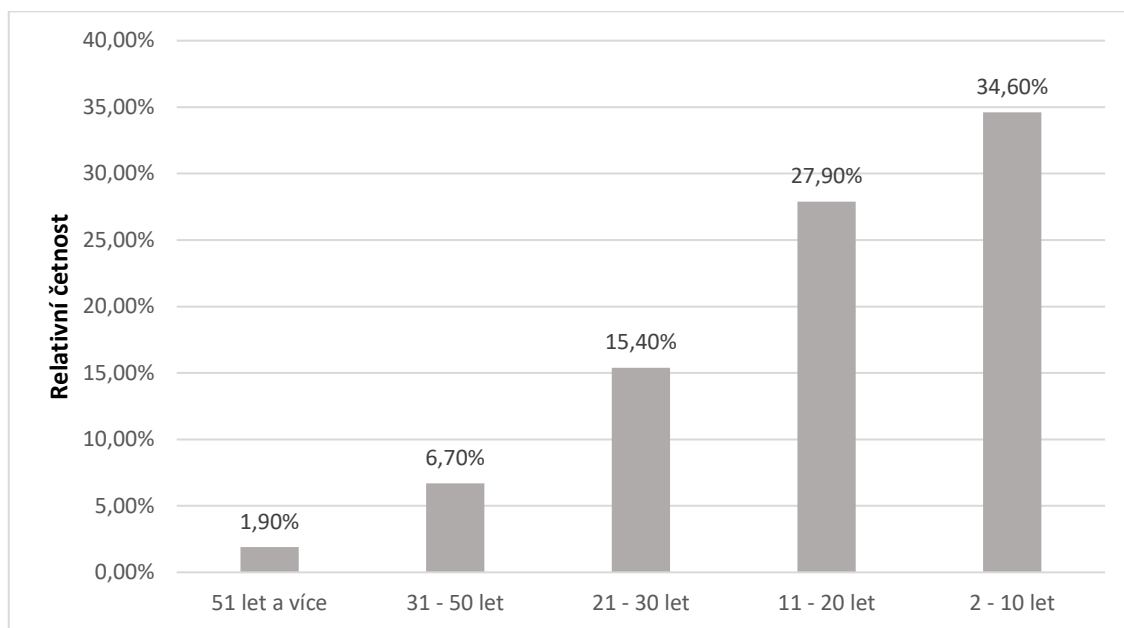
Otázka 4: Ve kterém období života se u Vás objevily první příznaky psoriázy (lupénky)?



Graf 4 - Období výskytu psoriázy (lupénky)

Z grafu 4 vyplývá, že ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů se u 49 (47,1 %) respondentů objevily první příznaky psoriázy (lupénky) v dětství nebo v mládí, u 41 (39,4 %) respondentů v období dospělosti před COVID-19, u 7 (6,7 %) respondentů po očkování proti onemocnění COVID-19 a u 7 (6,7 %) respondentů po prodělání onemocnění COVID-19.

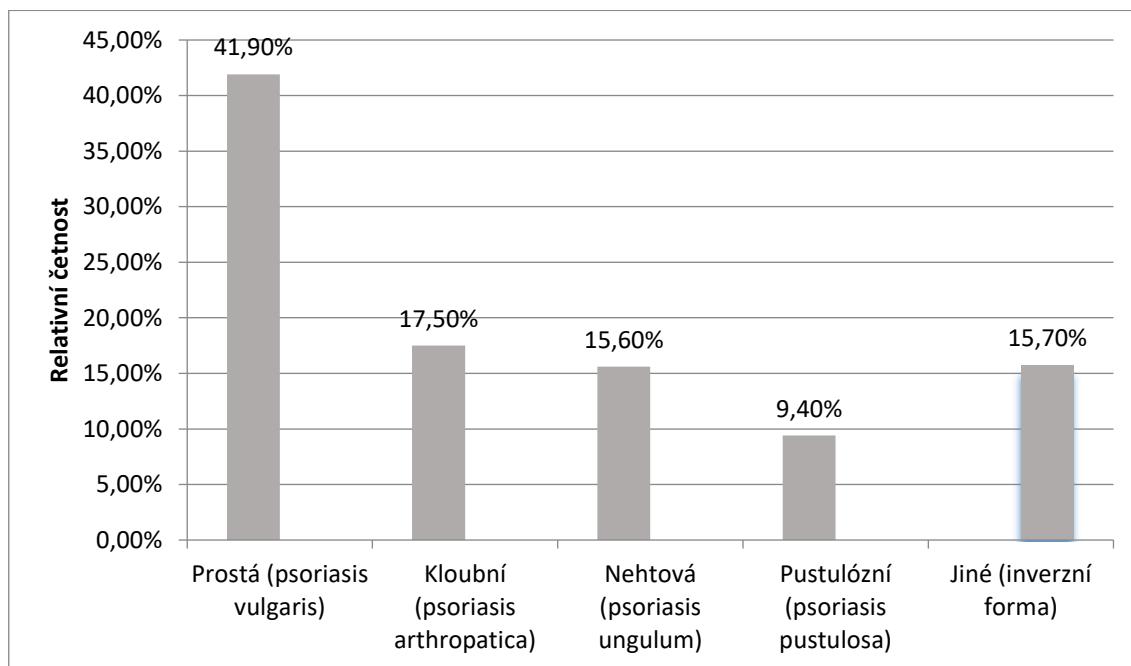
Otázka 5: Jak dlouho se s psoriázou léčíte?



Graf 5 - Doba léčby psoriázy (lupénky)

Graf 5 zobrazuje, jak dlouho se respondenti léčí s psoriázou. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů se 14 (13,5 %) respondentů méně než rok, 36 (34,6 %) respondentů léčí s psoriázou 2-10 let, 29 (27,9 %) respondentů 11-20 let, 16 (15,4 %) respondentů 21-30 let, 7 (6,7 %) respondentů 31-50 let a 2 (1,9 %) respondentů 51 let a více.

Otázka 6: Jakou máte formu psoriázy?

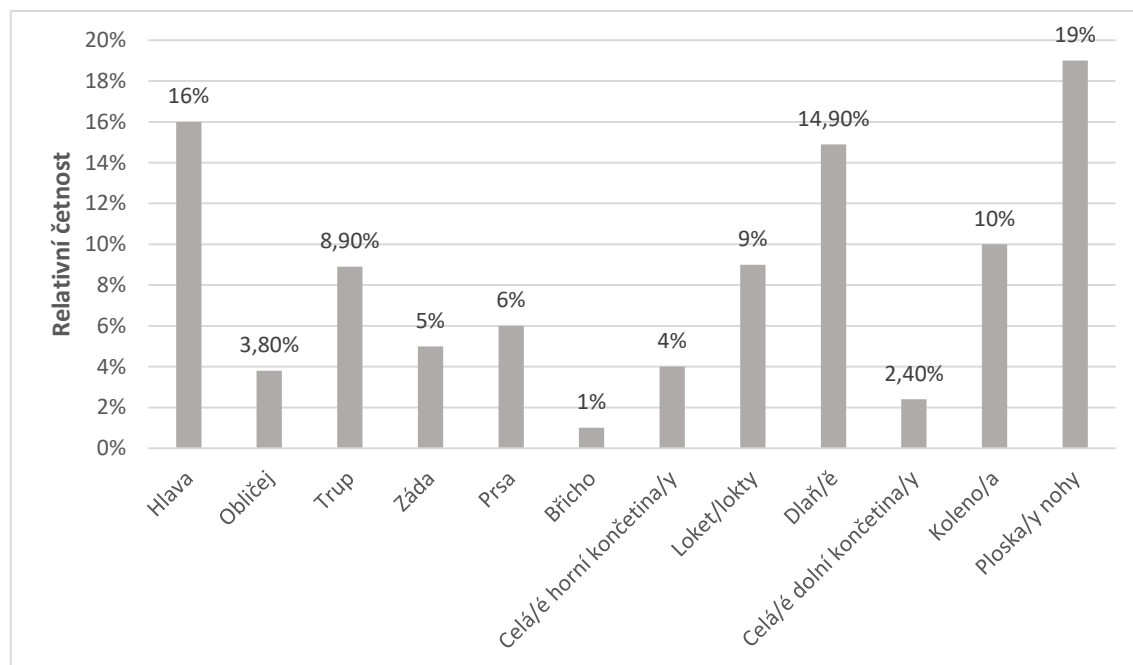


Graf 6 - Forma psoriázy (lupénky)

Graf 6 popisuje, jakou formou psoriázy respondenti trpí. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů trpí 67 (41,9 %) psoriázou prostou – psoriasis vulgaris, 28 (17,5 %) respondentů trpí

psoriázou kloubní – psoriasis arthropatica, 25 (15,6 %) trpí psoriázou nehtovou – psoriasis unguinum, 15 (9,4 %) psoriázou pustulózní – psoriasis pustulosa a 25 (15,6 %) dotazovaných respondentů zvolilo odpověď jiné (inverzní formu psoriázy).

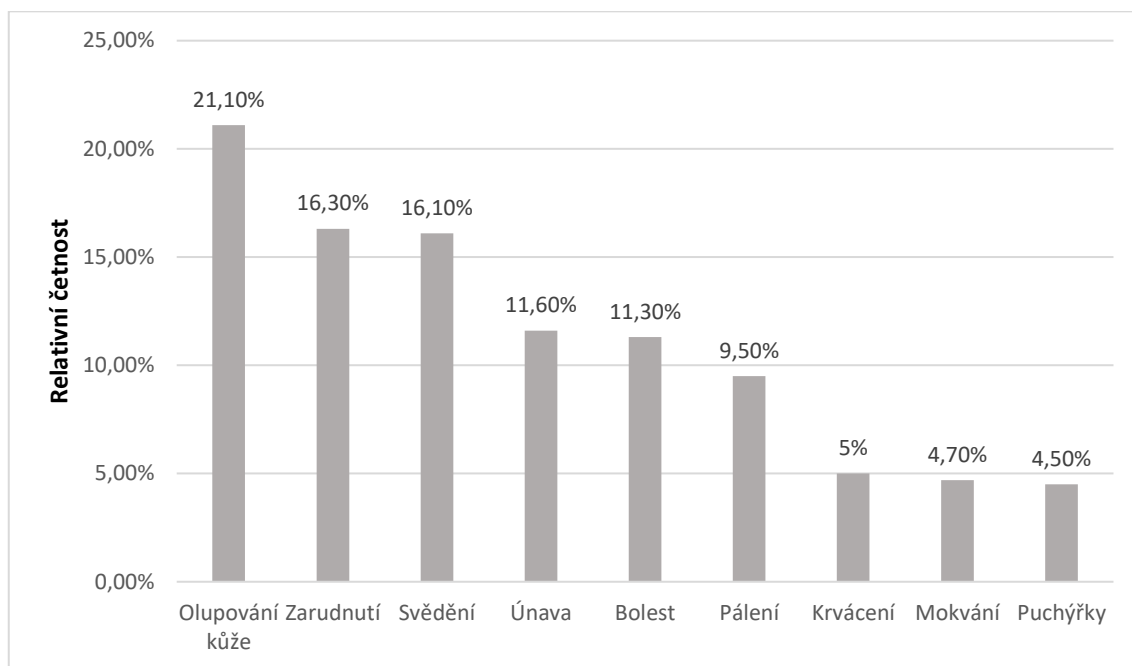
Otázka 7: Jakou část vašeho těla psoriáza postihuje? Prosím zaškrtněte oblasti na obrázku.



Graf 7 - Místo výskytu psoriázy (lupénky)

U otázky 7 mohli respondenti zvolit více odpovědí, jelikož se psoriáza může vyskytovat nejen na jednom, ale i na více místech po celém těle. Z grafu plyne, že ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů se u 81 (31,4 %) respondentů vyskytuje psoriáza v oblasti dolních končetin. Celá/é dolní končetina/y je/jsou postižena/y u 6 (2,40 %) respondentů, koleno/a u 26 (10 %) a ploska/y nohy je postižena u 49 (19 %) dotazovaných. U 72 (27,9 %) respondentů se psoriáza vyskytuje v oblasti horních končetin. Výskyt psoriázy na celé/ých horní/ch končetině/nách má 8 (4 %) respondentů, na dlani/ích 40 (14,9 %) a na loktu/ech 23 (9 %). U 54 (20,9 %) respondentů se psoriáza vyskytuje v oblasti horní části těla, trup 23 (9 %), záda 13 (5 %), prsa 16 (6 %) a břicho 3 (1 %) dotazovaných. 51 (19,8 %) respondentů v oblasti hlavy a obličeje. Výskyt psoriázy v oblasti hlavy je přítomen u 41 (16 %) respondentů a na obličeji u 10 (3,8 %) dotazovaných.

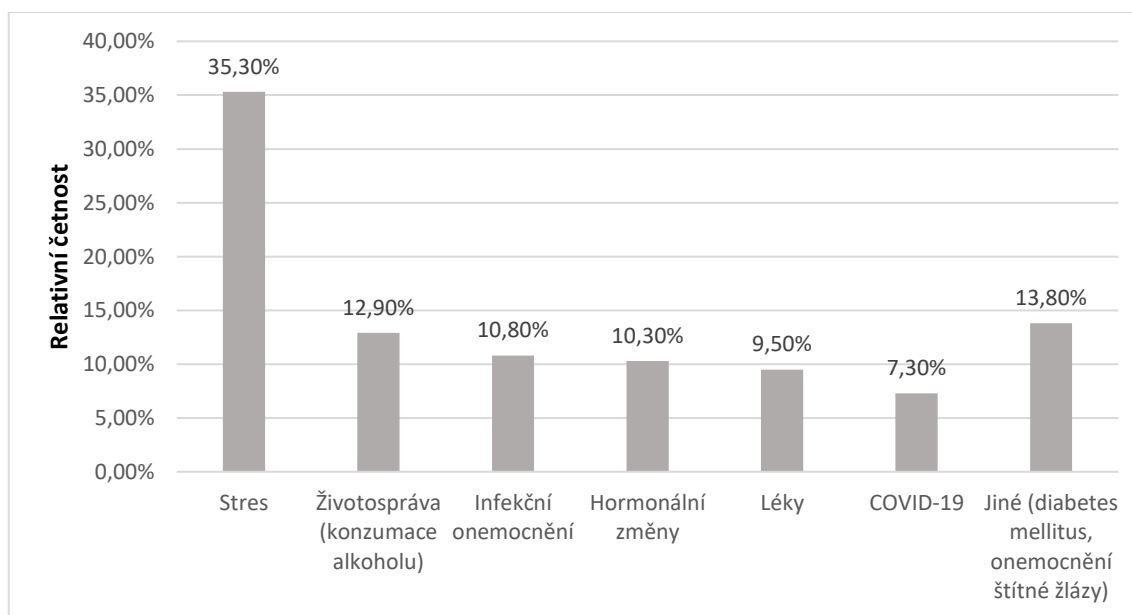
Otázka 8: Jaké příznaky se u Vás v souvislosti s psoriázou objevují?



