

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Klára Vaculíková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Kvalita života dětí a dospívajících s atopickým ekzémem

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 20. 4. 2016

-----  
podpis

Ráda bych poděkovala PaedDr. Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za ochotu, vstřícnost a cenné rady. Dále děkuji celému kolektivu kožních ambulancí v Bystřici pod Hostýnem, Holešově a Kroměříži, za umožnění zpracování výzkumné části diplomové práce. Mé díky patří i celé mé rodině, která mě podporovala, jak při zpracování mé diplomové práce, tak i po celou dobu studia.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1 CÍLE PRÁCE</b> .....	7
<b>2 TEORETICKÉ POZNATKY</b> .....	9
<b>2.1 Kůže</b> .....	9
2.1.1 Anatomie kůže .....	9
2.1.1.1 Pokožka .....	9
2.1.1.2 Škára.....	10
2.1.1.3 Podkožní vazivo .....	11
2.1.1.4 Kožní deriváty .....	11
2.1.1.5 Kožní žlázy .....	12
2.1.2 Fyziologie kůže .....	13
<b>2.2 Fyziologie imunitního systému</b> .....	14
2.2.1 Nespecifická imunita.....	15
2.2.2 Specifická imunita.....	16
2.2.3 Poruchy imunity .....	17
<b>2.3 Atopický ekzém</b> .....	18
2.3.1 Etiopatogeneze .....	18
2.3.2 Prevalence .....	20
2.3.3 Klinické formy .....	21
2.3.4 Diagnostika .....	22
2.3.5 Léčba .....	23
2.3.6 Lokální kortikosteroidy .....	25
2.3.6.1. Nežádoucí účinky.....	25
2.3.7 Výživa .....	28
2.3.8 Léčebná opatření .....	29
<b>2.4 Kvalita života</b> .....	31
2.4.1 Přístupy ke kvalitě života .....	32
2.4.2 Kvalita života podle WHO.....	33
2.4.3 Základní oblasti kvality života podle WHO .....	33
2.4.4 Nejnovější pojetí kvality života .....	35

2.4.5 Nástroje k měření kvality života .....	35
2.4.5.1 Dotazníky kvality života .....	37
2.4.5.2 Dotazníky kvality života WHO.....	38
2.4.5.3 Generické dotazníky v dermatologii .....	39
2.4.5.4 Specifické dotazníky v dermatologii .....	40
2.4.6 Význam hodnocení kvality života .....	40
<b>3 METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>42</b>
3.1 Metodika.....	42
3.2 Použitá výzkumná metoda .....	42
3.3 Výzkumný vzorek .....	43
3.4 Výzkumné problémy a hypotézy .....	47
3.4.1 Formulace výzkumných problémů a hypotéz .....	47
<b>4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>49</b>
<b>5 DISKUSE .....</b>	<b>62</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>64</b>
<b>SOUHRN.....</b>	<b>67</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>76</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>77</b>

## ÚVOD

Práci na téma Kvalita života dětí a dospívajících jsem si zvolila na základě mého úzkého propojení s touto problematikou a vnitřního přesvědčení o závažnosti a rozšíření tohoto onemocnění. Problematika dermatologie mi byla vždy blízká, možná i proto, že má matka v tomto odvětví sama pracuje. V mém okolí jsem i postupem času začala nacházet čím dál více lidí, trpících nějakým ekzémem nebo přímo atopickým ekzémem. Když jsem zjistila, jaká omezení toto onemocnění obnáší, bylo téma mé diplomové práce jasnou volbou. Sama trpím ekzémem, takže z vlastní zkušenosti mohu říci, že to není jen nějaká vada na kráse, ale jsou s tím spojená různá opatření a omezení.

Atopický ekzém (atopická dermatitida) je stále více rozšířenějším dermatologickým onemocněním a v dnešní době i nejčastějším dětským onemocněním. Při volbě tématu jsem si nejprve zjišťovala, kolik jedinců takovým onemocněním ve skutečnosti trpí. V databázi jedné lékařky, u které jsem měla možnost realizovat výzkumnou část práce, je zaregistrovaných pouze za minulý rok, kolem 720 pacientů s diagnózou atopický ekzém. V Evropě tímto onemocněním trpí 15 - 20 % obyvatelstva, z velké části děti, avšak tato čísla stále stoupají. U nás v České republice, je atopikem každé 2 - 5 dítě. Prvním projevem bývá zpravidla „atopická triáda“, kde se právě řadí atopický ekzém, alergická rýma a průduškové astma. (Čapková, 2009)

Dítě s atopickou dermatitidou trpí velkými, jak fyzickými, tak i psychickými problémy. Mezi hlavní fyzické problémy řadíme svědění a bolest. Od těchto fyzických problémů se odvíjí celá řada dalších komplikací, které může dítě či dospívající ještě hůře snášet. Nebývá postižena jen samotná kůže, ale také již zmíněná psychika, ať už dítěte nebo jeho rodičů. Právě v období puberty je otázka vzhledu často nejvíce diskutovaným a opodstatněným problémem. U adolescentů se začíná objevovat pojetí o tom, jak je každý jedinec odlišný. Dobře vypadající člověk a hezká pleť, je v tomto období nezbytnou součástí každodenního života. Pokud je na kůži viditelný nevzhledný a nehezký ekzém, pak tím ohromně trpí i samotná sebedůvěra jedince. V takovém případě může docházet i k úzkostným až depresivním projevům. (Anon, 2009).

# 1 CÍLE PRÁCE

Pro teoretickou část diplomové práce jsem si zvolila celkem pět cílů. Hlavním cílem je předložit poznatky o atopickém ekzému. Z tohoto hlavního cíle jsem si vyvodila celkem čtyři dílčí cíle, které úzce souvisí s onemocněním zvané atopický ekzém. Jako první jsem si zvolila dílčí cíl předložit poznatky o anatomii a fyziologii kůže. Anatomie a fyziologie kůže je základem pro orientaci v této problematice. Druhým dílčím cílem bylo předložit poznatky o imunitním systému, který s tímto onemocněním velice úzce souvisí. Tento cíl předpokládá pochopení vzniku atopického ekzému. Třetím dílčím cílem je předložit poznatky o životě dětí a dospívajících s atopickým ekzémem. Tento cíl je spjat s životním stylem atopiků. Posledním dílčím cílem je předložit poznatky o kvalitě života.

**Hlavní cíl: Předložit poznatky o atopickém ekzému.**

## **Dílčí cíle:**

- 1) Předložit poznatky o anatomii a fyziologii kůže.
- 2) Předložit poznatky o imunitním systému.
- 3) Předložit poznatky o životě dětí a dospívajících s atopickým ekzémem
- 4) Předložit poznatky o kvalitě života.

V druhé části diplomové práce, tedy v metodické části práce, jsem si stanovila výzkumné problémy, ze kterých vycházejí stanovené věcné hypotézy.

**VP<sub>1</sub>:** Jsou se svým zdravím více spokojeni s diagnózou atopický ekzém chlapani nebo dívky?

**H<sub>1</sub>:** Dívky s diagnózou atopický ekzém jsou se svým zdravím méně spokojeny než chlapani.

**VP<sub>2</sub>:** Jak bezpečně se cítí respondenti s diagnózou atopický ekzém ve svém životě?

**H<sub>2</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící ve městě se budou cítit méně bezpečně, než respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící v obcích.

**VP<sub>3</sub>:** Má vliv výskyt onemocnění atopický ekzém v rodině respondentů na jejich stravování?

**H<sub>3</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, u kterých se toto onemocnění vyskytuje v rodině, se budou více omezovat ve svém stravování, než respondenti bez výskytu tohoto onemocnění v rodině.

**VP<sub>4</sub>:** Budou rozdíly v pocíťování rozpaků spojených s onemocněním atopický ekzém různé vzhledem k věku respondentů?

**H<sub>4</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém budou častěji pocíťovat rozpaky ve věku 15 – 18 let než respondenti mladšího věku 9 – 11 let.

**VP<sub>5</sub>:** Má vliv hospitalizace na následné dodržování režimu léčby u respondentů s diagnózou atopický ekzém?

**H<sub>5</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, kteří byli kvůli svému onemocnění hospitalizováni, budou více dodržovat stanovený léčebný režim, než respondenti, kteří dosud hospitalizováni nebyli.

**VP<sub>6</sub>:** Má délka léčby atopického ekzému vliv na sportování respondentů?

**H<sub>6</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, kteří se léčí déle než 5 let, budou mít větší problémy se sportováním, než respondenti s léčbou trvající méně než 5 let.



## **2 TEORETICKÉ POZNATKY**

Teoretický rámec je rozdělen do třech částí. První část vymezuje základní poznatky spojené s anatómií a fyziologií kůže. Představuje pojetí o stavbě kůže, přídavných orgánů kožních a o samotném fungování kožního systému spolu s imunitním systémem, který v dané problematice hraje velice důležitou roli. Další část je věnována samotnému onemocnění. Zde je vymezena celá etiopatogeneze atopického ekzému od vzniku, prevalence, příčin, příznaků až k léčbě tohoto onemocnění. Poslední část je věnována kvalitě života. Je zde vymezeno základní pojetí tohoto pojmu, různé přístupy pojetí kvality života, nástroje k měření kvality života a důležitost vyhodnocování kvality života.

### **2.1 Kůže**

Kůže (cutis, derma) je významný, důležitý a složitý orgán lidského těla. Její rozloha zaujímá asi 1,6 až 1,8 m<sup>2</sup>, to je asi 5 – 9 % z celkové hmotnosti u dospělého člověka. Hmotnost kůže je tedy v průměru asi 3,0 - 4,5 kg. Existují krajní případy, ve kterých může hmotnost kůže dosahovat i 20 kg. Její tloušťka dosahuje od 0,5 - 4 mm, na všech místech ovšem není tloušťka stejná. Tenčí je například na očních víčkách a na zádech je zase tlustší. Kůže je samostatný orgán, který vytváří hranici mezi zevním a vnitřním prostředím. S vnitřními orgány je spojena prostřednictvím krevních a lymfatických cév a nervů. Pro lepší představu je v příloze přiložen obrázek řezu kůže. (Slezáková, 2014; Čihák, 1997)

#### **2.1.1 Anatomie kůže**

Kůže se skládá ze dvou hlavních vrstev, z pokožky a škáry, dále z podkožního vaziva. Ke kůži patří i přídavné orgány kožní, neboli kožní adnexa. (Čihák, 1997)

##### **2.1.1.1 Pokožka**

Pokožka (epidermis) je povrchová vrstva kůže tvořena vrstevnatým dlaždicovým epitelem, který je na povrchu zrohovatělý. I když nemá žádné cévy, tak je vyživována

z vlásčnic ve škáře. Její funkce spočívá v regulaci průniku vody a chemických látek ze zevního prostředí a opačně. Epidermis má celkem čtyři typy buněk, a to keratinocyty, melanocyty, Langerhansovy buňky a Merkelovy buňky. (Merkunová, 2008)

**Keratinocyty** se rozprostírají v nejhlubší vrstvě pokožky. Jsou to takové kmenové buňky, které se průběžně dělí a zrají, vznikají tak stále nové keratinocyty. Obsahují bílkovinu keratin. Na své cestě se dostávají až k povrchové vrstvě pokožky, kde odumírají a poté se odlupují ve formě šupin. (Merkunová, 2008)

**Melanocyty** obsahují kožní pigment melanin, který pohlcuje škodlivé ultrafialového záření ze slunečních paprsků. Množství melaninu se v průběhu života mění. Melanin má za následek hnědé zbarvení kůže. Intenzita zbarvení závisí na jeho množství, na tloušťce kůže a na stupni prokrvení kůže. (Merkunová, 2008)

**Langerhansovy buňky** jsou imunitními buňkami, které chrání naši kůži proti pronikajícím nežádoucím mikroorganismům, které pak následně pohlcují a zneškodňují. (Merkunová, 2008)

**Merkelovy buňky** jsou smyslové buňky, jejichž funkcí je vnímání dotykového čítí zejména na bříškách prstů, na rtech a na zevních pohlavních orgánech. (Merkunová, 2008)

### 2.1.1.2 Škára

Škáru (corium, dermis) tvoří kolagenní a elastická vlákna. Nachází se zde vývody potních a mazových žláz, nervová zakončení a smyslová tělíška pro teplo, chlad, dotyk aj. Škára je vyživována cévními a mízními pleteněmi. Je tvořena povrchovou a hlubší vrstvou. (Slezáková, 2014)

**Povrchovou vrstvu** tvoří síť jemných elastických vláken spolu s vazivovými buňkami. K pokožce směřuje řadou bradavčitých výběžků (papil), které obsahují klíčky krevních vlásčnic a receptory kožního čítí. Papily mají charakteristické uspořádání valů a rýh, které jsou u každého jedince odlišné. Odlišnost zastává jedinečná genetika. Uspořádání je dobře patrné na bříškách prstů a slouží k identifikaci osob, která se odborně nazývá daktyloskopie. Základy položil Jan Evangelista Purkyně. Elastická vlákna mají uspořádání ve směru mechanického zatížení kůže, zajišťují protažitelnost a pružnost kůže. (Slezáková, 2014, Merkunová, 2008)

