

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Filip Havelka

Vliv psoriázy na psychiku a kvalitu života

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2017

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová

Téma práce: Vliv psoriázy na kvalitu života

Název práce v ČJ: Vliv psoriázy na psychiku a kvalitu života

Název práce v AJ: The Impact of psoriasis on the psyche and quality of life

Datum zadání: 2016-01-31

Datum odevzdání: 2017-05-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor: Havelka Filip

Vedoucí: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce si vytkla za záměr zhodnotit vliv kožního onemocnění psoriázy na psychiku a kvalitu života u pacientů s tímto onemocněním. Práce obsahuje části teoretickou a praktickou. V prvním oddíle teoretické části je definována kvalita života a faktory, která ji ovlivňují a to zejména u lidí nemocných s psoriázou. Jsou zde i hodnoceny faktory, které mohou toto onemocnění ovlivňovat, jako jsou svědění, stigmatizace, životní styl, tělesná hmotnost, vliv užívání návykových látek. Na druhé straně jsou analyzovány problémy, které nemoc provázejí, jako je sociálně - ekonomická situace postižených lidí nebo její vliv na osobní vztahy. A také je připomenuta úloha všeobecné sestry, umožňující zvýšení kvality života těchto pacientů. Druhý oddíl teoretické části je věnován depresi, která patří mezi významné doprovodné faktory a

následky tohoto onemocnění. Je zde rozebrán její vliv na kvalitu a aspekty léčby deprese u psoriatických pacientů.

Praktická část si vytkla 3 dílčí cíle. Prvním cílem bylo zjistit míru kvality života a deprese u pacientů s psoriázou s využitím dotazníků WHOQOL-BREF a BDI-II. Z výsledků provedeného výzkumu vyplývá skutečnost, že celková kvalita života u psoriatických pacientů je ovlivněna spolu s výskytem deprese v podobné míře, jak uvádí mnohé studie provedené na toto téma. Druhý cíl našeho průzkumu potvrdil rozdíl v celkové kvalitě života pacientů s psoriázou ve srovnání se souborem osob zahrnujícím vzorek zdravé populace. Třetí cíl, který byl vytčen, zjistil silný korelační vztah mezi depresí a celkovou kvalitou života u pacientů s psoriázou.

Abstrakt v AJ:

The purpose of this thesis was to evaluate the impact of the skin disease psoriasis on the psyche and quality of life with this disease. The thesis comprises of a theoretical part and a practical part. The first chapter of the theoretical part defines what a quality of life is, what its factors are and how they influence it, particularly in connection with psoriasis patients. The first chapter also evaluates factors affecting the disease, such as itching, stigmatizing, life-style, weight, or substance abuse. The challenges accompanying the disease, for example the socio-economic situation of the patients and its impact on their personal relationships, are also analyzed. The second chapter focuses on depression which is one of the major accompanying factors, and its consequences and impact on the quality and aspects of its treatment in psoriatic patients.

The practical part had 3 objectives set. The first objective was to assess the level of depression and quality of life in psoriatic patients using WHOQOL-BREF and BDI-II scoring. The results of these scores comply with various other studies performed on the similar subject, which state that the overall levels of depression and quality of life are influenced similarly. Thanks to the second objective we were able to confirm that there exists a difference in the overall quality of life of psoriatic patients compared to that of a test group of healthy people. The third objective detected a strong correlation between depression and the overall quality of life of psoriatic patients.

Klíčová slova v ČJ: Psoriáza, deprese, kvalita života, ošetrovatelská péče

Klíčová slova v AJ: Psoriasis, depression, quality of life, nursing care

Rozsah práce: 70 stran, 7 příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 5. května 2017

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a věnovaný čas při zpracování této diplomové práce a Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dotazníků. Mé poděkování rovněž patří všeobecným sestřám na ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních FNOL a respondentům za ochotu a obětovaný čas při účasti na dotazníkovém šetření.

OBSAH

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE	9
2 VLIV PSORIÁZY NA KVALITU ŽIVOTA A MÍRU DEPRESE	11
2.1 Kvalita života	11
2.1.1 Aspekty kvality života	12
2.1.2 Vliv psoriázy na kvalitu života	13
2.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu života psoriaticů	15
2.1.4 Úloha všeobecné sestry na zvýšení kvality života pacientů s psoriázou	24
2.2 Deprese	26
2.2.1 Faktory ovlivňující míru deprese u pacientů s psoriázou	26
2.2.2 Vliv deprese na kvalitu života	28
2.2.3 Aspekty zaměřené na zlepšení psychiky pacientů s psoriázou	29
2.3 Teoretická východiska	31
3 METODIKA VÝZKUMU VLIVU PSORIÁZY NA KVALITU ŽIVOTA A MÍRU DEPRESE	34
3.1 Cíle a hypotézy diplomové práce	34
3.2 Metody výzkumného šetření	35
3.2.1 Předvýzkum	36
3.3 Organizace výzkumného šetření zkoumaného souboru	36
3.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru	37
3.4 Organizace výzkumného šetření a charakteristika kontrolní skupiny	37
3.5 Metody statistického zpracování	38
4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
4.1 Interpretace výsledků k cíli 1	39
4.2 Interpretace výsledků k cíli 2	41
4.3 Interpretace výsledků k cíli 3	44
5 DISKUZE	48
ZÁVĚR	50
REFERENČNÍ SEZNAM	55
SEZNAM ZKRATEK	68
SEZNAM TABULEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

Psoriáza je chronické kožní onemocnění, pro které je charakteristický výskyt typických šupinatých ložisek, které se mohou vyskytnout kdekoliv na kůži, ve kštici, případně na nehtech nebo kloubech lidského těla. Jedná se o onemocnění, mající velký vliv na každodenní život pacientů a způsobující v různé míře omezení funkčnosti v mnohých oblastech kvality života. Jedná se především o problémy s fyzickým vzhledem, stigmatizací, dopadem na psychickou stránku nemocného a vznikem různé míry deprese nebo potíží v sociální oblasti nemocných (Abbas et al., 2014, s. 1146-1152, Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70). Obecně platí, že psychické potíže včetně vnímání stigmatizace a projevy deprese, jsou silnějšími faktory ovlivňujícími život pacientů s psoriázou, než vlastní kožní projevy této nemoci (Colombo, Perego, 2013, s. 1 – 2). Kvalita života je multidimenzionální pojem, který je obtížně jednoznačně definovatelný s ohledem na svoji komplexnost. Zahrnuje nejen objektivní, ale především subjektivní hodnocení různých oblastí života, týkajících se především zdravotního, psychického stavu a oblasti sociálních vztahů člověka (Mareš, Marešová, 2004, s. 214 – 217). Zaměření zdravotnických pracovníků pouze na viditelné projevy na kůži z hlediska klinické závažnosti je nedostačující, je bezpodmínečně nutné se zaměřit na komplexní přístup ke zlepšení kvality života těchto pacientů a snížení negativních dopadů na jejich psychickou stránku a sociální oblast (Rakshesh, D'Souza, Sahai, 2008, s. 600 – 606).

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má psoriáza na kvalitu života a míru deprese u pacientů s tímto onemocněním. Záměrem bylo, dojít pomocí výzkumného šetření, k němuž byly využity standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a BDI II, k následujícím dílčím cílům. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je míra kvality života a deprese u pacientů s psoriázou, druhým cílem bylo srovnat míru kvality života a deprese mezi souborem pacientů s psoriázou a kontrolní skupinou zdravé populace a třetím, posledním cílem bylo zjistit, zda existuje vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou.

Před zahájením rešeršní strategie byla prostudována níže uvedená literatura:

HONZÁK; RADKING. *Deprese*. 1. vydání. Praha: Galén, 1999, 111 s. ISBN: 8085824957.

HONZÁK; RADKING. *Úzkostný pacient*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005, 180 s. ISBN: 8072623672.

RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN: 8072621408.

ŠTORK, J. et al. *Dermatovenerologie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2013, 502 s. ISBN: 9788072628988.

1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

ALGORITMUS REŠERŠNÍ STRATEGIE



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:


Klíčová slova v českém jazyce: Psoriáza, deprese, kvalita života, ošetrovatelská péče

Klíčová slova v anglickém jazyce: Psoriasis, depression, quality of life, nursing care

Jazyk: Anglický, český, polský, slovenský

Období: 2001 - 2016

Další kritéria: Články týkající se dané problematiky, full text, recenzovaná periodika, věk > 18



DATABÁZE: BMČ, EBSCO, GOOGLE, GOOGLE Scholar, PubMed



Nalezeno celkem: 294 článků



Vyřazovací kritéria:


Články v jiném než v anglickém, českém, polském a slovenském jazyce: **32 článků**

Články duplicitní: **51 článků**

Články zaměřené úzce medicínsky: **34 článků**

Články týkající se jiné tematiky: **29 článků**

Články nesplňující další kritéria: nerecenzovaná periodika, abstrakta s absencí plného textu, nesplnění věkové hranice: **58 článků**





**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH
DOKUMENTŮ:**

BMČ: **7** článků

EBSCO: **51** článků

GOOGLE: **14** článků

GOOGLE Scholar: **6** článků a **8** knih

PubMed: **4** články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **82** dohledaných článků a **8** knih.

2 VLIV PSORIÁZY NA KVALITU ŽIVOTA A MÍRU DEPRESE

2.1 Kvalita života

Kvalita života je v dnešní době častým a rozšířeným pojmem používaným v každodenním životě. Jedná se také o termín interdisciplinární a multidimenzionální, který si osvojila řada vědních disciplín a který bývá relativně hůře uchopitelný vzhledem k širokému obsahovému pojetí (Heřmanová, 2012, s. 407-425). Původně se nejednalo o vědecký pojem, neboť se vyskytovala ve výzkumu pouze sporadicky a vyjadřovala především ekonomické a politické cíle administrativy USA v 60. letech minulého století (Rapley, 2003, s. 6). Postupně se začala objevovat především v oboru sociologie, kde byla podrobena řadě výzkumů a rozborů zejména z toho důvodu, že ekonomické parametry přestaly být jediným ukazatelem pro její měření (Fava, Ruini, 2003, s. 45 - 63). Postupem času se však dostávala do odborné literatury prezentující jednotlivé vědní obory, jako jsou například antropologie, sociologie, ekonomie, teologie a v neposlední řadě zdravotní vědní disciplíny, v nichž bývá kvalita života hlavním předmětem výzkumu. Vzhledem k oborové různosti je proto obtížné najít jednotnou definici kvality života, která by svým pojetím zastřešovala všechny její dimenze. (Rapley, 2003, s. 27 - 29). Jak uvádí autorka Heřmanová (2012, s. 407), existuje celá řada pojmů a definic, které se snaží vysvětlit a definovat termín kvalita života. Podle definice WHO z roku 1995 jde o termín „Jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (WHOQOL, 1995, s. 1403 - 1409). Kvalita života v obecné rovině znamená, že náš život je kvalitní, či-li dobrý a jde o souhrn pozitivních a negativních aspektů života. Z vědeckého hlediska rozlišujeme objektivní a subjektivní kvalitu života (Gurková, 2011, s. 22- 24). Klíčovým pojmem kvality života je spokojenost s vlastním životem, která zahrnuje dlouhodobé kognitivní a prožitkové hodnocení života v celkovém souhrnu i jeho jednotlivých oblastech. Můžeme zde zahrnout i pojem štěstí, které je zde myšleno jako stav naladění, v němž převažují pozitivní emoce nad negativními. V této souvislosti je třeba zmínit, že pocit štěstí a spokojenosti je ryze subjektivní spokojenost, neboť každý jedinec tyto pocity prožívá individuálně a nelze v tomto případě určit objektivní kritéria. Lidé, kteří se jeví jako spokojení, jsou často s kvalitou života nespokojeni a naopak. Proto nemůže být kvalita života hodnocena jen určitými danými kritérii, ale jedná se o záležitost multidimenzionální, dynamickou a subjektivní (Balašík, 2011, s. 206 - 209).

2.1.1 Aspekty kvality života

Kvalita života je komplexní stav, který je složený z různých aspektů zahrnujících fyzický stav, psychický stav, sociální vztahy, sexuální funkce, dále pak schopnost provádění každodenních činností nebo ekonomickou situaci člověka (Žarkovič et al., 2011, s. 81 - 85). Z počátku byl pojem kvality života spojován výlučně s materiální stránkou života, postupně je však jeho význam směřován i k nemateriálním hodnotám, jako jsou svoboda, zdraví a štěstí. Některé z těchto aspektů mohou být považovány pouze za synonyma, zatímco pro ostatní to jsou pojmy související s celkovou kvalitou života člověka (Peplínska, Rostowska, 2013, s. 77 - 92). Podle Banka je kvalita života oblast, která se mění v čase pod vlivem každodenních zkušeností. Spolu s pocitem štěstí a pohody vytváří účinek neustálého vývoje člověka, který představuje vysoce individuální proces. Výsledek působení různorodých činitelů určuje kvalitu života každého jednotlivce. Podle názoru autora to odráží mentální schopnosti života na jedné straně a na straně druhé vliv prostředí, ve kterém jedinec žije. Z toho důvodu komplexní hodnocení kvality života člověka vyžaduje analýzu velkého množství velmi širokého spektra informací. Znamená to, že každá osoba je zcela subjektivní bytost se svými jedinečnými životními zkušenostmi z různých situací a událostí, stanovující si své osobní cíle s očekáváním do budoucna a srovnání sebe sama v rámci společnosti (Banka, A., 2005, s. 11 - 78). Pojem kvality života může také souviset s aspekty, kterými jsou absence příznaků onemocnění, naplnění sociálních rolí a realizace osobních cílů (Peplínska, Rostowska, 2013, s. 77 - 92). Existuje řada teoretických modelů, které nahlízejí na kvalitu života reálně a holisticky. Podle autorky Heřmanové je nejčastěji používaným modelem v kontextu s kvalitou života model centra pro podporu zdraví v kanadském Torontu. Jedná se o model, který pojímá kvalitu života v oblastech bytí, prostředí a realizování. První oblast zahrnuje osobní rysy člověka, oblast prostředí se vyznačuje interakcí člověka s okolním prostředím a oblast realizování obsahuje činnosti spojené s realizováním a dosažením svých cílů (Heřmanová, 2012, s. 407 - 425). Zautra si všímá z psychologického hlediska souvislosti kvality života společně se stavem hédonické a eudaimonické pohody. Zatímco hédonický přístup se zaměřuje na štěstí (požitkářství, rozkošnictví), tak eudaimonický přístup definuje pohodu z hlediska míry, do jaké je člověk plně funkční, což může, ale také nemusí být doprovázeno pocitem spokojenosti (Zautra, Johnson, Davis, 2005, s. 212). I přesto, že je obtížné jednoznačně definovat kvalitu života, jsou nejčastěji používanými ekvivalenty souvisejícími s kvalitou života aspekty zdraví, blaho, štěstí, kvalita životního prostředí a celková spokojenost s vlastním životem (Ira, Andrasko, 2007, s. 159). Podobný názor mají i autoři Fava, Ruini (2003, s. 45 - 63), kteří do kvality života zahrnují fyzickou spokojenost, čímž je myšleno zdraví, osobní fyzická kondice a energie, dále materiální spokojenost

zahrnující finanční úroveň, kvalitu životního prostředí, dopravní možnosti, sociální spokojenost, do níž spadají především mezilidské vztahy, společenský život a dále osobní rozvoj a aktivitu reprezentující možnost a schopnost realizovat svoje cíle a emoční pohodu zahrnující sebeúctu, emoce a nálady. Rapley shledává kvalitu života v lidském uspokojení v oblastech materiálního zabezpečení, zdraví, ve schopnosti být výkonný a produktivní, v dobrých mezilidských vztazích, pocitu bezpečí a emoční pohodě (Rapley, 2003, s. 27 - 29). V rámci zvyšování kvality života funguje kompenzační systém, který při negativní zkušenosti, způsobené vlivem jednoho faktoru, může pozitivně ovlivnit působení faktoru jiného. Například práce a radost, z ní se může stát kompenzací za nepříjemné chvíle prožité v rodinném prostředí. Na jedné straně to může být útek z neúspěchů v jedné oblasti a nalezení pozitivní pohody v oblasti jiné, čímž dochází ke snížení napětí a frustrace a zlepšuje náladu jednotlivce (Banka, A., 2005, s. 11 - 78). Zdraví je považováno za pravděpodobně nejdůležitější životní hodnotu, na druhé straně je považováno za předpokládanou samozřejmost. Fyzické nebo duševní zdraví lze v průběhu života ovlivňovat prolínáním biologických, psychických a sociálních predispozic. Celospolečensky je dnes zdraví považováno za hlavní indikátor kvality života (Heřmanová, 2012, s. 407 - 425). Jak uvádí autoři Mareš, Marešová (2004, s. 214 - 217), kvalita života, která souvisí se zdravím, je důležitou oblastí lékařské a ošetrovatelské péče a také ukazatelem její kvality.

2.1.2 Vliv psoriázy na kvalitu života

Psoriáza je imunologicky zprostředkované genetické zánětlivé kožní onemocnění, které postihuje přibližně 2 – 5 % světové populace s rovnoměrným postižením mužů i žen (Bhosle et al., 2006, s. 1; Petraskiene et al., 2015, s. 63 – 70; Schmitt, Ford, 2007, s. 17 – 27; Zeljko-Penavić et al. 2010, s. 195 – 198; Žarkovič et al., 2011, s. 81 - 85). Tato nemoc může vzniknout v jakémkoliv věku, ale většinou se projeví před dosažením 40 let (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). U 50 % pacientů dochází ke vzniku tohoto onemocnění před dosažením 20 let života a u dalších 33 % dojde k exacerbaci ložisek psoriázy mezi 20. a 30. rokem života (Benoit, Hamm, 2007, s. 555 - 562; Ghorbanibirgani et al., 2016, s. 1 - 7).

Podstata patogeneze psoriázy spočívá ve zrychleném dělení kožních buněk s širokým spektrem změn na kůži v probíhající akutní nebo častěji se vyskytující chronické formě onemocnění. Typickými projevy psoriázy jsou zarudlá šupinatá kožní ložiska, která navíc často doprovází pocit svědění až pálení. Výskyt těchto projevů může být navíc velmi variabilní, od ojedinělých projevů až po velká psoriatická ložiska, která postihují téměř až 90 % tělesného

povrchu (Ghorbanibirgani et al., 2016, s. 1 - 7; Schwartz et al., 2016, s. 1 - 4). Etiologie tohoto onemocnění není stále ještě známa a i přes existenci moderních léčebných programů, jako je např. biologická léčba, psoriáza stále představuje velký a obtížně řešitelný klinický problém, který způsobuje výraznou psycho-sociální a ekonomickou zátěž nejen pro pacienty, ale i jejich příbuzné (Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108). I přes skutečnost, že psoriáza není životu ohrožující onemocnění, má za následek snížení řady fyzických i psychických funkcí, které je srovnatelné s onkologickými, metabolickými či kardiovaskulárními onemocněními a významnou měrou ovlivňuje kvalitu života těchto pacientů (Lee et al., 2010, s. 389 – 396). Vzhledem k častému výskytu projevů na viditelných místech, bývá mnohokrát spojena s řadou obtíží, jako jsou například nízké sebevědomí, sexuálními problémy, projevy úzkosti, stresu či deprese. Má vliv na fyzickou i sociální oblast nemocného, snižuje schopnost provádění každodenních činností, může docházet ke stigmatizaci pacienta a následně způsobovat problémy ve škole, v zaměstnání a v partnerských vztazích (Horn et al., 2007, s. 963 - 967). Vliv psoriázy na sociální, profesní či rodinnou oblast života interpretují i autoři Khazanov, Ayelet (2016, s. 991 - 1015) a pokládají estetický vzhled pokožky za důležitý faktor podílející se na vnímání obrazu vlastního těla.