Graf 8 - Projevy psoriázy (lupénky)

Graf 8 znázorňuje, jaké příznaky se u respondentů v souvislosti s psoriázou vyskytují. Respondenti mohli zvolit jednu a více variant příznaků spojených s psoriázou. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů se u 80 (21,1 %) vyskytuje olupování kůže, u 62 (16,3 %) respondentů se vyskytuje zarudnutí, u 61 (16,1 %) respondentů se vyskytuje svědění kůže, u 44 (11,6 %) respondentů se vyskytuje únava, u 43 (11,3 %) respondentů se vyskytuje bolest, u 36 (9,5 %) se vyskytuje pálení, u 19 (5 %) se vyskytuje krvácení, u 18 (4,7 %) mokvání a u 17 (4,5 %) puchýřky.

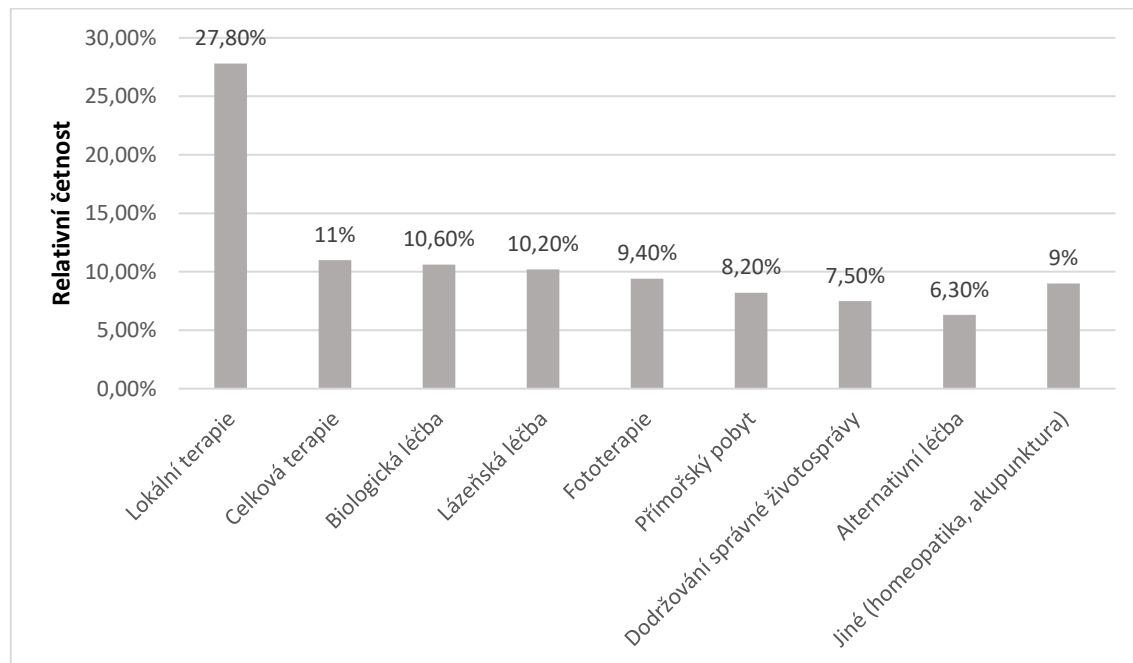
Otázka 9: Jaký provokační faktor má/měl vliv na Vaše onemocnění?



Graf 9 - Provokační faktor psoriázy (lupénky)

Graf 9 popisuje, jaký provokační faktor má/měl vliv na psoriázu. Respondenti mohli zvolit jednu a více odpovědí na tuto otázku. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů označilo celkem 82 (35,3 %) jako provokační faktor stres, 30 (12,9 %) respondentů označilo životosprávu (konzumace alkoholu, nevhodné stravování), 25 (10,8 %) infekční onemocnění, 24 (10,3 %) hormonální změny, 22 (9,5 %) léky, 17 (7,3) COVID-19, 32 (13,8) respondentů označilo možnost odpovědi jiné (diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy).

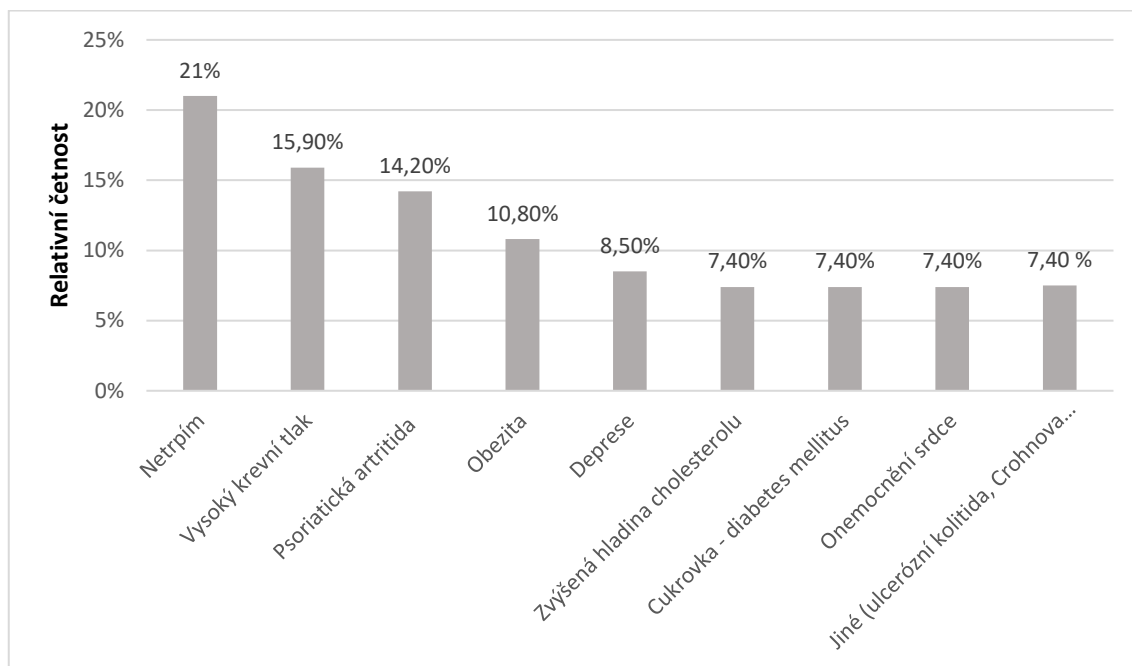
Otázka 10: Jaká terapie u Vás vede ke zlepšení projevů psoriázy – psoriatické artritidy?



Graf 10 - Forma léčby psoriázy (lupénky)

Z grafu 10 je zřejmé, že ze 104 dotazovaných respondentů využívá jako terapii ke zlepšení psoriázy a psoriatické artritidy 71 (27,8 %) respondentů lokální terapii, 28 (11 %) celkovou terapii, 27 (10,6 %) biologickou léčbu, 26 (10,2 %) lázeňskou léčbu, 24 (9,4 %) fototerapii, 21 (8,2 %) přímořský pobyt, 19 (7,5 %) dodržování správné životosprávy, 16 (6,3 %) alternativní léčbu, 23 (9 %) respondentů zvolilo možnost odpovědi jiné (homeopatie, akupunktura). U této otázky mohli respondenti zvolit jednu a více správných odpovědí.

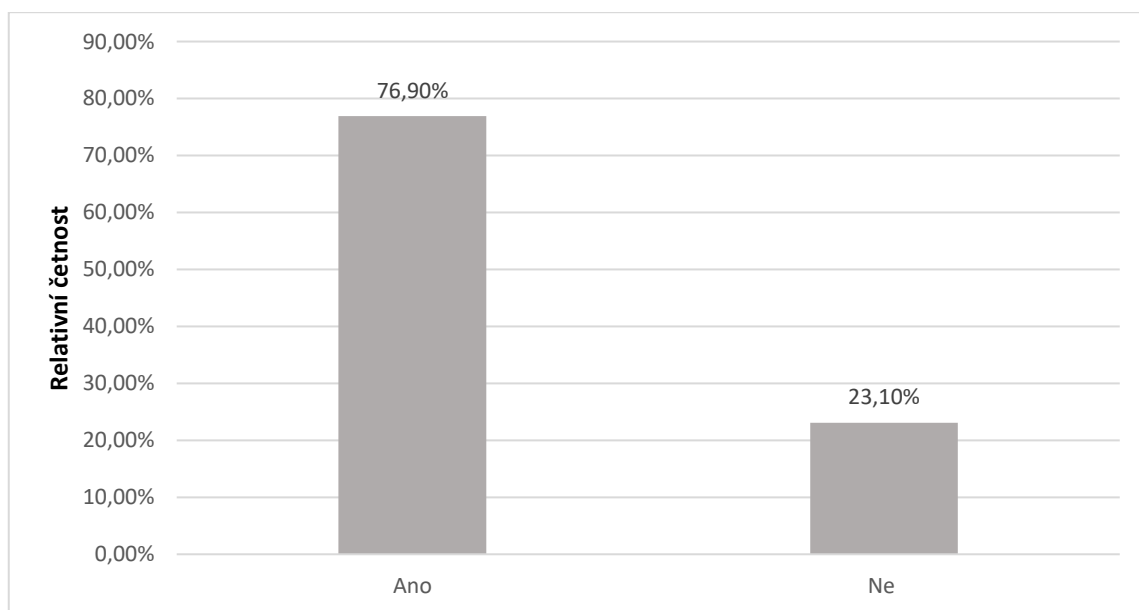
Otázka 11: Trpíte kromě psoriázy dalším onemocněním?



Graf 11 - Přidružená onemocnění

Graf 11 znázorňuje, zdali pacienti s psoriázou trpí i jiným onemocněním. U této otázky byla možnost vybrat z více odpovědí. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů odpovědělo 37 (21 %), že netrpí žádným jiným onemocněním. Dále ze 104 (100 %) respondentů uvedlo 28 (15,9 %), že kromě psoriázy trpí také vysokým krevním tlakem, 25 (14,2 %) psoriatickou artritidou, 19 (10,8 %) obezitou, 15 (8,5 %) depresemi, 13 (7,4 %) zvýšenou hladinou cholesterolu, 13 (7,4 %) diabetes mellitus, 13 (7,4 %) onemocněním srdce, 13 (7,4 %) respondentů zvolilo odpověď jiné (ulcerózní kolitidou, Crohnovou chorobou).

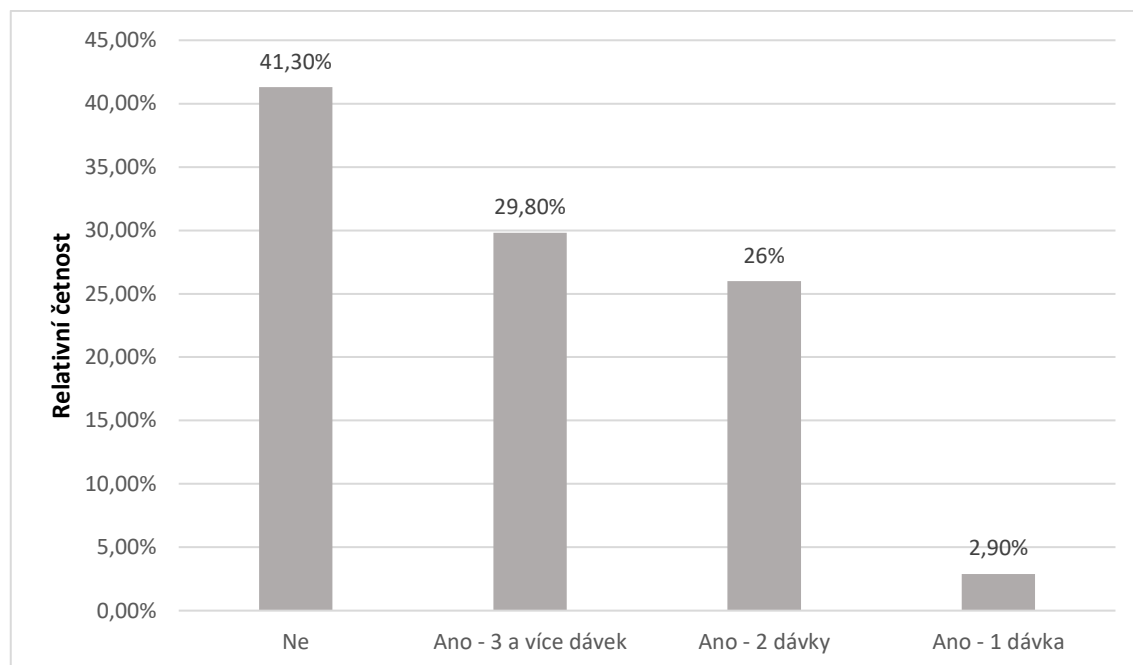
Otázka 12: Prodělal/a jste onemocnění COVID-19?



Graf 12 - Prodělání onemocnění COVID-19

Graf 12 zobrazuje, zdali pacienti s psoriázou prodělali onemocnění COVID-19. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů 80 (76,9 %) onemocnění COVID-19 prodělalo a 24 (23,1 %) respondentů onemocnění COVID-19 neprodělalo.

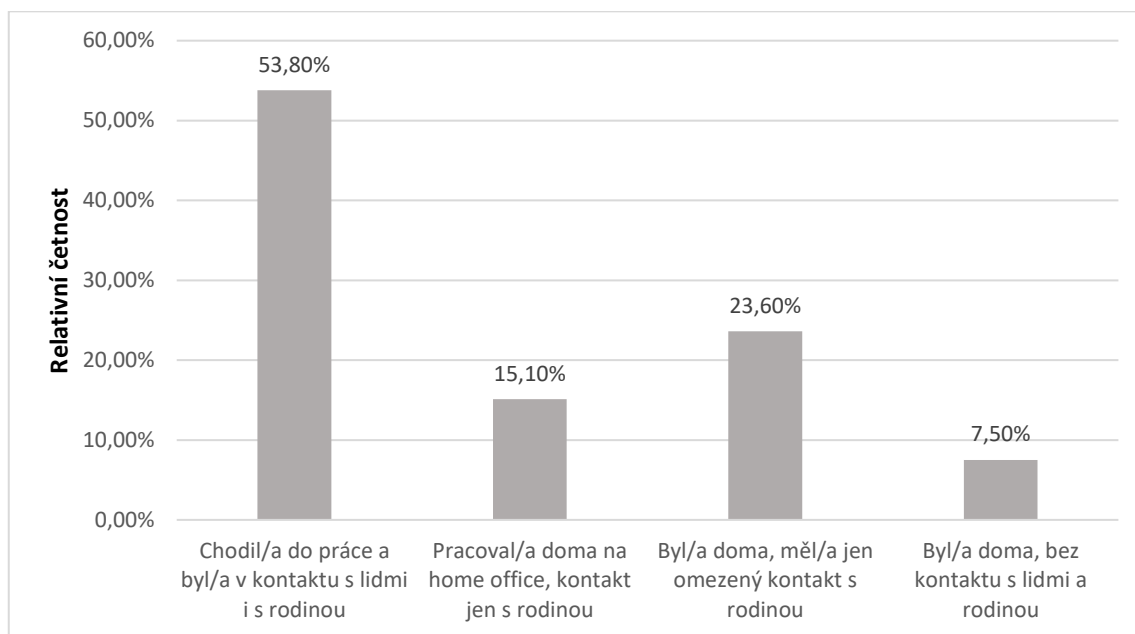
Otázka 13: Byl/a jste očkovan/a proti COVID-19?