**Hlubší vrstva** je na některých místech dobře fixovaná k podkoží, na jiných místech zase volná, jako třeba na krku. Je tvořena sítí kolagenních vláken, kde jsou

uloženy vlasové misky a přidružené mazové a potní žlázy. Celá vrstva je protkaná cévami a nervy. Kolagenní vlákna mají za úkol udržovat pevnost kůže. (Slezáková, 2014, Merkunová, 2008)

### **2.1.1.3 Podkožní vazivo**

Podkožní vazivo (subcutis, tela subcutanea) je tvořeno tukovou tkání. Probíhají zde bohaté cévní a mízní pleteně, především v okolí potních a mazových žláz. (Slezáková, 2014)

### **2.1.1.4 Kožní deriváty**

Kožní deriváty (adnexa) vznikají z epitelu pokožky. Patří zde zrohovatělé útvary, jako jsou vlasy, chlupy a nehty. Ke kožním derivátům řadíme i kožní žlázy. (Rokyta, 2000)

**Vlasy a chlupy** vyrůstají z vlasové cibulky, z níž dále rostou vlasovou pochvou směrem ven. V silnějším vlasu nebo chlupu rozdělujeme korovou vrstvu, která je tvořena z protáhlých buněk obsahujících pigment a vrstvu dřevnou, kde je pigmentu méně. Mazové žlázy ústí do vlasových pochev a zároveň vylučují sekret, který obsahuje velké množství cholesterolu. Díky mazu je vlas pružný a chrání kůži před vysycháním, před účinky vody a potu. Vlas se skládá ze tří vrstev. První zevní vrstva je tzv. vlasová pokožka (cuticula), která je šupinatá a obsahuje velké množství keratinu. Další vrstva, střední kůra (cortex), obsahuje zase nejvíce pigmentu. Poslední vrstvou je vnitřní dřev (medulla), která u tenčích vlasů úplně schází. Barva vlasů také závisí na množství a typu produkovaného pigmentu melaninu. Pokud je jeho tvorba snížena, dochází tak k hromadění vzduchových bublin mezi buňkami vlasového kmene, následkem je pak šedivění vlasů. (Rokyta, 2000; Merkunová, 2008)

Během ontogenetického vývoje se mění jednotlivé typy ochlupení. Rozeznáváme ochlupení primární, sekundární a terciární. Mezi primární ochlupení patří lanugo, které se vytváří během nitroděložního vývoje mezi 4. – 6. měsícem. Je jemné a bezbarvé. V 8. fetálním měsíci pokrývá celý plod, kromě dlaní, chodidel, očních víček, rtů apod. Před porodem většinou odpadá a zůstávají pouze vlasy, obočí a řasy. Další, tedy sekundární ochlupení, se zcela vyvíjí již v postnatálním období, tedy po porodu. Existuje více druhů tohoto ochlupení – chloupky, vlasy, řasy a obočí.

Posledním, terciárním ochlupením, rozumíme silnější, delší a tmavší chloupky. K jeho růstu dochází v období puberty a souvisí s činností žláz s vnitřní sekrecí. K typickému lokálnímu terciárnímu ochlupení patří chlupy v podpaží (hirci), chlupy v krajině stydké (pubes seu crines), vous (barba), silné chlupy u vchodu do zevního zvukovodu (tragi), chlupy v předsíni nosní (vibrissae) a sinusové chlupy, které se nacházejí na typických místech jako je hranice vnitřní a střední třetiny obočí, zadní obvod ušního boltce, aj. Tento typ chlupů vyrůstá většinou až po 40. roce života a objevuje se zpravidla u mužů. (Čihák, 1997)

**Nehty (unguis)** jsou ploténky pokrývající hřbetní část konečných článků prstů ruky a nohy, jejich morfologickým základem jsou zrohovatělé buňky pokožky. Nehty volným okrajem přerůstají přes okraj prstu. Skládají se hned z několika složek, z nichž nejnámější je tělo a kořen. Pod kořenem se nachází nehtové lůžko, ze kterého nehet vyrůstá. (Merkunová, 2008)

### 2.1.1.5 Kožní žlázy

Kožní žlázy jsou uloženy ve škáře. Rozlišujeme dvě hlavní skupiny a to **mazové a potní žlázy**. Mazové žlázy v určitých oblastech zcela chybějí (dlaně, plosky nohou), jinde jsou mimořádně velké (např. kůže tváří, krku) nebo naopak malé (např. kůže končetin). Vytváří maz (sebum), který tvoří ochrannou vrstvu na povrchu kůže, vlasech a chlupech. Má antimikrobiální účinky. Potní žlázy produkují sekret zvaný pot. Vývody potních žláz ústí přímo na povrch kůže (póry), vyskytují se po celém těle (s výjimkou okraje rtů), hlavně na čele, krku, šíji, dlaních a ploskách nohou. Denně vydávají asi 500 - 1000 ml potu. Při zvýšené tělesné teplotě nebo při fyzické aktivitě tvorba potu stoupá až na 10 l i více za 24 hodin. Pot se skládá z vody, chloridu sodného, malého množství dusíkatých látek - močovina, kreatinin, kyselina močová, aminokyseliny a mastné kyseliny. Některé léky se také vylučují potem. Pachové žlázy (apokrinní) vylučují aromatické látky. Nacházejí se hojně v podpaží, ohanbí, v kůži zevních pohlavních orgánů, v okolí konečníku, v okolí prsní bradavky, v kůži pokryté vousy. Jejich sekrece začíná v období puberty, spouštěčem je emoční stres a sexuální vzrušení. (Dylevský, 2009)

Ke kožním žlázám patří o **mléčná žláza**. Je to největší kožní žláza v lidském organismu. Tato žláza se zakládá již v prenatálním období u obou pohlaví stejně,

ale u žen dochází v období puberty k jejímu dalšímu růstu. U ženy se tedy vyklenuje pod kůží přední stěny hrudníku a tvoří podklad pro ženský prs (mamma feminina). Mezi funkce mléčné žlázy patří tvorba mleziva v době těhotenství a následně tvorba mateřského mléka v období 2 – 3 dny po porodu. (Čech, 2006)

## 2.1.2 Fyziologie kůže

Kůže představuje ochranu před fyzikálními, chemickými a mikrobiologickými vlivy z našeho okolí. Mezi funkce kůže patří obranná funkce kůže, udržování stálé tělesné teploty, metabolická a skladovací funkce, vylučovací funkce, resorpční funkce a v neposlední řadě má kůže také funkci imunitní. (Čihák, 1997, Rokyta 2000)

Kůže zabraňuje pronikání škodlivých látek do vnitřního prostředí organismu. K tomu slouží několik důležitých fyzikálních vlastností kůže jako je pevnost, pružnost a tažnost. K ochraně před působením ultrafialového záření, je uložen v povrchové vrstvě kůže pigment. Ten je zvláště důležitý v době poklesu ochranné ozónové vrstvy, která zabraňuje průniku ultrafialových paprsků atmosférou. Při nadměrném množství ultrafialového záření může docházet k poruchám kožního pigmentu a ke vzniku dalších patologických změn, k rakovině kůže. Ochranná funkce kůže se uplatňuje již v ontogenezi. Celý povrch plodu je pokryt mázkem (vernix caseosa), který chrání kůži plodu před negativním působením plodové vody a proti infekci. Při porodu chrání plod před mechanickým poškozením. Při první koupeli, dvě hodiny po porodu, je mázek šetrně setřen a umyt. Je to šedobílá mazlavá hmota, která obsahuje oloupané zrohovatělé epitelové buňky povrchu kůže a velké množství tuku. (Rokyta, 2000; Nováková, 2011)

Kůže se podílí na regulaci příjmu i výdeje tepla. Před většími tepelnými ztrátami je kůže chráněna tím, že je špatně tepelně vodivá. Hlavní podíl na termoregulaci mají kožní vlasečnice. V teple dochází k rozšíření (vasodilataci) vlasečnic, takže se teplo z organismu uvolňuje, v zimě nastává naopak zúžení (vasokonstrikce) vlasečnic. (Rokyta, 2000; Záhejský, 2006)

V kůži nalézáme velké množství tuku, které nám v organismu slouží jako energetická zásobárna. Rozlišujeme dva hlavní druhy tuku, bílý a žlutý. Třetí typ, hnědý tuk, který se vyskytuje většinou vzácně, má velkou roli při ontogenetickém vývoji jako tzv. netřesová termogeneze. Netřesová termogeneze se uplatňuje do 6. měsíce života. Hnědý tuk je hojně uložen v oblasti mezi lopatkami, v oblasti krku

a v oblasti hlavy. V kůži jsou také obsaženy vitamíny rozpustné v tucích (vitamíny A, D, E, K), ze kterých je nejvýznamnější vitamín D. Ten se vytváří působením ultrafialového záření. (Rokyta, 2000; Dylevský, 2011)

Na vylučovací funkci kůže se podílí zejména potní a mazové žlázy. Pot se vytváří neustále, kůži se vypařuje určité malé množství vody za normálních okolností, nejen při zvýšené teplotě nebo při fyzické námaze. Toto pocení nazýváme neznatelné pocení (*perspiratio insensibilis*). Pokud dochází k nadměrným ztrátám vody (perfúzní pocení), může se ztrácet až 10 - 15 litrů vody. Potní žlázy jsou významné i jako ochranná funkce kůže, díky kyselému prostředí zamezují růstu nežádoucích mikroorganismů. Potní žlázy začínají být aktivní třetí až čtvrtý den po porodu, ale kyselou reakci dostávají zhruba až za měsíc po porodu. (Rokyta, 2000)

Kůže je nepropustná pro vodu a všechny látky rozpustné ve vodě. Tento fakt je důležitý z hlediska zdravotnictví, kdy všechny látky, které je potřeba aplikovat kůží, musejí být tedy rozpustné v tucích. Látky se rozpouští v tukových rozpouštědlech, které naruší maz a jeho ochrannou funkci. Do organismu může infekce snadno vniknout právě poraněním kůže, kdy nastává narušení stálého vnitřního prostředí. (Rokyta, 2000)

## 2.2 Fyziologie imunitního systému

Imunitní systém má za úkol udržovat integritu a homeostázu organismu. Spouští se při zátěžových situacích, jako například při infekci nebo při nějakém onemocnění. Důležitou roli zastává imunitní systém i při stárnutí. Hlavní vlastností, kterou má imunitní systém, je rozpoznání vlastních a cizích látek. Rozpoznání cizích látek, nebo molekul, se nazývá rozpoznání antigen látek. Aby mohl náš imunitní systém rozpoznat antigen, jsou důležité dvě podmínky. Molekula antigenu musí být dostatečně velká, neboť při malé molekule dojde k rozpoznání až po navázání na nějaký proteinový nosič. Taková malá molekula se nazývá haptén. Druhou podmínkou je, že se musí lišit chemickým nebo jiným uspořádáním od molekul v organismu. Při splnění těchto podmínek se stává látka antigenem. Antigen má tedy schopnost vytvářet nebo vyvolat tvorbu protilátek. Většinou to bývají právě proteiny, ale nejsou vyloučeny ani glycidy a glykoproteiny. Náš organismus se proti antigenu dokáže bránit nejrůznějšími cestami. Antigen je tedy jakákoliv cizorodá molekula, která vyvolává imunitní odpověď. (Rokyta, 2000)

## 2.2.1 Nespecifická imunita

Nespecifická imunita je imunitou vrozenou, kterou získává náš organismus automaticky. Prostředky nespecifické imunity slouží k ochraně organismu před jeho napadením nějakým cizorodým mikroorganismem. Tento mikroorganismus se chce dostat do krve, nebo je tam poprvé. Na tento antigen ještě neexistují žádné paměťové buňky, doposud tedy nebyl v organismu zaznamenán. Nespecifická imunita je složena z několika mechanismů. K těmto mechanismům patří kožní a slizniční bariéry, fagocytóza, komplement, NK buňky, interferon a zánět. Kůže mechanicky zabraňuje prostupu cizorodých látek do organismu. Pot obsahuje mastné kyseliny a laktát, které ničí svým nízkým pH některé bakterie. (Rokyta, 2000)

**Fagocytóza** znamená pohlcování cizorodých látek. Toto pohlcování je uskutečněno pomocí mikrofág a makrofág. Mikrofágy jsou buňky schopné fagocytózy, které vznikají z neutrofilních granulocytů. Zbavují krev bakterií a virů, pokud se tam vyskytnou. Dokážou se prolnout nad zánětem cévní stěnou a svým pohybem pronikají tkání ve směru zánětu. Tento pohyb za určitým chemicky definovaným cílem je nazýván chemotaxe. Mikrofágy se pohybují poměrně čile a antigen mohou rozeznat nespecificky i specificky. Mohou tedy spolupracovat i se specifickou imunitou. Makrofágy vznikají z monocytů. Vystupují z krve do tkání a přeměňují se na buňky zralé a schopné funkce v imunitních dějích. Monocyty jsou v krvi nezralými buňkami, které mají jen omezenou schopnost bojovat s infekčními agens. Jakmile se dostanou do tkáně, dokážou zvětšit svůj objem a v jejich cytoplazmě vznikne velké množství lysozomů. Stávají se tak makrofágy, aktivními imunitními buňkami. Fagocytóza má několik fází. První z nich je migrace, kdy se fág pohybuje směrem k cizorodému materiálu. Druhou fází je adheze, kdy cytoplazmatická membrána fága přilne k cizorodému materiálu. Dochází k ingesci, tedy pohlcení. Poslední fází je degradace, zničení nebo usmrcení pohlcené tkáně. Po pohlcení bakterií jsou mikrofágy i makrofágy schopné usmrcení. (Rokyta, 2000)