Psoriáza se vyznačuje různou variabilitou průběhu tohoto onemocnění. V určitém období mohou projevy choroby přejít do fáze remise, přičemž po tuto dobu pacient funguje naprosto normálně. Naopak ve fázi, kdy dochází k exacerbaci kožních projevů, následuje postupný nárůst potíží v různých oblastech života (Rassmusen, Maindal, Lomborg, 2012). Ve studii prováděné kolektivem autorky Lakshmy et al., která zjišťovala kvalitu života pacientů s psoriázou prostřednictvím dotazníku WHOQOL - BREF, byla zjištěna u 16,6 % pacientů špatná kvalita života až velmi špatná a 35,6 % pacientů neuvádělo svoji kvalitu života ani dobrou ani špatnou (Lakshmy et al., 2015, s. 434). S tímto zjištěním koreluje i jiná publikovaná studie, kde bylo dle zveřejněných výsledků patrné, že psoriáza měla u 66,7 % pacientů středně těžký až extrémně velký dopad na kvalitu jejich života (Barot et al., 2015, s. 93 - 97). Kolektiv autorů LEE et al. ověřoval pomocí dotazníku WHOQOL – BREF skutečnost, zda se projevuje snížená kvalita života u pacientů s psoriázou ve srovnání se zdravou populací. Výsledky studie uvádí sníženou kvalitu života jednak v samostatně hodnocených položkách, jako jsou celková kvalita života a zdravotní stav, tak i v jednotlivých doménách. Výjimku tvořila pouze doména fyzické zdraví, kde byla hodnota průměrného hrubého skóre a tím i kvalita života na vyšší úrovni u pacientů s psoriázou ve srovnání s kontrolní skupinou zdravé populace (Lee et. al, 2010, s. 389 – 396). Jak dále uvádějí Dubertret et al. (2006, s. 729 - 736) v evropské studii provedené u 17 990 pacientů s psoriázou, označovalo 77 % respondentů psoriázu jako podstatný životní problém a 48 % pacientů uvedlo, že kvalita jejich života je ovlivněna zejména zhoršeným fyzickým vzhledem.

2.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu života psoriatiků

Míra vlivu psoriázy na kvalitu života závisí na širokém spektru okolností. To, že psoriáza má negativní dopad na život, prezentovalo ve studii prováděné autory Reich, Welz-Kubiak a Rams 49 % pacientů a z toho 40 % představovalo mladé a pracující pacienty, kteří navíc uváděli snížený pocit sebevědomí (Reich, Welz-Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). S tímto výsledkem se ztotožňují i další studie, které potvrzují vliv demografických faktorů, jako je věk, pohlaví, rodinný stav a úroveň vzdělání na kvalitu života psoriatiků (Horn et al., 2007, s. 963 - 971; Daus, 2008, s. 291- 293). Petraskiene et al. si také všímají odlišného vlivu psoriázy na kvalitu života podle stupně závažnosti psoriatických projevů. Ve studii, do níž zahrnuli 186 žen a 199 mužů ve věku od 18 do 85 let, došli k závěru, že středně těžká forma psoriázy způsobuje sníženou kvalitu života 1,8 x více u žen a 2,7 x více u mužů ve srovnání s pacienty, u nichž byla diagnostikována mírná forma tohoto onemocnění (Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70). Jankowiak et al. si všímají rozdílů v dopadu psoriázy na kvalitu života mezi muži a ženami. Interpretují, že psoriáza neovlivnila kvalitu života u 47,2 % dotázaných mužů a pouze u 34,4 % žen (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Další provedená studie prezentovala výsledek, ve kterém dokonce žádná z dotázaných žen nehodnotila svoji kvalitu života jako velmi dobrou ve srovnání s uváděnou velmi dobrou kvalitou života u 17, 65 % dotázaných mužů (Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108). Jankowiak et al. uvádějí souvislost spokojenosti se životem ve vazbě na délku průběhu tohoto onemocnění. Čím déle se pacienti léčili s psoriázou, tím vyšší spokojenost s životem vykazovali. Toto zjištění převládalo více mezi ženami. Tato studie si všímá navíc vlivu věku na kvalitu života. Stárnutí je všeobecně spojeno s postupným snižováním fyzických a mentálních funkcí člověka a společně s komorbiditou je dle jejich mínění snižována i úroveň kvality života. Přesto došli k zajímavému zjištění, že mladší lidé s psoriázou vykazovali horší životní spokojenost oproti starším pacientům (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Odborníci se shodují, že kvalitu života mají lepší ti pacienti, kteří si uvědomují, jaké aspekty života jsou pro ně nejvíce důležité a kteří jsou schopni se do jisté míry vyrovnat se svým onemocněním (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015).

Vliv svědění na kvalitu života

Pojem svědění je překladem latinského slovesa pruritus a je definován jako „nepříjemný subjektivní pocit doprovázející se zvýšeným škrábáním“ (Cowdell, 2009, s. 35 - 41). Je průvodním jevem mnoha chronických onemocnění kůže a je jedním nejčastěji se vyskytujícím a zároveň pro mnoho pacientů nejvíce nepříjemným projevem psoriázy. Je rovněž faktorem významně ovlivňujícím kvalitu života. Tento příznak se vyskytuje u 60 - 92 % psoriatiků (Ograczyk et al.,

2014, s. 299 - 304; Remröd, Sjöström, Svensson, 2015, 439 - 444; Verhoeven et al., 2008, s. 211 - 218). Podobné ukazatele jsou patrné z jiné studie, která zahrnovala 64 žen a 36 mužů léčených pro psoriázu. Výsledky uvádějí u 52 % respondentů svědění jako nejčastěji obtěžující příznak psoriázy. Dalšími negativně vnímanými příznaky byly olupování kůže u 32 % respondentů a pálení kůže u 14 % respondentů (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Trvalé a úporné svědění má stejně jako bolest zásadní vliv na kvalitu života a psychiku nemocného zejména narušením jeho spánku a následným vznikem únavy z nedostatku energie (Cowdell, 2009, s. 35 - 39; Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180). Nicméně autoři Hayes a Koo (2010, s. 174 - 180) uvádějí, že i psychické potíže mohou primárně způsobovat svědění. Se stanoviskem dopadu svědění na spánek, kvalitu života a potenciální vznik depresí souhlasí i další autoři. Upozorňují, že je potřeba se při zhodnocení pacientových potřeb cíleně na tento nepříjemný symptom zaměřit (Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304).

Všeobecné sestry by měly mít při ošetřování pacientů znalosti o etiologii svědění a měly by vhodně zvolenými ošetřovatelskými intervencemi umět tento symptom zmírnit nebo odstranit. Někteří pacienti mohou mít pouze lokalizované mírné svědění, ale u jiných pacientů se může vyskytovat úporné generalizované svědění, které postihuje celé tělo. Svědění kůže může být také pouze samostatně se vyskytujícím příznakem, případně může doprovázet široké spektrum dalších onemocnění (Davies, 2007, s. 51 - 57) s širokým spektrem doprovodných projevů, které zahrnují známky škrábání kůže, výskyt různých ekkoriací na kůži až po její zhrubnutí spojenou s hyperpigmentací v důsledku dlouhodobé iritace kůže (Jedličková et al., 2010, s. 493 - 497). Škrábání často pomáhá při snižování vnitřního napětí a poskytuje člověku okamžitý pocit úlevy od svědění, na druhé straně ovšem může způsobit podráždění kůže, které ještě zintenzivní tento symptom. V důsledku těchto akcí – reakcí vzniká začarovaný kruh svědění – škrábání, který může být spojen s pocitem ztráty ovládnutí se až po pocit úplné bezmocnosti (Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304). Podobné stanovisko prezentuje i další studie, která uvádí, že stav psychiky hraje důležitou roli v celkové etiologii svědění. Podkládá to zjištěním, ve kterém 30 % respondentů s psoriázou uvádělo svědění jako velmi intenzivní a poukazuje na to, že právě tyto pacienti jsou z psychologického hlediska zranitelnější a ohroženější vznikem deprese než pacienti s nižší intenzitou svědění (Remröd, Sjöström, Svensson, 2015, s. 439 - 444).

Na vnímání svědění má vliv i přítomnost depresivních příznaků, která ovlivňuje nejen přístup pacienta k celkové léčbě lupénky, ale i stupeň vnímání tohoto nepříjemného příznaku (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Na souvislost mezi léčbou svědění a zlepšováním psychického stavu poukazují Ograczyk et al., kteří usuzují, že pokud jsou kožní projevy pečlivě ošetřovány, dochází k zmírnění svědění a pozitivnímu ovlivnění psychiky a kvality života nemocného

(Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304).

Jednou z možností léčby, která vede ke zmírnění svědění, je edukace pacienta o dodržování vhodných režimových opatřeních. Je to např. vyvarování se konzumace potravin obsahující vyšší dávky histaminu a vazoaktivních látek (červené víno, káva, citrusy a konzervy), doporučuje se nosit volné, prodyšné a bavlněné oblečení či nevykonávat činnosti podporující zvýšenou potivost (Jedličková et al., 2010, s. 493 - 410). Jašková a Taraba nadále doporučují omezit časté sprchování a to zejména teplou vodou a doporučují do koupelí přidávat olej pro zlepšení hydratace kůže (Jašková, Taraba, 2009, s. 125 - 130). Zde sehrává hlavní úlohu všeobecná sestra, která by měla pravidelně sledovat pokožku nemocných, posuzovat a hodnotit případné změny kožní integrity a volit vhodné intervence při ošetřování pokožky pacienta (Cowdell, 2009, s. 35 - 41).

Vliv stigmatizace na kvalitu života

Stigmatizace je velmi starý jev, který byl popisován již ve starověku a může se vztahovat na jakýkoliv typ odlišnosti. Bývá definována jako kompromitující označení hanby nebo odlišnosti vedoucí k omezení při navazování mezilidských vztahů a v životě může vést až k sociální diskriminaci. Kožní choroby mohou být vzhledem k jejich estetickému hledisku jednou z hlavních příčin sociálního odmítnutí, což má negativní vliv na osobní a společenský život těchto pacientů (Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72). Psoriáza je onemocnění, které významně ovlivňuje způsob, jakým člověk sám sebe vidí i to, jak je viděn ostatními (Bhosle et al., 2006, s. 1). Jedná se o jedno z nejběžnějších chronických kožních onemocnění a významným faktorem, který predisponuje k vyšší stigmatizaci je přítomnost neestetických šupinatých ložisek, která jsou navíc často prosáklá krví od nadměrného škrábání a mohou navazovat pocity strachu a odporu okolí (Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72). Tato skutečnost dle autorů Jankowiak et al. přispívá ke snížené kvalitě jejich života a může mít negativní dopad na psychický stav pacienta (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Ghorbanibirgani et al. považují stigmatizaci, jako jednu z největších komplikací psoriázy, která vytváří sociální bariéru mezi ostatními zdravými jedinci a celou společností. Konstatují, že zdraví jedinci se často vyhýbají kontaktu s lidmi, kteří mají psoriázu, což vede k ovlivnění psychické i sociální stránky těchto pacientů. Pokud jsou těmto situacím pacienti vystavováni dlouhodobě, může to u nich vyvolávat pocity studu, nenávisť vůči sobě samým vedoucím k pocitům zoufalství a beznaděje (Ghorbanibirgani et al., 2016, s. 1- 7). Jak vyplývá z výsledků studie prováděné kolektivem autorů Hrehorów et al. na kožním oddělení Kliniky venerologie a alergologie ve Varšavě, pouze 9,8 % dotazovaných pacientů s psoriázou se nikdy v minulosti nesetkalo se stigmatizací. Zbývající nemocní se potýkali s menšími či většími projevy stigmatizace, počínaje například nepřijemnými pohledy či nepodání ruky, až po ty závažné, ve kterých docházelo k

ukončení pracovního poměru (Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72). Toto zjištění potvrzují i další studie, které prezentují poznání, kde se celá řada dotazovaných vyjádřila, že postoj lidí vůči nim se v jejich okolí s nástupem nemoci změnil a už se k nim nechová s takovým respektem jako dříve. Dokonce se objevily případy, kde docházelo od okolí pacienta k omezování kontaktu či různým projevům averze (Ghorbanibirgani et al., 2016, s. 1 - 7; Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Jak uvádějí ve své studii Hrehorów et al. (2012, s. 67 - 72), sdělovalo 57 % pacientů s psoriázou negativní zkušenosti se situací, kdy jejich psoriatická ložiska upoutávaly zvýšenou pozornost a 70 % pacientů mělo zkušenosti s tím, že okolí považovalo tyto kožní projevy za nakažlivé. Young a Kucera (2016, s. 29 - 43) si všímají náznaků, že někteří lidé s psoriázou považují svá těla za nečistá a mající vadu, což u nich vyvolává pocity viny a studu a rovněž očekávání odmítnutí od ostatních lidí. Kvůli viditelným projevům psoriázy často dochází k omezení návštěvy koupališť a kadeřnictví a v mnoha případech také tito lidé nevyužívají hromadné dopravní prostředky (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Toto chování vychází z obav pacientů, že mohou být druhými lidmi vnímáni tak, že mají špatné hygienické návyky. Zřetelnější je to u lidí, kteří zažili v dětství ponižování či dokonce šikanu (Rassmusen, Maindal, Lomborg, 2012, s. 1 - 19). Jiná studie vychází ze skutečnosti, kde 20 % nemocných s psoriázou mělo negativní zkušenosti se zamítnutím vstupu do kadeřnictví, plaveckých bazénů nebo fitness center (Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72). Dubertret et al. (2006, s. 729 - 736) uvádějí ve své studii potíže u 56 % pacientů, pokud šlo o volbu jejich oblečení, potřebu několikrát denně se koupat mělo 45 % respondentů, dalších 40 % se mnohokrát denně převlékalo a 27 % dotázaných přiznávalo častou absenci ve škole či v zaměstnání. Podle další studie někteří pacienti dokonce odmítali vycházet kvůli projevům psoriázy se svého bytu (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66). V této souvislosti je důležité zdůraznit skutečnost, že negativní dopad psoriázy v každodenním životě se projevuje nejsilněji ve věkové skupině mezi 18 až 45 lety. Může to být vysvětleno tím, že raná dospělost je období, ve kterém dochází k formování sociálních vztahů, získávání mezilidských kontaktů a stigmatizace zde má největší vliv na každodenní život (Makara - Studzińska et al., 2014, s. 23 - 28). Fyzický vzhled pro tuto kategorii lidí obvykle představuje velký význam, protože v tomto období většina pacientů začíná svoji kariéru, formuje mezilidské vztahy a vede rušný společenský život (Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72). Young a Kucera (2016, s. 29 - 43) poukazují, také na skutečnost, že čím delší je doba trvání nemoci, tím silněji se projevuje pocit stigmatizace. Psoriáza je onemocnění, které se vyznačuje viditelnými psoriatickými projevy na kůži, které mohou způsobovat stud a vést k rozpakům, což může vést k vyhýbání se společenským kontaktům (Young, Kucera, 2016, s. 29 - 43). Jak uvádějí autoři Owczarek a Jaworski (2016, s. 102 - 108), mnoho lidí se stále ještě domnívá, že psoriáza je nakažlivé onemocnění. Na jedné straně se pacienti snaží racionalizovat své onemocnění s cílem přijmout nemoc a tím si i zlepšit

náladu, na druhé straně vlivem společenského odmítání dochází k prohlubování jejich smutku a špatné nálady (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66). Důležitá role zdravotnických pracovníků by proto měla spočívat nejen v samotné léčbě psoriázy, ale také v zaměření se na zvyšování povědomí společnosti o tom, že psoriáza není nakažlivé onemocnění (Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72). S tímto stanoviskem se ztotožňují i další autoři, kteří potvrzují, že mnoho lidí stále ještě nemá znalosti o tom, že psoriáza není nakažlivá (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66). Proto by se podle autorů Hrehorów et al. (2012, s. 67 - 72) měla zvýšit lepší informovanost společnosti o tomto onemocnění. Psychická podpora, vzdělávání a skupinová terapie, která navodí vzájemnou interakci mezi pacienty a zdravou populací, jsou důležitými faktory, jak prolomit stigma (Makara - Studzińska et al., 2014, s. 23 - 28). Další autoři vidí účinnost v informovanosti populace o tomto onemocnění již ve výuce na základních školách, kde by měly být poskytovány základní informace o dermatologických onemocněních, u kterých psychologické faktory hrají významnou roli (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66). Zvyšující se sociální a emocionální podpora by mohla pomoci ke snížení exacerbaci psoriázy (Sharma, Bassi, Singh, 2011, s. 235 - 240). Pokud je dána pacientovi náklonnost dotykem na kůži či podáním ruky, má to pozitivní vliv na psychiku nemocného (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Ve studii Dalgard et al. pacienti s psoriázou hodnotili doteky v rámci partnerství, jako mnohem příjemnější, než tomu bylo u kontrolní zdravé skupiny. Vysvětlením pro toto zjištění by mohl být fakt, že pacienti s psoriázou mají tendenci idealizovat svůj vztah, neboť jsou vděční za to, že našli partnera, který s ním žije i přes přítomnost jejich onemocnění (Dalgard et al., 2008, 746 - 751). Neméně důležitá je také edukace rodinných příslušníků o dostatečné vzájemné podpoře, jejímž cílem bude, aby se žádný z členů rodiny nedostával do podřadné role. V rodinách, kde fungují rodinné vztahy a převládá spokojenost, dosahují pacienti snadněji přijetí svého onemocnění a kvalita jejich života je na vyšší úrovni (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66).

Vliv životního stylu na kvalitu života

Životní styl je charakteristickým rysem každého jedince v mezilidské komunikaci, uplatněním se v pracovním životě, prožitím volného času, jeho kulturními, sportovními zájmy apod. Způsob životního stylu každého jedince vyplývá z historických tradic, ekonomické situace, vzdělání, celkové úrovně společnosti, ve které žije, přírodního prostředí, ve kterém se nachází či sociálními jistotami. Vliv na něj má také charakter jednotlivce a způsoby, jimiž úrovně svého životního stylu dosahuje. Životní styl může být ovlivňován faktory, jako jsou např. stravování, pohybová aktivita nebo užívání návykových látek (Praško a kol., 2010, s. 17 - 40). Faktory nezdravého životního stylu jsou často spojeny s psoriázou a to daleko významěji, než je tomu

u běžné populace. Tyto faktory mohou přispět ke vzniku tohoto onemocnění, ke zhoršení jeho průběhu nebo k nové exacerbaci ložisek (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Nezdravý životní styl a negativní postoj k němu může být umocněn zvýšenou psychickou úzkostí, což ve svém důsledku může mít za následek snížení motivace k léčbě. Stejně tak může být změna životního stylu prospěšná nejen při prevenci vzniku psoriázy, ale také při zmírnění projevů tohoto onemocnění (Nelson et al, 2014, s. 1116 - 1122).

Vliv zvýšené tělesné hmotnosti na kvalitu života

Poruchy příjmu potravy se vyskytují u nemocných s psoriázou více, než je tomu u zdravých jedinců. Navíc je toto onemocnění spojeno s častějším výskytem nadváhy či obezity. Podle výsledků ze systematického přehledu provedených studií mezi roky 1990 – 2015 došel kolektiv autora Ferreiry, ke zjištění výskytu nadváhy či obezity u více než 50 % dospělých pacientů s psoriázou a tito pacienti měli v důsledku své nadváhy sníženou citlivost na psoriatickou léčbu. Zároveň autoři také konstatují, že záchvatovité přejídání v důsledku působení stresu u psoriatiků může být jedním z faktorů pro rozvoj metabolického syndromu (Ferreira et al., 2016, s. 36 - 43). Mimo jiné obezita může podporovat nadměrnou produkci různých prozánětlivých cytokinů v tukové tkáni, které se mohou podílet na patogenezi psoriázy (Naldi et al., 2014, s. 634 - 642).