Graf 13 - Očkování proti onemocnění COVID-19

Z grafu 13 je patrné, zda byli pacienti s psoriázou očkovaní proti onemocnění COVID-19. Ze 104 (100 %) respondentů jich 43 (41,3 %) uvedlo, že očkovaní na toto onemocnění nebyli. Celkem 31 (29,8 %) respondentů odpovědělo, že očkovaní byli 3 a více dávkami, 27 (26 %) bylo očkováno 2 dávkami a 3 (2,9 %) respondentů bylo proti onemocnění COVID-19 očkováno pouze 1 dávkou.

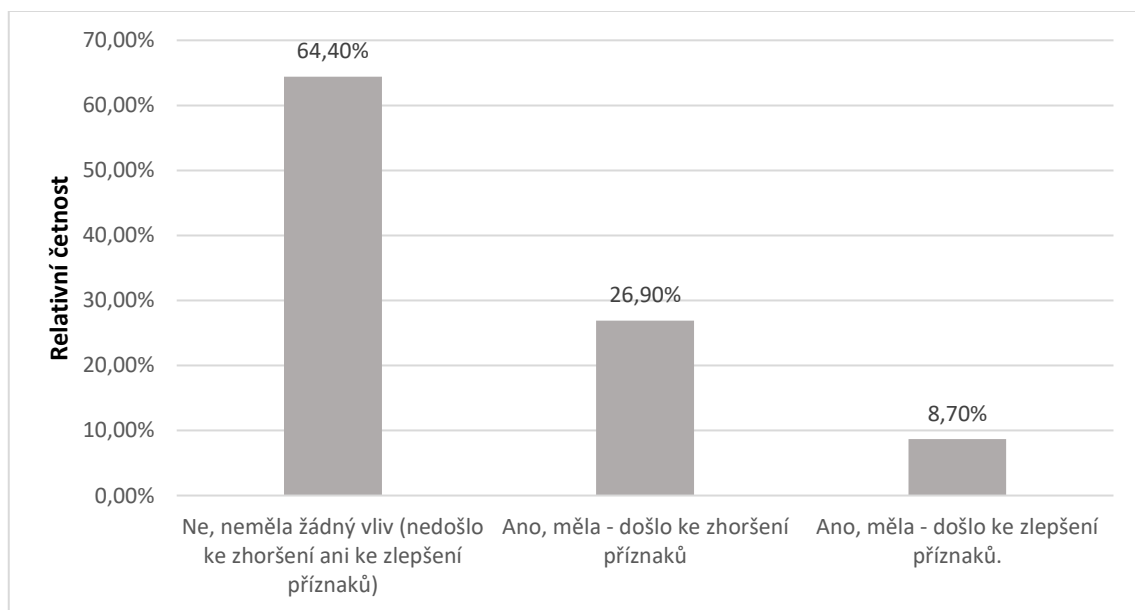
Otázka 14: V době pandemie jste:



Graf 14 - Fungování pacientů v době pandemie

Graf 14 znázorňuje, jak pacienti s psoriázou v době pandemie fungovali. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů 57 (53,8 %) odpovědělo, že chodili do práce a byli v kontaktu s lidmi i s rodinou, 16 (15,1 %) respondentů uvedlo, že pracovali doma na home office a měli pouze kontakt s rodinou. 25 (23,6 %) dotazovaných respondentů se zmínilo, že byly doma a měli jen omezený kontakt s rodinou. Pouze 8 (7,5 %) respondentů uvedlo, že v době pandemie bylo doma bez kontaktu s lidmi a rodinou.

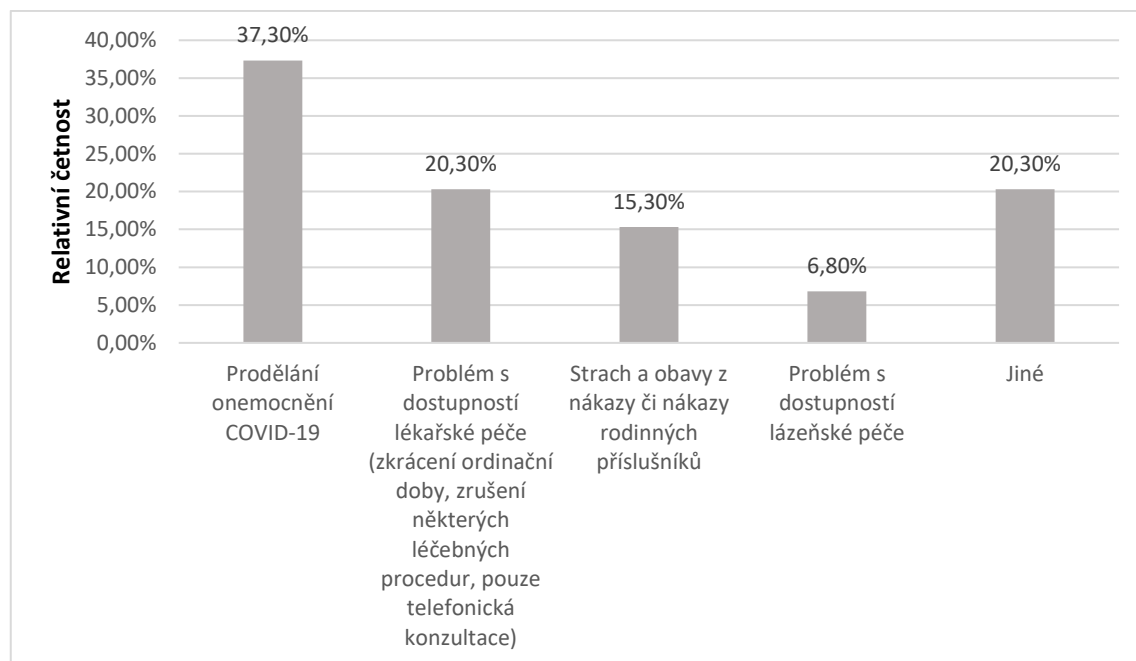
Otázka 15: Vnímáte, že měl/a pandemie nějaký vliv na Váš zdravotní stav?



Graf 15 - Vliv pandemie na zdravotní stav

Z grafu 15 vyplývá, že na 67 (64,4 %) respondentů neměla pandemie žádný vliv, na 28 (26,9 %) respondent pandemie vliv měla – došlo ke zhoršení příznaků (omezený kontakt s lékařem) a na 9 (8,7 %) pandemie vliv měla – došlo ke zlepšení příznaků (např. více času na aplikaci léčiv).

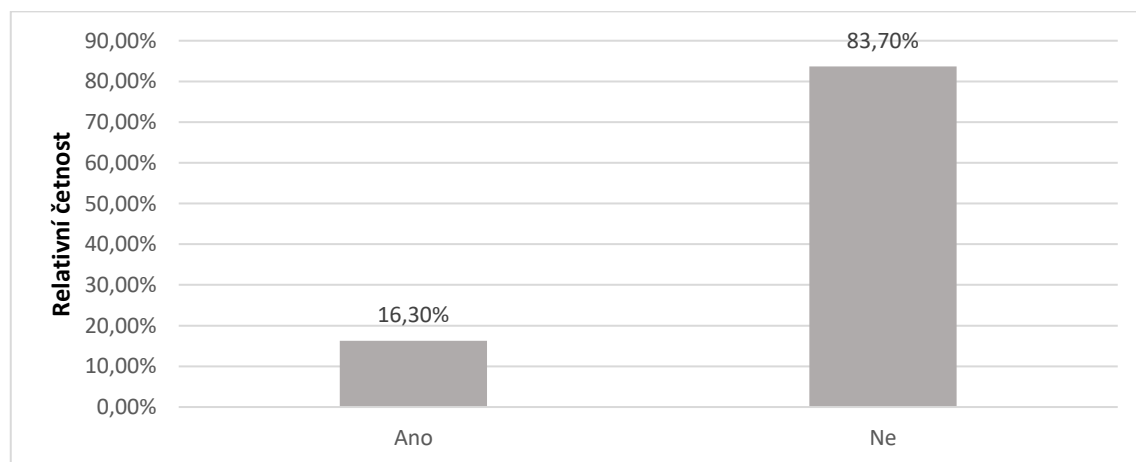
Otázka 16: Na zhoršení příznaků mělo vliv:



Graf 16 – Vliv/y na zhoršení příznaků psoriázy (lupénky)

Graf 16 znázorňuje, co mělo vliv na zhoršení příznaků psoriázy. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo 22 (37,3 %) respondentů prodělání onemocnění COVID-19, 12 (20,3 %) zmínilo problém s dostupností lékařské péče, 9 (15,3 %) strach, 4 (6,8 %) problém s dostupností lázeňské péče a 12 (20,3 %) zvolilo možnost odpovědi jiné, bez uvedení varianty vlivu/ů na zhoršení jejich příznaků.

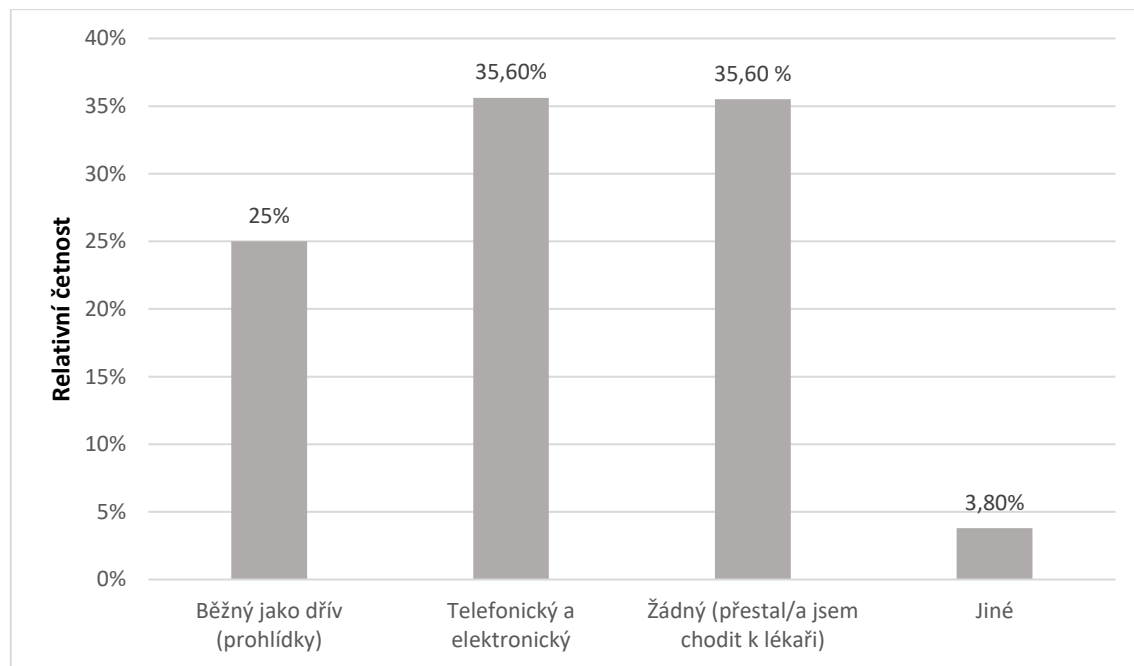
Otázka 17: Měla pandemie na psoriatické projevy i nějaký pozitivní dopad?



Graf 17 - Pozitivní dopad pandemie

Graf 16 zobrazuje, zdali měla pandemie nějaký pozitivní dopad na život pacientů s psoriázou. Ze 104 (100 %) respondentů uvedlo pouze 16 (16,3 %) respondentů, že pandemie měla pozitivní dopad na jejich život (např. více času na sebe, rodinu). 87 (83,7 %) dotazovaných respondentů odpovědělo, že pandemie neměla žádný pozitivní dopad na jejich zdraví.

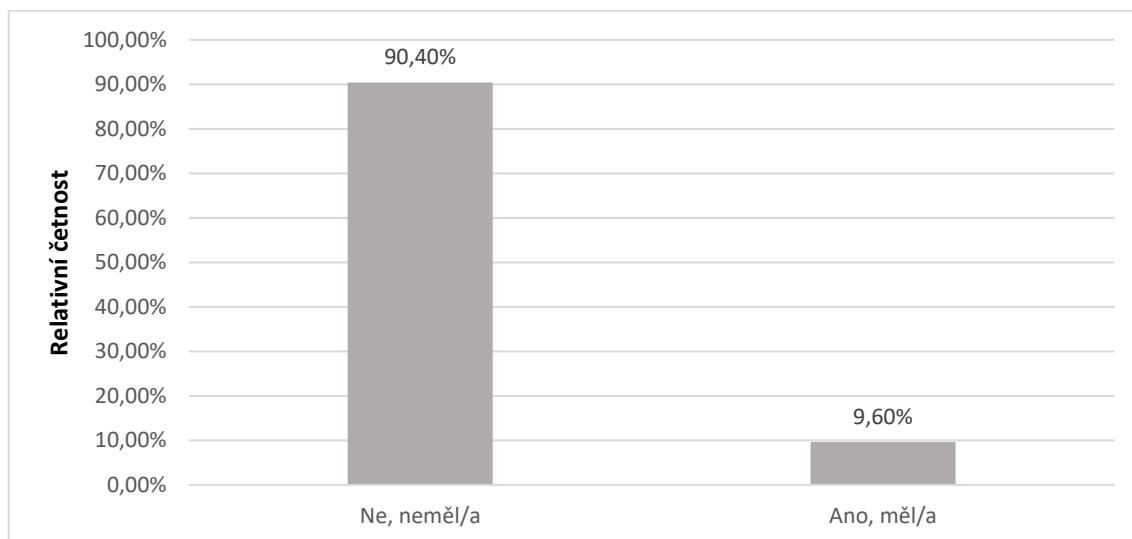
Otázka 18: Jaký jste udržoval/a kontakt s dermatologem v době pandemie?



Graf 18 - Kontakt s dermatologem během pandemie

Graf 18 ukazuje, jaký kontakt pacienti udržovali se svým dermatologem v době pandemie. Ze 104 (100 %) respondentů odpovědělo 26 (25 %) respondentů, že jejich kontakt s lékařem byl běžný jako dřív, 37 (35,6 %) žádný – přestal/a chodit k lékaři, 37 (35,6 %) telefonický nebo elektronický a 4 (3,8 %) zvolilo odpověď jiné (omezený kontakt s lékařem).