**Komplement** je komplex 20 bílkovin rozprostřených v plazmě. Při zánětu dochází k jejich aktivaci. Aktivace probíhá klasickou nebo alternativní cestou. (Rokyta, 2000)

**NK buňky** (natural killer cells), česky nazývané přirození zabíječi. Jedná se o samostatnou skupinu buněk. Tato skupina má schopnost zničit antigenně odlišné buňky, bez předchozího setkání s antigenem. Hlavní funkce těchto buněk je ochrana

před klonováním vlastních buněk, ke které může docházet při rakovinném bujení. (Rokyta, 2000)

**Interferon** je látka, vzniklá v buňce jako reakce na napadení. Může vzniknout přímo v napadené buňce nebo v aktivovaných buňkách retikuloendotelového systému. Interferon se váže na napadené buňky a dochází ke stimulaci vzniku proteinů. Proteiny nedovolí replikaci virové RNA. (Rokyta, 2000)

**Zánět** vzniká jako obranná reakce po vniknutí cizorodé látky do organismu. Zánět je systémová reakce, na které se účastní různé buňky (makrofágy, mikrofaýy) a mediátory zánětu (histamin, serotonin, bradykinin). Jeho průběh je zcela variabilní. První linií obrany jsou makrofágy, které se vyplavují díky vytvoření substance po nějakém poškození tkáně. Do tkání se dostává fibrinogen a další bílkoviny krevní plazmy, které se ve tkáni vysrážejí a vytvoří tak val proti šíření zánětu. Dále se zapojují neutrofilý. Aktivované makrofágy uvolňují důležité mediátory např. TNF, IL1 aj. (Rokyta, 2000)

## 2.2.2 Specifická imunita

Specifická imunita se získává během života při neustálém setkávání s antigeny. Pokud se antigen dostane do organismu, tak je v organismu zaznamenaná jeho paměťová stopa. Při dalším vniknutí dokáže organismus tento antigen rozpoznat a bránit se proti němu. Specifická imunita je zapříčiněna pomocí lymfocytů. Ty jsou uloženy hlavně v lymfatických uzlinách nebo ve specializovaných tkáních, jako je slezina a kostní dřeň. Získanou imunitu můžeme rozdělit na dvě části a to na imunitu humorální a buněčnou. (Rokyta, 2000)

Humorální imunita je zabezpečována pomocí protilátek vytvářených v B lymfocytech. B lymfocyty vznikají v kostní dřeni. Jejich název je odvozen od bursy Fabricii, která se vyskytuje u ptáků. U člověka takový orgán objeven nebyl, jsou známy pouze předpoklady, že B lymfocyty dozrávají v lymfatických tkáních stěny střev, v Peyerových placích nebo ve slepém střevě. B lymfocyt se transformuje na plazmocyt, který je imunokompetentní vytvářet protilátky. Protilátky jsou bílkoviny typu imunoglobulinů a působí dvěma mechanismy. Přímým účinkem na infekční agens nebo aktivací komplementu. Existují různé typy protilátek. Hladina protilátek typu G, imunoglobuliny G (IgG), se po vzniku zánětu začíná zvyšovat. Tyto protilátky pronikají placentou z matky do plodu a také se vyskytují v mateřském mléce. IgM jsou přirozené



protilátky proti mnoha mikroorganismům. Jsou také prvními protilátkami u samotných novorozenců. IgA se nachází ve slinách, slzách a na sliznicích. IgD se vyskytuje v malém množství a o jejich antigenní aktivitě se zná docela málo. IgE se nachází ve velkém množství u alergiků. (Rokyta, 2000)

Buněčná imunita je zabezpečována pomocí T lymfocytů. T lymfocyty jsou na povrchu opatřeny charakteristickými znaky. Jejich hlavní funkce spočívá ve zničení napadených buněk, buďto virem nebo buňkami rakovinnými. Uplatňují se i při odhojování transplantátů. Dalším vyzríváním cytotoxických buněk vznikají paměťové buňky (memory cells). Pomocné buňky (helper cells) stimulují množení cytotoxických i supresorických buněk, stimulují diferenciaci a vyzrívání B lymfocytů, aktivují makrofágy a zpětnou vazbou ovlivňují svoji vlastní činnost. Hlavní funkcí supresorických buněk je ukončit imunitní reakce po eliminaci patogenu. Supresorické buňky také tlumí aktivitu T i B lymfocytů, aby se nepoškodila vlastní tkáň. (Rokyta, 2000)

### **2.2.3 Poruchy imunity**

K poruchám imunity dochází při alergii. Alergie je přehnaná reakce organismu na obvyklé situace. Alergická reakce se objevuje jako kožní erupce po některých opakovaně používaných chemikáliích nebo kosmetických přípravcích. Je způsobena T lymfocyty. Alergie má genetický základ, charakterizovaný přítomností velkého množství imunoglobulinu E v krvi. K různému typu alergických reakcí dochází podle toho, která tkáň je poškozena. Může to být anafylaxe, kopřivka, senná rýma nebo astma. (Rokyta, 2000)

Autoimunitní onemocnění jsou taková onemocnění, při kterých dochází k poškození vlastních tkání. Imunitní systém nedokáže rozeznat vlastní buňky. Vznik těchto onemocnění je zapříčiněn genetickou predispozicí, interakcí s chemickými, fyzikálními nebo biologickými jevy, které spouštějí imunitní odpověď i na vlastní antigeny. Mezi autoimunitní onemocnění patří například imunokomplexová glomerulonefritida, inzulindependentní diabetes mellitus, myasthenia gravis, revmatická horečka nebo systémový lupus. (Rokyta, 2000)

## 2.3 Atopický ekzém

Atopický ekzém bývá označován také jinými názvy, často se používá název atopická dermatitida, dále konstituční ekzém, dětský ekzém, prurigo Besnier, flexurální ekzém nebo disseminovaná neurodermitida. V mezinárodním měřítku se nejčastěji používá název atopická dermatitida. (Bystroň, 1997)

Pojem atopický pochází od řeckého slova atopos - zvláštní nebo také cizí. Atopický ekzém odborně atopická dermatitida je multifaktoriální neinfekční zánětlivé onemocnění kůže chronicky recidivujícího charakteru. Je to velmi častá choroba, jehož výskyt stále stoupá. (Kobsa, Benáková, Selerová, 2012)

### 2.3.1 Etiopatogeneze

Kůže představuje nejen fyzikální a chemickou bariéru, ale také bariéru imunologickou, kůže hraje značnou roli v imunitní obraně. Etiopatogeneze atopického ekzému není zcela dokonalá. Díky genetice a imunologii dochází ke zdokonalování a upřesňování informací o této nemoci. (Kobsa, Benáková, Selerová, 2012; Gutová, 2010)

Kůže má pro nás význam jako fyzikální, chemická a imunologická bariéra vůči mikrobům, alergenům a dalším podnětům z okolního prostředí. Důležitou podmínkou pro její fungování je dostatečný obsah vody. Úniku vody brání hydrolipoidní film na povrchu kůže, její anatomická struktura a tukové buňky. Poškození těchto ochranných složek vede ke ztrátě vody se strukturálními i funkčními následky. Takto se projevuje právě atopická dermatitida, u které se uplatňují ještě další poruchy kožní bariéry jako například mutace genu pro filagrin nebo snížení inhibitoru serinových proteáz. Kůže je suchá, dráždivá a špatně nebo hůře se hojí. Dochází k aktivaci nespecifické imunity, na kterou navazuje aktivace imunity specifické. K poruchám imunity se dále přidávají i porucha T lymfocytů. Důsledkem všech těchto poškození jsou poruchy v začátku a ukončení zánětu. Kůže atopiků je abnormálně mikrobiálně osídlena a má zvýšený sklon ke kožním (dermálním) infekcím. Velká role se zde uplatňuje i v dysbalanci autonomního nervového systému a v tvorbě neuromediátorů ze zánětlivých buněk (eosinofily). (Benáková, 2013; Bystroň, 1997)

Atopický ekzém je onemocnění, kde genetická dispozice vede k poruše funkce kožní bariéry a k neuroimunologické dysbalanci. Následkem je nadměrná reaktivita

kůže a různá fenotypická manifestace. Projevy atopické dermatitidy i její průběh bývají velice pestré, proměnlivé a navzájem se od sebe individuálně liší. Rozdíly jsou ve vzhledu, lokalizaci, stádiu i věku. Společnými projevy pro všechny formy, které budou dále rozebrány, je ekzém, svědění (pruritus), suchost (xeróza) a chronický průběh. Současně s atopickou dermatitidou se často vyskytuje alergická rýma a průduškové astma. V anglosaské odborné literatuře je vývoj dalších projevů nazýván jako atopický pochod (atopic march). (Benáková, 2013; Bystroň, 1997; Barnes, 2009)

Na jeho počátku je dítě s ekzémem bez senzibilizace, ale kvůli porušené bariéře dochází k průniku haptenuů do kůže. Tudíž v dalším průběhu dochází k senzibilizaci na alergeny z potravin a ze zevního prostředí. Do tří let věku se u 28 % dětí s atopickým ekzémem objeví senzibilizace na vzdušné alergeny, do puberty pak u 60 – 80 %. Časná diagnostika a dostatečně účinná léčba atopické dermatitidy je zásadní zábranou tohoto vývoje. Na základě studií, které byly prováděny, bylo zjištěno, že soužití se psy má významný vliv na snížení výskytu atopické dermatitidy, zvláště v časném dětství. Evropská společnost dětské gastroenterologie a hematologie hodnotila užívání probiotik. Nebyl žádný rozdíl ve výskytu atopického ekzému u dětí s probiotiky a bez probiotik. Potravinová alergie je častější u dětí než u dospělých pacientů s tímto onemocněním, ale u dětí bývá spíše přechodná. Pouze 30 % atopiků trpí intrinsickou formou atopické dermatitidy, tedy bez alergie. (Pánková, 2015; Benáková, 2013; Barnes, 2009)

U dětí s těžšími formami atopické dermatitidy byla objevena autoreaktivita imunoglobulinu E (IgE) protilátek. Imunoglobuliny reagovaly s antigeny vlastními tělu. Jedním antigenem tělu vlastním je enzym, který se nachází v lidském organismu, je indukován stresem a je velmi podobný stejnému enzymu, který se objevuje v kvasinkách *Malassezia*. Specifické IgE protilátky proti němu byly u některých atopiků nalezeny. Děti a atopická dermatitida spolu velice úzce souvisí. Děti, které jsou zároveň atopiky, jsou z 60 % i alergici. Alergeny se s věkem mění. V kojeneckém a batolecím věku se nejčastěji setkáváme s alergeny potravinovými (bílkovina kravského mléka a bílkovina vaječného bílku). Dále se přidávají ovoce, zelenina, ořechy, arašídy, sója a pšeničná mouka. Postupně se do popředí dostávají i vzdušné alergeny, jako je srst zvířat, alergeny roztočů a pylové alergeny. (Gutová, 2010; Buchvald, 2014)

Dle provedené studie se ukázalo, že obezita má několik účinků na imunitní systém. Avšak není znám přímý důkaz přidružení mezi obezitou a atopickou

dermatitidou. U již diagnostikované obezity u dítěte znamená intervence hubnutí velice důležitou strategii v léčbě atopického ekzému.(Pyun, 2015)

### 2.3.2 Prevalence

Atopický ekzém u dětí stále narůstá a podle epidemiologických prognóz bude narůstat i v dospělém věku včetně seniorů, což bylo doposud zcela výjimečné. V dospělém věku probíhá onemocnění obvykle závažněji, a to intenzitou, rozsahem i průběhem. Až 80 % ekzematiků se do puberty uchýlí především na vzdušné alergeny a u řady z nich dochází k rozvoji dalších závažných atopických chorob, jako například průduškové (bronchiální) astma. Tento proces je v odborné literatuře nazýván jako atopický pochod (atopic march). (Kobsa, Benáková, Selerová, 2012)

Objevuje se obvykle před druhým rokem života, ale může začít již kolem 3. Měsíce života i dříve, už v prvních týdnech po porodu. Prvotně se většinou objevuje na obličeji a poté se šíří dále do okolí. (Jiráková, Bernardová, Hercogová, 2011; Polášková, 2011)

Atopický ekzém je jednou z nejčastějších kožních chorob s výskytem až kolem 20 % u dětí a 1 – 3 % u dospělých. V České republice je výskyt přibližně 5 – 10 %. (Růžičková Jarešová, 2012)

Závažnost onemocnění je dána nejen rozsahem projevů, frekvencí exacerbací, komplikacemi, ale hlavně značným vlivem na kvalitu života jak samotného pacienta, tak i jeho rodiny. Je i velkým problémem sociálním a ekonomickým s dopadem na kvalitu života postižených pacientů a zvyšujícími se náklady na zdravotní péči. (Gutová, 2010)

Velmi časté zhoršení nebo nové vzplanutí nemoci či kontinuální průběh bez remisí, postižení partií omezujících práceschopnost a soběstačnost, či psychosociálně znevýhodňující, časté kožní infekce s případnou diseminací a příslušnými riziky, svědění vedoucí k výrazným poruchám spánku s následnou sníženou výkonností a dalšími sociálními a psychosomatickými důsledky, a také často nedostatečná odpověď na léčbu – všechny tyto skutečnosti ústí ve značné snížení kvality života postiženého jedince. Situace se stává ještě více složitou při postižení dítěte. Nemocné dítě v rodině znamená v podstatě nemocnou rodinu. (Jiráková, Bernardová, Hercogová, 2011)