Frankel et al. (2014, s. 918 - 924) jsou přesvědčeni, že snížení rizika vzniku psoriázy přináší pravidelná a intenzivní pohybová aktivita. S tímto prohlášením se ztotožňuje i další studie, která rozšiřuje toto poznání o konstatování, že jedním z rizikových faktorů vzniku lupénky je i vysoké procento tuku v těle (Keyworth et al, 2014, s. 602 - 608). Proto by měla být jedním z aspektů ošetřování pacientů s psoriázou edukace o zásadách zdravého životního stylu (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Naldi et al. vycházejí z výsledků studie prováděné u 303 pacientů se středně těžkou formou psoriázy a u nichž se zároveň vyskytovala nadváha či obezita. Dospěli ke zjištění, ve kterém 48 % pacientů, kteří dosáhli během 20 týdnů snížení své nadváhy, došlo i ke zmírnění projevů této nemoci (Naldi et al., 2014, s. 634 - 642). Toto tvrzení potvrzuje i dánská studie, která zjišťovala po dobu 16 týdnů 60 pacientů s psoriázou a s body mass indexem vyšším než 27. Téměř u 95 % pacientů, kteří po 8 týdnů dodržovali nízkokalorickou dietu, došlo ke snížení hmotnosti a ke zlepšení jejich psychického stavu a zvýšení jejich kvality života (Jensen et al., 2013, s. 795 - 801). Strava psoriatiků by měla být upravena tak, aby podporovala standardní rozložení základních složek potravin v poměru 55 % sacharidů, 30 % tuku a 15 % bílkovin. Pacienti by nadále měli být poučeni o důležitosti vykonávat pravidelná aerobní tělesná cvičení, zejména chůzi, po dobu alespoň 40 minut třikrát týdně (Naldi et al., 2014, s. 634 - 642).

Vliv návykových látek na kvalitu života

Dalším negativním prvkem, ovlivňujícím životní styl nemocných s psoriázou, je nadměrný příjem alkoholu a kouření. Keyworth et al. uvádějí, že kouření je spojeno až se 70 % zvýšeným rizikem vzniku psoriázy (Keyworth et al., 2014, s. 602 - 608). Další studie upozorňuje na skutečnost, že i u bývalých kuřáků nebo u lidí, kteří bývají vystaveni dlouhodobému pasivnímu kouření, se projevuje tendence k vyššímu riziku vzniku lupénky (Ferreira et al., 2016, s. 36 - 43). Tento názor upřesňují svým poznatkem Armstrong et al. tím, že kouření je spojeno nejen se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění, ale může být také rizikovým faktorem psoriázy. V provedené meta – analýze, která zjišťovala vztah mezi kouřením a psoriázou, bylo zahrnuto celkem 146 934 pacientů s psoriázou a 529 111 jedinců, kteří tuto nemoc neměli. Lidé, kteří kouřili méně než 10 let, měli stejné riziko rozvoje psoriázy jako nekuřáci, zatímco lidé kouřící více než 30 roků, byli vystaveni dvakrát většímu riziku vzniku psoriázy. Z tohoto zjištění vyplývá, že pacienti s psoriázou, kteří jsou kuřáky, by měli být ošetrovatelským personálem poučeni o nutnosti tento zlovyk omezit, což může mít za následek nejen snížení projevů psoriázy, ale i případných kardiovaskulárních a jiných závažných onemocnění (Armstrong et al., 2014, s. 304 - 314).

Jedním z významných rizikových faktorů pro vznik psoriázy je nadměrná konzumace alkoholu. Studie prováděná ve Velké Británii došla ke zjištění, že 20 % pacientů s psoriázou má problémy s nadměrnou spotřebou alkoholu (Kirby et al., 2008, s. 138 - 140). Další studie proklamuje podobný závěr se zjištěním, ve kterém se téměř 30 % psoriatiků netají se sklonem k pravidelné konzumaci alkoholu (Strohal, Kirby, Puig, 2014, s. 1661 - 1669). Přesto existuje jen málo důkazů o souvislosti mezi konzumací alkoholu a prevalencí závažnosti psoriázy. Spíše je velmi pravděpodobná spojitost mezi nadměrnou spotřebou alkoholu a depresí pacienta (Kirby et al., 2008, s. 138 - 140). Brenaut et al. (2013, s. 30 - 35) uvádějí, že není jisté, zda je alkohol skutečný rizikový faktor pro vznik lupénky nebo zda konzumace alkoholu je pouhým důsledkem psoriázy. Nicméně nadměrná konzumace alkoholu může negativně ovlivnit léčbu lupénky, zejména pokud jde o zhoršení spolupráce a postoje pacienta k navrhované léčbě (Strohal, Kirby, Puig, 2014, s. 1661 - 1669). Problémy s konzumací alkoholu se objevují převážně u mužů v mladším a středním věku, a to téměř dvojnásobně proti populaci bez lupénky. Vychází to ze studie, kde se tito lidé domnívají, že alkohol zmírní projevy stresu souvisejícího s nemocí (Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180). Další studie upozorňuje, také na zvýšenou úmrtnost psoriatiků v souvislosti s alkoholem, a to především z důvodu výskytu kardiovaskulárních onemocnění (např. infarkt myokardu, cévní mozková příhoda) nebo onkologických (např. karcinomem hrtanu a plic) a v neposlední řadě s výskytem jaterních chorob. Svoji roli zde s ohledem na nezdravý životní styl sehrává i vliv stresu a výskytu psychických problémů, které se vyskytují u psoriatiků ve větší míře

než u lidí neléčených pro žádné onemocnění (Strohal, Kirby, Puig, 2014, s. 1661 - 1669).

Vliv psoriázy na sociální - ekonomickou sféru

Psoriáza může mít negativní dopad na ekonomickou stránku života nemocného (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015.). Autoři Reich, Welz - Kubiak a Rams vidí spojitost zhoršené ekonomické situace, zapříčiněnou zvýšenou finanční zátěží v důsledku léčby a sníženou kvalitou života psoriaticků. Uvádějí průměrné náklady pacienta na jeho léčbu v rozmezí 9 - 14 % platu a zároveň poukazují na to, že čím více jsou projevy psoriázy výraznější, tím vyšší jsou náklady na léčbu (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Autoři Owczarek a Jaworski uvádějí téměř u 20 % pacientů nedostatek financí na zaplacení všech předepsaných antipsoriatických léků, což má za následek další zhoršování nemoci a tím i kvality života (Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108). Je to dáno, podle autorů Khazanova a Ayeleta, mimo jiné i sníženou možností sehnat si odpovídající zaměstnání. Tito autoři uvádějí případy, kdy v důsledku vzniku onemocnění dochází u nemocného z důvodů viditelných projevů k záměrnému nechození do práce či k absenci nebo dokonce k ukončení studií (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015). S tímto tvrzením souhlasí i studie autorů Horn et al., podle níž mají pacienti s těžkou formou nemoci nižší pravděpodobnost sehnat práci ve srovnání s pacienty s mírnou psoriázou. Jejich studie uvádí 17 % nezaměstnaných pacientů s těžkou formou psoriázy v porovnání s 6 % nezaměstnaností u pacientů s mírnou formou tohoto onemocnění (Horn et al., 2007, s. 963 - 971). K podobnému zjištění došla i další studie, která u 23,4 % psoriaticků uváděla negativní vliv nemoci na jejich ekonomickou situaci (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Další autoři uvádějí u psoriázy negativní ovlivňování pracovní výkonnosti a podávají vyjádření, ve kterém by měla být považována za nemoc, která snižuje nejen kvalitu života pacienta, ale má také vliv na snížení pracovní produktivity (Bhosle et al., 2006, s. 1; Zimol, Reich, Szepietowski, 2009, s. 75 - 76). Kolektiv autorů Bhosle et al. uvádí vyšší výskyt pracovní neschopnosti u lidí, kteří trpí psoriázou, než je tomu u jejich spolupracovníků. V jejich provedené studii téměř 60 % dotázaných léčících se s psoriázou v zaměstnání chybělo v průměru 26 dní v roce z důvodu léčby své nemoci (Bhosle et al., 2006, s. 1). Dalším aspektem, který má negativní vliv na ekonomickou stránku pacienta, jsou pravidelné pobyty v nemocnici. Hospitalizace pacienta je spojena s absencí v zaměstnání, což má za následek horší finanční situaci a následně vedoucí ke snížené finanční dostupnosti některých léčiv, což vede k neefektivní léčbě a tím i ke snížené kvalitě života (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66; Schmitt, Ford, 2007, s. 17-27).

Vliv psoriázy na osobní vztahy

Dalším z faktorů, vztahujících se ke kvalitě života, je i oblast sexuality a partnerských

vztahů u pacientů s psoriázou, které jsou také obsahem položek, zahrnutých do dotazníků, hodnotících kvalitu života nejen u dermatologických pacientů (Ruiz - Villaverde et al., 2011, s. 694). Ve studii autorů Hrehorów et al. uvádí 80 % pacientů jako nejtěžší aspekt svého onemocnění potíže s navazováním partnerských vztahů (Hrehorów et al, 2012, s. 67 - 72). Tito lidé velmi často mívají obavy ze situací, kdy si jejich partner všimne jejich kožních projevů (Dalgard et al., 2008, s. 746 - 751). Jak prezentuje autor Daus, zejména pacienti, kteří se léčí s těžkou formou psoriázy, uvádějí za málo pravděpodobné, že by si v budoucnu našli stálého partnera (Daus, 2008, s. 291 - 293). Vliv psoriázy na partnerské vztahy dokresluje i další studie, ve které sehrávala psoriáza hlavní roli v rozpadu partnerského vztahu nebo manželství u 18,8 % žen a u 5,6 % mužů (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Jedním z aspektů, proč tomu tak může být, je teze, že pacienti s psoriázou mívají potíže v oblasti sexuálního života ve srovnání s lidmi, kteří se neléčí s psoriázou ani s žádným jiným kožním onemocněním. Jak uvádějí Sampogna et al., existuje široká variabilita v prevalenci problémů z různých studií, cílených na tuto oblast kvality života (Sampogna et al., 2007, s. 147 - 150). Například studie provedená autorkami Remröd, Sjöström a Svensson (2015, s. 439 - 444) uvádí vliv psoriázy na sexuální vztahy pouze u 27 % pacientů. Naopak jiné studie uvádí prevalenci sexuálních potíží u psoriatiků ve více než 70 % případech (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Mercan et al., 2008, s. 160 - 168; Sharma, Bassi, Singh, 2011, s. 235 - 240). Žarkovič et al. si všímají faktu, ve kterém muži ve srovnání s ženami vykazují větší spokojenost s milostným vztahem a sexuálním životem. Je to podle autorů zapříčiněno tím, že nedokonalý vzhled trápí více ženy a tím i více dochází ke snížení jejich sebevědomí. V souvislosti s tím, že sexuální život úzce souvisí se spokojeností se vzhledem vlastního těla, může být příčinou toho, proč ženy jsou méně spokojeny s vlastním sexuálním životem než muži (Žarkovič et al., 2011, s. 81 - 85). Psoriáza snižuje sebevědomí a to může vysvětlit vazbu na sexuální problémy pacientů. Jeho následkem bývá pokles sexuální touhy, jakož i poruchy orgasmu nebo potíže s erekcí (Ferreira et al., 2016, s. 36 - 43). Toto zjištění potvrzují i Mercan et al., kteří konstatují, že sexuální potíže nejsou přímo úměrné rozsahu kožních projevů a místem jejich výskytu, ale bývají spojovány se sníženým sebevědomím vlivem dlouhodobého působení negativních emocionálních podnětů (Mercan et al., 2008, s. 160 - 168). Další provedená studie na toto téma prezentuje skutečnost, ve které vlivem narušené psychiky dochází často u mužů k impotenci a u 11 % pacientů bývá obava mít v budoucnu děti ze strachu z dědičného přenosu tohoto onemocnění (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66). Ferreira, et al. si všímají zase skutečnosti, že na pohlavní život nemocného může mít vliv i farmakoterapie. Jedná se zejména o negativní účinek spojený s užíváním metotrexátu, který je jedním ze základních léků užívaných k potlačení lupénky. Jedním z nežádoucích účinků tohoto léku je i vliv na snížení sexuálních funkcí pacienta (Ferreira et al., 2016, s. 36 - 43). Tuto informaci

rozšiřují i další autoři o poznání, že dlouhodobé užívání anxiolytik a antidepresiv, které pacienti s psoriázou také užívají, mohou rovněž způsobovat potíže v jejich sexuálním životě (Ruiz - Villaverde et al., 2011, s. 694- 699).

Jedním z aspektů, jak ovlivnit potíže v intimní sféře pacienta, je vzájemný pozitivní vztah mezi pacientem a jeho partnerem, který může výrazně ovlivnit i zvládnání léčby psoriázy. Lidé, kteří akceptují partnerovo onemocnění, snaží se mu dodávat optimismus a zvyšují mu sebevědomí tím, že mu dávají najevo, že je pro ně atraktivní, zažívají větší partnerskou pohodu (Pereira, Brito, Smith, 2012, s. 260 - 269). V případě podpory od své rodiny a přátel jsou tito pacienti schopni brát onemocnění s větším nadhledem, váží si sama sebe a tím mají větší šanci se vypořádat s onemocněním a zlepšit si tak i svoji kvalitu života (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90).

2.1.4 Úloha všeobecné sestry na zvýšení kvality života pacientů s psoriázou

V ošetrovatelství se hodnocení kvality života zaměřuje na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu (Gurková, 2011, s. 66). V ošetrovatelské disciplíně je proto nutné se jednoznačně zaměřit na definování rozdílů souvisejícími s pojetím kvality života, funkčního stavu, pohody a spokojenosti (Haas, 1999, s. 728 - 742).

Při ošetrování má proto velký význam vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, který vymezuje základní prostor, v němž léčba probíhá. Je to situace, kterou vytváří zdravotní, psychologická a sociální nouze člověka, který se nyní stává pacientem. Zdravotnický pracovník by měl být obětavý, nezištný a měl by být vždy k dispozici, když ho pacient potřebuje. Na druhé straně by měl být chápán jako ten, který se podílí na vrácení zdraví. Zdravotnický pracovník by se měl vyvarovat neosobního a anonymního přístupu k nemocnému, neboť tato skutečnost bývá pacientem špatně snášena (Praško a kol., 2010, s. 52 - 76).

Cílem a náplní práce všeobecné sestry v každodenní péči o pacienty s psoriázou by mělo být nejen ošetrování kožních projevů psoriázy, ale i zaměření se na zlepšení jejich kvality života. Všeobecné sestry mají mít odpovědnost za pomoc těmto pacientům, aby jejich život byl plnohodnotný ve všech oblastech kvality života. Proto by měly hrát důležitou úlohu při zvýšení kvality života pacientů s psoriázou činnostmi, poskytujícími pomoc při zvládnání léčby tohoto onemocnění. Všeobecná sestra musí být schopna aplikovat získané poznatky při ošetrování, umět identifikovat potřeby těchto pacientů s ohledem na jejich zdravotní problémy a dopomoci jim dosáhnout uspokojení těchto potřeb (Daus, 2008, s. 291- 293). Kolektiv autorů Petraskiene et al. se zabýval otázkou, do jaké míry mají všeobecné sestry znalosti a dovednosti při péči o pacienty s psoriázou. Do jejich studie bylo zahrnuto 505 všeobecných sester pracujících v různých

nemocnicích. Všeobecné sestry, které se setkávaly s pacienty s lupénkou méně než jednou měsíčně, vykazovaly nevyhovující nebo špatné znalosti o ošetřování lupénky (62,9 %) v porovnání s těmi, které ošetřovaly tyto pacienty vícekrát měsíčně (50 %) nebo alespoň jedenkrát za týden (35,1 %), (Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70). Jiná studie doplňuje skutečnost o poznání, že všeobecné sestry, které pracovaly na dermatologických klinikách a všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním, vykazovaly dobré znalosti a dovednosti v ošetřování lupénky a byly připraveny poskytovat odborné informace a praktická doporučení pacientům s různými kožními nemocemi (Daus, 2008, s. 291- 293). Edukace pacienta je nedílnou součástí každodenní ošetrovatelské péče a má důležitý význam k posílení znalostí pacientů o ošetřování psoriázy (Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70).

Psoriáza je stále více chápána jako vážné chronické onemocnění kůže s dlouhodobým negativním dopadem na život a ne pouze jako kosmetický problém. V tomto směru by měly všeobecné sestry vyvinout maximální úsilí pro účinnou informovanost pacienta o její léčbě a vést pacienta k účelnému a účinnému selfmanagementu tohoto onemocnění (Rassmusen, Maindal, Lomborg, 2012, s. 1 - 19). Všeobecné sestry musí umět edukovat pacienty o technice správného ošetřování, aby tito pacienti zvládli samostatně provádět ošetřování kožních ložisek (Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304). Důležitou náplní edukace je také informování pacienta o dodržování správné životosprávy, zejména o omezení požívání alkoholu a kouření, vyvarování se působení stresu, mít pravidelný denní režim a dostatek spánku a odpočinku. Pacient by měl být také informován o vhodnosti nošení volného oblečení z neдрáždivých přírodních materiálů, chránit se před infekcemi, omezit pobyty v prašném a vlhkém prostředí a o nutnosti pečovat o pokožku i v období remise onemocnění (Navrátilová, Miklíková, 2011, s. 230 – 231). Základem dosažení účinného efektu edukace je získání důvěry pacienta a jeho motivace a ochota spolupracovat, což vede k lepším výsledkům léčby a ke snížení psychických potíží (Rassmusen, Maindal, Lomborg, 2012, s. 1 - 19). Pacient tím dosáhne větší kontroly nad svým onemocněním, což vede ke zlepšení psychiky a současně i kvality života (Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304).

2.2 Deprese

Depresivní porucha je jednou z nejčastějších duševních onemocnění, které postihuje přibližně 350 milionů lidí po celém světě (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015; Barrett, Chang, 2016, s. 345 - 353). Celosvětová míra prevalence deprese činí v současné době 15 – 20 % a podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se do roku 2020 deprese stane třetí nejčastější příčinou invalidity na celém světě (Reddy et al., 2015, s. 209 - 213). I přesto se jedná o onemocnění, které je často přehlíženo (Mitchell, Vaze, Rao, 2009, s. 609 - 619). Depresivní onemocnění postihuje celý lidský organismus, ovlivňuje tedy nejen duševní procesy, jako jsou nálada, myšlení a chování, ale má i zásadní negativní vliv na stránku fyzickou a sociální (Praško, Prašková, H., Prašková, J., 2003, s. 26 - 30). Jedním z příznaků deprese je anhedonie, která způsobuje nedostatek zájmu nebo potěšení z běžné činnosti. Proto převážná většina depresivních jedinců demonstruje sníženou tendenci projevit pozitivní emoce a to i přes přítomnost možných pozitivních stimulů (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015). Jak uvádějí autoři Praško, Prašková, H., Prašková, J., klinická deprese způsobuje postupné snižování zájmu o jakoukoliv aktivitu a její neléčení může zapříčinit člověku neobyčejné utrpení vedoucím až k pokusu o sebevraždu (Praško, Prašková, H., Prašková, J., 2003, s. 26 - 30). S tímto tvrzením souhlasí i autoři Mitchell a Kakkadasam, kteří uvádějí, že deprese zhoršuje kvalitu života a v neposlední řadě má vliv i na zvýšenou úmrtnost (Mitchell, Kakkadasam, 2011, s. 259 - 368).