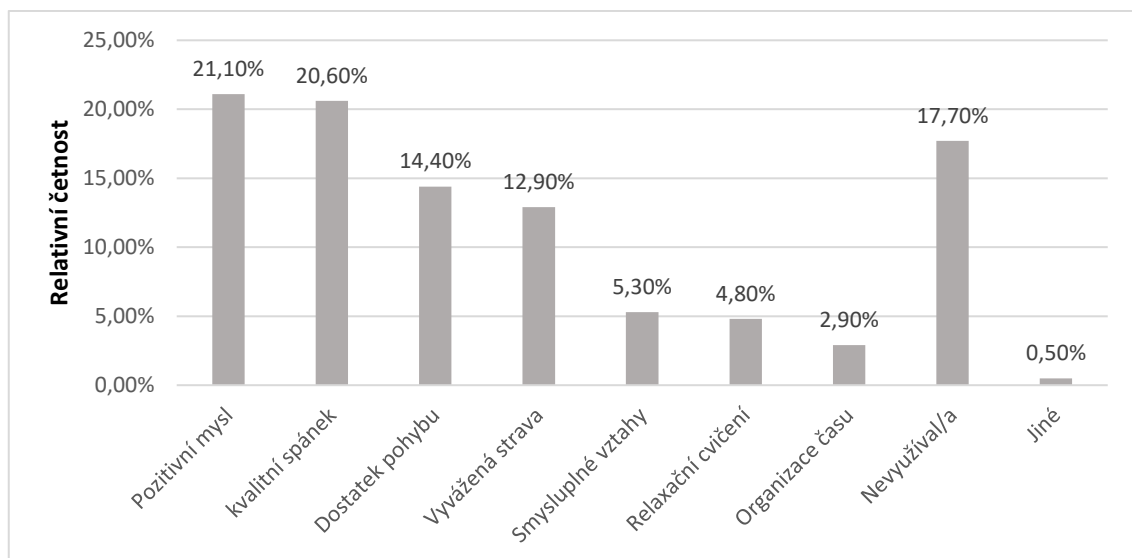
Otázka 19: Měl/a jste nějakou strategii, jak předcházet dopadům pandemie na Váš psychický stav?



Graf 19 - Strategie proti dopadům pandemie na zdravotní stav

Graf 19 poukazuje na to, zdali měli pacienti s psoriázou nějakou strategii, jak předcházet dopadům pandemie na jejich zdravotní stav. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů celkem 94 (90,4 %) nemělo žádnou strategii, jak předcházet dopadům pandemie na jejich zdravotní stav. 10 (9,6 %) respondentů mělo strategii, jak dopadům pandemie předcházet (nepřipouštět si realitu, pozitivně myslet).

Otázka 20: Využíval/a jste některou z metod duševní hygieny?

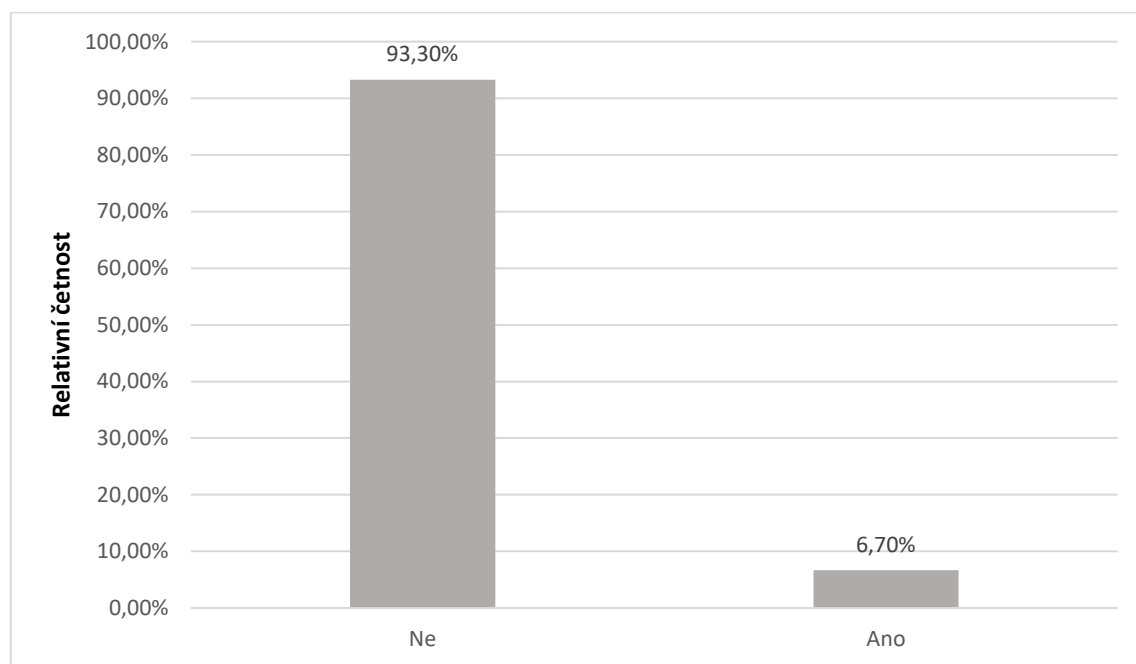


Graf 20 - Metody duševní hygieny

Graf 20 zobrazuje, jaké metody využívali pacienti s psoriázou k duševní hygieně. U této otázky byla možnost vybrat z více odpovědí. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů 44 (21,1 %) využívali některou z metod duševní hygieny.

uvedlo spánek, 43 (20,6 %) kvalitní spánek, 30 (14,4 %) dostatek pohybu, 27 (12,9 %) vyváženou stravu, 11 (5,3 %) smysluplné vztahy, 10 (4,8 %) relaxační cvičení, 6 (2,9 %) organizace času, 37 (17,7 %) nevyužilo žádnou metodu a pouze 1 (0,5 %) respondent využil variantu odpovědi jiné, bez uvedení odpovědi, o jakou metodu se jedná.

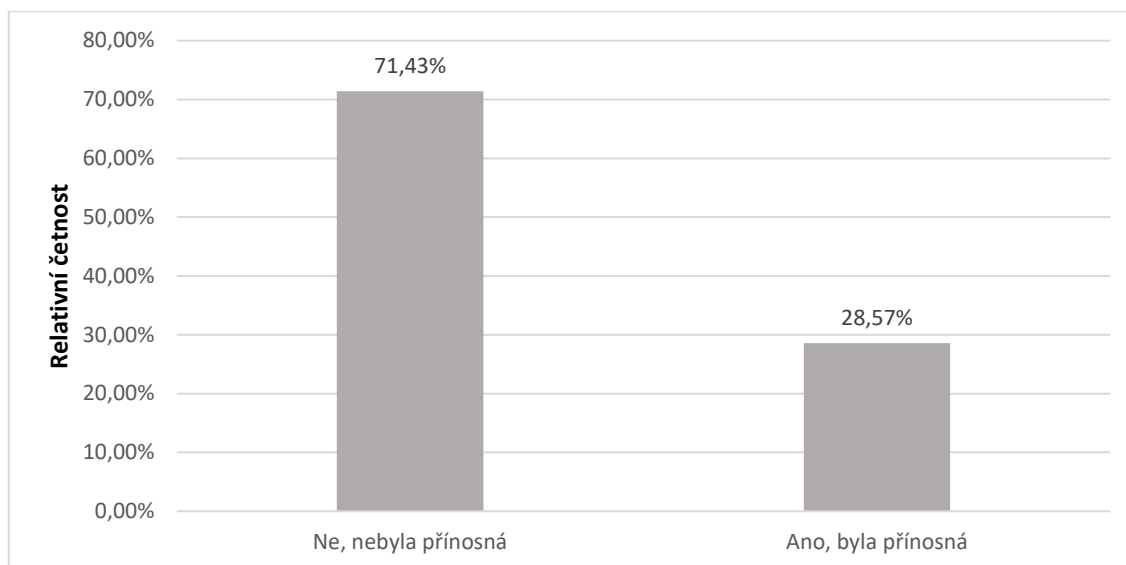
Otázka 21: Vyhledal/a jste během pandemie nebo po ní odbornou psychologickou nebo psychiatrickou pomoc?



Graf 21 - Vyhledání psychologické/psychiatrické pomoci během pandemie nebo po ní

Graf 21 představuje, zdali pacienti vyhledali během pandemie nebo po ní odbornou psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. Celkem 97 (93,3 %) respondentů ze 104 (100 %) zvolilo odpověď ne. Pouze 7 (6,7 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že odbornou pomoc vyhledalo.

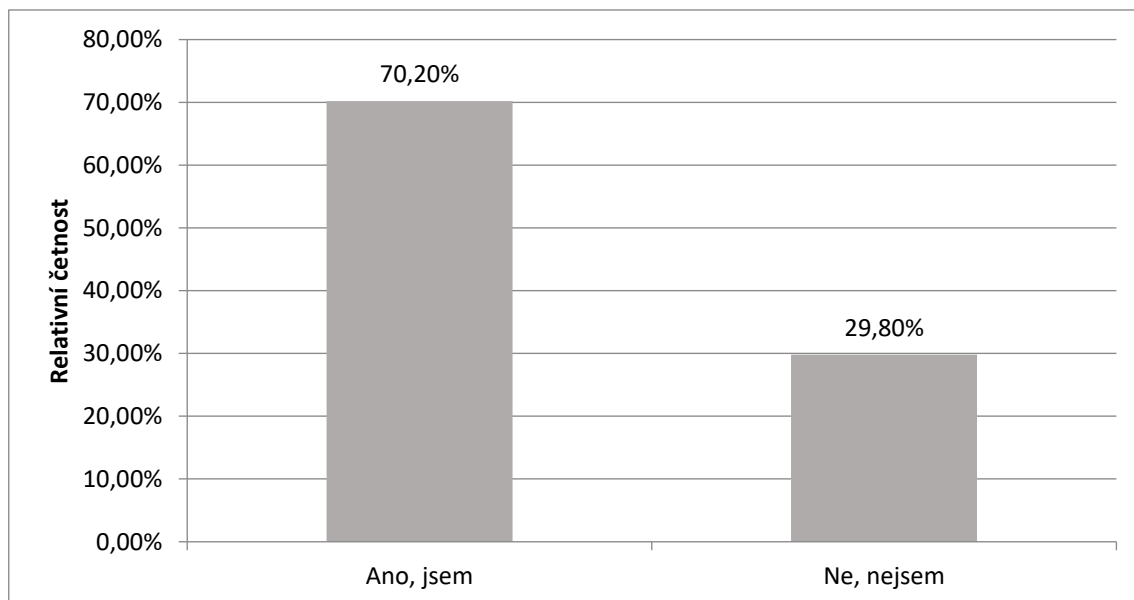
Otázka 22: Pokud jste vyhledal/a odbornou pomoc, byla pro Vás přínosem?



Graf 22 - Přínos odborné pomoci

Graf 22 ukazuje, zda byla odborná pomoc přínosná, pokud ji pacienti vyhledali. Z celkového počtu 104 (100 %) respondentů odpovědělo pouze 7 respondentů, že odbornou pomoc vyhledali. Ze 7 (100 %) respondentů, kteří odbornou pomoc vyhledali uvedlo 5 (71,43 %), že jim odborná pomoc přínosná nebyla a pouze 2 (28,57 %) respondenti odpověděli, že jim odborná pomoc přínosná byla.

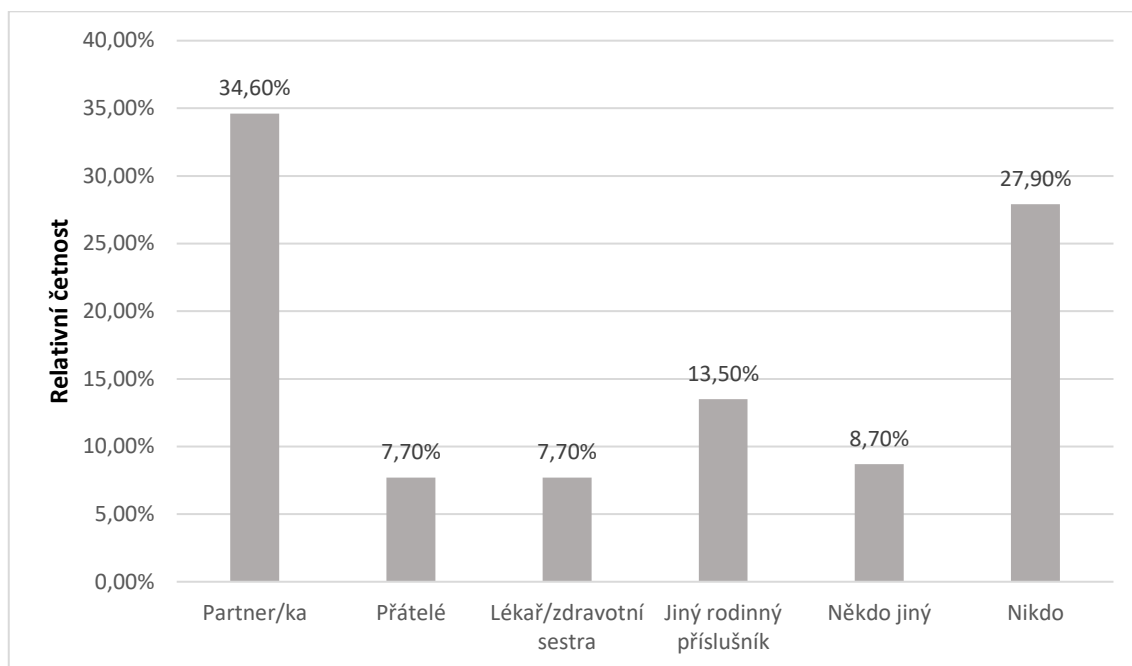
Otázka 23: Jste členem pacientské organizace SPAE (Spolek psoriaticů a atopických exematiků) nebo nějaké jiné podpůrné skupiny?



Graf 23 - Člen organizace SPAE nebo jiné skupiny

Graf 23 znázorňuje, zdali jsou respondenti součástí pacientské organizace SPAE nebo jiné podpůrné skupiny. Ze 104 (100 %) dotazovaných respondentů 73 (70,2 %) je členem a 31 (29,8 %) není členem.

Otázka 24: Kdo Vám nejvíc pomohl s psoriatickým onemocněním vyrovnat a je Vám oporou?



Graf 24 - Opora ve zvládání onemocnění (psoriázy – lupénky)

Z grafu 24 vyplývá, kdo pacientům s psoriázou nejvíce pomohl. Z celkového počtu 104 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo 36 (34,6 %) respondentů svého partnera/partnerku, 8 (7,7 %) přátelé, 8 (7,7 %) lékaře/zdravotní sestru, 14 (13,5 %) jiného rodinného příslušníka, 9 (8,7 %) zvolilo odpověď někdo jiný, bez uvedení, o koho se jedná a 29 (27,9 %) respondentů odpovědělo, že jim nikdo nepomohl.