### 2.3.3 Klinické formy

Jelikož jsou projevy atopické dermatity velice pestré a odlišné, existují i tři hlavní formy. První z nich je **Kojenecký ekzém**. Děti bývají postiženy tímto onemocněním ve 2. až 6. měsíci života. Může postihnout i novorozence. Hlavním a zpravidla prvotním projevem je suchost kůže. U kojenců není snadné určit jeden z příznaků a to je svědění (pruritus), jelikož ještě není vyvinut reflex škrábání. Ten se většinou vyvíjí až kolem 3. měsíce, ale může se objevit i dříve. Nejprve bývají postiženy tváře a kštice, pak následuje krk, trup a extensory končetin. Kůže nejprve zčervená, poté se objeví pupínky a puchýřky, které se rozruší a tak vzniká mokvající plocha. Po zaschnutí mokvání se tvoří stroupky a šupinky. Atopická dermatitida úporně svědí a vede děti ke škrábání, které jsou neklidné, mrzuté a špatně spí. Je zajímavé, že v oblasti pod plenami většinou ekzém nebývá. Diferenciální diagnóza zahrnuje i Nethertonův syndrom (erythroderma ichthyosiforme congenitum), což je autozomálně-recesivně dědičná porucha. Projevuje se difúzním zánětem celého těla (erythrodermií), chorobnou šupinatostí kůže (ichtyózou), poškození vlasů i ochlupení (trichorrhexis invaginata – bambusové vlasy) a potravinovou alergií. K potvrzení diagnózy se používá imunohistochemické vyšetření – SPINK5 (důležitý inhibitor proteáz v epidermis). Onemocnění, které se nazývá seborrhoická dermatitida není snadné odlišit v kojeneckém věku od atopické dermatitidy. Onemocnění se vyskytuje na hlavě i v obličeji, později může v atopickou dermatitidu, skutečně přestoupit. (Pánková, 2014; Bystroň, 1997)

**Dětský ekzém** postihuje děti ve věku 2 – 12 let. V tomto období už je ekzém více lokalizován, změny mají sklon ke zhrubění kůže (lichenifikaci). Přednostně se nacházejí na flexorových částech končetin – kolenní nebo loketní ohyby, dále na zápěstí, na kotníku, na krku, kolem očí a úst. Proto bývá atopický ekzém také označován jako ekzém flexurální. Méně často mokvají, ale inverzní projevy jsou vzácnější a mají horší prognózu. Značným klinickým příznakem je zvětšení mízních uzlin, časté jsou pozánětlivé hyperpigmentace a hypopigmentace, které se po zklidnění ekzému ztrácejí. Mohou vzniknout jizvy, ale jen po těžké sekundární infekci. Typický je sezónní výskyt, tedy zhoršování v období jara a podzimu. Komplikace atopické dermatitidy jsou nejčastěji virového nebo bakteriálního původu. U dětí se může objevit onemocnění zvané Eczema herpeticatum Kaposi, které se přenáší jako primoinfekce po kontaktu dítěte s osobou, která trpí oparem, zvláště pak oparem rtů (herpes labialis).

Osídlení atopické kůže zlatým stafylokokem je u atopického ekzému vysoká (93 % v postižené a 73 % v nepostižené kůži), na rozdíl od 10 % ve zdravé kůži.

**Ekzém adolescentů a dospělých** se objevuje se kolem 12- 20 roku života. Zpravidla bývá pokračováním ekzému dětského, výjimečně se objevuje až v dospělosti. Nachází se hlavně na flexorových plochách končetin, dále na obličeji, krku a trupu. Nejvíce jsou postiženy však ruce. Mezi projevy patří zarudnutí, s větším množstvím šupin a bez zánětlivého výpotku. Typická je opět suchost kůže se sklonem k lichenifikaci. Typická je bledost kůže, hlavně v obličeji a hnědavá síťovitá kresba na krku (znamení špinavého krku). (Pánková, 2014; Bystroň, 1997; Johansson, 2015)

### 2.3.4 Diagnostika

Analýza předchorobí je nedílnou součástí prvotního vyšetření. Pátrá se především po příbuzných s jakýmkoliv projevy alergie. Z osobní anamnézy je důležitá délka období výživy mateřským mlékem, reakce nebo snášenlivost při zavádění nemléčné, tuhé stravy a reakce na očkování. Z prodělaných onemocnění jsou důležité informace o častých infektech dýchacích cest. Anamnesticky ověřená přecitlivělost snižuje počet laboratorních vyšetření. Důležitá je i sociální anamnéza. Rodinné prostředí, kompletnost či nekompletnost, informace o psychice dítěte a jeho zálibách. K vyslovení diagnózy by měla být splněna čtyři základní kritéria – chronický průběh, svědění, xeróza a dermatitida, ale s definitivním závěrem vyčkat. (Kobsa, Benáková, Selerová, 2012)

Diagnostika by měla probíhat ve spolupráci pediatra nebo obvodního lékaře, dermatologa, alergologa a imunologa. Při výskytu nějakého ekzému je v první řadě návštěva pediatra (obvodního lékaře) nebo dermatologa. Dermatolog může stanovit diferenciální diagnózu, alergolog hledá atopické pozadí, senzibilizaci, rozliší IgE a non IgE ekzém. Alergolog dítě dále sleduje, pokud byla prokázána senzibilizace, protože riziko vzniku dalších alergických onemocnění je vysoké. (Benáková, 2013)

Pro diagnózu alergie jsou nejlepším a nejrychlejším postupem kožní testy (skin prick testy) u inhalačních nebo potravinových alergenů. Kožní testy mohou být kontraindikovány pro špatný stav kůže na předloktí, kde se testy provádějí nebo při akutním onemocnění. Dále se provádí vyšetření IgE protilátek. Pokud je zjištěna senzibilizace u potravinové alergie, je nutné potvrdit či vyvrátit souvislost s atopickým ekzémem dalšími testy. Testy se provádí u kojenců otevřeným způsobem

a to tak, že podezřelá potravinu je na 3 – 4 týdny vysazena z jídelníčku. Po tuto dobu je dítě sledováno a po uplynutí této doby se potravinu do jídelníčku zase nasadí. U větších dětí se používá dvojitě zaslepený test s placebem. Další možností jsou testy, které se provádí na některých pracovištích, jsou to APT testy. Alergen je aplikován na kůži zad společně v nějakém vehikulu a upevněn náplastí. Náplasti se ponechávají na zádech 48 hodin, poté jsou odstraněny a po 72 hodinách se provádí zhodnocení testů neboli odečet. Pozitivní výsledek je považován jako průkazný. (Čelakovská, 2012)

Vehikulem mohou být například masti (unguenta), oleokrémy (mastné krémy), hydrokrémy (nemastné krémy), lotiony emulzního typu, gely, alkohol-vodné roztoky, pěny (spumae, foams) a spreje (aerosoly). (Viktorinová, 2010)

### **2.3.5 Léčba**

Volba léčby má stupňovitý charakter. To znamená, že se postupuje od nejjednodušší lokální léčby, přes fototerapii až k celkové systémové léčbě, jedná se tedy o komplexní typ léčby. Záleží také na spolupráci pacienta se svým lékařem, zda dodržuje všechny zvolené léčebné postupy, tak jak má. (Benáková, 2013)

Místní léčba je nejdůležitější a základní léčba atopického ekzému. Musí být u každého pacienta individuálně zvolena. Základ této léčby spočívá v promašťování kůže, zmírnění svědění a zklidnění zánětu. Používají se topické kortikosteroidy. Zklidňují projevy ekzému, zmírňují svědění a také jsou protizánětlivé. Pro celkovou léčbu se nejčastěji používají antihistaminika. (Růžičková Jarešová, 2013; Simpson, 2014)

Základem veškeré léčby je čištění kůže, pH kůže musí být stále ve fyziologických hranicích. Následuje krátká koupel s teplotou vody od 27 do 30 °C s přidávkou olejových přípravků do vody v posledních 2 minutách koupele. Koupání by mělo být prováděno, jen když je to absolutně nezbytné. Po koupání je důležité kůži pečlivě promazat, ihned po šetrném osušení. (Gutová, 2010)

V protizánětlivé lokální léčbě se aplikují lokální kortikosteroidy a inhibitory calcineurinu na kůži. Při velmi těžkých stavech se používá léčba vlhkými zábaly s roztoky kortikoidů. Pro děti nad 2 roky je vhodné kombinovat lokální kortikoidy s inhibitory calcineurinu (Protopic). Tyto léky mají bohužel nevýhodu v oslabení antivirové imunity kůže. (Gutová, 2010)

Celkovou léčbu antihistaminiky ordinuje alergolog. Tato léčba se doporučuje i dlouhodobě. Antihistaminika I. generace s protisvědčivým a současně tlumivým účinkem lze využít hlavně ke zklidnění projevů v noci a zlepšení spánku u dětí. Antihistaminika II. a III. generace přinášejí celkový protizánětlivý efekt. Antihistaminika II. generace mohou být určitou prevencí dalšího rozvoje alergických onemocnění u atopiků, jako je například astma. Prakticky nemají žádné vedlejší účinky. (Gutová, 2010)

Antibiotika mohou být použita lokálně i celkově. Antivirotika se podávají celkově u případů herpetické superinfekce. Antimykotika se zase podávají u případů prokázané mykotické superinfekce. (Gutová, 2009)

Systémová imunosupresivní léčba spočívá v podávání kortikoidů celkově. Tuto metodu lze však použít pouze krátkodobě. U dětí a u těžkých případů je nejvhodnější použít imunosupresivní léčbu cyklosporinem nebo azathioprinem, případně metotrexatem. Tato léčba je vždy prováděna za hospitalizace nemocného, kde je také nutné hlídat jeho imunitní systém. (Gutová, 2009)

Biologická léčba neboli monoklonální léčba protilátkami cílenými proti některým konkrétním prozánětlivým cytokinům nebo receptorům na imunokompetentních buňkách či protilátkách (IgE) je prozatím ve stádiu zkoumání. (Gutová, 2009)

Mnoho rodičů postižených dětí odmítá klasickou studiem a praxí ověřenou léčbu a spíše se přiklání k léčbě alternativní. Homeopatická léčba je metoda alternativní medicíny. Používají se zředěné přírodní látky a podávaný přípravek neobsahuje prokazatelné množství této látky. V dnešní době je tato přírodní léčba velice moderní, ale je nutné, aby byli rodiče o závažnosti stavu choroby dostatečně poučeni lékařem, aby nedocházelo k zanedbání klasické léčby. Tato varianta však ekzém neléčí. Důležitá je i podpůrná léčba (psychoterapie), která zahrnuje láskyplné prostředí, protože i psychika může negativně či pozitivně ovlivňovat průběh choroby. Dalším vhodným léčebným režimem je lázeňská a klimatická léčba. Pokud jsou vhodně zvolené, dochází ke zlepšování samotné kvality života postižených atopiků. Často se používá i světloléčba (fototerapie). Ordinuje se, není-li zevní léčba zcela dostačující. Zde řadíme také pobyt u moře, v lázních nebo v horských oblastech. (Gutová, 2009)



**Tabulka 1. Léčba atopické dermatitidy podle závažnosti (Benáková, 2013)**

<b>Terapie</b>	<b>Lokální terapie</b>	<b>Fototerapie</b>	<b>Systémová terapie</b>
<b>Závažnost</b>	Mírná až středně těžká ≈ 50 % pacientů.	Středně těžká až těžká ≈ 40 % pacientů.	Velmi těžká ≈ 10 % pacientů.
<b>Léky a léčebné metody</b>	Emoliencia, antiseptika, lokální kortikoidy a imunomodulátory, ichtyol, pix.	311 nm UVB, (P)UVA, UVA/UVB Balneofototerapie, antihistaminika.	Kortikoidy, cyklosporin A, methotrexat, azathiopirin, antibiotika, antivirotika.

### **2.3.6 Lokální kortikosteroidy**

Kortikoidy jsou vlastně hormony, které se v našem organismu běžně vyskytují. Vytvářejí se v kůře nadledvin, která se nazývá cortex, odtud tedy pochází název kortikoidů. Při léčbě těmito přípravky dochází ke zkrácení doby léčby a léčba může probíhat i ambulantně, je tedy ekonomičtější. Jsou to velice účinné léky, které rychle odbourávají příznaky nemoci, pacienta ničím neomezují. V medicíně prvně znamenaly velké nadšení, později však byly prokázány vedlejší nežádoucí účinky. Nejdůležitější je správný výběr přípravku pro určitého pacienta a také výběr správné lékové formy. Lékař musí znát klasifikaci kortikosteroidů podle intenzity účinku, jejich farmakologické vlastnosti a rizika nežádoucích účinků. Nežádoucím účinkům se lze vyhnout správným a dostatečným poučením pacienta o užívání těchto léků, dodržováním kontraindikací a správným dávkováním v době léčby. (Viktorinová, 2010)

#### **2.3.6.1. Nežádoucí účinky**

Nežádoucí účinky můžeme rozdělit na místní, které vznikají v léčené lokalitě a celkové, kde se kortikosteroidy dostávají do krevního oběhu. Místní nežádoucí účinky jsou mnohem častější. Časový interval výskytu těchto nežádoucích účinků je velice variabilní. Často se vyskytují až po několikaměsíční aplikaci, ale vzácně se mohou objevit i dříve. (Viktorinová, 2010)

**Atrofogenní nežádoucí účinky** vyvolávají regresivní změny na kůži (atrofii). Vznikají především po léčbě vysoce účinnými fluorovanými kortikosteroidy III. a IV. Skupiny. K atrofii kůže dochází na místech se slabší rohovou vrstvou epidermis. Jedná se o obličej, krk, v oblast genitálu, pod kolena a v loketních ohbích. Po léčbě kortikosteroidy mohou vznikat i strie, především v době dospívání. Predilekčními místy pro vznik strií po léčbě kortikosteroidy jsou podpaží, třísla a dolní část břicha. U žen dochází po dlouhodobé aplikaci kortikosteroidů v obličejové oblasti k atrofii kůže se začervenaním, vyvolaným rozšířením cév. Mohou se vyskytnout i akneiformní vyrážky a přesuny pigmentu.