2.2.1 Faktory ovlivňující míru deprese u pacientů s psoriázou

Autoři Fung, CHan, Chien (2014, s. 698 - 714) poukazují na skutečnost, že u pacientů trpících nějakým somatickým onemocněním je zároveň i výrazně vyšší pravděpodobnost, že se objeví i psychická porucha. Mezi tato onemocnění patří i psoriáza, která více či méně ovlivňuje kvalitu života a v mnoha případech je spojena s řadou psychických obtíží, mimo jiné s nízkým sebevědomím, sexuální dysfunkcí, úzkostí, depresemi, stresy či sebevražednými myšlenkami. Negativní vliv psoriázy na psychiku nemocného bývá často významnějším ukazatelem invalidity než samotné kožní onemocnění (Elgendi et al., 2015, s. 15 - 20). Rovněž každodenní špatná nálada vede ke zhoršení psoriázy a je spojena se snížením kvality života a zvýšeného výskytu depresivních symptomů (Makara - Studzińska et al., 2014, s. 23 - 28). Výskyt deprese u pacientů s psoriázou je značně variabilní a její prevalence se pohybuje v rozmezí 10 % až 62 % (Hayes, Koo, 2010, s. 174 – 180). Jak uvádí výsledky studie, provedené kolektivem autorů Lee et al. za účelem zjištění

výskytu deprese u pacientů s psoriázou v porovnání se zdravou populací pomocí dotazníku BDI - II, průměrné skóre míry deprese vykazovalo hodnotu 11,47 bodů, což svědčilo pro výskyt minimálních příznaků deprese. U kontrolní skupiny, zahrnující zdravou populaci, bylo průměrné výsledné celkové skóre pouze 5,7 bodů (Lee et. al, 2010, s. 389 – 396). Další studie provedená kolektivem autorů Jankowiak et al., která hodnotila míru deprese u pacientů s psoriázou pomocí dotazníku BDI - II, došla ke zjištění průměrného skóre míry deprese 13,87, což odpovídá hodnotě v pásmu mírné deprese (Jankowiak et al. (2013, s. 85 - 90). Na toto zjištění navazuje další studie, která konstatuje, že poměr rizika vzniku deprese u pacientů s psoriázou oproti běžné populaci je 4 až 5 krát vyšší, než je tomu u zdravé populace a toto riziko se zvyšuje spolu se závažností projevů psoriázy (Strohal, Kirby, Puig, 2014, s. 1661 - 1669). S tímto zjištěním koreluje studie prováděná kolektivem autorů Lakshmy et al., která zjišťovala míru prevalence deprese u pacientů s psoriázou během období 12 měsíců. Výsledky uvádějí přítomnost deprese u 78,9 % psoriatiků. Z toho 62,2 % mělo středně těžkou až těžkou formu deprese, která vyžadovala psychiatrickou léčbu (Lakshmy et al., 2015, s. 434 - 440). Naproti tomu některé studie, provedené u nemocných s psoriázou, dospěly k závěru, že depresemi trpí 25 – 30 % psoriatiků (Elgendi et al., 2015, s. 15 - 20; Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70). Jankowiak et al. (2013, s. 85 - 90) uvádějí, že za vznikem a modulací depresivních potíží stojí i stigmatizace a duševní zranitelnost pacientů, na které se podílí určitá izolovanost od zdravých lidí společně s projevy odmítavosti. Žarkovič et al. si všímají vlivu působení demografických faktorů na vzniku deprese. V provedené studii za účelem zjištění vlivu psoriázy na kvalitu života došli k výsledkům jisté souvislosti vlivu vzdělání na vznik psychického onemocnění. Uvádějí, že lidé s vyšším vzděláním mají nižší procento výskytu psychických chorob než osoby se středním nebo nižším stupněm vzdělání. Nízká úroveň vzdělání je podle nich faktorem, který zvyšuje přítomnost depresivních příznaků u pacientů, kteří se léčí s psoriázou. Domnívají se, že tato skutečnost vyplývá z toho, že pacienti s lepšími znalostmi a komunikačními schopnostmi mají vyšší schopnost lépe vyjádřit své emoce a potřeby a tím jsou méně náchylní ke vzniku depresivních potíží (Žarkovič et al., 2011, s. 81 - 85). Další autoři předkládají jistou spojitost častějšího výskytu depresivních příznaků u pacientů starších 55 let ve srovnání s pacienty pod věkovou hranicí 35 let. Tuto skutečnost rozšiřují poznáním, že výskyt deprese a úzkosti byl častější u žen a u respondentů se základním vzděláním a nedokončeným středoškolským vzděláním (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2015, s. 59 - 66). S těmito závěry se ztotožňuje i jiná studie, která uvádí vyšší pravděpodobnost vzniku deprese u mladších lidí, dále u jedinců s nižším rodinným příjmem, u kuřáků a pravidelných konzumentů alkoholu (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Naproti tomu Lakshmy et al. zjistili, že nižší věk není hlavní příčinou v nárůstu deprese u pacientů s psoriázou. Tendence počtu depresivních pacientů souběžně narůstala spolu se zvyšujícím se věkem. Nicméně si povšimli vzájemné interakce

v sociodemografické oblasti, kde výskyt deprese byl více než 3 krát vyšší u pacientů bydlících na venkově oproti obyvatelům větších měst (Lakshmy et al., 2015, s. 434 - 440).

Hayes a Koo poukazují na skutečnost, že lupénka má vliv na kvalitu života a na psychické problémy často větší, než se zdravotničtí pracovníci domnívají. Nebezpečí spočívá především v možnosti podcenění duševního onemocnění a potenciální možnosti užívání návykových látek či výskytu sebevražedných myšlenek (Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180). Z tohoto důvodu je důležité u pacientů s psoriázou, u nichž se často projevují pocity stresu a tísně, provádět pravidelné hodnocení psychického stavu pacienta (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Makra - Studzinska et al. uvádějí jistou souvislost mezi výskytem těžké deprese a rizikem sebevraždy. Uvádějí, že výskyt sebevražedných myšlenek se neprojevuje pouze u takových závažných onemocnění, jako jsou např. onkologická, ale mohou se vyskytovat i u psoriázy (Makra - Studzinska et al., 2014, s. 23 - 28). S tímto souhlasí i studie autorů Schmitt a Ford, kde se sebevražedné myšlenky vyskytovaly u 9,7 % psoriatiků. V některých dalších studiích se objevuje informace o výskytu sebevražedných myšlenek téměř u 20 % pacientů s psoriázou (Bhosle et al, 2006, s. 35; Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180). Z tohoto důvodu by měla být léčba psoriázy zaměřena mimo jiné i na akceptování nemoci, neboť pacienti, kteří se dokáží smířit se svým onemocněním, zvládají její léčbu lépe a není u nich tak častý výskyt následných psychických potíží, včetně depresí, oproti těm pacientům, kteří se nemohou se svojí nemocí vyrovnat (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2015, s. 59 - 66).

2.2.2 Vliv deprese na kvalitu života

Jedním z hlavních důsledků deprese bývá negativní ovlivnění kvality života nemocného. V této souvislosti depresivní onemocnění výrazně zhoršuje fungování jedince v takových oblastech života, jako je jeho zdravotní stav nebo v plnění sociálních rolí (Sivertsen et al., 2015, s. 311 - 339). Podle další studie má deprese dokonce za následek omezení funkčnosti ve všech oblastech kvality života (Soponaru, Muraru, Iorga, 2016, s. 59 - 67). Deprese je onemocnění, které je charakterizováno přítomností takových symptomů, jako je zvýšená únava, nechutenství, smutná nálada, nespavost, nedostatkem energie nebo výskytem kognitivních potíží. Tyto příznaky výrazně ovlivňují samotný život nemocného. Má to za následek významné narušení schopnosti vykonávat každodenní aktivity a postupně dochází k selhání při plnění rodinných i pracovních rolí v životě nemocného (Brenes, 2007, s. 437 - 443). Bylo prokázáno, že kvalita života je silně ovlivňována psychologickými aspekty. Proto by deprese či jiná psychická onemocnění neměla být podceňována, ale měla by být brána na zřetel, jako silný prediktor ovlivňující kvalitu života (Soponaru, Muraru, Iorga, 2016, s. 59 - 67). Jak uvádí autoři Bartošková a Chrz, dvě třetiny lidí na celém světě měly

v životě přítomnost depresivních příznaků, které svojí významností neumožňovaly schopnost fungovat v každodenním životě (Bartošková, Chrz, 2016, s. 87 - 93). Jako důležitý prvek dobré psychické pohody a zvýšenou kvalitou života vidí Sullivan et al. v naplnění smyslu života a jeho pohledu na něj. Pokud člověk nemá sílu najít svůj smysl života, může postupně ztrácet svoji osobní psychickou pohodu a může dojít k situaci označené jako "existenční vakuum". Tento stav pak může vyústit k samotným projevům deprese a snížení úrovně života (Sullivan et al, 2012, s. 1708 - 1715).

2.2.3 Aspekty zaměřené na zlepšení psychiky pacientů s psoriázou

Při léčbě depresivních onemocnění je záměrem odstranit příznaky onemocnění, vyloučit možnost opětovného nastartování nemoci a obnovit původní kvalitu života (Praška, Prašková, H., Prašková, J., 2003, s. 26 - 30). Nejinak probíhá léčení i u pacientů s psoriázou. Léčba se často cíleně zaměřuje pomocí farmakoterapie pouze na potlačení kožní choroby a v pozadí zájmu zůstává psycho-socio-spirituální oblast (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015). Deprese bývá často dermatology přehlížena. Proto se autoři Schmitt a Ford (2007, s. 17 - 27) domnívají, že při léčbě psoriázy se jako efektivní jeví i zapojení psychologů a psychiatrů. Z hlediska zdravotnického pracovníka a pacienta nemají vždy všechny aspekty nemoci, související s kvalitou života stejnou důležitost. Současná strategie léčby lupénky by měla obsahovat léčbu nejen psoriatických ložisek, ale také dokázat zmírnit či odstranit subjektivní symptomy, které ve velké míře ovlivňují pacientovu pohodu (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Očekávání zlepšení v oblastech svého života je u každého pacienta individuální a jakýkoliv faktor může ovlivňovat přístup a motivaci pacienta k nemoci a léčbě (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015). Většina pacientů uvádí větší obavy ze subjektivních symptomů, jako je svědění či pálení, než ze samotných viditelných kožních lézí (Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108). Khazanov a Ayelet uvádějí, že pacienti očekávají od zdravotnického personálu nejen vyléčení kožních projevů, ale stejně tak i pomoc v oblasti jejich psychiky. Z toho důvodu je důležité věnovat zvýšenou pozornost celkovým obtížím pacientů, neboť to má pozitivní význam na aktivní přístup pacientů k léčbě jejich onemocnění (Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015). Významným faktorem na léčbu onemocnění má i víra v uzdravení z onemocnění. Ti pacienti, kteří věří, že se psoriáza dá vyléčit, mají kožní projevy mírnější povahy a k remisi ložisek dochází za podstatně kratší dobu než u pacientů, kteří nevěří v léčbu a uzdravení (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Mnoho pacientů vnímá léčbu psoriázy, jako pro ně obtěžující, nepříjemnou, či dokonce neúčinnou a považují ji za plýtvání energií a časem. Často si stěžují na vedlejší účinky spojené se zevní léčbou, jako je svědění pokožky a nepříjemné

kosmetické vůně. To se týká nejen pacientů v domácím ošetřování, ale i pacientů léčených při hospitalizaci. Tito nemocní často nevnímají žádný rozdíl mezi léčbou a postupy, kdy k žádným ošetřováním pokožky nedochází (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Autoři Reich, Welz - Kubiak a Rams (2014, s. 289 - 293) vidí důležitost rovněž v dostatečném informování pacientů o možnostech jejich léčby. Nízká kvalita života, stigmatizace a nespokojenost s léčbou lupénky vede často k nedostatečné spolupráci pacienta při léčbě, k následnému nevyhovujícímu léčebnému procesu a snížené účinnosti léčby. Důsledkem toho je následný pokles pacientovy psychické pohody a tak vzniká začarovaný kruh, ze kterého není východiska (Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108). Studie provedena v Nizozemí uvádí, že polovina pacientů léčených s psoriázou měla od svých dermatologů doporučenou možnost léčby u specialistů v oboru psychologie a psychiatrie. Z tohoto počtu pouhých 8 % pacientů tuto doporučenou léčbu podstoupilo. Dalších 50 % pacientů však nebylo na tuto možnost svými ošetřujícími lékaři vůbec upozorněno (Evers, Crijns, Kemperman, 2013, s. 56 - 59). K obdobným výsledkům dochází další studie, ve které 60 % z počtu 265 psoriatiků, u kterých byla zjištěna deprese, se pouze 23 % následně léčilo u psychologa nebo psychiatra (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Jiná studie zase došla k závěru užívání antidepresiv u 17, 8 % pacientů s psoriázou (Dowlathshahi et al, 2013, s. 544 - 550). Strohal et al. se domnívají, že pokud má dermatolog podezření na depresi, měl by takového pacienta odeslat k psychologovi a dodává, že výskyt střední až těžké psoriázy může být rovněž nezávislým rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění (Strohal, Kirby, Puig, 2013, s. 1661 - 1669). To potvrzuje i studie autorů Ferreira et al, která vidí rovněž spojitost psoriázy, deprese a vzniku kardiovaskulárních chorob. V dané studii byla potvrzena souvislost rizika vzniku infarktu myokardu a cévních mozkových příhod (dále jen CMP) u psoriatiků. Incidence infarktu myokardu (dále jen IM) na 1000 osob s psoriázou a diagnostikovanou depresí bylo 6,47 %, přičemž výskyt IM byl pouze 2,99 % u psoriatiků bez deprese. Výskyt CMP u stejného vzorku zkoumaného souboru byl v poměru 9,54 % na 3,65 % (Ferreira et al, 2016, s. 36 - 43). Východiskem z tohoto průzkumu je doporučení u pacientů s psoriázou pravidelně monitorovat krevní tlak, puls, BMI (body mass index), obvod pasu, lipidy, cholesterol, triglyceridy, LDL a HDL cholesterol, glykémii a glykovaný hemoglobin (Strohal, Kirby, Puig, 2013, s. 1661 - 1669). Klíčovým faktorem, který sehrává důležitou roli při léčebném režimu, je pozitivní myšlení a to, jak se pacient se svým onemocněním vyrovnává. Lidé, kteří dokážou najít v každé situaci pozitiva nebo své onemocnění brát s jistou dávkou humoru a dokáží se s nemocí sžít, zažívají méně depresivní nálady nebo stresové situace (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2015, s. 59 - 66). S tímto konstatováním souhlasí i jiné studie, které navíc doplňují, že pacienti, kteří berou své onemocnění jako výzvu a snaží se vynaložit určité úsilí k přijetí nemoci a jejímu léčení, mají větší šanci na lepší psychickou pohodu a zmírnění projevů

psoriázy (Young, Kucera, 2016, s. 29 - 33; Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66). S tímto tvrzením souhlasí i Tammer et al., kteří dodávají, že při snížení depresivních příznaků se zmírní i projevy psoriázy alepší se tak i celková kvalita jejich života (Tamer et al., 2007, s. 137 - 140). Zvýšené vystavování stresovým situacím má za následek narůstající množství případů výskytu psoriázy, než je tomu u lidí, kteří žijí klidným životem (Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180). Toto zjištění koreluje i se studií prováděnou autorkami Remröd, Sjöström a Svensson, která potvrzuje, že stres je významným faktorem při vzniku psoriázy. U 50 % pacientů došlo ke vzniku psoriázy v období, kdy byli vystaveni trvalému působení stresu a u 63 % pacientů docházelo k progresi onemocnění v době vystavení trvalému stresu (Remröd, Sjöström, Svensson, 2015, s. 439 - 444). S touto skutečností souhlasí i další autoři, kteří uvádí, že stres hraje důležitou roli při exacerbaci lupénky společně v kombinaci působení nervového, endokrinního a imunitního systému (Sharma, Bassi, Singh, 2011, s. 235 - 240).

Deprese může mít i negativní vliv na léčbu psoriázy z důvodu zanedbání či nedodržování léčebných postupů. To se projevuje zejména u starších pacientů, kteří hůře spolupracují a nemají příliš motivaci k léčbě (Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180). Nedílnou součástí léčby by proto mělo být i posílení pacientova sebevědomí a zvýšení jeho sebeúcty (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2015, s. 59 - 66). Zde sehrává nezastupitelnou roli i rodina a přátelé, kteří musí poskytovat pacientům podporu a pochopení, neboť jakákoliv psychická nepohoda může zhoršit projevy jeho onemocnění a prodloužit dobu vedoucí ke zmírnění kožních projevů. To platí o všech pacientech, ať už mají rozsáhlá psoriatická ložiska nebo jen malé diskrétní léze (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90).

2.3 Teoretická východiska

Kvalita života je komplexní stav, který je složený z celé řady aspektů. Jedním z hlavních indikátorů kvality života je přítomnost plného zdraví (Heřmanová, 2012, s. 407 - 413; Ira, Andrasko, 2007, s. 159 - 179; Rapley, 2003, s. 27 - 29; Zautra, Johnson, Davis, 2005, s. 212 - 220). Psoriáza je velmi časté kožní onemocnění postihující téměř 5 % populace (Bhosle et al., 2006, s. 1; Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70; Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27; Zeljko - Penavić et al., 2010, s. 195 - 198; Žarkovič et al., 2011, s. 81 - 85). Ačkoliv se nejedná o smrtelné onemocnění, má za následek ovlivnění kvality života v mnoha oblastech s hlubokým dopadem na psychické i sociální aspekty života těchto pacientů (Lee et al., 2010, s. 389 - 396; Daus, 2008, s. 291). Z řady studií zjišťujeme, že psoriáza výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života u 47 % až 100 % pacientů (Dubertret et al., 2006, s. 729 - 736; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Lakshmy et al., 2015,

s. 434 - 440; Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108; Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70; Reich, Welz - Kubiak, Rams, Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Kvalita života pacientů s psoriázou může být ovlivněna celou řadou faktorů (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Jedním z nejčastěji uváděných faktorů, zhoršujících kvalitu života těchto pacientů, je svědění. Tento příznak se vyskytuje u 52 - 90 % nemocných (Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304; Remröd, Sjöström, Svensson, 2015, 439 - 444; Verhoeven et al., 2008, s. 211 - 218). Svědění má také velký vliv na psychiku a výskyt deprese (Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304; Petraskiene et al., 2015, s. 439 - 444; Remröd, Sjöström, Svensson, 2015, s. 439 - 444). Dalším negativním faktorem doprovázejícím psoriázu, který rovněž výrazně ovlivňuje psychický stav a kvalitu života, je stigmatizace (Bhosle et al., 2006, s. 1; Hrehorów et al., 2012, s. 67 - 72; Ghorbanibirgani et al., 2016, s. 1- 7; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). S psoriázou je rovněž spojován vyšší výskyt obezity, kouření a abúzus alkoholu a to daleko častěji, než je tomu u běžné populace. Tyto faktory mohou přispět, jak ke vzniku tohoto onemocnění, tak i k prohloubení jeho závažnosti nebo nové exacerbaci ložisek (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Navíc mohou tyto faktory přispívat k negativnímu ovlivnění kvality života a zvýšenému výskytu deprese (Kirby et al., 2008, s. 138 - 140; Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293;). Psoriáza ovlivňuje i ekonomickou situaci nemocného což vede ke snížené kvalitě života těchto pacientů. To může být způsobeno jednak problémy sehnat zaměstnání, ale i zvýšenými finančními výdaji spojenými s léčbou psoriázy (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015; Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108; Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Psoriáza dále negativně ovlivňuje partnerské vztahy těchto nemocných (Dalgard et al., 2008, s. 746 - 751; Daus, 2008, s. 291 - 293; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Řada autorů konstatuje, že toto onemocnění v mnoha případech způsobuje potíže v intimním životě psoriaticů (Ferreira et al., 2016, s. 36 - 43; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66; Mercan et al., 2008, s. 160 - 168; Ruiz - Villaverde et al., 2011, s. 694 - 699; Sharma, Bassi, Singh, 2011, s. 235 - 240). Zvyšování kvality života a zmírnění dopadu tohoto onemocnění na psychickou stránku je úlohou všeobecných sester při ošetřování pacientů s psoriázou. (Daus, 2008, s. 291 - 293; Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70; Rasmussen, Maindal, Lomborg, 2012, s. 1 - 19; Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304).