Otázka 25: Zaškrtněte, prosím, které z uvedených tvrzení, se Vás osobně týkaly před pandemií

Tabulka 1 - Vyhodnocení otázky 25, relativní četnost

	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nemám názor	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Pocity méněcennosti	16,3 %	33,7 %	11,5 %	20,2 %	18,3 %
Akceptace svého tělesného vzhledu	15,4 %	40,4 %	14,4 %	18,3 %	11,5 %
Pocity strachu, úzkosti	17,3 %	27,9 %	11,5 %	24,0 %	19,2 %
Vyhýbání se lidem	10,6 %	27,9 %	11,5 %	27,9 %	22,1 %
Pocit studu	26,0 %	39,4 %	6,7 %	13,5 %	14,4 %
Pocit nespravedlnosti	13,5 %	24,0 %	20,2 %	22,1 %	20,2 %
Problémy v sexuální oblasti	18,3 %	24,0 %	10,6 %	18,3 %	28,8 %
Slabost, únava, ztráta energie	37,5 %	35,6 %	4,8 %	12,5 %	9,6 %
Neschopnost se radovat	9,6 %	24,0 %	16,3 %	28,8 %	21,2 %
Beznaděj, deprese	14,4 %	31,7 %	8,7 %	21,2 %	24,0 %
Osamělost	6,7 %	17,3 %	8,7 %	39,7 %	27,6 %
Úvahy nad sebevraždou	4,8 %	9,6 %	9,6 %	5,8 %	70,2 %
Pocit štěstí	9,6 %	27,9 %	26,9 %	17,3 %	18,3 %
Spokojenost s podporou partnera/ky	34,6 %	40,4 %	16,3 %	5,8 %	2,9 %
Spokojenost s podporou rodiny	35,6 %	44,2 %	14,4 %	4,8 %	1,0 %
Spokojenost s podporou přátel	27,9 %	45,2 %	18,3 %	7,7 %	1,0 %
Omezení v aktivitách volného času	17,3 %	34,6 %	12,5 %	22,1 %	13,5 %
Omezení bazénu, saun, pláží	36,5 %	29,8 %	6,7 %	15,4 %	11,5 %
Omezení společenských akcí	15,4 %	38,5 %	13,5 %	14,4 %	18,3 %
Ovlivnění zaměstnání psoriázou	9,6 %	27,9 %	17,3 %	24,6 %	21,2 %
Jiné...	-	-	-	-	-

Tabulka 2 - Vyhodnocení otázky 25, absolutní četnost

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nemám názor	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
Pocity méněcennosti	17	35	12	21	19
Akceptace svého tělesného vzhledu	16	42	15	19	12
Pocity strachu, úzkosti	18	29	12	25	20
Vyhýbání se lidem	11	29	12	29	23
Pocit studu	27	41	7	14	15
Pocit nespravedlnosti	14	25	21	23	21
Problémy v sexuální oblasti	19	25	11	19	30
Slabost, únava, ztráta energie	39	37	5	13	10
Neschopnost se radovat	10	25	17	30	22
Beznaděj, deprese	15	33	9	22	25
Osamělost	7	18	9	41	29
Úvahy nad sebevraždou	5	10	10	6	73
Pocit štěstí	10	29	28	18	19
Spokojenost s podporou partnera/ky	36	42	17	6	3
Spokojenost s podporou rodiny	37	46	15	5	1
Spokojenost s podporou přátel	29	47	19	8	1
Omezení v aktivitách volného času	18	36	13	23	14
Omezení bazénu, saun, pláží	38	31	7	16	12
Omezení společenských akcí	16	40	14	15	19
Ovlivnění zaměstnání psoriázou	10	29	18	25	22
Jiné...	-	-	-	-	-

Otázka 26: Zaškrtněte, prosím, u jednotlivých tvrzení změny, které ovlivnila pandemie

Tabulka 3 - Vyhodnocení otázky 26, relativní četnost

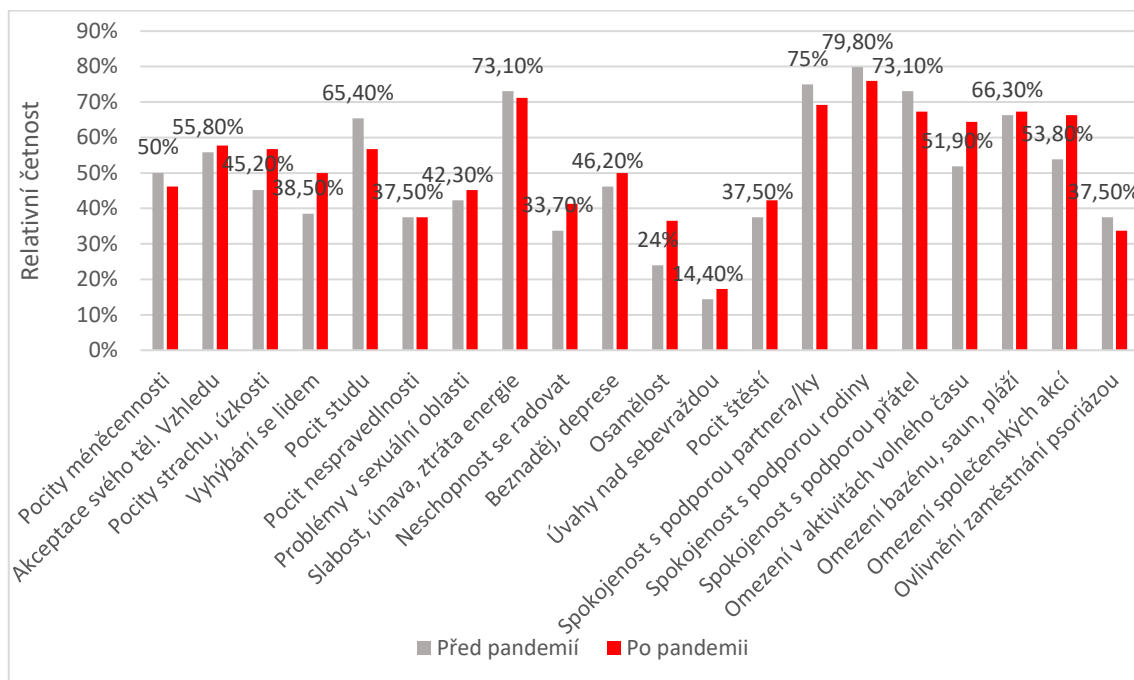
	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nemám názor	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Pocity méněcennosti	16,3 %	29,8 %	12,5 %	22,1 %	19,2 %
Akceptace svého tělesného vzhledu	23,1 %	34,6 %	18,3 %	13,5 %	10,6 %
Pocity strachu, úzkosti	18,3 %	38,5 %	7,7 %	15,4 %	20,2 %
Vyhýbání se lidem	11,5 %	38,5 %	7,7 %	24,0 %	18,3 %
Pocit studu	17,3 %	39,4 %	7,7 %	19,2 %	16,3 %
Pocit nespravedlnosti	10,6 %	26,9 %	16,3 %	25,0 %	21,2 %
Problémy v sexuální oblasti	19,2 %	26,0 %	8,7 %	20,2 %	26,0 %
Slabost, únava, ztráta energie	32,7 %	38,5 %	5,8 %	12,5 %	10,6 %
Neschopnost se radovat	17,3 %	24,0 %	18,3 %	22,1 %	18,3 %
Beznaděj, deprese	14,4 %	35,6 %	11,5 %	20,2 %	18,3 %
Osamělost	7,7 %	28,8 %	7,7 %	32,7 %	23,1 %
Úvahy nad sebevraždou	4,8 %	12,5 %	8,7 %	8,7 %	65,4 %
Pocit štěstí	5,8 %	36,5 %	13,5 %	18,3 %	26,0 %
Spokojenost s podporou partnera/ky	33,7 %	35,6 %	18,3 %	8,7 %	3,8 %
Spokojenost s podporou rodiny	38,5 %	37,5 %	15,4 %	4,8 %	3,8 %
Spokojenost s podporou přátel	26,9 %	40,4 %	24,0 %	5,8 %	2,9 %
Omezení v aktivitách volného času	32,7 %	31,7 %	12,5 %	15,4 %	7,7 %
Omezení bazénu, saun, pláží	46,2 %	21,2 %	8,7 %	15,4 %	7,7 %
Omezení společenských akcí	36,5 %	29,8 %	13,5 %	9,6 %	10,6 %
Ovlivnění zaměstnání psoriázou	10,6 %	23,1 %	23,1 %	27,9 %	15,4 %
Jiné...	-	-	-	-	-

Tabulka 4 - Vyhodnocení otázky 26, absolutní četnost

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nemám náзор	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
Pocity méněcennosti	17	31	13	23	20
Akceptace svého tělesného vzhledu	24	36	19	14	11
Pocity strachu, úzkosti	19	40	8	16	21
Vyhýbání se lidem	12	40	8	25	19
Pocit studu	18	41	48	20	17
Pocit nespravedlnosti	11	28	17	26	22
Problémy v sexuální oblasti	20	27	9	21	27
Slabost, únava, ztráta energie	34	40	6	13	11
Neschopnost se radovat	18	25	19	23	19
Beznaděj, deprese	15	37	12	21	19
Osamělost	8	30	8	34	24
Úvahy nad sebevraždou	5	13	9	9	68
Pocit štěstí	6	38	14	19	27
Spokojenost s podporou partnera/ky	35	37	19	9	4
Spokojenost s podporou rodiny	40	39	16	5	4
Spokojenost s podporou přátel	28	42	25	6	3
Omezení v aktivitách volného času	34	33	13	16	8
Omezení bazénu, saun, pláží	48	22	9	16	9
Omezení společenských akcí	38	31	14	10	11
Ovlivnění zaměstnání psoriázou	11	24	24	29	16
Jiné...	-	-	-	-	-

Pro lepší přehlednost jsem vložila výsledky výzkumných otázek 25 a 26 do tabulek 1-4. Každá z otázek je vyhodnocena v relativní i absolutní četnosti. Prostřednictvím výzkumných otázek 25 a 26 jsem chtěla zjistit, jak vnímali pacienti s psoriázou jednotlivé oblasti uvedené v tabulkách před pandemií COVID-19 a po pandemii. Na tyto otázky mohli respondenti zvolit jednu z pěti možných odpovědí – naprosto souhlasím, spíše souhlasím, nemám názor, spíše nesouhlasím a naprosto nesouhlasím. Následně jsem vytvořila graf a porovnála odpovědi před a po pandemií COVID- 19.

Vyhodnocení otázek 25 a 26 v grafu: Ve kterých psychických a sociálních dopadech na svůj život respondenti vnímali rozdíl před a po pandemii:



Graf 25 - Porovnání výzkumné otázky 25 a 26

Graf 25 poukazuje na rozdíly v odpovědích respondentů před a po pandemii. Relativní četnost je v grafu uvedena pouze u sloupců vystihující jednotlivá tvrzení před pandemií z důvodu špatné přehlednosti při popisu relativní četnosti u obou sloupců. Rozdíly v tvrzeních před pandemií a po pandemii jsou uvedeny zde v popisu grafu. Padesát dva (50 %) respondentů uvedlo, že se u nich před pandemií objevovaly pocity méněcennosti, po pandemii se objevily u 48 (46,2 %) respondentů, což je o čtyři méně než před pandemií. Akceptaci tělesného vzhledu uvedlo před pandemií 58 (55,8 %) respondentů, po pandemii 60 (57,7 %) respondentů, tedy o dva více než před pandemií. Strach a úzkost pociťovalo před pandemií 47 (45,2 %) respondentů, po pandemii se počet zvýšil o dvanáct respondentů na 59 (56,7 %) dotazovaných. S vyhýbání se lidem má před pandemií zkušenost 40 (38,5 %) dotazovaných, po pandemii 52 (50 %), což je o dvanáct více než před pandemií. Pocity studu před pandemií zažívalo 68 (65,4 %) respondentů, po pandemii už jen 59 (56,7 %) dotazovaných, tedy o devět méně. S pocitem nespravedlnosti má před pandemií zkušenost 39 (37,5 %) psoriatiků, po pandemii zůstal tento počet stejný. Problémy v sexuální oblasti před pandemií zažívalo 44 (42,3 %) nemocných, po pandemii tyto problémy mělo 47 (45,2 %) respondentů, o tři více než před pandemií. Pocity slabosti, únavy a ztráty energie uvedlo 76 (73,1 %) dotazovaných, po pandemii se počet mírně snížil na 74 (71,2 %), což je o dva méně než před pandemií. Před pandemií 35 (33,7 %) respondentů mělo pocit, že nejsou schopni se radovat, po pandemii se počet zvýšil na 43 (41,3 %), tedy o osm více. Pocity beznaděje a deprese zažívalo před pandemií 48 (46,2 %) nemocných, po pandemii se počet zvýšil na 52 (50 %) nemocných, tedy o čtyři více. Před pandemií pociťovalo pocit osamělosti 25 (24 %) psoriatiků, po pandemii se jejich počet zvýšil o třináct, tedy na 38 (36 %). S úvahou nad sebevraždou se svěřilo 15 (14,4 %) respondentů, po pandemii to bylo 18 (17,3 %) dotazovaných, což je o tři více než před pandemií. Pocity štěstí zažívalo před pandemií 39 (37,5 %) nemocných, po pandemii se počet zvýšil na 44 (42,3 %)

respondentů, tedy o pět více. Spokojenost s podporou partnera/partnerky uvádí před pandemií 78 (75 %) dotazovaných, po pandemii se tento počet snížil o šest, na 72 (69,2 %). Spokojeno s podporou rodiny před pandemií je 83 (79,8 %) respondentů, po pandemii 79 (76 %), což je o čtyři méně. Spokojenost s podporou přátel uvádí 76 (73,1 %) psoriatiků, po pandemii už jen 70 (67,3 %), tedy o šest méně. Trávení volného času před pandemií uvádí 54 (51,9 %) dotazovaných, po pandemii 67 (64,4 %), pandemie ovlivnila u třinácti respondentů. Omezení v oblasti využívání bazénů, sauny a pláží pociťuje po pandemii jen jeden respondent. Omezení společenských akcí vnímalo před pandemií 56 (53,8 %) dotazovaných, po pandemii 69 (66,3 %) respondentů, tedy o třináct víc. Poslední bod se týkal zaměstnání, zde mě zajímalo, zdali v této oblasti vnímají respondenti po pandemii nějakou změnu. Před pandemií psoriáza ovlivňovala zaměstnání u 39 (37,5 %) psoriatiků, po pandemii toto omezení uvedlo jen 35 (33,7 %) nemocných, což je o čtyři méně než před pandemií.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv měla pandemie, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou. Ke splnění stanoveného cíle se vztahují čtyři výzkumné otázky. Jako metodu pro sběr dat byl zvolen dotazník, který byl vytvořen pro potřeby této práce.

Tato kapitola je zaměřena na rozbor jednotlivých položek a nejzajímavějších výsledků plynoucích z dotazníkového šetření. Tyto své výzkumné výsledky bych chtěla srovnat s bakalářskou prací Aliny Ohryzkové (2014) s názvem „Život s lupénkou“, s bakalářskou prací Martiny Keřkové (2018) s názvem „Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou“, a s bakalářskou prací Hany Sládkové (2015) „Vliv psoriázy jako chronického onemocnění na psychiku a kvalitu života“. Dále jsem použila text od Adamzika et al. (2013) s názvem „Alcohol and psoriasis: sobering thoughts“. Vliv pandemie na psoriázu zatím není moc prozkoumán. Dohledatelný je aktuální zahraniční článek s názvem „Nový výskyt a exacerbace lupénky po vakcíně COVID-19: Systematický přehled“, který byl zveřejněn 1. 9. 2022 společností Springer Nature Switzerland AG (Wu et al., 2022).