V průběhu léčby může docházet i ke vzniku **sekundární infekce**. Nejčastěji se mohou vyskytnout hnisavé kožní infekce, především stafylokokové, ale i mykotické a virové infekce. Virové infekce mohou mít za následek prodloužení léčby onemocnění. (Viktorinová, 2010)

**Oční nežádoucí účinky** jsou po aplikaci kortikosteroidů na kůži více spíše vzácné. Může však docházet ke zvýšení nitroočního tlaku po 6. Týdenní aplikaci kortikosteroidů do spojivkového vaku. Tento nežádoucí účinek je však jen přechodný a po přerušení léčby vrací opět k normálu. Nitrooční tlak se může trvale zvýšit jen po aplikaci kortikosteroidů v okolí očí, které se ve velkém množství dostanou do spojivkového vaku, až po dlouhodobé několikaleté léčbě, při aplikaci několikrát denně. (Viktorinová, 2010)

**Ke kontaktní přecitlivělosti** dochází většinou vzácně. Klinický obraz kontaktní alergie na kortikosteroidy je variabilní. Častěji se setkáváme s chronickým ekzémem rukou. (Viktorinová, 2010)

Aby nedocházelo k nežádoucím účinkům, je potřeba dodržovat tyto zásady. Nenášet kortikosteroidy na víčka, pokud tak neurčil lékař, nepoužívat je na kůži obličeje déle jak týden bez zajištěné kontroly lékařem, pokud žena otěhotní, musí ihned informovat svého lékaře, neaplikovat kortikosteroidy do vředů, používat je pouze do zklidnění příznaků, poté aplikaci postupně vynechávat. K nežádoucím účinkům dochází opravdu až po nesprávném používání. (Viktorinová, 2010)

Mezi používané formy lokálních kortikosteroidů patří roztok (solutiones), který má jednu nebo více účinných látek, které jsou rozpuštěné ve vodě nebo v oleji. Mast (unguentum) je zhotovena tak, že do masťového základu je přimíchána léčivá látka. Pasta (pastae) vzniká přidáním léčiva a tuhé látky do masťového základu. Méně lpí na kůži a chrání kůži před mokráním. Gel (želé) je čirá, průhledná, polotuhá látka

s obsahem léčiva, která po aplikaci zkapalní. Mazání (linimenta) je polotuhé konzistence. Obsahuje tuky a mastné oleje. Zásypy a pudry jsou prachového původu. Náplasti (mplastrae) jsou léčivé přípravky natřené na plátno. (Mikšová et al., 2006)

**Tabulka 2. Přehled používaných kortikosteroidů (Viktorinová, 2010)**

Slabé kortikosteroidy	Hydrocortison Léčiva (mast).
<b>Středně silné kortikosteroidy</b>	Afloderm (krém, mast), Dexamethason Léčiva (krém, mast), Locoid (krém), Locoid lotion (roztok), Locoid crelo (lotio), Locoid lipocream (krém), Triamcinolon Ivax (lotio), Triamcinolon Léčiva (krém, mast), Triamcinolon HBF (krém).
<b>Silné kortikosteroidy</b>	Beloderm (krém, mast), Betesil (náplast), Flucinar (gel, mast), Gelargin (gel), Cutivate (krém, mast), Advantan (krém, lotio), Elocom (krém, mast, roztok), Betacorton (roztok).

**Tabulka 3. Použití místních kortikosteroidů (Viktorinová, 2010)**

Lokalizace	Stav kůže	Léková forma
<b>Kštiny</b>	Suchá šupinatá	Krémy, lotiony
	Mastná šupinatá	Lotiony, gely, roztoky
<b>Obličej</b>	Suchá	Krémy
	Mastná	Lotiony, krémy
<b>Trup</b>	Suchá	Krémy, masti
	Seboroická	Krémy, lotiony
	Erytrodermie	Krémy, masti
<b>Končetiny</b>	Suchá	Krémy, masti
	Mastná	Lotiony, krémy
<b>Dlaně a plosky</b>	Suchá	Přes den krémy, lotiony, na noc masti
	Dyshydrotická	Krémy, lotiony, gely, roztoky

### 2.3.7 Výživa

Nejprve je důležité vymežit si dva termíny jako je potravinová alergie a potravinová intolerance. Potravinovou alergií zprostředkovává imunitní mechanismus a potravinová intolerance není imunitním mechanismem vyvolána. Jedná se o nežádoucí reakce na potraviny, které mají příčiny enzymové nebo farmakologické a jsou tedy neimunologicky podmíněné. (Čelakovská, 2012)

U batolat trpících atopickou dermatitidou je doporučeno omezit nebo zcela vynechat potraviny, které vyvolávají reakce nejčastěji, typu potravinové intolerance nebo alergie, a to jsou kakao, čokoláda, mandle, ryby, mák, ořechy, citrusy, kiwi, rajčata, celer, petržel a plísňové sýry. Vejce by se neměla konzumovat samostatně, pouze v pečivu a v příloze. Kravské mléko patří k častým alergizujícím potravinám. Na druhé straně obsahuje živiny pro rostoucí organizmus s optimálním zastoupením bílkovin, vitaminů a minerálních látek. Mléko se tedy nepodává dětem, pokud je u něj vysledována přímá souvislost se zhoršeným stavem nebo pokud se objeví jiný typ alergické reakce, jako kopřivka, průjem nebo zvracení. (Čelakovská, 2012)

Význam potravinové alergie u dospělých pacientů s atopickou dermatitidou byl často diskutován, ale zatím nebyly prováděny rozsáhlejší studie sledování potravinové alergie u této skupiny za použití expozičních testů, včetně dvojité slepého, placebem kontrolovaného testu. U pacientů s těžší formou atopické dermatitidy může být doporučena tzv. přísná diagnostická hypoalergenní dieta. Doporučuje se převážně u pacientů, kteří trpí dlouhodobě středně závažnou až závažnou formou atopické dermatitidy. Tato dieta se doporučuje na dobu 3 – 4 týdnů a jsou při ní vyloučeny potraviny se silnou alergenní potencií. Mezi tyto potraviny patří zejména kravské mléko a mléčné výrobky, obilná mouka, sója, vejce, stromové ořechy a arašídů. Dále jsou vyloučeny potraviny s barvivy, stabilizátory, konzervanty, emulgátory a antioxidanty. Vhodné je vyloučit i syrové ovoce a zelenina, koření a potraviny s obsahem přídavných látek, tzv. potravinových aditiv. Základem diety je tepelně upravená zelenina i ovoce, dále rýže, brambory a kukuřice. (Čelakovská, 2012)

### **2.3.8 Léčebná opatření**

Působením klimatizace nebo topení se kůže vysušuje. Ultrafialové záření oslabuje organizmus a snižuje jeho přirozenou ochranu a imunitu. Zároveň potlačuje zánět v kůži a projevy atopické dermatitidy se tak mohou zlepšit. Zvýšené pocení vede k progresi atopické dermatitidy. Stres a deprese také zhoršují projevy atopické dermatitidy. Častěji se ekzém vyskytuje na podzim, a to z důvodu špatného počasí, z nedostatku slunečního záření a u nedostatku denního světla. V zimě na kůži nepříznivě působí mráz, chlad, ale i nižší příjem tekutin. Nejčastěji se objevují negativní změny na rukou a v obličeji, ale mohou se projevit i na jiných místech těla, která jsou chráněna oděvem. Vlasy mohou být v zimě spíše jemnější a mohou více vypadávat, nehty se zase více třepí. (Růžičková Jarešová, 2012)

Základním předpokladem pro hladkou a dobře hydratovanou kůži, je obnova funkčnosti kožní bariéry. Promašťování kůže je tedy základem péče, ale také prevencí. Důležitá je edukace rodičů nebo samotných pacientů o tom, že stačí nanášet menší vrstva masti nebo krému, ale několikrát denně. Dnes už máme na trhu velké množství preparátů pro ošetření suché nebo atopické kůže. Krémy s obsahem látek, které hydratují, zpomalují proces stárnutí a podporující regeneraci buněk. Krémy obsahují i látky, které působí proti volným kyslíkovým radikálům. Plody rostliny Acai obsahují pozitivně působící látky, jako jsou antioxidanty, vitamíny a nenasycené mastné

kyseliny. Rostlina aloe vera má zase velkolepé hydratační účinky, ale také podporuje hojení. V létě nebo při pobytu na horách v zimě je důležité používat přípravky s obsahem slunečních filtrů. Nesmí se zanedbat ani ochrana rtů, ať už před sluncem nebo před mrazem. Zhoršení ekzému může nastat po použití různých kosmetických preparátů, které obsahují různé konzervanty a parfémované látky, ale i po aplikaci přírodní kosmetiky. (Růžičková Jarešová, 2012; Jaeger, 2015)

Pravidelná očista kůže je nedílnou součástí života každého člověka. V historii se můžeme dočíst, že lůj se používal ke změkčení hrubé a suché pokožky. Hygiena by se měla provádět velmi opatrně, jelikož při častém a hrubém mytí dochází k porušení ochranných mechanismů kůže. Sprcha je vhodnější než koupel, kůže by se neměla ručníkem dřít, nýbrž pouze vysušovat. Po omytí se doporučuje kůži zvlácnit a hydratovat. Přípravky s alkoholem nejsou vhodné, protože kůži vysušují. Stav kůže bývá hodně ovlivňován i stravou a pitným režimem. V zimě není potřeba pití až tak velká jako v létě. Lipidy jsou důležitou složkou potravy nejen pro energetickou hodnotu, ale také kvůli obsahu esenciálních mastných kyselin a v tučích rozpustných vitaminů. (Růžičková Jarešová, 2012)

Důležitá je i prevence. Nejen v teplých měsících, ale i v zimě je vhodné se přiměřeně oblékat. Doporučuje se používat prodyšné, jemné tkaniny, světlé barvy, čepice a rukavice podšité bavlněným materiálem, oblečení nesmí nikde dřít a škrábat. Vhodná je nižší teplota v místnosti, časté větrání. Pokud si děti ekzém škrábou, je dobrá volba použít na noc bavlněné rukavice nebo uzavřené rukávy. Používaná kosmetika by měla zvlhčovat, promašťovat a hlavně nedráždit. (Růžičková Jarešová, 2012)

## 2.4 Kvalita života

V obecné rovině hovoříme o kvalitě života jako o spoluúčasti mnoha různých faktorů. Život jednotlivců a celé společnosti ovlivňují faktory sociální, ekonomické, ale i faktory životního prostředí. Tyto faktory spolu neznámým způsobem spolupracují a ovlivňují dění našeho běžného života. (Payne, 2005)

V elektronickém lexikonu slovenského jazyka je pojem kvalita označován jako: „*jakost nebo hodnota.*“ (Gurková, 2011)

V poslední době se do popředí dostává otázka nejen zdraví, ale i kvality života pacientů nebo klientů. Kvalita života je ve světové medicíně a ve zdravotnictví zkoumána přibližně od sedmdesátých let dvacátého století. V kožním lékařství se první výzkumné otázky kvality života pacientů objevily až koncem osmdesátých let dvacátého století. (Slonková, Urbánková, Vašků, 2012)

Prvním, kdo použil termín kvalita života, byl Artfur Cecil Pigou, anglický ekonom, později i americký prezident Lyndon Baines Johnson. Johnson užíval tohoto názvosloví ve spojení s politickou stránkou života. V Evropě byl poprvé spojen s kvalitou života Římský klub. Nevládní organizace, která kritizovala kapitalistickou společnost. První monografií, která se zabývala kvalitou života, byla napsána jako hodnocení života starých a chronicky nemocných pacientů. V letech sedmdesátých byla zachycena snaha definovat pojem kvalita života. Hlavním cílem a zároveň problémem bylo stanovení indikátorů skutečné kvality života. To přispělo k založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research). Problematika kvality života se do popředí dostává ze dvou hlavních příčin. Jedna z nich je ta, že vzniká nová možnost bezproblémově uspokojovat materiální potřeby díky ekonomickému růstu a rozvoji vědy a techniky. Druhou příčinou je objevení dopadu tohoto ekonomického růstu, na jehož základě dochází k ohrožení zdraví a lidské existence. Kvalita života se v západní teorii užívá v souvislosti s určitými důsledky celkového vývoje, který je orientován na racionalismus vědy a techniky. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Z počátku byly vymezeny čtyři faktory, které ovlivňovaly kvalitu života. Organizace spojených národů rozšířila v roce 1961 počet faktorů na dvanáct a označila je jako podmínky života. Evropská komise vytvořila v roce 1974 osm skupin sociálních indikátorů. Mezi faktory bylo začleněno zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje

osobnosti, fyzikální kvalita životního prostředí a možnost účasti na společenském životě. (Payne, 2005)

V současné době je kvalita života nedílnou součástí všech vědních oborů. Stále platí nejednotnost ve stanovení indikátorů kvality života. Jde o prolínající se neidentické jevy, které sledují jak psychologové, tak i sociologové a lékaři. (Payne, 2005)

Engels a Bergsma rozdělují kvalitu života do čtyř hierarchických sfér. První se nazývá makro-rovina, která se zaměřuje na kvalitu života velkých společenských celků. Hlavní myšlenkou této roviny je smysl života. Problematika kvality života je součástí politických úvah. Další mezo-rovina měří kvalitu života v malých sociálních skupinách. Zde spočívá hlavní smysl v respektu k morálním hodnotám. Do popředí se dostává i sociální klima, spolu se vzájemnými vztahy mezi lidmi a uspokojování základních potřeb všech členů skupiny. Personální rovina zachycuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu jedince, spokojenost, naději a další. Poslední rovina fyzické existence zahrnuje pozorovatelné chování ostatních lidí. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

### **2.4.1 Přístupy ke kvalitě života**

V konceptualizaci a měření kvality života vycházíme ze dvou hlavních přístupů. Kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace a jako konstrukt individuální. (Gurková, 2011).