Psoriáza má vliv také na psychiku nemocného a může mít za následek vznik depresí. Výrazný negativní vliv psoriázy na psychiku nemocného bývá často významnějším ukazatelem invalidity než samotné kožní onemocnění (Elgendi et al., 2015, s. 15 - 20; Mitchell, Kakkadasam, 2011, s. 259 - 368). Celosvětová míra prevalence deprese u populace činí 15 - 20% (Reddy et al., 2015, s. 209). Výzkumy ukazují na širokou míru prevalence deprese u psoriaticů 10 - 78,9 %

psoriatických (Elgendi et al., 2015, s. 15 - 20; Hayes, Koo, 2010, s. 174 - 180; Lakshmy et al., 2015, s. 434 - 440; Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70). Deprese zároveň vede v odlišné míře k omezení funkčnosti v různých oblastech života nemocných (Bartošková, Chrz, 2016, s. 87 - 93; Brenes, 2007, s. 437; Sivertsen et al., 2015, s. 311 - 339; Soponaru, Muraru, Iorga, 2016, s. 59).

Léčba psoriázy je většinou cílená na zmírnění výskytu kožních projevů, v poměrně časté míře se však opomíjí zaměření na zlepšení psychického stavu pacientů, který je vlivem tohoto onemocnění mnohdy výrazně narušen (Evers, Crijs, Kemperman, 2013, s. 56 - 59; Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015; Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Léčbě deprese se podrobuje pouze 8 – 23 % pacientů s tímto kožním onemocněním, u nichž byly příznaky deprese zjištěny (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27). Proto by mělo být cílem zdravotnických pracovníků zaměření se nejen na zmírnění kožních projevů, ale i na zlepšení psychické stránky nemocných (Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 - 1015; Reich, Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108; Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Zlepšení psychického stavu pacienta má významný vliv nejen na zmírnění projevů psoriázy, ale následně to přináší i zlepšení kvality života těchto pacientů. (Janoska, Pawlak, Kubiak, 2016, s. 59 - 66; Tamer et al., 2007, s. 137 - 140; Young, Kucera, 2016, s. 29 - 33).

Na základě shrnutých informací lze očekávat, že existuje rozdíl v kvalitě života a v míře deprese mezi souborem pacientů s psoriázou a kontrolní zdravou skupinou. Dále lze předpokládat zjištění, že bude existovat vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou.

3 METODIKA VÝZKUMU VLIVU PSORIÁZY NA KVALITU ŽIVOTA A MÍRU DEPRESE

3.1 Cíle a hypotézy diplomové práce

Cílem výzkumného šetření na základě rešeršní strategie a získaných informací z teoretické části práce bylo zjistit, jaký vliv má psoriáza na kvalitu života a míru deprese u pacientů s tímto onemocněním.

Tento cíl byl specifikován do následující tří dílčích cílů a hypotéz:

Cíl 1

Zjistit míru kvality života a deprese u pacientů s psoriázou.

Cíl 2

Srovnat míru kvality života a deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H₁₀ Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H_{1A} Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H₂₀ Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI – II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H_{2A} Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI – II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Cíl 3

Zjistit vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou.

H₃₀ Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřené dotazníkem BDI – II a kvalitou života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF u souboru pacientů s psoriázou.

H_{3A} Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřené dotazníkem BDI – II a kvalitou života naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF u souboru pacientů s psoriázou.

3.2 Metody výzkumného šetření

Metodologie výzkumu diplomové práce byla zvolena podle studií (Kaas, Tóthová, Martinek, 2014, s. 71 – 80; Lee et al., 2010, s. 389 – 396). Na jejich podkladě byla zvolena technika kvantitativního výzkumu s použitím standardizovaných dotazníků WHOQOL – BREF (dotazník kvality života WHO - zkrácená verze) a BDI – II (Beckova sebesuzovací škála depresivity). Součástí každé dotazníkové baterie byl informační souhlas (*Příl. č. 1*), který garantoval respondentům výzkumu svobodnou volbu účasti, anonymitu a možnost odmítnout či kdykoliv ukončit výzkumné šetření. Dále informoval o podstatě výzkumu, časové náročnosti, ochraně soukromí a osobních údajů výzkumu.

Česká verze dotazníku WHOQOL – BREF slouží k samostatnému sebesuzování kvality života jedince. Jedná se o zkrácenou verzi vycházející z původního dotazníku WHOQOL – 100, který byl vyprojektován pověřenou pracovní skupinou využívající analýzy dat z dvaceti celosvětových výzkumných center. Zkrácená verze byla využita v diplomové práci proto, aby se minimalizovala časová náročnost a zátěž respondentů. Nástroj se skládá celkem z 26 položek, ve kterých respondenti subjektivně hodnotí svoji kvalitu života za poslední 2 týdny. Dotazník obsahuje 24 položek, které obsahují výběr nejlepších psychometrických vlastností z faset dotazníku WHOQOL – 100 rozdělených do čtyř oblastí (domén): fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, životní prostředí a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Vyhodnocení dotazníku vyplývá z výpočtu průměrných skóre jednotlivých domén. Pro první oblast, ve které se hodnotí fyzické zdraví, je průměrné hodnotové skóre odvozováno ze sedmi položek: q3, q4, q10, q 15, q 16, q 17, q 18. Oblast prožívání vychází ze šesti hodnocených položek: q 5, q 6, q 7, q 11, q 19, q 26, oblast sociálních vztahů pak zahrnuje tři položky a to: q 20, q 21, q 22. Osm ukazatelů: q 8, q 9, q 12, q 13, q 14, q 23, q 24 a q 25 hodnotí oblast prostředí. Položky celková kvalita života q 1 a zdravotní stav q 2 jsou vyjádřeny samostatným průměrným skórem, vycházejícím z pětibodové stupnice Likertovy škály 1 - 5 a výsledky jsou hodnoceny tak, že čím vyšší známka, tím ukazuje na lepší kvalitu života (Dragomerická, Bartoňová, 2006, s. 18 – 23).

Dotazník BDI – II je poslední verzí Beckovy sebesuzovací škály deprese z roku 1996 a používá se k detekci depresivních symptomů a stupně jejich závažnosti. Jedná se o nástroj, který zahrnuje 21 položek, které jsou zaměřeny na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Respondenti jsou požádáni, aby uvedli jednu ze čtyř možných odpovědí, která je nejvíce konzistentní s jejich psychickým stavem za posledních 30 dní. Odpovědi se skórují na 4 bodové škále 0 až 3 bodů. Ke stanovení míry deprese dojde po sečtení bodů ze všech 21 položek.

V důsledku toho může být celkové minimální skóre testu 0 a maximální skóre 63.

Výsledky testu jsou stanoveny pomocí následujících cut off skórů:

- 0 - 13 bodů - minimální deprese
- 14 - 19 bodů - mírná deprese
- 20 - 28 bodů - střední deprese
- 29 - 63 bodů - těžká deprese (Beck, Steer, Brown, 1996, s. 5 -15).

3.2.1. Předvýzkum

Před samostatnou realizací výzkumu bylo provedeno testování nástroje na výběrovém vzorku, který zahrnoval 10 respondentů. Cílem předvýzkumu bylo vyzkoušet srozumitelnost a časovou náročnost zodpovězení otázek. Po analýze fáze předvýzkumu byla stanovena odpovídající délka zodpovězení všech otázek dotazníkové baterie na 15 minut.

3.3. Organizace výzkumného šetření zkoumaného souboru

Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Olomouc v psoriatické ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních. Toto pracoviště bylo vybráno z důvodu nejvyšší dispenzarizace pacientů s psoriázou v celém Olomouckém kraji. Výzkumného šetření se zúčastnili pouze ambulantní pacienti, aby se předešlo možnému ovlivnění kvality života pacientů na lůžkovém oddělení z důvodu hospitalizace (Nakamura, Y. et al., s. 2012, s. 182 – 188). Před zahájením výzkumného šetření byla podána žádost o vyjádření Etické komise Fakulty zdravotnických věd, zda je z etického hlediska daný výzkum proveditelný. Na základě posouzení metodologie diplomové práce bylo uděleno souhlasné Stanovisko Etické komise k provedení výzkumného šetření (*Příl. č. 2*). Následovalo podání žádosti pověřené hlavní sestře Fakultní nemocnice Olomouc paní Bc. Drobiličové o povolení realizace výzkumu na Klinice chorob kožních a pohlavních. Žádost byla pověřenou hlavní sestrou po domluvě s vrchní sestrou Kliniky chorob kožních a pohlavních paní Bc. Macháčkovou schválena (*Příl. č. 3*). Při získávání dat zkoumaného souboru byla zvolena metoda prostého záměrného výběru zaměřeného přes instituci. Dotazníkové baterie byly předány respondentům prostřednictvím zaškolených všeobecných sester na ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních, vyplněné dotazníky respondent zalepil do přiložené obálky a

následně ji vložil do přiloženého boxu, který byl umístěn na místě nepřístupném veřejnosti (kartotéka Kliniky chorob kožních a pohlavních).

3.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Velikost zkoumaného souboru a sledované parametry byly stanoveny na základě studií (Horn et al., 2007, s. 963 - 971; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Lee et al., 2010, s. 389 - 396). Základním parametrem, který byl hlavním předmětem výzkumu, byla otázka, zda se respondent léčí s psoriázou. V případě záporné odpovědi byl respondent vyzván k ukončení výzkumného šetření.

Dalšími sledovanými parametry byly:

- Pohlaví (muži i ženy)
- Věk (18 roků a více)
- Rodinný stav (žije sám, s partnerem, s rodiči)
- Nejvyšší dosažené vzdělání (základní, vyučen, střední s maturitou, vysokoškolské)
- Délka léčby (v letech)

Sběr dat probíhal v období červen – srpen 2016. Celkem bylo rozdáno respondentům 60 dotazníkových baterií (100 %). Návratnost činila 56 baterií (93,3 %). Z důvodu neúplného vyplnění bylo vyřazeno 6 dotazníkových souborů (10 %). Ke statistickému zpracování bylo použito celkem 50 dotazníkových baterií (83,3 %).

3.4 Organizace výzkumného šetření a charakteristika kontrolní skupiny

Při výběru kontrolní skupiny bylo postupováno prostřednictvím kvótního výběru na základě studií (Lee et al., 2010, s. 389 - 396; Kaas, Tóthová, Martinek, 2014, s. 71 - 80). Velikost vzorku kontrolní skupiny zdravé populace byla odvozena ze zkoumaného souboru s cílem nalézt takový soubor respondentů, který odráží některé známé vlastnosti zkoumaného souboru ve stejném zastoupení. Velikost kontrolní skupiny byla následně konzultována a schválena statistikem. Kontrolní skupina byla vyrovnaná s ohledem na věk, pohlaví, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání. Prvotní podmínkou byla přítomnost plného zdraví, lišila se tedy pouze v nepřítomnosti psoriázy či jiného onemocnění. Termín sběru dat byl uskutečněn v období od srpna do září 2016.

Pro výzkumné šetření bylo rozdáno 60 dotazníkových baterií (100%). Vyplněné dotazníky respondenti osobně vložili do sběrného boxu v zalepené obálce přímo autorovi výzkumu. Návratnost dotazníků činila 100%. Z důvodu neúplného vyplnění byly 4 baterie dotazníků (7%) vyřazeny. Ke statistickému zpracování tedy bylo použito 56 dotazníkových baterií (93%).

3.5 Metody statistického zpracování

Zpracování a statistické vyhodnocení bylo provedeno pomocí programu SPSS BASE 19 a programem Excel z řady MS Office. SPSS BASE 19 je softwarový program, který se používá pro správu a využití výzkumných dat. Program Excel je tabulkovým procesorem, který slouží k elektronickému zpracování dat. V diplomové práci byly použity základní statistické proměnné, jako jsou medián, modus, aritmetický průměr a směrodatná odchylka. K testování normality rozložení dat byl použit Shapiro–Wilk test. Pro statistické srovnání dat byl použit Mann–Whitney test na 5 % hladině významnosti. Spearmanův korelační koeficient byl použit pro zjištění vztahů mezi vybranými proměnnými. V rámci výsledných hodnot byly rozdíly mezi proměnnými na 1% hladině významnosti.

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Interpretace výsledků k cíli 1

Cíl 1

Zjistit míru kvality života a deprese u pacientů s psoriázou.

Pro splnění cíle ke zjištění kvality života a míry deprese byly použity standardizované dotazníky WHOQOL – BREF a BDI II. Kvalita života zkoumaného souboru pacientů s psoriázou byla zjišťována pomocí dotazníku WHOQOL – BREF. Celková kvalita života je hodnocena samostatnou položkou q1. Výsledná hodnota průměrného skóre této položky činila 3,46. Z celkového počtu dotazovaných respondentů, který zahrnoval 50 pacientů s psoriázou (100%) neuváděl jako velmi špatnou kvalitu života žádný z respondentů. Špatnou kvalitu života uvádělo 7 pacientů (14%), ani špatná ani dobrá kvalita života byla interpretována u 19 dotázaných (38%), 18 pacientů (36%) uvádělo dobrou kvalitu života a 6 dotázaných (12%) uvádělo svoji kvalitu života jako velmi dobrou. Přehled výsledků je uveden v *tabulce č. 1*. Přehled průměrných hodnotových skór jednotlivých položek a domén kvality života výzkumného souboru pacientů s psoriázou je uveden v *tabulce č. 2*.

Tab č. 1 Přehled výsledků celkové kvality života u pacientů s psoriázou

CKŽ	n (%)	μ	Mod (x)	Med (x)	Velmi špatná (%)	Špatná (%)	Ani špatná, ani dobrá (%)	Dobrá (%)	Velmi dobrá (%)	σ
Celkem	50 (100)	3,46	3	3	0	7 (14)	19 (38)	18 (36)	6 (12)	0,89

CKŽ = celková kvalita života

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Mod (x) = modus

Med (x) = medián

σ = směrodatná odchylka

Tab č. 2 Průměrné hodnoty jednotlivých položek a domén kvality života pacientů s psoriázou.

ZS	n (%)	CKŽ (μ)	Zdravotní stav (μ)	DOM 1 FZ (μ)	DOM 2 P (μ)	DOM 3 SV (μ)	DOM 4 PR (μ)
Celkem	50 (100)	3,46	2,94	24,02	20,74	10,82	29,16

ZS = zkoumaný soubor
CKŽ = celková kvalita života
DOM 1 FZ = fyzické zdraví
DOM 2 P = prožívání
DOM 3 SV = sociální vztahy
DOM 4 PR = prostředí
 μ = aritmetický průměr
n = počet respondentů

K zjištění výskytu deprese u pacientů s psoriázou byla použita Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé – BDI – II. Průměrné skóre míry deprese u 50 dotazovaných respondentů (100%) s psoriázou činilo 14,3. Minimální projevy deprese byly zjištěny u 28 respondentů, což byla nadpoloviční většina všech účastníků (56%). Mírné projevy deprese byly zjištěny u 11 respondentů (22%), 7 respondentů (14%) mělo střední projevy deprese a u 4 respondentů (8%) byla zjištěna těžká forma deprese. Celkový přehled výsledků míry deprese u zkoumaného souboru je uveden v *tabulce č. 3*.

Tab č. 3 Výskyt deprese u pacientů s psoriázou

ZS	n (%)	μ	Med (x)	Mod (x)	Min	Max	Mini- mální projevy deprese (%)	Mírné projevy deprese (%)	Střední projevy deprese (%)	Těžké projevy deprese (%)	σ
Celkem	50 (100)	14,3	12,5	12	0	44	28 (56)	11 (22)	7 (14)	4 (8)	9,41

ZS = zkoumaný soubor pacientů s psoriázou
n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
Mod (x) = modus
Med (x) = medián
Min = minimální hodnota
Max = maximální hodnota
 σ = směrodatná odchylka

Cíl 1 byl splněn.

4.2 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2

Srovnat míru kvality života a deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Ověření hypotézy H1

H10

Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

H1A

Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Pro zjištění normality rozložení dat byl použitý Shapiro-Wilk test, který informuje o neparametrickém rozložení dat ($p = 0,000$) (*Příl. č. 4*). Na základě výše uvedeného testu byl pro statistické srovnání kvality života mezi zkoumaným a kontrolní skupinou použitý Mann – Whitney test na 5 % hladině významnosti (*Příl. č. 5*). Byl zjištěn signifikantní rozdíl v celkové míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($p = 0,000$).

Hodnota průměrného skóre celkové kvality života zjištěné pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF byla snižena u souboru pacientů s psoriázou ve srovnání s kontrolní zdravou skupinou. Přehled výsledků je uveden *tabulce č. 4*.

Tab. č. 4 *Srovnání celkové kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou*

CKŽ	n	μ	Min	Max	Mod(x)	Med(x)	σ	ρ
ZS	50	3,46	2	5	3	3	0,885	0,000
KS	56	4,13	3	5	4	4	0,634	0,000

ZS = zkoumaný soubor
KS = kontrolní skupina
CKŽ = celková kvalita života
n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
 ρ = významnost
 σ = směrodatná odchylka
Mod (x) = modus
Med (x) = medián
Min = minimální hodnota
Max = maximální hodnota

Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat sníženou celkovou kvalitu života u pacientů s psoriázou.

Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.

Zdravotní stav respondentů byl dalším srovnávaným aspektem kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Jedná se o samostatnou hodnotící položku dotazníku WHOQOL – BREF. Přehled výsledků je uveden v *tabulce č. 5*.

Tab. č. 5 Srovnání výsledků položky zdravotní stav mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Zdravotní stav	n	μ	Min	Max	Mod (x)	Med (x)	σ	ρ
ZS	50	2,94	1	4	2	3	0,867	0,000
KS	57	3,95	1	5	4	4	0,942	0,000

- ZS = zkoumaný soubor
- KS = kontrolní skupina
- n = počet respondentů
- μ = aritmetický průměr
- ρ = významnost
- σ = směrodatná odchylka
- Mod (x) = modus
- Med (x) = medián
- Min = minimální hodnota
- Max = maximální hodnota

Na základě výsledků byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($p = 0,000$). Lze tedy konstatovat sníženou míru kvality života v položce vyjadřující zdravotní stav u souboru pacientů s psoriázou.

Další porovnávaným aspektem kvality života respondentů byla doména hodnotící fyzické zdraví. Výsledné hodnoty jsou uvedeny v *tabulce č. 6*.

Tab. č. 6 Srovnání výsledků domény fyzické zdraví mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Fyzické zdraví	n	μ	Min	Max	Mod (x)	Med (x)	σ	ρ
ZS	50	24,02	13	31	26	24,5	4,14	0,000
KS	56	29,29	21	35	28	29	3,64	0,000

ZS = zkoumaný soubor
 KS = kontrolní skupina
 n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
 ρ = významnost
 σ = směrodatná odchylka
 Mod (x) = modus
 Med (x) = medián
 Min = minimální hodnota
 Max = maximální hodnota

Z výsledků je patrný signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($p = 0,000$). Lze tedy konstatovat sníženou hladinu kvality života v oblasti fyzického zdraví u souboru pacientů s psoriázou.

Následujícím srovnávaným aspektem kvality života byla oblast prožívání. Přehled výsledků je uveden *tabulce č. 7*.

Tab. č. 7 Srovnání výsledků domény prožívání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Prožívání	n	μ	Min	Max	Mod (x)	Med(x)	σ	ρ
ZS	50	20,74	16	28	18	20,5	3,34	0,000
KS	56	24,88	17	29	27	25	2,86	0,000

ZS = zkoumaný soubor
 KS = kontrolní skupina
 n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
 ρ = významnost
 σ = směrodatná odchylka
 Mod (x) = modus
 Med (x) = medián
 Min = minimální hodnota
 Max = maximální hodnota

Na základě výsledků byl zjištěn signifikantní rozdíl v uvedené doméně ($p = 0,000$). Lze tedy konstatovat sníženou hladinu kvality života u souboru pacientů s psoriázou v oblasti prožívání ve srovnání s kontrolní skupinou.