První otázka dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů. Celkem 75 (72,1 %) respondentů z mého výzkumného šetření byly ženy. Také ostatní autorky bakalářských prací potvrzují, že častějším respondentem jejich dotazníků byly ženy. U Ohryzkové (2014) v 61 %, u Sládkové (2015) v 53,7 % a u Keřkové (2018) dokonce až v 94 %. Otázkou zůstává, zda jsou ženy ochotnější k vyplnění dotazníku, nebo zda je psoriáza jako onemocnění víc zastoupeno v ženském pohlaví. Lomicová a Cetkovská (2019) uvádí, že výskyt psoriázy je u mužů a žen přibližně rovnoměrný. Pohlaví je však zřejmě významným faktorem ve vnímání tohoto onemocnění, v jeho zatížení a dopadech na psychiku a sociální prostředí. Ženy mohou být náchylnější k vnímání stresu a mohou cítit dopady psoriázy na kvalitu života výrazněji.

Otázka 2 se zaměřovala na rodinné zázemí. Sedmdesát čtyři (71,2 %) respondentů žije s partnerem, 19 (18,3 %) žije samo a 11 (10,6 %) žije ještě s rodiči. Ohryzkové (2014) z průzkumu také vyplynulo, že nejvíc zastoupenou skupinou byli lidé v manželském svazku (61,3 %), což považují za velmi dobré, protože z otázky 24 v dotazníku vyplynulo, že člověkem, který nejvíce nemocného podporuje a je mu oporou, je právě partner, a to u 36 (34,6 %) respondentů.

V následující 3 otázce mě zajímal věk respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 41-50 let, celkem 33 (31,7 %) dotazovaných, pak následovala věková skupina 21-30 let, celkem 27 (26 %) respondentů, dále 22 (21,2 %) dotazovaných ve věku 31-40 let a nejméně zastoupenou skupinou byl věk do 20 let, v této kategorii se jednalo o 4 (3,8 %) respondentů. Ohryzková (2014) uvádí jako nejpočetnější skupinu 50-59 let a nejčastější výskyt psoriázy ve věkové kategorii 40-59 let (40,6 %). Vašků (2020) rozlišuje dva typy lupénky – psoriázu I. typu s nástupem do 40 let věku a psoriázu II. typu s výskytem nad 40 let věku, což výsledkům průzkumu odpovídá.

Otázka 4 zjišťovala období vzniku psoriázy. Nejčastěji to bylo v období dětství a mládí u 49 (47,1 %), v období dospělosti u 41 (39,4 %), u 7 (6,7 %) respondentů v období po očkování proti onemocnění COVID-19 a u 7 (6,7 %) respondentů v období po proděláním onemocnění COVID-19. Mé výsledky potvrzuje Danielsen et al. (2013), který uvádí, že nejčastější věk vzniku choroby bývá mezi 15-30 rokem věku. Zahraniční článek autorů Wu et al. (2022) uvádí, že 7 studií uvedlo nově

vzniklou psoriázu po očkování, 32 studií vzplanutí psoriázy a 4 studie obojí. Nejčastěji pozorovaným typem byla psoriáza plakového typu. Všechny 3 dávky byly spojeny s novým výskytem, druhá dávka byla nejvíce spojována se vzplanutím psoriázy. Nově vzniklé příhody vznikly v období od 2-21 dnů po očkování, vzplanutí od 1-90 dní od očkování. U většiny pacientů došlo ke zlepšení nebo vymizení příznaků do 3 dní až 4 měsíců.

Otázka 5 zjišťovala délku léčby. Nejčastěji to bylo 2-10 let, celkem u 36 (34,6 %) dotazovaných, pak 11-20 let, u 29 (27,9 %), 21-30 let, u 16 (15,4 %) a nejmenší skupina se léčila 51 a více let, což bylo jen u 2 (1,9 %) respondentů. Obě autorky bakalářských prací došly k podobným závěrům. U Ohryzkové (2014) se do 14 let léčilo 40,6 % nemocných a u Keřkové (2018) to bylo do 10 let léčení 43 % respondentů.

Otázka 6 z dotazníku se zaměřovala na formu psoriázy. Nejvíce byla zastoupena forma prostá – psoriasis vulgaris, celkem u 67 (41,9 %) respondentů a nejméně forma pustulózní, která se vyskytuje u 15 (9,4 %) dotazovaných. Obě kolegyně Ohryzková (2014) i Keřková (2018) došly k obdobným výsledkům. Také odborná publikace Pavelka et al. (2018) uvádí, že psoriasis vulgaris je jedna z nejčastěji vyskytujících se forem psoriázy, což naše výsledky potvrzuje.

Otázka 7 zjišťovala nejčastěji postiženou oblast. Aby se respondentům tato otázka dobře vyplňovala, zvolila jsem formu kreslené postavy, na kterém měli danou oblast nebo více oblastí zaškrtnout. Nejčastěji respondenti zaškrtnuli oblast dolních končetin, kam spadá oblast kolen a plosky nohou, celkem 81 (31,4 %), pak oblast horních končetin, především dlaně a lokty, zaškrtnulo 72 (27,9 %), nejméně hlavu a obličej, celkem 51 (19,8 %) dotazovaných. Potěšujícím zjištěním je, že nikdo z respondentů nevymaloval úplně celé tělo. Zajímavé je ale zjištění, že u mých respondentů nejčastějším místem výskytu byly plosky nohou u 49 (19 %), pak dlaně u 40 (14,9 %), hlava/kštiny u 41 (16 %), kolena u 26 (10 %) a lokty jen u 23 (9 %) dotazovaných. Na rozdíl od Ohryzkové (2014), která jako nejčastější postižené místo uvádí lokty (59 %). Také Keřková (2018) uvádí nejčastěji lokty (62 %), vlasy (62 %) a pak teprve kolena (45 %). Podobně i Sládková (2015) zmiňuje lokty (85 %), kštiny (70 %), kolena (64 %).

Další otázka 8 zjišťovala nejčastější projevy psoriázy. Respondenti zde mohli zaškrtnout více odpovědí. U respondentů se nejvíce vyskytovalo olupování kůže, celkem u 80 (21 %), zarudnutí u 62 (16,3 %), svědění u 61 (16,1 %), únava u 44 (11,6 %), bolest u 43 (11,3 %), pálení u 36 (9,5 %), krvácení u 19 (5 %), mokvání u 18 (4,7 %) a puchýřky u 17 (4,5 %) dotazovaných. Obdobné výsledky také uvádí Ohryzková (2014) a Sládková (2015). Olupování kůže a zarudnutí jsou typické příznaky všech forem psoriázy a dokážou postiženým hodně znepříjemnit život, zvláště pokud jsou na viditelných místech. Stejně tak svědění a bolestivost jsou vnímány velmi nepříjemně a mají výrazný dopad na psychiku psoriatických (Gkalpakiotis et al. 2013).

U otázky 9 mě zajímal provokační faktor, který má vliv na onemocnění. Zde mohli respondenti zaškrtnout více správných odpovědí. Nejčastěji uváděný byl stres, celkem u 82 (35, 3 %) dotazovaných, pak možnost odpovědi jiné u 32 (13, 8 %), kde respondenti uváděli onemocnění jako diabetes mellitus, nebo onemocnění štítné žlázy a třetí místo získala životospráva, celkem u 30 (12,9 %) respondentů a v ní nejčastěji uvedena konzumace alkoholu. Nejméně, tedy 17 respondentů (7,3 %), uvedlo COVID-19. Také Sládková (2015) ve svém průzkumu potvrdila, že 55 % respondentů před první atakou onemocnění zažilo nějakou stresující situaci (rozvod, úmrtí blízkého člověka, ztrátu zaměstnání nebo náročné zkouškové období). Stresově působí také chronicita nemoci, její nestabilita, komplikace, vědomí nevyléčitelnosti nemoci, ale také strach,

bezmocnost, zlost, stud, vyhýbaní se lidem, a s tím související osamělost. Stres tedy nejen onemocnění vyvolává a zhoršuje, ale zároveň příznaky onemocnění zpětně stresují nemocného a ovlivňují kvalitu jeho života. Na prvním místě však z jejího průzkumu vyplývají sezonní vlivy (66 %), které se v mém průzkumu neobjevily. Ohryzková (2014) jako druhý nejčastější provokační faktor uvádí infekční onemocnění a záněty (18,5 %) a třetí životosprávu (11,4 %). Onemocnění COVID – 19 patří mezi virové infekční onemocnění, proto zřejmě není překvapením, že zapůsobilo jako provokační faktor u 7,3 % respondentů. Zajímavým zjištěním je, že v rámci životosprávy několik respondentů uvedlo alkohol. Některé studie však toto zjištění podporují. Adamzik (2013) uvádí, že alkohol může být jedním ze spouštěčů psoriázy a také že mnozí pacienti s psoriázou konzumují alkohol ve zvýšené míře a je u nich vyšší výskyt onemocnění, častěji trpí depresí, úzkostí a vyšší mortalitou. Lékaři by tomu měli věnovat pozornost a v případě potřeby jim nabídnout psychologickou podporu.

Otázka 10 zjišťovala, jaký typ terapie vede ke zlepšení příznaků psoriázy. Respondenti uvedli, že u nich nejlépe účinkuje a mohli zvolit jednu i více odpovědí. Nejčastější odpovědí u této otázky byla lokální terapie, celkem u 71 (27,8 %) respondentů, následně celková léčba u 28 (11 %) a na třetím místě biologická léčba u 27 (10,6 %) dotazovaných, pak lázeňská léčba u 26 (10,2 %) a fototerapie u 24 (9,4 %) respondentů. Ohryzková (2014) potvrzuje ve svém průzkumu taktéž, že nejvíce respondentů uvedlo lokální terapii (37,4 %) a na druhém místě fototerapii (12,1 %). U Sládkové (2015) úspěšnost lokální léčby potvrdilo 83,5 % respondentů, fototerapii 32,4 %, systémovou léčbu 36,4 % a pobyt u moře 19 %. Pro psoriatika je tedy nezbytně důležité, aby se naučil správně o svou pokožku pečovat, zvolil správné prostředky, aby si na péči vyhradil čas a finance, i když neustálá každodenní péče o postiženou kůži může být velmi obtěžující a náročná.

V otázce 11 respondenti uváděli, zda trpí dalšími přidruženými chorobami. Jen 21 % respondentů uvedlo, že dalším onemocněním netrpí, což považují za velmi nízké procento. Z přidružených chorob nemocní nejčastěji uváděli vysoký krevní tlak (15,9 %), pak psoriatickou artritidu (14,2 %), obezitu (10,8 %), depresi (8,5 %), zvýšený cholesterol (7,4 %) diabetes mellitus (7,4 %) a jiné (7,5 %), kam zařadili ulcerózní colitidu a Crohnovu chorobu. Ohryzkové (2014) v průzkumu vyšlo, že žádnou další nemocí netrpí větší polovina respondentů (54,7 %) a ostatní výskyt jednotlivých onemocnění byl obdobný, kromě ulcerózní colitidy a Crohnovy choroby – ty se v jejím šetření vůbec nevyskytly. Sládková (2015) uvádí, že v jejím výzkumu netrpělo žádným dalším onemocněním 61,2 % psoriatiků, hypertenzí 34,7 %, psoriatickou artritidou 17,4 %, obezitou 16,5 % a depresí 9,1 %. Crohnova choroba se vyskytla jen u 1 respondenta (0,8 %). Výskyt PsA asi není překvapivým zjištěním. Gkalpakiotis et al. (2020) uvádí, že po deseti letech nemoci asi 60 % pacientů trpí PsA a 20 % z nich má závažnou a destruktivní formu této choroby. V mém šetření se na rozdíl od Ohryzkové (2014) a Sládkové (2015) vyskytla v 7,5 % ulcerózní colitida a Crohnova choroba. Pavelka et al. (2020) uvádí, že incidence idiopatických střevních zánětů je u pacientů s psoriázou sedmkrát vyšší než u běžné populace. V 8,5 % se objevila i deprese, což považují za dobrý výsledek vzhledem k tomu, že ji Arenberger, Janáčková (2018) uvádí u více než poloviny pacientů s chronickým kožním onemocněním a Gkalpakiotis et al. (2020) uvádí depresivní poruchu až u 24 % nemocných s psoriázou. Lupénku je tedy nutné chápat jako systémové onemocnění s četnými komorbiditami a podle toho ovlivnit i léčebnou strategii, jak uvádí Lomnicová a Cetková (2019) a používat pro široké spektrum tohoto onemocnění termín psoriatická nemoc (Pavelka et al., 2018).

Otázka 12 a 13 zjišťovala, zda psoriatici prodělali onemocnění COVID-19 a prošli očkováním. Z mého šetření vyplynulo, že onemocnění COVID-19 prodělalo celkem 80 (76,9 %) respondentů. Žádné příznaky COVID-19 nemělo 24 (23,1 %) dotázaných. Očkováním prošlo 43 (41,3 %) nemocných, což považuji za dobrý výsledek vzhledem k tomu, že celkově se ve společnosti vyskytovaly obavy ohledně rizika a účinnosti očkování.

V otázce 14 mě zajímalo, jak pacienti fungovali v době pandemie. Více než polovina respondentů, celkem 57 (53,8 %) respondentů chodilo do práce a byli v kontaktu s lidmi i s rodinou, 16 (15,1 %) mělo pouze kontakt s rodinou, 25 (23,6 %) mělo jen omezený kontakt s rodinou a 8 (7,5 %) respondentů dokonce uvedlo, že v době pandemie byli bez jakéhokoli kontaktu s okolím. Zajímavé by bylo porovnat, kdo z nemocných, kteří se s nikým nestýkali, prodělali onemocnění COVID-19 a zda samota pro ně nebyla více stresujícím prvkem s negativním dopadem na psychiku a psoriázu než například u pacientů, kteří se dále stýkali s kolegy v práci a s rodinou, nicméně tento kvalitativní průzkum je už nad rámec této bakalářské práce.

Otázky 15, 16, 17 zjišťovaly vliv pandemie na zdravotní stav respondentů. Celkem 67 (64,4 %) respondentů si neuvědomuje, že by pandemie měla na jejich zdraví nějaký vliv, 28 (26,9 %) respondentů uvedlo zhoršení příznaků, a to hlavně z důvodu prodělaní COVID-19, celkem u 22 (37,3 %) respondentů, omezené dostupnosti zdravotní péče u 12 (20,3 %) a strachu u 9 (15,3 %) dotazovaných. Ačkoli v otázce 15 jen 9 (8,7 %) respondentů ze všech dotázaných uvedlo zlepšení příznaků, tak v otázce 17 se počet odpovědí zvýšil na 18 (16,3 %). Jako pozitivní dopad respondenti uváděli více času na sebe, více času na rodinu a více času na aplikaci léčiv. Je velmi dobré slyšet, že pandemie a lockdown měly i pozitivní dopady. I když respondenti uváděli pouze tyto časové důvody, určitě to vedlo k zmírnění stresové zátěže u nich a tím i k ovlivnění jejich onemocnění. Překvapilo mě, že respondenti neuváděli například nižší stud díky omezenému kontaktu s lidmi, nebo menší únavu a více energie díky možnosti delšího spánku a lépe využitému volnému času, ale to se pak více objevilo v konkrétních odpovědích u otázek 25 a 26. Každopádně jak z těchto výsledků vyplývá, více respondentů vnímá, že pandemie COVID-19 měla na jejich zdravotní stav negativní vliv než ten pozitivní.