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat i z dalších dvou hledisek, ze subjektivního a objektivního hlediska. V současné době vyhrává spíše subjektivní hodnocení kvality života, které je zásadní a určující pro život jedince. Objektivní kvalita života se zabývá materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami a fyzickým zdravím. Jedná se tedy o soubor ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek. Subjektivní kvalita života se naopak zabývá vlastními výpověďmi o spokojenosti s objektivními faktory. Závisí především na osobních cílech, očekáváních a zájmech samotného jedince. (Theofilou, 2013)

Ve vědecké literatuře se fenoménu kvality života dotkli známí psychologové, mezi které patří například Carl Gustav Jung. V užším významu se s kvalitou života setkáváme v aplikačních a vyhodnocovacích programech, typických pro medicínu a sociální praxi. V širším slova smyslu si kvalitu života představíme zjednodušeně



ve čtyřech konceptech kvality života. Jedná se o koncepty sociologicko-ekonomické, psychologické, praktické a teoretické. (Čornaničová, 2005)

## 2.4.2 Kvalita života podle WHO

Mezi nejznámější syntetizující model patří model podle Světové zdravotnické organizace (WHO). Tento model je výsledkem mezinárodního projektu realizovaného v 17 krajích. Týká se určení základních oblastí kvality života i vnitřních komponentů v každé z těchto oblastí. Podle modelu se předpokládá, že na kvalitě života se podílejí čtyři základní domény, které jsou vnitřně členěny podle indikátorů. (Čornaničová, 2005)

Světová zdravotnická organizace definovala Zdraví jako: „ *Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady.* “ Definovat kvalitu života je však značně obtížné. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života takto: „ *Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.* “ (Gurková, 2011; MZ ČR, 2001)

Většinou se jedná o subjektivní posouzení vlastní životní situace, která zachycuje nejen pocit fyzického zdraví, ale i psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty atd. Ve vztahu ke zdraví (Health - Related Quality of Life – HRQoL) je kvalita života pojem, který byl zaveden v roce 1982. Kvalita života ve vztahu ke zdraví se zabývá komponenty, jako je celkové zdraví, subjektivní pohoda, kognitivní funkce, emocionální zdraví, duševní zdraví, životní spokojenost a sociální podpora. Při hodnocení samotného zdraví zahrnuje jak osobní zdravotní stav pacienta, tak jeho sociální pohodu. Odráží vliv nemoci na běžný život pacienta nebo klienta. (Slonková, Urbánková, Vašků, 2012)

## 2.4.3 Základní oblasti kvality života podle WHO

Světová zdravotnická organizace se zabývá čtyřmi oblastmi kvality života. První z nich je **tělesné zdraví a úroveň nezávislosti**. Mezi indikátory patří energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek, mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách a pracovní kapacita. Druhou oblastí jsou **psychické funkce**, které zahrnují indikátory image vlastního těla a zjevu, negativní

emoce, pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, náboženství a osobní přesvědčení. V oblasti **sociální vztahy** jsou v indikátorech zahrnuty osobní vztahy, sociální podpora a sexuální aktivita. Poslední oblastí je **prostředí**, ve kterém jsou indikátory vymezeny jako finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdravotní a sociální péče, prostředí domova, možnosti získat informace a kompetence, participace na volnočasových a rekreativních aktivitách, fyzikální prostředí (emise, hluk, provoz, klima) a doprava. Široce konceptuální teoretické modely kvality života začleňují a integrují všechny základní činitele do určitého teoretického modelu, který odráží vzájemné vztahy a propojení. Předností těchto modelů je, že vymezují to, co je v životě člověka podstatné. Dávají zřetel na podmíněnost a vazbu jednotlivých prvků v průběhu celého života. Příkladem tohoto modelu je životněvývinový model kvality života podle Kováče. Tento model je zobrazen graficky jako šesti stěnový jehlan. Vrchol tohoto jehlanu symbolizuje smysl života a jeho stěny popisují základní komponenty kvality života. Funguje zde model navrstvení. Dětství představuje základna jehlanu. Základní komponenty pro tuto rovinu zahrnují dobrý somatický stav, vývoj ve funkční rodině, přiměřené materiálně-sociální zabezpečení, životodárné okolí, nabytí návyků, schopností potřebné na přežití a psychické fungování v normě. Střední část jehlanu představuje dospělost. Je to taková mezoúroveň. V různé míře ji dosahují především jednotlivci v civilizačně vyspělých zemích. Mezoúroveň nemusí být šesti komponentová. Komponentů může být i více, ale další jsou specifické pro konkrétní lidi. Lze předpokládat řada dalších komponent, jako např. sběratelství, umělecké zájmy, rozvíjení vlastního talentu, sportovní činnosti, zahrádkářství, chovatelství a jiné. Základní komponenty mezoúrovně představují pevné zdraví, příznivé sociální začlenění, úroveň civilizačního rozvoje, stupeň získaných znalostí a kompetencí, zážitky spokojenosti a pohodu. Horní třetina jehlanu představuje stáří. Její podstata je spíše kulturně-duchovní. Základní komponenty představují neproblémové stárnutí, požívání zaslouženého uznání, řízení dobra, přispívání k rozvoji života, adekvátnost solidarity a prosociálního chování a intenzita zdokonalování sebe samého. Složitost vztahů mezi jednotlivými úrovněmi a komponenty o pravomoci kvality života je podmíněna zejména vývojovou složitostí člověka. Vztahy mezi jednotlivými úrovněmi kvality života jako je dětství, dospělost a stáří, nejsou přímočaré. (Čornaničová, 2005)

## 2.4.4 Nejnovější pojetí kvality života

V Praze byl v roce 2007 uskutečněn evropský kongres psychologie. Zde představili účastníci kongresu svůj vlastní dynamický holistický model kvality života. Tento model zahrnuje čtyři základní hodnocené oblasti bytí člověka. Mezi oblasti patří kontext a zázemí, faktory prostředí, regulace, osobnostní charakteristiky a zpracování informací. Významná je, dle dnešní doby, poslední jmenovaná oblast. Oblast zpracování informací určuje, ovlivňuje a modifikuje konečnou podobu prožívání kvality života. Od ostatních modelů kvality života je tento model významný z toho důvodu, že zdůrazňuje a upozorňuje na aktivní roli jedince při zpracování veškerých faktorů a zohledňuje objektivní faktory prostředí i osobní charakteristiky a zkušenosti. Tento model tedy významně pohlíží na individuálnost, dynamičnost, variabilnost, subjektivnost, sociální podmíněnost a na komplexnost daného pojmu. (Heřmanová, 2012)

## 2.4.5 Nástroje k měření kvality života

Nástrojem pro zjišťování kvality života je dotazník. Dotazníky určují všeobecnou kvalitu života nebo kvalitu života ve vztahu ke zdraví. Dotazníky ve vztahu ke zdraví kvantifikují dopad nemoci na běžný život pacienta. Dotazník sestává z různých otázek, které jsou seskupené do několika dimenzí. Tyto dimenze korespondují s jednotlivými oblastmi lidského života. Mezi oblasti řadíme fyzikální a sociální funkce. Fyzikální funkce představují mobilitu, soběstačnost, zrak, sluch, kontinenci a emocionalitu. Do sociálních funkcí zahrnujeme vztahy v rodině, její podporu, vztahy k okolí, náplň volného času, práci, domácí práce, nakupování, bolest, spánek a jeho kvalitu a symptomy specifické pro dané onemocnění. Dotazníky ke zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy, a to dotazníky generické (obecné) a specifické, přičemž některé literární prameny uvádějí i třetí typ dotazníků, tzv. standardizované behaviour testy, zjišťující funkce fyzické a kognitivní (speciální neuropsychologické testy). **Generické dotazníky** hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace, bez ohledu na pohlaví a věk, lze jimi srovnávat jednotlivá onemocnění mezi sebou nebo při porovnání se zdravou populací. Jsou navrženy tak, že hodnotí vliv

onemocnění na běžné denní funkce pacientů. Mohou být použity ke zjištění kvality života i u zdravé populace. Nevýhodou těchto dotazníků je jejich široké zaměření, proto některé otázky mohou být u určitého onemocnění irelevantní. K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), Nottingham Health Profile, Euro-Qol EQ-5D, WHO Quality of Life Assessment a další. **Specifické dotazníky** se tvoří speciálně pro danou určitou cílovou skupinu pacientů s konkrétním onemocněním. Mnohdy je jejich součástí i generický dotazník. Pro příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je právě generický dotazník SF 36. Měří vliv daného onemocnění na zdraví pacienta. Otázky bývají navrženy tak, aby byly zachyceny, ty oblasti kvality života, které danou chorobu nejvíce ovlivňují. Pozitivní je, že mají větší senzitivitu a mohou určit i nepatrné změny v kvalitě života, ale nelze je využít pro jiná onemocnění. Každý takový dotazník má přísná kritéria, musí být standardizován. Dotazníky musí splňovat jak validitu, tak spolehlivost i senzitivitu. Často se překládají i z jiných jazyků, mohou být tedy použity v mezinárodních studiích. Známymi specifickými dotazníky jsou například Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) pro nemocné s depresivní poruchou, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – General Version (FACT-G) pro nemocné s léčbou chronického onemocnění s jednotlivými modifikacemi, například for patients with Breast cancer (FACT-B), for patients with Bladder cancer (FACTBI), for patients with solid Brain tumors (FACTBr), for patients with Colorectal cancer (FACT-C), for patients under-going Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT), for patients with Esophageal cancer (FACT-E), Functional Assessment of Multiple Sclerosis (FAMS), Functional Assessment of HIV Infection (FAHI), pro nemocné s nádorovým onemocněním Euro-pean Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ - C30) nebo pro nemocné v terminálním stadiu onemocnění Missoula - Vitas Quality of Life Index V-25 (MVQOLI: 25 Item Version) či jeho modifikace Missoula-Vitas Quality of Life Index V-15 (MVQOLI: 15 Item Version). (Slonková, Urbánková, Vašků, 2012; Slováček, 2004; Csisco, 2013)

### **2.4.5.1 Dotazníky kvality života**

#### **SF-36 Health Survey**

Velmi často používaný dotazník, který byl přeložen do mnoha jazyků, i do jazyka českého. Obsahuje 36 otázek, které hodnotí osm dimenzí – čtyři dimenze se týkají fyzického zdraví (fyzické funkce, fyzická omezení, tělesná bolest, celkové zdraví) a čtyři dimenze hodnotí duševní zdraví (vitalita, sociální funkce, emocionální omezení, duševní zdraví). Dotazník se vyhodnocuje pomocí tzv. TS skóre (Transformed Scales score) hodnoceného v intervalu 1–100. (Lewis – Jones, 2006)

#### **SF-12 Health Survey**

Zkrácená verze dotazníku SF-36. Dotazník tvoří celkem 12 otázek, z nichž šest otázek se dotýká fyzického zdraví a dalších šest otázek psychického zdraví. (Lewis – Jones, 2006)

#### **Nottingham Health Profile (NHP)**

Dotazník obsahuje celkem 38 otázek a má dvě části. První část je zaměřena na zjištění nepohodlí v šesti různých oblastech – energie, bolest, emoce, sociální izolace, spánek a mobilita. Jedná se o určitý počet otázek s možností odpovědi ano nebo ne. Otázky jsou hodnoceny podle jejich vlivu na kvalitu života. V každé oblasti se sčítá výsledná hodnota. Druhá část dotazníku je zaměřena na oblasti denního života, jako je práce, péče o domácnost, sociální kontakt, zájmové aktivity a intimní život. V této části se hodnotí jen procento kladných odpovědí. Dotazník byl přeložen do mnoha jazyků včetně jazyka českého. (Lewis – Jones, 2006)