Další srovnávaným aspektem kvality života byla oblast sociálních vztahů. Výsledné hodnoty jsou znázorněny v *tabulce č. 8*.

Tab. č. 8 Srovnání výsledků domény sociální vztahy mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Sociální vztahy	n	μ	Min	Max	Mod (x)	Med (x)	σ	ρ
ZS	50	10,82	5	15	11	11	2,11	0,000
KS	56	12,34	7	15	12	12	1,91	0,000

ZS = zkoumaný soubor
 KS = kontrolní skupina
 n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
 ρ = významnost
 σ = směrodatná odchylka
 Mod (x) = modus
 Med (x) = medián
 Min = minimální hodnota
 Max = maximální hodnota

Z výsledků je patrný signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($p = 0,000$). Lze tedy konstatovat sníženou kvalitu života u pacientů s psoriázou v oblasti sociálních vztahů ve srovnání s kontrolní skupinou.

Poslední hodnoceným aspektem kvality života mezi souborem pacientů s psoriázou a kontrolní zdravou skupinou byla oblast prostředí. Výsledky jsou uvedeny v *tabulce č. 9*.

Tab. č. 9 Srovnání výsledků domény prostředí mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Prostředí	n	μ	Min	Max	Mod (x)	Med (x)	σ	ρ
ZS	50	29,16	18	38	29	29	4,22	0,002
KS	56	31,70	24	38	33	32,5	3,47	0,002

ZS = zkoumaný soubor
 KS = kontrolní skupina
 n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
 ρ = významnost
 σ = směrodatná odchylka
 Mod (x) = modus
 Med (x) = medián
 Min = minimální hodnota
 Max = maximální hodnota

Výsledky znázorňují signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($p = 0,002$). Lze tedy konstatovat výrazně sníženou hladinu kvality života pacientů s psoriázou v oblasti prožívání ve srovnání s kontrolní skupinou.

Ověření hypotézy H2

H20

Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI – II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H2A

Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI – II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Pro statistické srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou byl použit Mann–Whitney test na 5 % hladině významnosti (*Příl. č. 6*). Míra deprese byla hodnocena pomocí standardizované Beckovy sebesposuzovací škály depresivity pro dospělé BDI – II. Hodnota průměrného skóre deprese činila u zkoumaného souboru 14,3, u kontrolní skupiny byl průměrný skór 7,6. Výsledné hodnoty jsou uvedeny v *tabulce č. 10*.

Tab . č. 10 Srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Deprese	n	μ	Min	Max	Mod (x)	Med (x)	σ	ρ
ZS	50	14,3	0	44	12	12,5	9,29	0,000
KS	56	7,6	0	30	4	6	6,19	0,000

ZS = zkoumaný soubor
 KS = kontrolní skupina
 n = počet respondentů
 μ = aritmetický průměr
 σ = směrodatná odchylka
 Mod (x) = modus
 Med (x) = medián
 Min = minimální hodnota
 Max = maximální hodnota

Byl zjištěn signifikantní rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ($\rho = 0,000$). Na základě výsledků lze tedy konstatovat, že soubor pacientů s psoriázou má signifikantně vyšší míru deprese.

Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.

Cíl 2 byl splněn.

4.3 Interpretace výsledků k cíli 3

Cíl 3

Zjistit vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou.

Ověření hypotézy H 3

H30

Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřené dotazníkem BDI – II a kvalitou života naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF u souboru pacientů s psoriázou.

H3A

Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřené dotazníkem BDI – II a kvalitou života naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF u souboru pacientů s psoriázou.

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient na 1 % hladině významnosti (*Příl. č. 7*). Na základě výsledků byla zjištěna existence vztahu mezi celkovou kvalitou života a depresí ($r = -0,691^{**}$). Výsledné hodnoty jsou uvedeny v *tabulce č. 11*.

Tab . č. 11 Korelace míry deprese (BDI – II) s jednotlivými oblastmi kvality života (WHOQOL - BREF)

WHOQOL-BREF	Celková kvalita života	Zdravotní stav	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
BDI – II	-0, 691**	-0, 396**	-0, 499**	-0, 600**	-0, 546**	-0, 386**

** hladina významnosti $p < 0,01$

Na základě interpretovaných výsledků lze tedy konstatovat, že existuje velmi silný signifikantní negativní vztah mezi celkovou kvalitou života a mírou deprese u souboru pacientů s psoriázou. Se vzrůstající mírou deprese se snižuje kvalita života u pacientů s psoriázou.

Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu.

Výsledky zjištěné pomocí Spearmanova korelačního koeficientu odráží existenci signifikantního vztahu i mezi dalšími oblastmi kvality života dotazníku WHOQOL - BREF a mírou deprese zjištěnou dotazníkem BDI- II. Byl zjištěn podstatný signifikantní vztah mezi depresí a doménou prožívání ($r = -0,600$), dále je zjevný podstatný korelační vztah mezi depresí a doménami fyzické zdraví ($r = -0,499$) a sociální vztahy ($r = -0,546$). Z interpretace výsledků dále docházíme

ke zjištění střední síly vztahu mezi depresí a položkou zdravotní stav ($r = - 0,396$) a doménou prostředí ($r = - 0,386$).

Srovnání míry deprese a celkové kvality života u souboru pacientů s psoriázou znázorňuje *tabulka č. 12*.

Tab č. 12 Srovnání míry deprese a celkové kvality života u pacientů s psoriázou

CKŽ	n (%)	Velmi špatná (%)	Špatná (%)	Ani špatná ani dobrá (%)	Dobrá (%)	Velmi dobrá (%)
Míra deprese						
Minimální	28 (56)	0 (0)	0 (0)	6 (12)	16 (32)	6 (12)
Mírná	11 (22)	0 (0)	1 (2)	9 (18)	1 (2)	0 (0)
Střední	7 (14)	0 (0)	2 (4)	4 (8)	1 (2)	0 (0)
Těžká	4 (8)	0 (0)	4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

CKŽ = celková kvalita života

n = počet respondentů

Z výsledků je patrné, že žádný z pacientů s minimálními příznaky deprese neuváděl celkovou kvalitu života (dále jen CKŽ) jako velmi špatnou nebo špatnou, 6 pacientů se stejnou mírou deprese (12 %) uvádělo svoji CKŽ jako ani špatnou a ani dobrou, 16 pacientů (32 %) uvádělo CKŽ jako dobrou a 6 respondentů (12%) s minimální mírou deprese uvádělo velmi dobrou CKŽ. Naopak žádný s respondentů s těžkou formou deprese neuváděl dobrou ani velmi dobrou CKŽ, 4 respondenti (8%) však uvádělo svoji CKŽ jako špatnou.

Cíl 3 byl splněn.

5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá tématem kožního onemocnění psoriázy a jejího vlivu na kvalitu života a míru deprese u pacientů, kteří se léčí s tímto onemocněním. Jak uvádí řada autorů, psoriáza různou měrou ovlivňuje kvalitu života těchto pacientů (Barot et al., 2015, s. 93 – 97, Dubertret et al., 2006, s. 729 - 736; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90; Lakshmy et al., 2015, s. 434 - 440; Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108; Petraskiene et al., 2015, s. 63 - 70; Reich, Welz – Kubiak, Rams, Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90).

Míra kvality života u zkoumaného souboru pacientů s psoriázou byla zjišťována pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF pomocí položky q1. Výsledné průměrné hodnotové skóre této položky činilo 3,46, což je hodnota vypovídající o výsledku pod hladinou průměrného skóre populační normy (*Příl. č. 8*). Ve studii, prováděné kolektivem autorů Lakshmy et al. za účelem zhodnocení kvality života pacientů s psoriázou pomocí dotazníku WHOQOL – BREF, uvádělo 6 % dotázaných svoji celkovou kvalitu života jako špatnou až velmi špatnou a dalších 35,6 % respondentů uvádělo, že kvalita jejich života není ani dobrá ani špatná (Lakshmy et al., 2015, s. 434 - 440). K podobným závěrům dospěly výsledky diplomové práce, kde 14% respondentů s psoriázou považuje svoji kvalitu života za špatnou a 38 % ji považuje za ani špatnou ani dobrou.

Psoriáza je často doprovázena přítomností deprese a narušený psychický stav bývá vyšším indikátorem nemocnosti než samotné kožní onemocnění (Elgendi et al., 2015, s. 15 - 20). V celosvětovém měřítku se pohybuje míra prevalence deprese v rozmezí 15 až 20% (Reddy et al., 2015, s. 209). Míra prevalence deprese u pacientů s psoriázou je velmi variabilní. Kolektiv autorů Lakshmy et al. (2015, s. 434 - 440) uvádí u téměř 79% pacientů s psoriázou výskyt deprese. Naproti tomu některé studie provedené u nemocných s psoriázou dospěly k závěru, že depresemi trpí 25 – 30 % psoriatiků (Elgendi et al., 2015, s. 15 - 20; Petraskiene et al., 2015, s. 63 – 70). I přes toto zjištění je deprese nejen u tohoto onemocnění často přehlížena (Mitchell, Vaze, Rao, 2009, s. 609 – 619). Jankowiak et al. zjišťovali míru deprese u psoriatiků stejnou dotazníkovou metodou (BDI - II), jako tato diplomová práce. Hodnota průměrného skóre míry deprese respondentů v jejich studii činila 13,87, což téměř korelovalo s výsledným průměrným skórem 14,3 zjištěným u zkoumaného souboru v této diplomové práci. Minimální projevy deprese byly zjištěny u 28 respondentů, což byla nadpoloviční většina z celkového souboru (56%), mírné projevy deprese byly zjištěny u 11 respondentů (22%), 7 respondentů (14%) mělo středně těžkou depresi a u 4 respondentů (8%) byla zjištěna těžká forma deprese.

Dalším záměrem této diplomové práce bylo srovnání míry kvality života u zkoumaného souboru pacientů s tímto onemocněním ve srovnání se zdravou kontrolní skupinou. Z výsledků lze konstatovat signifikantní rozdíl ve snížené celkové kvalitě života u pacientů s psoriázou. K obdobným závěrům dospěla i jiná studie prováděná na stejné téma, která uváděla rovněž snížené skóre celkové kvality života hodnocené pomocí dotazníku WHOQOL – BREF u souboru pacientů s psoriázou ve srovnání s kontrolní skupinou zdravých respondentů (Lee et al., 2010, s. 389 - 396).

Snížení kvality života pacientů s psoriázou může navíc spolu se samotným onemocněním ovlivňovat celá řada dalších faktorů (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 – 293). Jedním z nejčastějších faktorů, který výrazně ovlivňuje kvalitu života psoriatiků, je svědění. Mnozí autoři uvádějí, že pokud jsou ložiska psoriázy pravidelně ošetřována, dojde ke zmírnění svědění a k následnému zlepšení psychického stavu a kvality života nemocného. (Jankowiak et al., 2013, s. 85 – 90; Ograczyk et al., 2014, s. 299 - 304; Remröd, Sjöström, Svensson, 2015, 439 - 444; Verhoeven et al., 2008, s. 211 - 218). Ograczyk et al., (2014, s. 75). Některé další studie uvádí, že kvalita života pacientů s psoriázou je různě odlišná v závislosti na demografických údajích, jako jsou věk, pohlaví, rodinný stav a úroveň vzdělání (Horn et al., 2007, s. 963 - 971; Daus, 2008, s. 291). To potvrzují i naše výsledky (*Příl. č. 9 a 10*), které ovšem nebyly předmětem výzkumných cílů diplomové práce. Psoriáza je často spojena se stigmatizací nemocného. Tito lidé jsou často vyloučeni ze sociálního prostředí, což vede obvykle ke zvýšenému výskytu deprese u těchto pacientů a zároveň k poklesu kvality jejich života (Hrehorów et al., 2012, s. 67 – 72; Jankowiak et al., 2013, s. 85 – 90). Z tohoto důvodu by měl být kladen důraz na větší informovanost populace o tomto onemocnění s cílem dospět ke snížení stigmatizace a zlepšení kvality života psoriatiků (Hrehorów et al., 2012, s. 67 – 72; Makara - Studzińska et al., 2014, s. 23 - 28). Jiné studie uvádí souvislost etiologie psoriázy a nezdravého životního stylu, jako jsou obezita, kouření či abúzus alkoholu a jejich souvislosti s ovlivněním kvality života a zvýšeným výskytem míry deprese (Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 – 293; Kirby et al., 2008, s. 138 - 140). Psoriáza ovlivňuje také ekonomickou situaci nemocného. To může být způsobeno jednak problémem sehnat zaměstnání z důvodu stigmatizace nemocného, jednak i zvýšenými finančními výdaji spojenými s léčbou psoriázy (Jankowiak et al., 2013, s. 85 – 90; Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 – 1015; Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 – 108; Reich, Welz - Kubiak, Rams, 2014, s. 289 - 293). Dalším hlediskem, které ovlivňuje kvalitu života psoriatiků, je i míra spokojenosti v partnerských vztazích nemocných a spokojenost v sexuální sféře nemocného. Potíže vyskytující se v intimním životě pacientů jsou rovněž projevem, který výrazně negativně ovlivňuje oblast kvality života (Sharma, Bassi, Singh, 2011, s. 235 - 240; Mercan et al., 2008, s. 160 - 168; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90).

Řada autorů nahlíží na kvalitu života jako na komplexní stav, který je důležité brát z hlediska (aspektů) spokojeností v různých oblastech. Jedná se především o dobrý fyzický a psychický stav, absenci onemocnění, otázku finanční, mezilidské vztahy, dobrou psychickou pohodu či schopnost člověka realizovat své životní cíle (Heřmanová, 2012, s. 413; Ira, Andrasko, 2007, s. 159; Rostowska, 2009, s. 60 - 80).

K závěru, že psoriáza ovlivňuje více oblastí kvality života, dospěly i výsledky této diplomové práce. Uvádějí signifikantně nižší kvalitu života ve všech sledovaných doménách a položkách dotazníku WHOQOL – BREF u zkoumaného souboru psoriatiků.

Dalším sledovaným aspektem bylo srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem pacientů, kteří se léčili s psoriázou a kontrolní skupinou zdravých jedinců. Výsledky zjištěné pomocí dotazníku BDI II - uvádějí vyšší hodnotu skóre míry deprese u zkoumaného souboru (14,3) ve srovnání s kontrolní skupinou (7,6). Výsledek je podobný s výsledky jiné studie, provedené kolektivem autora Lee et al. (2010, s. 389-396), s využitím stejných dotazníků BDI - II. Průměrné hrubé skóre míry deprese v jejich provedené studii u souboru pacientů s psoriázou vykazovalo hodnotu 11,47. U kontrolní skupiny, zahrnující zdravou populaci, činilo průměrné celkové skóre 5,7 (Lee et. al, 2010, s. 389 – 396).

Deprese je onemocnění, které se vyznačuje širokým spektrem příznaků, jimiž jsou například únava, nechutenství či potíže se spánkem. Všechny tyto příznaky snižují schopnost fungování jedince v každodenním životě a mohou vést až k jeho úplnému vyčerpání (Brenes, 2007, s. 437 - 444). Léčba psoriázy se často zaměřuje pouze na léčbu kožních projevů, opomíjí však psychický stav pacientů, který je vlivem tohoto onemocnění také narušen (Evers, Crijns, Kemperman, 2013, s. 56 – 59; Khazanov, Ayelet, 2016, s. 991 – 1015; Schmitt, Ford, 2007, s. 17 – 27). Proto by mělo být přistoupeno k pravidelnému hodnocení psychického stavu těchto pacientů, aby mohlo dojít k časnému zachycení případných psychických změn a jejich následné léčbě (Schmitt, Ford, 2007, s. 17 - 27).

Dalším záměrem diplomové práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou. Na základě výsledků diplomové práce byl zjištěn velmi silný korelační vztah mezi depresí a celkovou kvalitou života u pacientů s psoriázou.

To se shoduje s výsledky obdobných studií provedené na stejné téma, které uvádí, že deprese má jednak vliv na zhoršení projevů a délku léčby psoriázy, ale způsobuje i snížení kvality života těchto pacientů (Jankowiak et al., 2013, s. 85 – 90; Lakshmy et al. 2015, s. 434 – 440; Sopenaru, Muraru, Iorga, 2016, s. 59). Zhoršená kvalita života má zase vliv na psychický stav nemocných, způsobuje u nich vznik deprese a v souvislosti s tím dochází k začarovanému kruhu (Owczarek, Jaworski, 2016, s. 102 - 108). Některé studie uvádí, že deprese zhoršuje kvalitu života a

v neposlední řadě má vliv i na zvýšený výskyt sebevražedných myšlenek (Bhosle et al, 2006, s. 1; Hayes, Koo, 2010, s. 174 – 180; Mitchell, Kakkadasam, 2011, s. 259 – 368).

Při ošetřování pacientů všeobecnými sestrami by mělo být nedílnou součástí jejich práce nejen ošetřování ložisek psoriázy, ale i posouzení a sledování psychického stavu pacientů s tímto onemocněním. Současně by měla být těmto pacientům poskytována zvýšená psychická podpora a pochopení, aby došlo ke zlepšení jejich psychického stavu i zvýšení kvality jejich života (Daus, 2008, s. 291; Jankowiak et al., 2013, s. 85 - 90). Dosažení zvýšené kvality života pacientů je ukazatelem dobré zdravotní péče (Mareš, Marešová, 2004, s. 214 – 217).

Limity studie

Mezi limity studie je nutné zařadit skutečnost, že výzkum není reprezentativní, ale je prováděn pouze regionálně a výsledky proto není možné zevšeobecňovat. Předmětem šetření nebylo zjišťování dalších proměnných, které mohou ovlivnit kvalitu života či míru deprese respondentů. Mezi tyto konstanty patří například aktuální životní situace respondenta, nálada, rozsah a intenzita onemocnění, způsob léčby či osobnostní rysy.

ZÁVĚR

Záměrem diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má psoriáza na kvalitu života a míru deprese u pacientů s tímto onemocněním. Za účelem tohoto zjištění byl zvolen kvantitativní výzkum s použitím standardizovaných dotazníků WHOQOL – BREF a BDI – II. Výzkumné šetření zkoumaného souboru probíhalo na ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních ve Fakultní nemocnici Olomouc v termínu červenec – srpen 2016. Soubor zahrnoval 50 respondentů, kteří se léčí s projevy psoriázy. Dalšími sledovanými parametry byly pohlaví, věk, rodinný stav, dosažené vzdělání a délka léčby psoriázy. Kontrolní skupina zdravé populace představoval 56 respondentů. Pro výběr respondentů bylo přistoupeno pomocí kvótního výběru. Kontrolní skupina byla dorovnána do sledovaných parametrů zkoumaného souboru, lišila se pouze v nepřítomnosti psoriázy či jiného onemocnění. Sběr dat byl proveden v termínu srpen – září 2016.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit míru kvality života a deprese u pacientů s psoriázou. Zjištění míry celkové kvality života bylo docíleno pomocí dotazníku WHOQOL – BREF. Výsledná hodnota průměrného skóre této položky činila 3,96. Jako velmi špatnou kvalitu života neuváděl žádný z dotazovaných respondentů. Špatnou kvalitu života uvádělo 7 pacientů (14%), ani špatná ani dobrá kvalita života byla interpretována u 19 dotázaných (38%), 18 pacientů (36%) uvádělo dobrou kvalitu života a 6 dotázaných (12%) uvádělo svoji kvalitu života jako velmi dobrou. Výsledné hodnoty dále uvádějí průměrné hodnotové skóre položky zdravotní stav 2,94, domény fyzické zdraví 24,02, u domény prožívání činilo průměrné skóre 20,74, v doméně sledující sociální vztahy 20,82 a poslední doména, která zjišťovala kvalitu života v oblasti prostředí, měla výsledné průměrné skóre 29,16. K zjištění míry deprese zkoumaného souboru byl zvolen dotazník BDI – II. Výsledné skóre této položky u zkoumaného souboru 14,3. Dále výsledky uvádí výskyt minimálních projevů deprese u 28 respondentů s psoriázou, což byla více jak polovina respondentů (56%). Mírné projevy deprese byly zjištěny u 11 respondentů (22%), 7 respondentů (14%) mělo střední projevy deprese a u 4 respondentů (8%) byla zjištěna těžká forma deprese. Z uvedených výsledků lze konstatovat, že psoriáza má podobný vliv na kvalitu života a míru deprese u pacientů s psoriázou jak vyplývá z výsledků jiných studií provedených na stejné téma. **Cíl č. 1 byl splněn.**

Pro splnění **druhého cíle**, kterým bylo srovnat míru kvality života a deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou, byly vymezeny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF. Na základě výsledků **lze konstatovat sníženou celkovou kvalitu života u pacientů s psoriázou. Hypotéza č. 1 byla**

ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

Dále byly srovnávány další aspekty kvality života jednotlivých domén dotazníku WHOQOL – BREF. Z výsledků je patrný signifikantní rozdíl ve všech doménách kvality života u zkoumaného souboru pacientů s psoriázou.