V otázce 18 respondenti uváděli, jaký měli v době pandemie kontakt s dermatologem. Pozitivním zjištěním je, že 26 (25 %) respondentů mělo kontakt s lékařem jako dřív, 37 (35,6 %) mělo pouze kontakt telefonický nebo elektronický a 4 (3,8 %) nespecifikovalo, jak byl jejich kontakt s lékařem omezen. Zjištění, že 37 (35,6 %) dotázaných přestalo chodit k lékaři a nemělo žádný kontakt s lékařem, je však alarmující, protože bez léků muselo zákonitě dojít k zhoršení jejich zdravotního stavu.

Otázky 19 a 20 se zaměřovaly na duševní hygienu a strategii zvládání dopadu pandemie na jejich zdravotní stav. Celkem 94 (90,4 %) respondentů uvedlo, že neměli žádnou strategii, jak předcházet dopadům pandemie, nicméně z dalšího grafu je patrné, že 37 (17,7 %) respondentů nevyužilo žádnou metodu duševní hygieny. Respondenti mohli v této otázce zvolit více možností. Deset (9,6 %) respondentů uvedlo jako svou strategii nepřipouštět si realitu a pozitivně myslet. Z metod duševní hygieny nejvíce respondenti využili pozitivní mysl, celkem 44 (21,1 %) respondentů, 43 (20,6 %) kvalitní spánek, 30 (14,4 %) dostatek pohybu (více než obvykle chodili na různé procházky), 27 (12,9 %) vyváženou stravu, 11 (5,3 %) svou strategii

zaměřilo na smysluplné vztahy, 10 (4,8 %) relaxačně cvičilo, a 6 (2,9 %) respondentů se zaměřilo na lepší organizace času.

Otázka v dotazníku 21 a 22 měla zjistit, zda někdo z nemocných využil možnosti vyhledat psychologickou či psychiatrickou pomoc a jestli byla pro ně přínosem. Překvapivé zjištění je, že tuto možnost využilo pouze 7 dotazovaných (6,7 %) a pouze 2 z nich (28,6 %) považuje tuto odbornou pomoc za přínosnou. Sládková (2015) potvrzuje toto zjištění, protože i v jejím průzkumu pouze 7,4 % respondentů vyhledalo psychologickou pomoc. Gkalpakiotis et al. (2013) uvádí, že pacienti často podceňují negativní vliv onemocnění na jejich každodenní život a psychiku, proto jen málo psoriatických navštěvuje psychologa či vyhledá nějakou odbornou pomoc.

Další otázka 23 se zaměřovala na členství respondentů v patientské organizaci SPAE nebo v nějaké jiné podpůrné skupině. Překvapivým výsledkem je, že 73 (70,2 %) odpovědělo souhlasně. Tento výsledek zřejmě souvisí s tím, že určitá část dotazníků byla rozdána přímo na sjezdu delegátů patientské organizace (SPAE). Keřkové (2018) z průzkumu vyplynulo, že jen jedna třetina (33 %) respondentů byla členy organizace SPAE a pouze 6 z nich (17 %) uvedlo, že má členství pro ně nějaký pozitivní přínos ve formě získání nových informací, vzájemné podpory či předávání si poznatků o účinnosti jejich léčby a podobně. Sládková (2015) uvádí, že u ní se nenašel nikdo, kdo by byl členem organizace SPAE. Studie, kterou uvádí Gkalpakiotis et al. (2013) zjistila, že více než polovina nemocných nezná žádnou patientskou organizaci a většina nemocných i jejich rodinných příslušníků podceňuje dopad onemocnění na jejich zdraví a psychiku, tudíž nenavštěvují ani psychologa ani nejsou členy žádné podpůrné patientské organizace.

Otázka 24 se zaměřovala na oporu při zvládání lupenky. Nejvyšší počet respondentů, celkem 36 (34,6 %) uvedlo svého „partnera/partnerku“ jako člověka, který jim nejvíc pomáhá. Osm (7,7 %) uvedlo své „přátele“, 8 (7,7 %) napsalo, že jim je největší oporou „lékař či zdravotní sestra“, 14 (13,5 %) uvedlo „jiného rodinného příslušníka“ a 9 (8,7 %) zvolilo odpověď „někdo jiný“, ale nebyl uveden nikdo konkrétní. Překvapivým zjištěním je, že 29 respondentů (27,9 %) napsalo, že se nenašel nikdo, kdo by jim pomohl. Ohryzková (2014) uvádí, že v jejím průzkumu má 42,5 % oporu v partnerovi a 26,4 % v některém z rodinných příslušníků. I u ní se však našli 3 respondenti (2,8 %), kterým neposkytnul oporu vůbec nikdo. Keřková (2018) uvádí oporu v rodině (33 %), oporu v partnerovi (30 %), pomoc u lékařů a zdravotních sester (26 %), oporu v přátelích (20 %) a 6 % respondentů našlo pomoc u psychologů.

Poslední dvě otázky dotazníku 25 a 26 měly zjistit, zda díky pandemii, lockdownu a omezení zdravotní péče došlo u nemocných ke změně v jejich psychickém stavu a sociálním prostředí. K tomu jsem si zvolila oblasti, u kterých měli respondenti uvést, zda se jich tato oblast týkala a v jaké míře před a po pandemii.

Nejvýraznější změna je patrná u osamělosti, trávení volného času a omezení společenských akcí (rozdíl 13 odpovědí), kdy pacienti uvádějí zhoršení po pandemii. Období pandemie s sebou přinesla omezení v setkávání se s ostatními lidmi a více samoty. Být sám člověku často prospívá, vede k možnosti zastavení se, utřídění si myšlenek, věnování se sama sobě či užít si trochu klidu. Osamělost je však stav, kdy se člověk delší čas cítí nemilovaně, nepotřebně, vyčleněně. Dopady osamělosti na lidský organismus, jsou popsány ve spoustě studií i publikací, proto tuto změnu

považuji za velmi závažnou a myslím si, že by ji měli nemocní věnovat vyšší pozornost a naučit se, jak tento stav zvládat.

Další položky, které se výrazně po pandemii zhoršily, jsou pocity strachu a úzkosti a vyhýbání se lidem (rozdíl 12 odpovědí). Pocity strachu a úzkosti doprovázejí často všechny chronické onemocnění (Arenberger, Janáčková, 2018) a není tedy překvapením, že pandemie, která s sebou přinesla další strachy a obavy, tyto pocity zvýšila. Také vyhýbání se lidem je u psoriatických časté. Jak uvádí Keřková (2018) téměř polovina respondentů uvedla, že se setkala se zápornou nebo odtažitou reakcí okolí vůči svému onemocnění.

Další oblast, kterou respondenti uvedli jako horší je neschopnost se radovat (rozdíl 8 odpovědí). Gkalpakiotis et al. (2013) uvádí, že psoriatické onemocnění díky své chronicitě postupně okrádá nemocného o radost ze života a opět není překvapením, že pandemie se svými dopady tuto oblast ještě zhoršila.

Rozdíl je dále patrný v položkách spokojenost s podporou partnera/partnerky, spokojenost s podporou přátel a spokojenost s podporou rodiny (rozdíl 6 odpovědí). Tuto změnu si nedokážu zcela uspokojivě vysvětlit, snad jen tím, že dopady pandemie se týkaly nejen nemocných s psoriázou, ale i jejich partnerů a rodinných příslušníků, a protože je to vyvedlo z psychického klidu, nedokázali být oporou tomu druhému.

Mírně znepokojující je fakt, že po pandemii se o 4 odpovědi zvýšily pocity beznaděje a deprese a o 3 odpovědi úvahy o sebevraždě. Jak jsem uváděla v teoretické části, chronicita onemocnění často vede k nespokojenosti, napětí, neúspěšnosti, strachu, úzkosti a může vyústit až v úzkostně depresivní poruchu, která je popisována u více než poloviny pacientů s chronickým onemocněním kůže (Arenberger, Janáčková, 2018). Je důležité, aby si pacienti byli tohoto faktu vědomi a v případě potřeby se nebáli vyhledat psychologickou nebo i psychiatrickou pomoc.

U dotazovaných se také zhoršily problémy v sexuální oblasti a to o 3 respondenty. Ohryzková (2014) ve své práci uvádí, že 15,1 % respondentů bylo v této oblasti nespokojeno. Tento svůj výsledek porovnává s jinými bakalářskými pracemi, kde autorky došly k podobným závěrům. Pandemie s sebou nese obavy, strach, a tím i vyvolává větší stresovou zátěž, proto tento výsledek považuji za očekávatelný.

Naopak zlepšení po pandemii si respondenti uvědomují nejvíce v oblasti pocitu studu (zlepšení u 9 nemocných). Výrazně lepší je také u pěti dotazovaných pocit štěstí a po pandemii o dva méně nemocných pociťovalo slabost, únavu a ztrátu energie. Tento výsledek lze považovat za velmi zajímavý a kladně hodnocený, jelikož je patrné, že někteří respondenti dokázali období pandemie využít i k odpočinku, realizaci svých koníčků a zájmů. To vedlo nejen k nárůstu jejich energie, ale zlepšilo jim to i kvalitu života.

Zajímavé je také zjištění, že 4 respondenti vnímají, že pandemie pozitivně ovlivnila jejich zaměstnání, což by mohlo být způsobeno tím, že mnoho firem dovolovalo svým zaměstnancům pracovat z domu na home-office. Potěšující zjištění také je, že v rámci zlepšení čtyři respondenti uvádějí snížení méněcennosti a o dva respondenty více uvádějí větší akceptaci svého vzhledu. Beze změny zůstaly pouze dvě položky, a to pocit nespravedlnosti a pocit omezení návštěvnosti bazénů, saun a pláží.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z mého výzkumu vyplývá, že psoriáza je chronické onemocnění, které má výrazné dopady na kvalitu života nemocných, na jejich psychiku a sociální prostředí. Mnoho pacientů si neuvědomuje dopad tohoto onemocnění na svůj zdravotní stav, a proto často ani nepřemýšlí o prevenci. Naše uspěchaná doba často vede k podceňování nebo k přehlížení některých příznaků, stejně jako k informační přetíženosti, takže mnoho nemocných zná své onemocnění jen povrchově a hlubší informace nehledá. Aby došlo k ovlivnění nemoci a snížení negativního dopadu na jejich zdraví, důležitá je hlubší informovanost, kterou mohou získat v ordinacích praktických lékařů a jiných specialistů, ale také například v členské organizaci SPAE, kde si mohou s ostatními psoriatiky vyměňovat své zkušenosti s onemocněním.

U pacientů s psoriázou je rovněž důležité včasné stanovení diagnózy a zahájení vhodné terapie. Nejúčinněji hodnotili pacienti lokální terapii, na kterou si ale každý musí ve svém náročném časovém harmonogramu, vyhradit dostatek času. Největším provokačním faktorem, ať už vzniku onemocnění nebo i zhoršování průběhu nemoci, se ukázal stres. I v této oblasti je velmi důležitá edukace ohledně zdravého životního stylu (racionální stravování, pravidelná fyzická aktivita, dostatečný odpočinek, klidný spánek, odvykání kouření, abstinence) a důsledného dodržování duševní hygieny. Jelikož toto považuji za velmi důležité, rozhodla jsem se vytvořit jednoduchý informační materiál obsahující doporučení pro udržení duševní pohody a tím i dobrého duševního zdraví (příloha 5).

Pro pacienty je velmi důležitá podpora. Sociální sítě i sdělovací prostředky by měly více informovat o psoriáze a tím zmírnit stigmatizaci, která toto onemocnění doprovází. Pacienty s podezřením na psychické obtíže, by zvláště zdravotníci měli co nejdříve rozpoznat, odeslat k odborníkovi (psychologovi či psychiatrovi) a snažit se je k tomuto kroku motivovat. Motivace je také důležitá pro to, aby neztráceli naději na zlepšení svého stavu, i když pravděpodobně nikdy nedorazí k úplnému vyléčení, a podporovat je v tom, aby nepodléhali beznaději.

Dle mého šetření si důsledky pandemie uvědomuje jen přibližně třetina nemocných, proto si myslím, že je důležitá informovanost i v této oblasti. Každý z nás si vytvořil nějakou strategii pro zvládání této nenadálé situace, a ne vždy se jednalo o strategii vedoucí ke kvalitnímu a spokojenému životu. Je tedy důležité v tomto post pandemickém období revidovat svůj přístup, negativní vlivy na naše fyzické, duševní i sociální zdraví eliminovat a ty pozitivní posílit. Důležité je motivovat psoriatiky ke zvýšení aktivního přístupu k vlastnímu onemocnění a také k předcházení a řešení případných komorbidit. Věřím, že i tato práce k tomu přispěje a povede ke zlepšení kvality života nejen u psoriatiků.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Vliv pandemie COVID-19 na duševní zdraví a sociální vztahy pacientů s psoriázou“ je rozdělena do dvou částí. První část je věnována současnému stavu problematiky, kde jsem stručně popsala anatomii kůže, definovala jsem zde pojem psoriáza, formy a místa výskytu, příznaky lupénky, její rizikové a provokační faktory, diagnostiku, terapii, komplikace a rozsáhleji se také věnuji vlivu psoriázy na psychické a sociální prostředí. V závěru této první části se věnuji pandemii COVID-19.

V druhé části bakalářské práce jsem se zabývala výzkumem. Zde jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření určeného pro pacienty s psoriázou či psoriatickou artritidou. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů. Respondenty byly převážně ženy (72 %) ve věku 41-50 let. Dotazníkové šetření bylo dobrovolné a zcela anonymní. Sběr dat probíhal v kožní ambulanci u MUDr. Schreiberové, v plicní ambulanci MUDr. Doležela a na sjezdu delegátů patientské organizace (SPAЕ).

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký vliv měla pandemie COVID-19, lockdown a omezení zdravotní péče na psychické zdraví a sociální vztahy u pacientů s psoriázou. Ke stanovenému cíli se následně vztahovaly celkem čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka měla zjistit, jak vnímají psoriatici vliv pandemie na svůj zdravotní stav, psychické zdraví a sociální vztahy. Ačkoli v otázce 15 měly téměř dvě třetiny (64,4 %) respondentů pocit, že pandemie neměla vliv na jejich zdravotní, psychický stav ani sociální prostředí, další hlubší otázky prokázaly, že tomu tak není. Pandemie v tomto průzkumu zhoršila pocity osamělosti, negativně ovlivnila trávení volného času, omezila společenské aktivity, zhoršila pocity strachu a úzkosti, zvýšila potřebu vyhýbat se lidem, zhoršila schopnost radovat se, zvýšila nespokojenost s podporou partnera/partnerky, přátel a rodiny, zvýšila pocity beznaděje a deprese, přibýlo více úvah o sebevraždě a také se zvýšily problémy v sexuální oblasti. Naopak pandemie pozitivně ovlivnila pocit studu, pocit štěstí, snížila slabost, únavu a ztrátu energie. Pozitivní dopad také měla na zaměstnání respondentů, snížila pocity méněcennosti a zlepšila akceptaci vlastního vzhledu.