#### **EuroQoL (EQ-5D)**

Krátký dotazník, který je sestaven z pěti otázek zaměřených na pohyblivost, bolest, soběstačnost, běžné aktivity a úzkost nebo deprese. Součástí dotazníku je i vizuální analogová škála (VAS) pro kvantitativní hodnocení bolesti. Dotazník doplňuje jiné metody, například SF-36 či NHP, a používá se u celé řady různých onemocnění. Byl přeložen do mnoha jazyků včetně jazyka českého. Pro svou jednoduchost patří mezi jeden z nejčastěji používaných dotazníků. (Lewis – Jones, 2006)

### **Dotazník bolesti podle McGilla (Short Form McGill Pain Questionnaire – SF-MPQ)**

Dotazník byl vytvořen pro hodnocení bolesti u všech druhů onemocnění již v roce 1984 a následně byl v roce 2009 přepracován. Zahrnuje celkem 22 otázek, které jsou zaměřeny, jak na smyslové, tak i emocionální vnímání bolesti. Pacienti reagují na různé výrazy popisující bolest. (Lewis – Jones, 2006)

### **Frenchay Activities Index (FAI)**

Tento dotazník byl zprva vytvořen pro pacienty po cévních mozkových příhodách. Hodnotí míru nezávislosti starších pacientů při běžných denních činnostech, jako jsou domácí práce, zájmové aktivity a zaměstnání. Dotazník hodnotí tyto oblasti za poslední tři měsíce života. (Lewis – Jones, 2006)

## **2.4.5.2 Dotazníky kvality života WHO**

### **WHOQOL – WHO Quality of Life assessment**

Tyto dotazníky byly vytvořeny v 90. letech 20. století pracovní skupinou WHOQOL. Tato skupina sestává ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa. Jedná se o dvě základní verze dotazníku WHOQOL - 100, který obsahuje 100 položek, a zkrácený WHOQOL-BREF s 26 položkami. Existují a stále se vyvíjí řada dalších modulů WHOQOL, například pro HIV pozitivní osoby (WHOQOL-HIV), pro populaci nad 65 let (WHOQOLOLD), pro osoby s různým typem postižení (DIS-QOL). Tyto dotazníky hodnotí kvalitu života skupin nebo celé populace. (Lewis – Jones, 2006)

### **WHOQOL - 100**

Dotazník složený ze 100 položek, které náleží šesti doménám týkajících se kvality života. Mezi domény patří fyzické zdraví, psychická úroveň, soběstačnost, sociální vztahy, okolní prostředí a duševní zdraví. Dotazník je složen z 24 aspektů života a ze čtyř položek hodnotících celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Dotazník byl přeložen do mnoha jazyků včetně jazyka českého. (Lewis – Jones, 2006)

## **WHOQOL - BREF**

Zkrácená verze výše uvedeného WHOQOL – 100. Obsahuje jen 26 položek, které jsou rozděleny do čtyř domén týkajících se kvality života. Mezi domény je zařazeno fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Zůstává zachováno 24 aspektů života a dvě položky hodnotící celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Dotazníky jsou standardizované na českou populaci. Jsou určeny pro populaci do 65 let, ve vyšším věku se doporučuje užít speciálního modulu WHOQOL - OLD. (Lewis – Jones, 2006)

### **2.4.5.3 Generické dotazníky v dermatologii**

Mezi generické dotazníky v dermatologii se řadí především Dermatologický index kvality života (Dermatological Life Quality Index – DLQI). Tento dotazník je přizpůsoben i pro děti – Dětský dermatologický index kvality života (Children's Dermatology Life Quality Index – CDLQI) a pro rodinu – Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). Do této skupiny patří i Skindex - 29 a jeho zkrácená verze Skindex - 12, Dermatology Quality of Life Scales (DQoLS), Dermatology - Specific Quality of Life (DSQL), Deutsches Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Hauterkrankungen (DIEHL). (Lewis – Jones, 2006)

#### **Dermatologický index kvality života (Dermatological Life Quality Index – DLQI)**

Obsahuje celkem 10 otázek. Tyto otázky jsou zaměřené na dobu posledních dvou týdnů. Otázky jsou zaměřeny na denní aktivity pacienta, volný čas, problémy související se zaměstnáním nebo se studiem, na mezilidské vztahy, pocity pacienta, symptomy choroby a reakci na terapii. Dotazník byl přeložen do více než 50 jazyků včetně jazyka českého a je tedy používán na celém světě. Je jednoduchý a dá se velmi dobře využít ke sledování účinků léčby. Je také přizpůsoben pro děti – Children's Dermatology Life Quality Index – CDLQI. Dětský dotazník je v obrázkové a textové verzi a byl přeložen do českého jazyka. (Lewis – Jones, 2006)

#### **Dermatology - Specific Quality of Life (DSQL)**

Dotazník se zabývá fyzickými příznaky, ovlivněním denních aktivit, možnostmi výkonu zaměstnání, sociálními vlivy a vnímáním vlastní osobnosti. Součástí je i psychometrická analýza. (Lewis – Jones, 2006)

#### **2.4.5.4 Specifické dotazníky v dermatologii**

##### **Dermatitis Family Impact questionnaire (DFI)**

Hodnotí vliv atopického ekzému dítěte na členy jeho rodiny a je nově validovaný do českého jazyka. (Lewis – Jones, 2006)

##### **Index kvality života u lupénky (Psoriasis Disability Index – PDI)**

Dotazník je určen pro zjištění kvality života u pacientů s lupénkou. Obsahuje celkem 15 otázek rozříděných do tří oblastí – denní aktivity, mezilidské vztahy a volný čas. Dotazník je zaměřen na dobu posledních čtyř týdnů a je také přeložen do českého jazyka. (Lewis – Jones, 2006)

##### **Cardiff Acne Disability Index (CADI)**

Krátký dotazník určený pro mladší pacienty s akné. Obsahuje jen pět otázek a jeho vyplnění trvá jen jednu minutu. Byl také přeložen do českého jazyka. (Lewis – Jones, 2006)

#### **2.4.6 Význam hodnocení kvality života**

Zabývání se kvalitou života u pacientů přináší zdravotníkům cenné informace, které jsou pro pacienty velmi důležité a pro zvládnání života s nemocí rozhodující ve smyslu subjektivní stránky života. Pokud má zdravotník pojem o kvalitě života daného pacienta, je pak mnohem snadnější zvolit adekvátní péči u daného pacienta v celostním pojetí. Další a v dnešní době velice žádaný důvod je poskytnutí co nejlepší zdravotní péče všem pacientům, avšak s ohledem na ekonomickou stránku. Údaje mohou dát zdravotníkům potřebné a užitečné informace o kvalitě péče a mohou tak zvolit nejefektivnější terapii. Hodnocení kvality života by tedy mělo být rutinní součástí nejen klinických studií, ale i běžné klinické praxe. Výhodou standardizovaných dotazníků je možnost srovnávat kvalitu života u pacientů během léčby i po vyléčení. Je zde možnost určitého časového odstupů. Měření kvality života slouží i k rozboru užitečnosti nákladů na léčbu. Výsledky jsou měřeny speciální formou, nejčastěji pomocí získaných roků zlepšené kvality života (Quality - Adjusted Life - Year – QALY). Takto můžeme vyjádřit výsledek daného léčebného postupu v podobě mnoha let, o které se prodloužil život. Tento způsob zjišťování kvality života musí být



standardizován vzhledem ke kvalitě života. Můžeme použít i jiná východiska, např. rok kvality života o snížené kvalitě (DALY) nebo rok zdravého života (HeLY – Healthy Life Year ). V současné době existují mezinárodní výzkumné ústavy kvality života, např. MAPI Research Institute ([www.mapi-research-inst.com](http://www.mapi-research-inst.com)), mezinárodní výzkumný ústav, který sídlí ve Francii a poskytuje služby databázi Proqolid (PatientReported Outcome and Quality Of Life Instruments Database). Tato databáze byla založena před 10 lety, v roce 2002. V současné době je možné díky databázi Proqolid získat informace o 714 dotaznících kvality života ([www.proqolid.org](http://www.proqolid.org)). Databáze je pravidelně aktualizována. Obsahuje originální dotazníky i jejich oficiální překlady a manuály k vyhodnocování. Je zde i přehled existujících databází jednotlivých dotazníků z národních a mezinárodních studií. (Slonková, Urbánková, Vašků, 2012)

## **3 METODIKA PRÁCE**

V následující kapitole se budeme věnovat praktické složce diplomové práce. Hlavním cílem bylo zmapovat problematiku kvality života u dětí a dospívajících trpících atopickým ekzémem. Záměrem je zjistit, jak vnímají jednotliví pacienti své onemocnění. Dalším cílem byla formulace výzkumných cílů a stanovení hypotéz, které jsme následně ověřovali na základě kvantitativního šetření. V této kapitole popíšeme průběh celého výzkumu od zahájení až po jeho ukončení.

### **3.1 Metodika**

Na začátku šetření bylo stanoveno šest hypotéz, které byly následně ověřovány pomocí kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníku, který byl vytvořen na základě studia odborné literatury (Chráška, 2007) a inspirace dotazníků používaných v lékařské praxi. Zároveň jsme do dotazníku přiřadily otázky, které nám přišly, vzhledem ke zkoumané problematice důležité a aktuální.

### **3.2 Použitá výzkumná metoda**

V dotazníku je použito škálování ve formě Likertovy škály a sémantického diferenciálu. Dotazník se skládá celkem z 27 otázek, kde převládají otázky uzavřené. Otázky 1 – 18 jsou členěné do tří oblastí, podle způsobu škálování. Otázky 19 – 27 jsou zaměřené na osobní charakteristiky nemocného. V plném znění je dotazník umístěn v příloze diplomové práce. Dotazník byl předložen celkem 80 respondentům. Nutno dodat, že postupným zpracováváním se objevovaly nesrovnalosti v podobě nevyplnění otázky nebo zakřížkování více odpovědí najednou. Celkem 11 dotazníků bylo proto vyřazeno z šetření. Po obdržení vyplněných dat jsem si zvolila faktory, na základě předchozích zkušeností a studia odborné literatury, které by mohli mít vliv na odpovědi jednotlivých respondentů. Jednalo se zejména o pohlaví, věk, hospitalizaci v nemocnici a výskyt onemocnění v rodině. Poté jsem si jednotlivé otázky a odpovědi vložila do programu Excel, ze kterého byly statisticky ověřovány jednotlivé hypotézy.

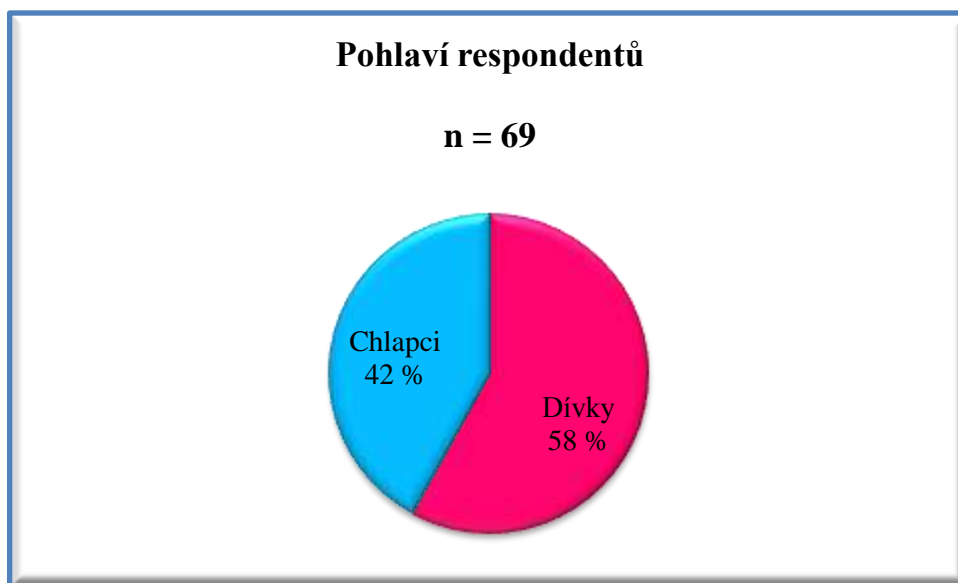
### 3.3 Výzkumný vzorek

Výzkumné šetření probíhalo ve třech kožních ambulancích ve Zlínském kraji. Jednalo se o kožní ambulanci v Bystřici pod Hostýnem, v Holešově a v Kroměříži. Dotazník byl vyplněn celkem 80 respondenty, z čehož jich bylo pro výzkum možno použít pouze 69. Vzhledem k aktuálnímu počtu pacientů, léčících se s atopickým ekzémem v již zmíněných kožních ambulancích, nebylo možné získat respondentů více. Výběr výzkumného vzorku byl skupinový, zaměřen na věkovou skupinu 9 – 18 let. Na začátku odpovídalo 44 dívek a 36 chlapců. Po vyřazení jednotlivých dotazníků zbylo odpovědí od dívek 40 a 29 odpovědí od chlapců. Vzorek se skládal převážně z osob věkové kategorie 15 – 18 let, v této kategorii vyplnilo dotazník 37 respondentů. Ve věkové kategorii 12 – 14 let bylo 15 respondentů a v poslední věkové kategorii 9 – 11 let vyplnilo dotazník 17 respondentů. Většinou se jednalo o dívky a chlapce navštěvující základní školu, celkem 31 respondentů. Další větší skupinou byly respondenti navštěvující střední odborné učiliště, celkem 17 respondentů. Dále se na účasti podíleli respondenti navštěvující střední školu, celkem 14 respondentů a gymnázium, celkem 7 respondentů. Osoby vyplňující dotazník, žijí převážně ve městech, ve kterých se výzkumné šetření provádělo. V Bystřici pod Hostýnem žije 10 respondentů, v Holešově 16 respondentů, v Kroměříži 13 respondentů a dále ještě v Hulíně 4 respondenti. Celkem vyplnilo dotazník 44 respondentů žijících ve městech a 25 respondentů žijících v obcích. Rozdělení do kategorií je jasněji uvedeno v tabulkách absolutních a relativních četností 4., 5., 6. a 7. a v grafech relativních četností 1., 2., 3. a 4. Absolutní četnost je nejčastěji se vyskytující znak z celkového počtu. Relativní četnost je pak vyjádřením procentuálním. Ke každé tabulce pro větší přehlednost náleží graf. (Chráska, 2007)

**Tabulka 4. Pohlaví respondentů**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Dívka</b>	40	58 %
<b>Chlapec</b>	29	42 %
<b>Celkem</b>	69	100 %

Z celkového počtu 69 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 40 dívek (58 %) a 29 chlapců (42 %).