Hypotéza č. 2 předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou naměřenou dotazníkem BDI – II. **Na základě výsledků lze konstatovat, že soubor pacientů s psoriázou má signifikantně vyšší míru deprese. Hypotéza č. 2 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Cíl č. 2 byl splněn.**

Pro splnění **třetího cíle** diplomové práce bylo třeba zjistit, zda existuje vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u pacientů s psoriázou. K tomuto cíli byla vymezena hypotéza č. 3, která předpokládala, že existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI – II a kvalitou života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF u pacientů s psoriázou. **Na základě výsledků byl tento předpoklad potvrzen, hypotéza č. 3 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Cíl č. 3 byl splněn.**

Závěrem lze konstatovat, že výsledky šetření provedeného na souboru prověřovaných respondentů potvrdily všechny teoretické poznatky, které byly před zahájením výzkumu zjištěny. Provedený výzkum se však nezabýval intenzitou a rozsahem onemocnění psoriázou u jednotlivých respondentů, neboť by jejich sdělení nemělo objektivní charakter. Z toho vyplývá, že každý jedinec může chápat své onemocnění v souvislosti s kvalitou života různě a rovněž míra deprese je závislá na psychické odolnosti toho kterého pacienta. Rozhodně však tato závislost ve vztahu onemocnění - deprese - kvalita života existuje a neměla by být opomíjena a přehlížena především ošetřujícím zdravotním personálem, který přichází s nemocnými do styku. Zdravotničtí pracovníci by měli být na tuto skutečnost upozorněni a měli by se více zaměřovat na psychickou stránku osobnosti pacienta a sociální oblast, ve které pacienti žijí.

Možnosti, jak tento poznatek využít a převzít do praxe existují například v tom, že ošetrovatelský personál bude více spolupracovat s psychology a tato možnost bude nabízena zdravotnickým personálem pacientům. Dále je možné využít různých propagačních materiálů, které budou k dispozici v čekárnách a budou pacienty na vazbu onemocnění, deprese a kvalita života upozorňovat. V neposlední řadě je třeba všemi dostupnými prostředky pacienty upozorňovat na dodržování zdravého životního stylu, na nebezpečí požívání alkoholických nápojů a kouření, nutnost pravidelného pohybu souvisejícího se snižováním tělesné nadváhy a na další aspekty ovlivňujícími kvalitu života ve všech souvislostech.

V praxi, a shodují se na tom i autoři řady výzkumů, je léčba nemocných orientována především na tělesné projevy této nepříjemné nemoci, v hojně míře je opomíjena právě psychická

stránka problému. Svědčí o tom i fakt, že např. ve FNOL není na Klinice chorob kožních a pohlavních zaměstnán psycholog, který by stejně jako na jiných klinikách (onkologie apod.) napomohl pacientům ke zmírnění dopadu nemoci na jejich psychiku a v mnoha případech by se tak přispělo ke zmírnění dopadu na psychickou stránku a ke zvýšení kvality života těchto pacientů.

REFERENČNÍ SEZNAM

ABBAS, D. et al. 2014. Quality of Life in Psoriatic Patients: A Study Using the Short Form - 36. *International Journal of Preventive Medicine* [online]. 2014, **5**(9), s. 1146 - 1152 [cit. 2017-11-05]. ISSN: 2008-7802

Dostupné z: <https://doaj.org/article/b8586a9c9fd6470d848f15bdf2c41a23>

AKTAN, Ş. et al. 2014. Psoriasis disability index: The role of sociodemographic and clinical variables. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology Turkderm* [online]. 2014, **48**(4), s. 187 - 192 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 1019-214X

Dostupné z: <https://doi.org/10.4274/turkderm.23427>

ARMSTRONG, A. W., et al. 2014. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology* [online]. 2014, **170**(2), s. 304 - 314 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 0007-0963

Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/bjd.12670>

BALAŠTÍK, D. 2011. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, **5**(4), s. 206 – 209 [cit. 2016-11-7]. ISSN: 1803-5337

Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/07.pdf>

BAŇKA, A. 2005. Jakość życia a jakość rozwoju. *Stowarzyszenie Psychologia i Architektura* [online]. 2015, s. 11 - 78 [cit. 2017-02-05]. ISBN: 8391652181

Dostupné z: [file:///D:/Dokumenty/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/Ba-ka-%20Jako--%20-ycia%20a%20jako--%20rozvoju%20PDF%20\(1\).pdf](file:///D:/Dokumenty/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/Ba-ka-%20Jako--%20-ycia%20a%20jako--%20rozvoju%20PDF%20(1).pdf)

BAROT, P. A. et al. 2015. Quality of life in patient with psoriasis at ea tertiary care hospital – A cross sectional study. *National Journal of Medical Research* [online]. 2015, **5**(2), s. 93 - 97 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 2249-4995

Dostupné z: <https://doi.org/article/39cf7ac552a740e592c50a092d3bc616>

BARRETT, K., CHANG, Y. P. 2016. Behavioral Interventions Targeting Chronic Pain, Depression, and Substance Use Disorder in Primary Care. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 2016, **48**(4), s. 345 - 353 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 1527-6546

Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jnu.12213>

BARTOŠKOVÁ, M., CHRZ, V. 2016. Deprese jako únik před tíží života: analýza rozhovorů. *Anthropologia integrat* [online]. 2016, **7**(2), s. 87 - 93 [cit. 2016-12-17]. ISSN: 1804-6657

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5817/AI2016-2-87>

BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K. 1996. *Beck depression Inventory II*. Psychological Corporation, 1996, 22 s.

BENOIT, S., HAMM, H. 2007. Childhood psoriasis. *Clinics in Dermatology* [online]. 2007, **25**(6), s. 555 – 562 [cit. 2016-11-22]. ISSN: 0738-081X

Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.009>

BRENES, G. A. 2007. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry* [online]. 2007, **9**(6), s. 437 - 443 [cit. 2016-12-17]. ISSN: 1555-211X

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2139931/>

COLOMBO, D., PEREGO, R. 2013. Quality of life in psoriasis. *INTECH Open Access Publisher* [online]. 2013, 18 s. [cit. 2016-11-05] ISBN: 978-953-51-1065-1

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5772/53998>

COWDELL, L. F. 2009. Care and management of patients with pruritus. *Nursing older people* [online]. 2009, **21**(7), s. 35 - 41 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 1472-0795

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.7748/nop2009.09.21.7.35.c7277>

DALGARD, F. et al. 2008. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: results from a population survey. *Journal of the American Academy of Dermatology* [online]. 2008, **59**(5), s. 746-751 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 0190-9622

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.07.013>

DAUS, L. 2008. Give them a hand: patients with hand and foot Psoriasis Require Special Attention. *Dermatology Nursing* [online]. 2008, **20**(4), s. 291 - 293 [cit. 2017-01-07]. ISSN: 1060-3441

Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/580646>

DAVIES, A. 2007. Nursing care and management of patients with pruritus. *Nursing Standard* [online]. 2007, **21** (41), s. 51 - 57 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 0029-6570

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2007.06.21.41.51.c4633>

DEMIRCELIK, M. B. et al. 2016. Effects of multimedia nursing education on disease-related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit. *Applied Nursing Research* [online]. 2016, **29**, s. 5 - 8 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 0897-1897

Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.014>

DOWLATSHAHI, E. A. et al. 2013. Increased antidepressant drug exposure in psoriasis patients: a longitudinal population-based cohort study. *Acta dermato-venereologica* [online]. 2013, **93**(5), s. 544-550 [cit. 2016-11-07]. ISSN: 0001-5555

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1566>

DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ, Jitka. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum, 2006, s. 90. ISBN 978-80-851-2182-7

DREIZLER, J. et al. 2014. Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: an integrative review. *Journal of clinical nursing* [online]. 2014, **23**(7-8), s. 911 - 926 [cit. 2016-11-24]. ISSN: 0962-1067

Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.12237>

DUBERTRET, L. et al. 2006. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *British Journal of Dermatology* [online]. 2006, **155**(4), s. 729 - 736 [cit. 2016-11-22]. ISSN: 0007-0963

Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07405.x>

ELGENDI, A. et al. 2015. Depression Over Psoriasis: Assessment of associated Relief by addition of Adalimumab for the treatment of Psoriasis: Observational study. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery* [online]. 2015, **19**(1), s. 15 - 20 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 2352-2410
Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdds.2014.03.005>

EVERS, A. W., CRIJNS, M. B., KEMPERMAN, P. M. 2012. A peek inside the field of psychodermatology. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* [online]. 2012, **157**(12), s. 56 - 59 [cit. 2016-02-19]. ISSN: 00282162
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23515038>

FAVA, G. A., RUINI, Ch. 2003. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* [online]. 2003, **34**(1), s. 45 - 63 [cit. 2016-02-19]. ISSN: 0005-7916
Dostupné z: [http://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00019-3](http://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00019-3)

FERREIRA, B. I. et al. 2016. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* [online]. 2016, **9**(6), s. 36 - 43 [cit. 2017-01-17]. ISSN: 1941-2789
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928455/>

FRANKEL, H. C. et. Al. 2012. The association between physical activity and the risk of incident psoriasis. *Arch Dermatol* [online]. 2012, **148**(8), s. 918 – 924 [cit. 2016-11-12]. ISSN 1432-069X
Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2012.943>

FUNG, Y. L., CHAN, Z., CHIEN, W. T. 2014. Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: a systematic review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing* [online]. 2014, **21**(8), s. 698 - 714 [cit. 2016-11-22]. ISSN: 1351-0126
Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jpm.12128>

GHORBANIBIRGANI, A. et al. 2016. The Lived Experience of Psoriasis Patients from Social Stigma and Rejection: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [online]. 2016, **18**(7), s. 1 - 7 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 2074-1804
Dostupné z: <https://doi.org/10.5812/ircmj.27893>

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN: 978-80-247-3625.

HAAS, B. A. 1999. Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research* [online]. 1999, **21**(6), 728 – 742 [cit. 2016-11-07]. ISSN 0193–9459.

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1177/01939459922044153>

HAYES, J., KOO, J. 2010. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatologic therapy* [online]. 2010, **23**(2), s. 174 - 180 [cit. 2016-11-07]. ISSN: 1396-0296

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01312.x>

HEŘMANOVÁ, E. et al. 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia* [online]. 2012, **44** (4), s. 407 – 425 [cit. 2017-02-05]. ISSN: 1336-8613

Dostupné z:

<https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20%20OK%20upravena%20studia.pdf>

HORN et al. 2007. Association of patient-reported psoriasis severity with income and employment. *Journal of the American Academy of Dermatology* [online]. 2007, **57**(6), s. 963 - 971 [cit. 2016-06-08]. ISSN: 0190-9622

Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.07.023>

HOSLE, M. J. et al. 2006. Quality of life in patients with psoriasis. *Health and quality of life outcomes* [online]. 2006, **4**(35), s. 1 – 7 [cit. 2016-12-15]. ISSN: 1477-7525

Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-35>

HREHORÓW, E. et al. 2012. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta dermato-venereologica* [online]. 2012, **92**(1), s. 67 - 72 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 1651-2057

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1193>

IRA, V., ANDRASKO, I. 2007. Quality of life in the perspective of human geography. *Geograficky Casopis* [online]. 2007, **59**(2), s. 159 - 179 [cit. 2017-02-07]. ISSN: 0016-7193

Dostupné z: <http://www.akademickyrepozitar.sk/sk/repozitar/the-role-and-status-of-geography-in-the-quality-of-life-research.pdf>

JANKOWIAK, B. et al. 2013. Satisfaction with life in a group of psoriasis patients. *Postep Derm Alergol* [online]. 2013, **30**(2), s. 85-90 [cit. 2016-06-08]. ISSN: 1642-395X

Dostupné z: <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.34156>

JANOSKA, P., PAWLAK, A., KUBIAK, I. 2016. Selected psychological aspects of psoriasis: case study analysis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2016, **18**(2), s. 59 – 66 [cit. 2016-12-15]. ISSN: 1509-2046

Dostupné z: <https://doi.org/10.12740/APP/63626>

JAŠKOVÁ, E., TARABA, P. 2009. Pruritus – komplexní terapie. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2009, **3**(3), s. 125 - 130 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 1803-5337

Dostupné z: www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/03/04.pdf

JEDLIČKOVÁ, H. et al. 2010. Pruritus v ambulanci praktického lékaře. *Medicina pro praxi* [online]. 2010, **7**(12), s. 493 - 497 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 1803-5310

Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/12/09.pdf>

JENSEN, P. et al. 2013. Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. *JAMA dermatology* [online]. 2013, **149**(8), s. 795 - 801 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 2168-6068

Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.5957>

KAAS, J., TÓTHOVÁ, V., MARTINEK, L. 2014. Revmatoidní artritida jako psychický problém. *Psychologie a její kontexty* [online]. 2014, **5**(2), s. 71 - 80 [cit. 2016-06-15]. ISSN: 1803-9278

Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Kaas_etal_2014_2.pdf

KEYWORD, C. et al. 2014. Providing lifestyle behaviour change support for patients with psoriasis: an assessment of the existing training competencies across medical and nursing health professionals. *British Journal of Dermatology* [online]. 2014, **171**(3), s. 602 - 608 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 1365-2133

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.13067>

KHAZANOV, A. 2016. Is low positive emotionality a specific risk factor for depression? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin* [online]. 2016, **142**(9), s. 991-1015 [cit. 2016-12-15]. ISSN: 0033-2909

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000059>

KIRBY, B. et al. 2008. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal of dermatology* [online]. 2008, **158**(1), s. 138 - 140 [cit. 2016-11-07]. ISSN: 0007-0963

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08299.x>

KOSTYŁA, M., TABAŁA, K., KOCUR, J. 2013. Illness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients with psoriasis. *Postepy Dermatologii i Alergologii* [online]. 2013, **30**(3), s. 134 - 139. [cit. 2016-12-08]. ISSN: 1642-395X

Dostupné z: <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.35613>

LAHOUSEN, T. et al. 2016. Differences Between Psoriasis Patients and Skin-healthy Controls Concerning Appraisal of Touching, Shame and Disgust. *Acta Derm Venereol* [online]. 2016, **96**, s. 78 - 82 [cit. 2016-12-12]. ISSN: 0001-5555

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-2373>

LAKSHMY, S. et al. 2015. A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Indian journal of psychological medicine* [online]. 2015, **37**(4), s. 434 - 440 [cit. 2016-09-08]. ISSN: 0253-7176

Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0253-7176.168587>

LEE, Y. W. 2010. Impact of psoriasis on quality of life: Relationship between clinical response to therapy and change in health-related quality of life. *Department of Dermatology* [online]. 2010, **22**(4), s. 389 – 396 [cit. 2016-06-07]. ISSN: 1013-9087

Dostupné z: <https://doi.org/0.5021/ad.2010.22.4.389>

MAKARA - STUDZIŃSKA, M. et al. 2014. The occurrence of emotional problems in somatic diseases based on psychodermatology. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2014, **16**(2), s. 23 - 28 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 1509-2046

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.12740/APP/26463>

MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. 2004. Bolest a kvalita života u dětí. *Bolest* [online]. 7(4), s. 214 - 217 [cit. 2017-02-05]. ISSN: 1212-0634

Dostupné z: <file:///D:/Dokumenty/Sta%C5%BEen%C3%A9%20soubory/soubor-509.pdf>

MERCAN, S. et al. 2008. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *Journal of sex & marital therapy* [online]. 2008, 34(2), s. 160 - 168 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 0092-623X

Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/00926230701267951>

MITCHELL, A. J., KAKKADASAM, V. 2011. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes - a meta - analysis of routine clinical accuracy. *International journal of nursing studies* [online]. 2011, 48(3), s. 359 - 368 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 0020-7489

Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012>

MITCHELL, A. J., VAZE, A., RAO, S., 2009. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet* [online]. 2009, 374(9690), s. 609 - 619 [cit. 2016-11-12]. ISSN: 0140- 6736

Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)

NAKAMURA, Y. et al. 2012. Assessment of quality of life in pregnant Japanese women: Comparison of hospitalized, outpatient, and non-pregnant women. *Nursing & health science* [online]. 2012, 14(2), s. 182 - 188 [cit. 2016 - 09 -08]. ISSN: 1442-2018

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00676.x>

NALDI, L. et al. 2014. Diet and physical exercise in psoriasis: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology* [online]. 2014, 170(3), s. 634 - 642 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 0007-0963

Dostupné z: <http://doi.org/10.1111/bjd.12735>

NAVRÁTILOVÁ, M., MIKLÍKOVÁ, J. 2011. Psoriáza – možnosti léčby, edukace pacienta. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2011, 5(4), s. 230 – 231 [cit. 2017-02-08]. ISSN: 1803-5337

Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/04/14.pdf>

NELSON, P. A. et al. 2014. 'In someone's clinic but not in mine - clinicians' views of supporting lifestyle behaviour change in patients with psoriasis: a qualitative interview study. *British Journal of Dermatology* [online]. 2014, **171**(5), s. 1116 - 1122 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 0007-0963

Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/bjd.13231>

OGRACZYK, A. et al. 2014. Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Postep Derm Alergol* [online]. 2014, **31**(5), s. 299 - 304 [cit. 2016-11-28]. ISSN: 1642-395X

Dostupné z: <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.40927>

OWCZAREK, K., JAWORSKI, M. 2016. Quality of life and severity of skin changes in the dynamics of psoriasis. *Postepy dermatologii i alergologii* [online]. 2016, **33**(2), s. 102 - 108 [cit. 2016-12-15]. ISSN: 1642-395X

Dostupné z: <https://doi.org/10.5114/pdia.2015.54873>

PARRISH, E. et al. 2008. Strategies used by advanced practice psychiatric nurses in treating adults with depression. *Perspectives in psychiatric care* [online]. 2008,**44**(4), s. 232 - 240 [cit. 2016-11-24]. ISSN: 0031-5990

Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2008.00182.x>

PEPLIŃSKA, A., ROSTOWSKA, T. 2013. Quality of life and relations between work and family. *Acta Neuropsychologica* [online]. 2013, **11**(1), s. 77 - 92 [cit. 2017-02-05]. ISSN: 1730-7503

Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=3914b406-a796-4032-9be1-2bfd5a11b31c%40sessionmgr4009&vid=7&hid=4110>

PEREIRA, M. G. BRITO, L., SMITH, T. 2012. Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *International journal of behavioral medicine* [online]. 2012, **19**(3), s. 260 - 269 [cit. 2017-01-07]. ISSN: 1070- 5503