Pomocí druhé výzkumné otázky jsem chtěla zjistit, zdali se objevily případy nového výskytu nebo zhoršení příznaků psoriázy po očkování nebo po prodělání onemocnění COVID-19. Z mého průzkumu vyplynulo, že u 8 psoriatiků (7,7 %) - onemocnění COVID-19 fungovalo jako provokační faktor a 39 (37,3 %) respondentů uvedlo, že po prodělání onemocnění COVID-19 došlo ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Zajímavým zjištěním také je, že 7 respondentů (6,7 %) uvedlo vznik psoriázy po očkování proti onemocnění COVID-19 a přesně stejný počet respondentů tyto potíže pozorovalo po prodělání onemocnění COVID-19.

Třetí výzkumná otázka měla zjistit, zdali si vytvořili pacienti s lupénkou nějakou strategii v předcházení dopadům pandemie COVID-19. Ačkoli 94 (90,4 %) nemocných uvedlo, že si nejsou vědomi toho, že by si nějakou strategii vytvořili, přesto pouze 18 (17,7 %) respondentů uvedlo, že nevyužili žádnou z metod duševní hygieny. Většina se zaměřila na pozitivní myšlení, kvalitní spánek, pohyb, zdravou stravu a rozvíjení dobrých vztahů. Odbornou pomoc využilo pouze 7 dotazovaných (6,7 %) a překvapující zjištění je, že pouze dva z nich (28,6 %) považuje tuto odbornou pomoc za přínosnou. Členství v organizaci SPAЕ nebo v jiných členských organizacích moc pacienti nevyužívají. V mém dotazníkovém šetření sice členství uvedlo 73 respondentů

(70,2 %), ale tento výsledek je ovlivněn tím, že určitá část dotazníků byla rozdána přímo na sjezdu delegátů patientské organizace. Jako alarmující však považuji to, že 37 dotázaných (35,6 %) přestalo během pandemie COVID-19 úplně navštěvovat svého dermatologa a uvedli, že dokonce neměli žádný kontakt s lékařem, ani telefonický nebo elektronický.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, jestli mají pacienti s psoriázou někoho, kdo je jim ve zvládnání onemocnění oporou. Dotazníkové šetření zjistilo, že největší oporou ve zvládnání tohoto chronického onemocnění jsou pro nemocné jejich životní partneři, rodina, přátelé, ale také i zdravotní personál. Smutným zjištěním je, že až 29 (27,9 %) psoriaticů nemá nikoho, kdo by jim jakkoli pomohl. Zajímavým zjištěním mého průzkumu také je, že v době pandemie a po ní klesla spokojenost s podporou partnera/partnerky i spokojenost s podporou rodiny a přátel.

Doplňujícími zjištěními této práce byly informace o délce léčby psoriázy a formě tohoto onemocnění. Nejčastější délka léčby byla 2-10 let (35 %) nebo déle a to 11-20 let (28 %). Nejčastější forma psoriázy byla psoriasis vulgaris (42 %). Nejčastěji postiženou oblastí byly dolní a horní končetiny. Nejčastějšími projevy psoriázy bylo olupování kůže, zarudnutí a svědění. Nejčastějším provokačním faktorem byl stres, komorbidita a životní styl, prezentovaný zejména nadměrnou konzumací alkoholu. Nejúčinnější byla lokální léčba, pravděpodobně z důvodu nejvyššího výskytu lehké formy psoriázy, na niž je tato terapie účinná. Na dalších místech je systémová a biologická léčba. Nejčastějšími přidruženými onemocněními byly vysoký krevní tlak (16 %), psoriatická artritida (14 %) a obezita (11 %).

Pro pacienty s psoriázou jsou partnerské vztahy i rodinná podpora velmi důležité. Většina dotazovaných žije s partnerem, což je pro pacienty velkým přínosem. Díky podpoře od rodiny a blízkých dostávají psoriatici obrovskou sílu pro zvládnání onemocnění, a proto je důležité tyto vztahy upevňovat, podporovat a pečovat o ně.

Závěrem lze zhodnotit, že stanovený cíl bakalářské práce byl splněn. Neexistuje mnoho studií a výzkumů, které by zkoumaly tuto problematiku, proto si myslím, že toto téma je aktuální a zajímavé jak pro odbornou veřejnost, tak pro samotné pacienty. Věřím, že práce poslouží nejen k větší osvětě o tomto onemocnění, ale také jako podklad k dalšímu výzkumnému zkoumání.

Seznam použité literatury

ADAMZIK K., M. A. McALEER, B. KIRBY, 2013. *Alcohol and psoriasis: sobering thoughts*. Clin Experiment Dermatol; 38 (8): s. 819–822 [cit. 2023-05-01]. ISSN 1365-2230. Dostupné z: doi:10.1111/ced.12013.

ARENBERGER, Petr a Laura JANÁČKOVÁ, 2018. *S kůží na trh*. Praha: Mladá fronta, 111 s. ISBN 978-80-204-4842-2.

BUČKOVÁ, H. a S. POLÁŠKOVÁ, 2014. *Psoriáza u dětí*. Česko-slovenská dermatologie [online]. Olomouc: Solen, 88 s. (2), 59-71 [cit. 2023-03-28]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2013-2/psoriaza-u-deti-41014/download?hl=cs>.

ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed., 2015. *Interna. 2., aktualizované vydání*. V Praze: Stanislav Juhaňák – Triton, 870 s. ISBN 9788073878856.

DANIELSEN, K., A.O. OLSEN, T. WILSGAARD a A.-S. FURBERG, 2013. *Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30year follow-up of a population-based cohort*. British Journal of Dermatology [online]. 168(6), 1303-1310 s. [cit. 2023-03-06]. ISSN 00070963. Dostupné z: doi:10.1111/bjd.12230.

DAUDEN, E., A.J. BLASCO, C. BONANAD, et al., 2018. *Position statement for the management of comorbidities in psoriasis*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [online]. 32(12), 2058-2073 s. [cit. 2023-03-27]. ISSN 09269959. Dostupné z: doi:10.1111/jdv.15177.

DEMIRKIRAN, Bedriye Cansu a Emine KIYAK, 2022. *Evaluation of Internalized Stigma and Quality of Life of Patients with Psoriasis*. Makara Journal of Health Research [online]. 26(3), 179-185 s. [cit. 2023-03-24]. ISSN 23563664. Dostupné z: doi:10.7454/msk.v26i3.1393.

DI MEGLIO, P., F. VILLANOVA a F. O. NESTLE, 2014. *Psoriasis*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine [online]. 4(8), 1-30 s. [cit. 2023-04-09]. ISSN 2157-1422. Dostupné z: doi:10.1101/cshperspect.a015354.

DLOUHÝ, Pavel, Marek ŠTEFAN a Aleš CHRDLÉ, 2022. *Covid-19: diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 272 s. ISBN 978-80-7345-735-8.

FIALOVÁ, Jorga a Martina KOJANOVÁ, 2020. *Komplexní léčba psoriázy*. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 4. 2. 2020, 14(2), 63-70 s. [cit. 2023-04-12]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2020/02/01.pdf>.

FITZGERALD, Oliver, Alexis OGDIE, Vinod CHANDRAN, et al., 2021. *Psoriatic arthritis*. Nature Reviews Disease Primers [online]. 7(1), 1-17 s. [cit. 2023-04-09]. ISSN 2056-676X. Dostupné z: doi:10.1038/s41572-021-00293-y.

FUSEK, Martin, 2012. *Biologická léčiva: teoretické základy a klinická praxe*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-3727-0.

GKALPAKIOTIS, S., P. ARENBERGER a E. ADENUBIOVÁ, 2013. *Psychosociální aspekty života pacientů s psoriázou v České republice*. Česko-slovenská dermatologie [online]. 88(4), 189-196 s. [cit. 2023-03-28]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-dermatologie/2013-2/psychosocialni-aspekty-zivota-pacientu-s-psoriadou-v-ceske-republice>.

slovenska-dermatologie/2013-4/psychosocialni-aspekty-zivota-pacientu-s-psoriadou-v-ceske-republice-41728/download?hl=cs.

GKALPAKIOTIS, Spyridon, 2017. *Komorbidity psoriázy*. Časopis lékařů českých [online]. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 13. 7. 2017, 156(3), 119-122 s. [cit. 2023-03-25]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-3/download?hl=cs>.

GKALPAKIOTIS, Spyridon, Petra CETKOVSKÁ, Martina KOJANOVÁ a Petr ARENBERGER, 2020. *Psoriáza: od teorie k praxi*. Praha: Mladá fronta, 208 s. Aeskulap. ISBN 9788020455741.

Global Psoriasis Atlas, 2023. *2nd. Manchester: Global Psoriasis Atlas* [online] [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.globalpsoriasisatlas.org/en/>.

Global report on psoriasis, 2016. *Geneva: World Health Organization* [online] [cit. 2023-03-25]. ISBN 9789241565189. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>.

HELLER, Vojtěch, 2020. *Pandemie: od starověku po současnost: koronavirus přímo nezabíjí*. [Praha]: Petrklíč, 160 s. ISBN 978-80-7229-810-5.

CHRPOVÁ MAULENOVÁ, Tereza, 2022. *Mikrobiom a probiotika v kontextu dermatologie*. Dermatologie pro praxi [online]. 16(1), 22-27 s. [cit. 2023-04-04]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2022/01/04.pdf>.

Inside Psoriasis Disease: Mental Health, 2022. IFPA [online]. *Stockholm: International Federation of Psoriasis Associations, 27 April 2022* [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: https://cms.ifpa-pso.com/tools/Mental-Health-Report_eng.pdf.

JANOUSHKOVÁ, Gabriela, 2014. *Nehtová psoriáza*. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 8(4), 149-150 s. [cit. 2023-03-28]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/04/06.pdf>.

JAVŮRKOVÁ, A. a RAUDENSKÁ, J., 2013. *Psychoterapeutický přístup u pacienta s psoriázou*. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 5. 6. 2013, 7(2), 77-78 s. [cit. 2023-03-29] ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2013/02/08.pdf>.

KANTOROVÁ, Marcela, 2015. *Vliv lupénky na mezilidské vztahy a psychický vývoj*. Brno, 38 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková, Ph.D.

KEŘKOVÁ, Martina, 2018. *Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou* [online]. Pardubice. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71841/KerkovaM_ZhodnoceniKvality_VS_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Vlastimila Semencová.

LOMICOVÁ, Iva a Petra CETKOVSKÁ, 2019. *Psoriáza jako rizikový faktor metabolických onemocnění*. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 16. 6. 2019, 16(5), 122-124 s. [cit. 2023-03-26]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2019/03/03.pdf>.

OCAMPO D, Vanessa a Dafna GLADMAN, 2019. *Psoriatic arthritis*. F1000Research [online]. 8(F1000 Faculty Rev-1665), 1-16 s. [cit. 2023-04-04]. ISSN 2046-1402. Dostupné z: [doi:10.12688/f1000research.19144.1](https://doi.org/10.12688/f1000research.19144.1).

- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO**, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 376 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- OHRYZKOVA, Alina**, 2014. *Život s lupénkou* [online]. Brno [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/p6gzn/Bakalarska_prace_-_Zivot_s_lupenkou_official_.pdf. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA. Vedoucí práce Mgr. Hana Pinkavová.
- OLEJÁROVÁ, Marta a Jorga FIALOVÁ**, 2012. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta, 40 s. Lékař a pacient. ISBN 9788020428042.
- PAGANO, John O. A.**, 2012. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. Praha: Triton, 312 s. ISBN 9788073875565.
- PARISI, Rosa, Roger T. WEBB, Matthew J. CARR, Kieran J. MORIARTY, C. Elise KLEYN, Christopher E. M. GRIFFITHS a Darren M. ASHCROFT**, 2017. *Alcohol-Related Mortality in Patients With Psoriasis*. JAMA Dermatology [online]. 153(12), 1256-1262 s. [cit. 2023-03-27]. ISSN 2168-6068. Dostupné z: doi:10.1001/jamadermatol.2017.3225.
- PAVELKA, Karel**, 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada, 388 s. ISBN 9788024750484.
- PAVELKA, Karel, Jiří VENCOVSKÝ, Pavel HORÁK, Ladislav ŠENOLT, Heřman MANN a Jan ŠTĚPÁN**, 2018. *Revmatologie. 2. aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 899 s. Jessenius. ISBN 9788073455835.
- PAVELKA, Karel, Ladislav ŠENOLT, Liliana ŠEDOVÁ, Markéta HUŠÁKOVÁ a Jarmila HEISSIGEROVÁ**, 2020. *Spondyloartritidy*. Praha: Maxdorf, 260 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-679-5.
- Revmatické-nemoci.cz.**, 2012. *Lupénka a psychika: léčit se musí tělo i duše* [online] [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-psoriaza/lupenka-a-psychika-lecit-se-musi-telo-i-duse-866>.
- Revmatické-nemoci.cz.**, 2014. *S kůží na trh: když psoriatik hledá práci* [online][cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-psoriaza/s-kuzi-na-trh-kdyz-psoriatik-hleda-praci-1076>.
- Revmatické-nemoci.cz.**, 2022. *Proč řadu pacientů s lupénkou trápí psychické potíže?* [online]. [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://www.revmaticke-nemoci.cz/novinky-psoriaza/proc-radu-pacientu-s-lupenkou-trapi-psychicke-potize-1565>.
- ROKYTA, Richard, MAREŠOVÁ, Dana a Zuzana TURKOVÁ**, 2016. *Somatologie: učebnice. 7. vydání*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-306-8.
- SLÁDKOVÁ, Hana**, 2015. *Zhodnocení kvality života u pacientů s psoriázou* [online]. Praha [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: https://www.pvsp.cz/data/2016/12/09/13/sladvka_hana.pdf. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.
- Státní zdravotnický ústav**, 2021. *COVID-19: rizikové faktory a rizikové skupiny* [online] [cit. 2023-04-17]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1068-covid-19-rizikove-faktory-a-rizikove-skupiny>.

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

WU, Po-Chien, I-Hsin HUANG, Chuang-Wei WANG, Cheng-Chang TSAI, Wen-Hung CHUNG a Chun-Bing CHEN, 2022. New Onset and Exacerbations of Psoriasis Following COVID-19 Vaccines: A Systematic Review. *American Journal of Clinical Dermatology* [online]. 23(6), 775-799 [cit. 2023-04-29]. ISSN 1175-0561. Dostupné z: doi:10.1007/s40257-022-00721-z.

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Žádost o povolení výzkumného šetření v kožní ambulanci

Příloha 3 – Žádost o povolení výzkumného šetření v plicní ambulanci

Příloha 4 – Fotografie výskytu psoriázy na těle

Příloha 5 – Doporučení pro udržení duševní pohody