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-011-9174-5>

PETRASKIENE, R. et al. 2015. Competence in topic of psoriasis among nurses in healthcare institutions . *Georgian medical news* [online]. 2015, **247**(10), s. 63 - 70 [cit. 2017-01-04]. ISSN: 1512-0112

Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e8e6fe96-2135-409b-b36a-df45c6189e62%40sessionmgr4009&vid=4&hid=4103>

PRAŠKO, J. a kol. 2010. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 432 s. ISBN 978-80-244-2365-4

PRAŠKO, J, PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha. Portál, 2003. ISBN: 978-80-262-0859-4

RAKHESH; S. V., D'SOUZA, M.; SAHAI, A. 2008. Quality of life in psoriasis: A study from south India. *Indian Journal of Dermatology, Venereology & Leprology* [online]. 2008, **74**(6), s. 600 - 606 [cit. 2017-01-07] ISSN: 0378-6323

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.45101>

RAPLEY, M. 2003. *Quality of life research: A critical introduction*. Sage Publications, 2003. ISBN: 978-07-619-5456-9

RASMUSSEN, G. S., MAINDAL, H. T., LOMBORG, K. 2012. Self-management in daily life with psoriasis: an integrative review of patient needs for structured education. *Nursing research and practice* [online]. 2012, **1**(4) s. 1 - 19 [cit. 2016-11-22]. ISSN: 2090-1429

Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2012/890860>

REDDY, E. A. et al. 2015. Perceived stress and prevalence of depression among first-year medical students. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences* [online]. 2015, **4**(4), s. 209 – 213 [cit. 2016-02-19]. ISSN:2277-8632

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.4103/2277-8632.171689>

REICH, A., WELZ-KUBIAK, K., RAMS, L. 2014. Apprehension of the disease by patients suffering from psoriasis. *Postep Derm Alergol* [online]. 2014, **31**(5), s. 289 - 93 [cit. 2016-11-12]. ISSN 2299-0046

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.5114/pdia.2014.44010>

REMRÖD, Ch., SJÖSTRÖM, K., SVENSSON, Å. 2015. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta dermato-venereologica* [online]. 2015, **95**(4), s. 439-444 [cit. 2017-01-04]. ISSN: 1651- 2057

Dostupné z: <https://doi.org/10.2340/00015555-1975>

REMRÖD, Ch., SJÖSTRÖM, K., SVENSSON, A. 2015. Subjective stress reactivity in psoriasis - a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC dermatology* [online]. 2015, **15**(1), s. 1 - 8 [cit. 2016-11-18]. ISSN: 1471- 5945

Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12895-015-0026-x>

RUIZ- VILLAVERDE, R. et al. 2011. Pilot study of sexual dysfunction in patients with psoriasis: influence of biologic therapy. *Indian journal of dermatology* [online]. 2011, **56**(6), s. 694 - 699 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 0019-5154

Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0019-5154.91831>

SAMPOGNA, F. et al. 2007. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* [online]. 2007, **214**(2), s. 144 - 150 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 1018-8665

Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000098574>

SHARMA, S., BASSI, R., SINGH, A. 2011. A comparative study of depression and anxiety in psoriasis and other chronic skin diseases. *J Pakistan Assoc Dermatologists* [online]. 2011, **21**(4), s. 235 - 240 [cit. 2017-01-07]. ISSN: 1560-9014

Dostupné z: <http://jpad.com.pk/index.php/jpad/article/view/482>

SCHMITT, J. M., FORD, D. E. 2007. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology* [online]. 2007, **215**(1), s. 17 - 27 [cit. 28. 11. 2016]. ISSN: 1018-8665

Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000102029>

SCHWARTZ, J. et al. 2016. Getting under the skin: Report from the International Psoriasis Council workshop on the role of stress in psoriasis. *Frontiers in psychology* [online]. 2016, **7**(87), s. 1 - 4 [cit. 2016-12-18]. ISSN: 1664-1078

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00087>

SIVERSTEN, H. et al. 2015. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* [online]. 2015, **40**(5-6), s. 311 - 339 [cit. 2016-12-17]. ISSN: 1421-9824

Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000437299>

SOPONARU, C., MURARU, D., IORGA, M. 2016. Meaning in life and sources of meaning, depression and quality of life in patients on hemodialysis. *Philosophia* [online]. 2016, **61**(3), s. 59 - 67 [cit. 2016-12-17]. ISSN: 1221-8138

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=399fb415-ae04-40b3-b4fc-f47f74e2fe21%40sessionmgr104&vid=1&hid=120>

STROHAL, R., KIRBY, B., PUIG, L. Psoriasis beyond the skin: an expert group consensus on the management of psoriatic arthritis and common co-morbidities in patients with moderate-to-severe psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [online]. 2014, **28**(12), s. 1661 - 1669 [cit. 7. 11. 2016]. ISSN: 0926-9959

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12350>

SULLIVAN, M. D. et al. 2012. Depression predicts all-cause mortality: epidemiological evaluation from the ACCORD HRQL substudy. *Diabetes Care* [online]. 2012, **35**(8), s. 1708 - 1715 [cit. 2017-02-07]. ISSN: 0149-5992

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1791>

VERHOEVEN, E. W. et al. 2008. Biopsychosocial mechanisms of chronic itch in patients with skin diseases: a review. *Acta dermato-venereologica* [online]. 2008, **88**(3), s. 211 - 218 [cit. 2017-01-04]. ISSN: 1651-2057

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-0452>

WHO Quality of Life Group. The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Social Science & Medicine* [online]. 1995, **45**(10), s. 1403 - 1409 [cit. 2016-12-15]. ISSN: 0277-9536

Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

WOLK, K., MALLBRIS, L., LARSSONET, P. 2009. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Dermato Venereologica* [online]. 2009, **89**, s. 492 - 497 [cit. 2016-11-12]. ISSN 0001-5555

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-0711>

YOUNG, M. S., KUCERA, K. J. 2016. Mechanistic Insights Into Today's (and Tomorrow's) Treatments for Moderate-to-Severe Psoriasis. *Journal of the Dermatology Nurses' Association* [online]. 2016, **8**(1), s. 29 - 43 [cit. 2016-12-08]. ISSN: 1945-760X

Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/JDN.0000000000000186>

ZAUTRA, A. J., JOHNSON, L. M., DAVIS, M. C. 2005. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology* [online]. 2005, **73**(2), s. 212 – 220 [cit. 2016-12-17]. ISSN: 1939-2117

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.212>

ZELJKO-PENAVIĆ, J. et al. 2010. Quality of life in psoriatic patients and the relationship between type I and type II psoriasis. *Collegium antropologicum* [online]. 2010, **34**(1), s. 195 – 198 [cit. 2016-11-07]. ISSN: 0350-6134

Dostupné z: <http://hrcak.srce.hr/51758>

ZIMOLAG, I., REICH, A., SZEPIETOWSKI. 2009. Influence of psoriasis on the ability to work. *Acta dermato-venereologica* [online]. 2009, **89**(5), s. 575 - 576 [cit. 2016-12-12]. ISSN: 1651-2057

Dostupné z: <https://www.medicaljournals.se/acta>

ŽARKOVIČ, P. T. et al. 2011. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Collegium antropologicum* [online]. 2011, **35**(2), s. 81 - 85 [cit. 2016-12-15]. ISSN: 0350-6134

Dostupné z: <http://hrcak.srce.hr/file/107515>

SEZNAM ZKRATEK:

AJ	anglický jazyk
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
BDI-II	Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé
CMP	cévní mozková příhoda
č.	číslo
ČJ	český jazyk
et al.	a kolektiv
FZV UPOL	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
HDL	high-density lipoprotein
IM	infarkt myokardu
ISBN	Mezinárodní standardní číslo knihy
ISSN	Mezinárodní standardní číslo publikace
KS	kontrolní skupina
LDL	low-density lipoprotein
Max	maximální hodnota
Med (x)	medián
Min	minimální hodnota
Mod (x)	modus
n	počet respondentů
např.	například
p	významnost
r	korelační koeficient
σ	směrodatná odchylka
μ	aritmetický průměr
Tab.	tabulka
USA	Spojené státy americké
μ	aritmetický průměr
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZS	zkoumaný soubor

SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 Přehled výsledků celkové kvality života u pacientů s psoriázou
- Tab. č. 2 Průměrné hodnoty jednotlivých položek a domén kvality života pacientů s psoriázou.
- Tab. č. 3 Výskyt deprese u pacientů s psoriázou
- Tab. č. 4 Srovnání výsledků položky celkové kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
- Tab. č. 5 Srovnání výsledků položky zdravotní stav mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
- Tab. č. 6 Srovnání výsledků domény fyzické zdraví mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
- Tab. č. 7 Srovnání výsledků domény prožívání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
- Tab. č. 8 Srovnání výsledků domény sociální vztahy mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
- Tab. č. 9 Srovnání výsledků domény prostředí mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
- Tab. č. 10 Srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.
- Tab. č. 11 Korelace míry deprese (BDI – II) s jednotlivými oblastmi kvality života (WHOQOL - BREF)
- Tab. č. 12 Srovnání míry deprese a celkové kvality života u pacientů s psoriázou

SEZNAM PŘÍLOH

- Příl. č. 1 Informovaný souhlas pro respondenty
- Příl. č. 2 Stanovisko etické komise FZV UPOL
- Příl. č. 3 Žádost o realizaci výzkumného šetření
- Příl. č. 4 Test normality rozložení dat
- Příl. č. 5 Mann - Whitney test - kvality života
- Příl. č. 6 Mann - Whitney test - deprese
- Příl. č. 7 Spearmanův korelační koeficient
- Příl. č. 8 Populační norma položky kvalita života dotazníku WHOQOL – BREF
- Příl. č. 9 Srovnání položek pohlaví, rodinný stav, vzdělání, věk a délka onemocnění s celkovou kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou
- Příl. č. 10 Srovnání položek pohlaví, rodinný stav, vzdělání, věk a délka onemocnění s mírou deprese u souboru pacientů s psoriázou

PŘÍLOHY

Příl. č. 1 Informovaný souhlas pro respondenty

Vážená paní, vážený pane,

Jsem studentem I. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Jednou z částí ukončení tohoto studia bude vypracování diplomové práce na téma „Vliv psoriázy na psychiku a kvalitu života“. Řadu let jsem byl zaměstnán na této Kožní klinice FN v Olomouci a proto je mi téma této diplomové práce profesně blízké. Jedním z podkladů, který hodlám pro tuto diplomovou práci využít, jsou odpovědi z dotazníku, který Vám tímto předkládám a prosím o Vaši spolupráci při jeho vyplnění. Tento dotazník je naprosto anonymní, dobrovolný. V průběhu vyplňování odpovědí na jednotlivé otázky v něm uvedené můžete kdykoliv ukončit. Zodpovězení všech otázek Vám zabere přibližně 15 minut. Prosím Vás o uvedení pravdivých údajů k jednotlivým položkám dotazníku. Považuji zodpovězení všech položených otázek za velmi jednoduché; bude stačit, budete-li se řídit uvedenými pokyny a zakroužkujete vybranou variantu odpovědi v každé otázce. Vyplněný dotazník, prosím, vložte do připravené obálky, zalepte a vložte do označeného boxu sestřám na ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních. Děkuji Vám za ochotu a Váš drahocenný čas, který při vypracování odpovědí dotazníku strávíte.

V případě, že budete mít jakýkoliv dotaz, podnět či připomínku, prosím o jejich zaslání na moji emailovou adresu: filip.havelka@seznam.cz

Děkuji Vám tímto za spolupráci.

V Olomouci, dne

Bc. Filip Havelka



Příl. č. 2 Stanovisko etické komise FZV UPOL



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-80985/1040-2016

**Vážený pan
Filip Havelka**

2016-06-17


Stanovisko Etické komise FZV UP

Vážený pane Havelko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „Vliv psoriázy na psychiku a kvalitu života“, jehož jste hlavním řešitelem, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etická komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Tr. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T. 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příl. č. 3 Žádost o realizaci výzkumného šetření

Vážená paní
Bc. Andrea Drobiličová
Pověřená hlavní sestra Fakultní nemocnice Olomouc

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření

Vážená paní hlavní sestro,

obracím se na Vás s žádostí o povolení realizace výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce. Vzhledem k tomu, že jsem řadu let pracoval na Klinice chorob kožních a pohlavních ve FNOL na pozici všeobecný ošetřovatel, zvolil jsem jako téma mé diplomové práce „Vliv psoriázy na psychiku a kvalitu života“. Výzkumné šetření bude realizováno na ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních ve FNOL. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím standardizovaných dotazníků „WHOQOL – BREF“, „BDI – II“ a „PDI“ (Psoriasis Disability index) a jejich vyplnění bude anonymní a dobrovolné.

Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením paní Mgr. Šárky Vévodové, PhD., přednostky Ústavu společenských a humanitních věd FZV UP v Olomouci, která také dohlíží na etická kritéria práce.

Děkuji za spolupráci a kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Bc. Filip Havelka
Student I. ročníku oboru Ošetřovatelská péče v Interních oborech
FZV UPOL
Kontakt: filip.havelka@fnol.cz

Vyjádření vedení FNOL

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Odůvodnění: *po dohodě s rukouš matrou*

Datum: *25.4. 2016*

Razítko, podpis

[Podpis]
Bc. Andrea Drobiličová
pověřená hlavní sestra
Odbor hlavní sestry /
Fakultní nemocnice Olomouc

Příl. č. 4 Test normality rozložení dat

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Celková kvalita života	,269	106	,000	,858	106	,000
Zdravotní stav	,271	106	,000	,881	106	,000
Fyzicke_zdravi	,079	106	,100	,974	106	,037
Prozivani	,112	106	,002	,952	106	,001
Socialni_vztahy	,159	106	,000	,941	106	,000
Prostredi	,110	106	,003	,974	106	,035

a. Lilliefors Significance Correction

Příl. č. 5 Mann-Whitney test - kvalita života

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Celková kvalita života is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Zdravotní stav is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Fyzicke_zdravi is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Prozivani is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of Socialni_vztahy is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of Prostredi is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,002	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Příl. č. 6 Mann-Whitney test - deprese

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDIsum is the same across categories of Lupénka.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Příl. č. 7 Spearmanův korelační koeficient

Correlations

		Celková kvalita života	Zdravotní stav	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Suma BDI
Celková kvalita života	Correlation Coefficient	1,000	,580**	,466**	,657**	,483**	,436**	-,691**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,001	,000	,000	,002	,000
Zdravotní stav	Correlation Coefficient		1,000	,532**	,654**	,293*	,429**	-,396**
	Sig. (2-tailed)		.	,000	,000	,039	,002	,004
Fyzické zdraví	Correlation Coefficient			1,000	,627**	,425**	,452**	-,499**
	Sig. (2-tailed)			.	,000	,002	,001	,000
Prožívání	Correlation Coefficient				1,000	,567**	,419**	-,600**
	Sig. (2-tailed)				.	,000	,002	,000
Sociální vztahy	Correlation Coefficient					1,000	,624**	-,546**
	Sig. (2-tailed)					.	,000	,000
Prostředí	Correlation Coefficient						1,000	-,386**
	Sig. (2-tailed)						.	,006
Suma_BDI	Correlation Coefficient							1,000
	Sig. (2-tailed)							.

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Příl. č. 8 Populační norma položky kvality života dotazníku WHOQOL – BREF

Položka						
Q1	kvalita života	310	3,82	0,72	1,00	5,00

Poznámka: Rozpětí škály u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1-5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života

Příl. č. 9 Srovnání položek pohlaví, rodinný stav, vzdělání, délka onemocnění a věk s celkovou kvalitou života u souboru pacientů s psoriázou

CKŽ	n (%)	Velmi špatná (%)	Špatná (%)	Ani špatná ani dobrá (%)	Dobrá (%)	Velmi dobrá (%)
Pohlaví	50 (100)	0 (0)	7 (14)	19 (38)	18 (36)	6 (12)
muži	28 (100)	0 (0)	3 (11)	15 (54)	6 (21)	4 (14)
ženy	22 (100)	0 (0)	4 (18)	4 (18)	12 (55)	2 (9)
Rodinný stav						
žije sám	11 (100)	0 (0)	1 (9)	5 (45)	4 (37)	1 (9)
žije s partnerem	32 (100)	0 (0)	5 (16)	12 (38)	10 (30)	5 (16)
žije s rodiči	7 (100)	0 (0)	1 (14)	2 (28)	4 (58)	0 (0)
Vzdělání						
základní	4 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (50)	2 (50)	0 (0)
vyučen/a	16 (100)	0 (0)	4 (25)	6 (38)	5 (31)	1 (7)
středoškolské s maturitou	21 (100)	0 (0)	2 (9)	8 (36)	9 (46)	2 (9)
vysokoškolské	9 (100)	0 (0)	1 (11)	3 (33)	2 (23)	3 (33)
Délka onemocnění (roky)						
<10	17 (100)	0 (0)	3 (18)	4 (24)	8 (47)	2 (11)
10 - 19	7 (100)	0 (0)	0 (0)	5 (71)	2 (29)	0 (0)
20 - 29	12 (100)	0 (0)	0 (0)	6 (50)	4 (33)	2 (12)
>30	14 (100)	0 (0)	4 (29)	4 (29)	4 (29)	2 (13)
Věk (roky)						
<25	7 (100)	0 (0)	1 (14)	2 (28)	4 (58)	0 (0)
26 - 39	15 (100)	0 (0)	1 (6)	9 (60)	2 (14)	3 (20)
40 - 59	18 (100)	0 (0)	2 (11)	6 (33)	8 (45)	2 (11)
>60	10 (100)	0 (0)	3 (30)	2 (20)	4 (40)	1 (10)

CKŽ = celková kvalita života
n = počet respondentů

Příl. č. 10 Srovnání položek pohlaví, rodinný stav, vzdělání, délka onemocnění a věk s mírou deprese u souboru pacientů s psoriázou

Míra deprese (BDI – II)	n (%)	Minimální projevy deprese (<13 bodů) (%)	Mírné projevy deprese (14 - 19 bodů) (%)	Střední projevy deprese (20 - 28 bodů) (%)	Těžké projevy deprese (29 - 63 bodů) (%)
Pohlaví	50 (100)	28 (56)	11 (22)	7 (14)	4 (8)
muži	28 (100)	16 (57)	8 (29)	3 (11)	1 (3)
ženy	22 (100)	12 (54)	3 (14)	4 (18)	3 (14)
Rodinný stav					
žije sám	11 (100)	5 (44)	4 (34)	1 (11)	1 (11)
žije s partnerem	32 (100)	19 (59)	6 (19)	4 (13)	3 (9)
žije s rodiči	7 (100)	4 (57)	1 (14)	2 (29)	0 (0)
Vzdělání					
základní	4 (100)	2 (50)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
vyučen/a	16 (100)	8 (50)	4 (24)	2 (13)	2 (13)
středoškolské s maturitou	21 (100)	11 (52)	5 (24)	4 (19)	1 (5)
vysokoškolské	9 (100)	7 (78)	0 (0)	1 (11)	1 (11)
Délka onemocnění (roky)					
<10	17 (100)	11 (64)	4 (24)	1 (6)	1 (6)
10 - 19	7 (100)	4 (57)	3 (43)	0 (0)	0 (0)
20 - 29	12 (100)	7 (58)	2 (17)	3 (25)	0 (0)
>30	14 (100)	6 (44)	2 (14)	3 (21)	3 (21)
Věk (roky)					
<25	8 (100)	4 (50)	2 (25)	2 (25)	0 (0)
26 - 39	14 (100)	9 (64)	3 (21)	2 (15)	0 (0)
40 - 59	18 (100)	11 (60)	4 (22)	1 (6)	2 (12)
>60	10 (100)	4 (40)	2 (20)	2 (20)	2 (20)

n = počet respondentů