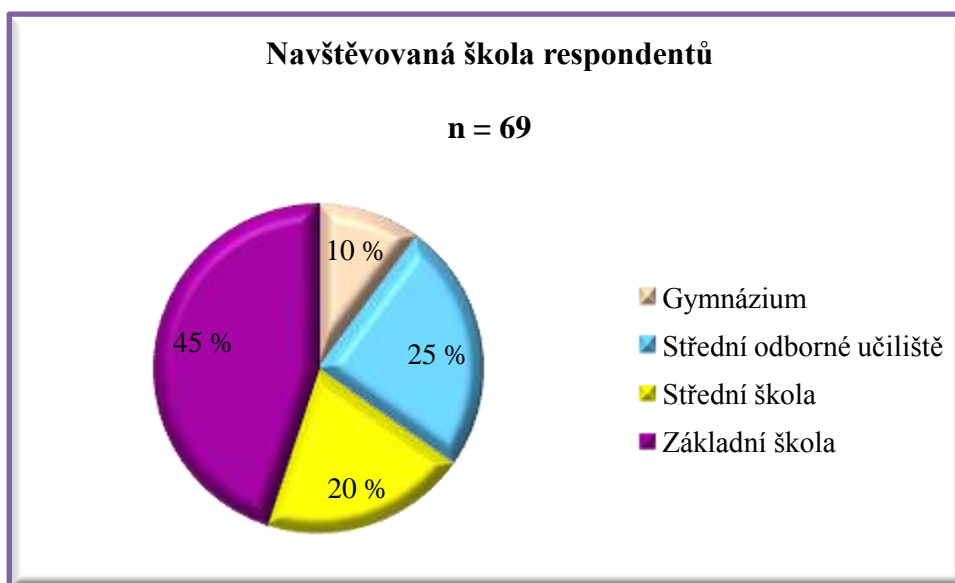


**Graf 1. Pohlaví respondentů**

**Tabulka 5. Navštěvovaná škola respondentů**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Gymnázium</b>	7	10 %
<b>Střední odborné učiliště</b>	17	25 %
<b>Střední škola</b>	14	20 %
<b>Základní škola</b>	31	45 %
<b>Celkem</b>	69	100 %

Z celkového počtu 69 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 31 (45 %) respondentů navštěvující základní školu, 17 (25 %) respondentů navštěvující střední odborné učiliště, 14 (20 %) respondentů navštěvující střední školu a 7 (10 %) respondentů navštěvující gymnázium.

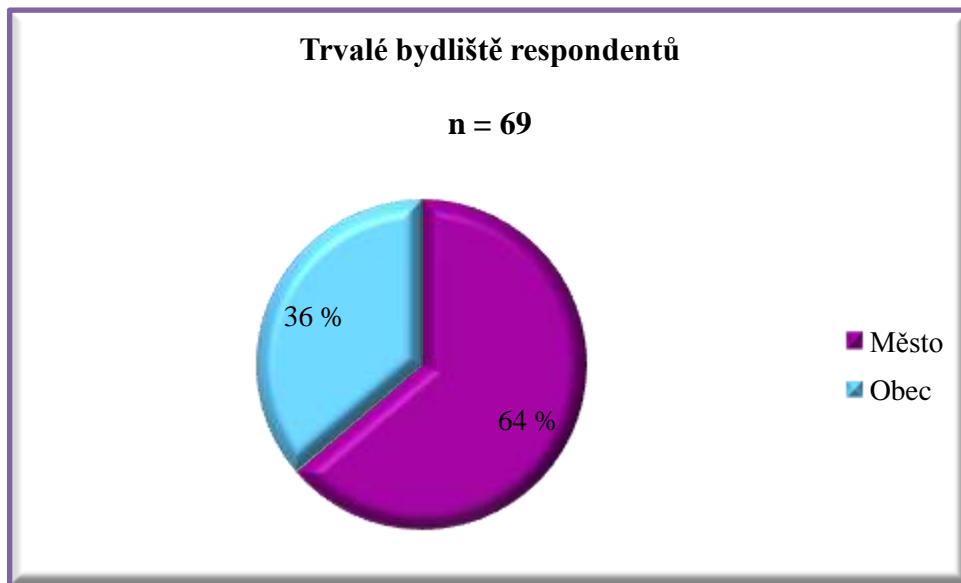


**Graf 2. Navštěvovaná škola respondentů**

**Tabulka 6. Trvalé bydliště respondentů**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Město</b>	44	64 %
<b>Obec</b>	25	36 %
<b>Celkem</b>	69	100 %

Z celkového počtu 69 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 44 (64 %) respondentů žijících ve městech a 25 (36 %) respondentů žijících v obcích.

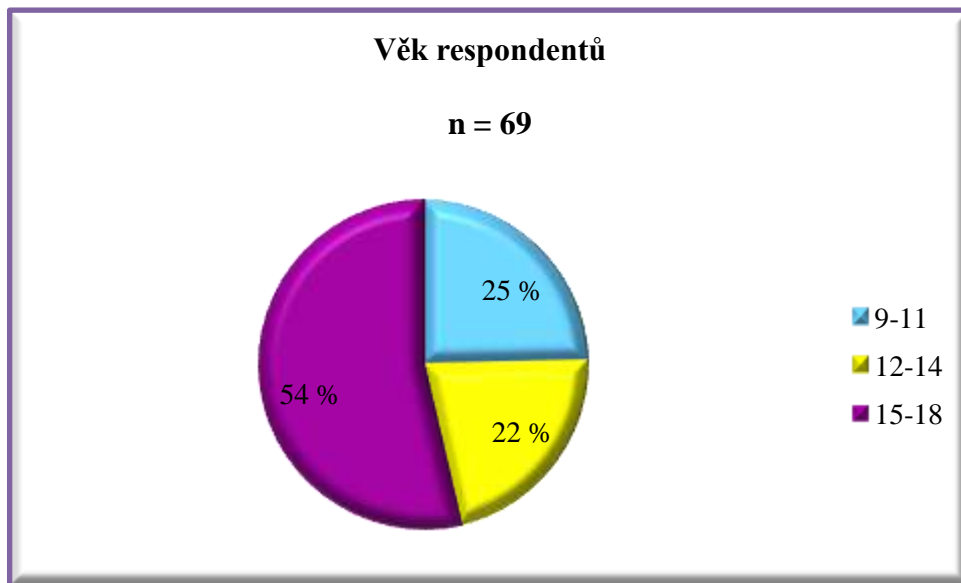


**Graf 3. Trvalé bydliště respondentů**

**Tabulka 7. Věk respondentů**

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>9 – 11 let</b>	17	25 %
<b>12 – 14 let</b>	15	22 %
<b>15 – 18 let</b>	37	54 %
<b>Celkem</b>	69	100 %

Z celkového počtu 69 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 37 (54 %) respondentů ve věkové kategorii 15 – 18 let, 17 (25 %) respondentů ve věkové kategorii 9 – 11 let a 15 (22 %) respondentů ve věkové kategorii 12 – 14 let.



**Graf 4. Věk respondentů**

### 3.4 Výzkumné problémy a hypotézy

Pro výzkumnou část byly stanoveny výzkumné problémy a věcné hypotézy, které byly následně statisticky ověřovány pomocí testu dobré shody (Pearsonův chí - kvadrát test). Tato metoda je metodou matematické statistiky, rozdělení pravděpodobnosti. Test se mimo jiné často používá pro ověřování hypotéz v kontingenční tabulce. Chí - kvadrát test používáme v případě, že chceme zkoumat vztah mezi kategoričnými proměnnými. (Chráska, 2007)

#### 3.4.1 Formulace výzkumných problémů a hypotéz

**VP<sub>1</sub>:** Jsou se svým zdravím více spokojeni s diagnózou atopický ekzém chlapci nebo dívky?

**H<sub>1</sub>:** Dívky s diagnózou atopický ekzém jsou se svým zdravím méně spokojeny než chlapci.

**VP<sub>2</sub>:** Jak bezpečně se cítí respondenti s diagnózou atopický ekzém ve svém životě?

**H<sub>2</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící ve městech, se budou cítit méně bezpečně, než respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící v obcích.

**VP<sub>3</sub>:** Má vliv výskyt onemocnění atopický ekzém v rodině respondentů na jejich stravování?

**H<sub>3</sub>:** Respondenti, s diagnózou atopický ekzém, u kterých se toto onemocnění vyskytuje v rodině, se budou více omezovat ve svém stravování, než respondenti bez výskytu tohoto onemocnění v rodině.

**VP<sub>4</sub>:** Budou rozdíly v pocíťování rozpaků spojených s onemocněním atopický ekzém různé, vzhledem k věku respondentů?

**H<sub>4</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém budou častěji pocíťovat rozpaky ve věku 15 – 18 let, než respondenti mladšího věku 9 – 11 let.

**VP<sub>5</sub>:** Má vliv hospitalizace na následné dodržování režimu léčby u respondentů s diagnózou atopický ekzém?

**H<sub>5</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, kteří byli kvůli svému onemocnění hospitalizováni, budou více dodržovat stanovený léčebný režim, než respondenti, kteří dosud hospitalizováni nebyli.

**VP<sub>6</sub>:** Má délka léčby atopického ekzému vliv na sportování respondentů?

**H<sub>6</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, kteří se léčí déle než 5 let, budou mít větší problémy se sportováním, než respondenti s léčbou trvající méně než 5 let.



## 4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Ze získaných dat byly sestaveny následující tabulky, které odrážejí odpovědi respondentů na jednotlivé položky v dotazníku. Přináší nám celkový přehled o tom, jak vnímají respondenti svůj život s diagnózou atopický ekzém.

Tabulka 8. přináší výpovědi respondentů na hodnocení svého života na základě Likertovy škály. Jsou zde uvedeny absolutní i relativní četnosti.

**Tabulka 8. Likertova škála vnímání života respondentů s diagnózou atopický ekzém**

Otázky	1	2	3	4	5
1. Jak hodnotíš své zdraví?	18 (26 %)	32 (46 %)	13 (19 %)	5 (7 %)	1 (1 %)
2. Máš dostatečné informace o svém onemocnění?	32 (46 %)	15 (22 %)	19 (28 %)	3 (4 %)	0 (0 %)
3. Jak bezpečně se cítíš ve svém každodenním životě?	27 (39 %)	20 (29 %)	18 (26 %)	2 (3 %)	2 (3 %)
4. Máš dostatek energie?	38 (55 %)	18 (26 %)	8 (12 %)	5 (7 %)	0 (0 %)
5. Je Tvůj spánek dostačující?	31 (45 %)	22 (32 %)	8 (12 %)	0 (0 %)	8 (12 %)
6. Jsi schopen/a přijmout to jak vypadáš?	31 (45 %)	17 (25 %)	16 (23 %)	3 (4 %)	2 (3 %)
Celkem	177 (43 %)	124 (30 %)	82 (20 %)	18 (4 %)	13 (3 %)

Z tabulky je patrné, že na otázku č. 1 volilo nejvíce, celkem 32 respondentů, odpověď 2. Na otázku č. 2 odpovídalo nejvíce, 32 respondentů, odpovědí 1. U dalších otázek bylo také nejvíce zvolených odpovědí 1.

Následující Tabulka 9. nám uvádí odpovědi respondentů vyjádřené na škále od hodnoty „určitě ne“ až po hodnotu „určitě ano.“ Opět jsou v ní uvedeny, jak absolutní, tak i relativní četnosti.

**Tabulka 9. Vnímání života respondentů na škále „určitě ne“ až „určitě ano“**

Otázky	Určitě ne	Spíše ne	Nejsem si jist/a	Spíše ano	Určitě ano
7. Cítil/a ses špatně pro svůj zdravotní stav?	18 (26 %)	22 (32 %)	8 (12 %)	17 (25 %)	4 (6 %)
8. Urážel nebo posmíval se Ti někdo kvůli tomu, jak vypadá Tvá kůže?	28 (42 %)	21 (30 %)	10 (14 %)	8 (12 %)	2 (3 %)
9. Vyhýbají se Ti kamarádi kvůli tomu, jak vypadá Tvá kůže?	44 (64 %)	12 (17 %)	11 (16 %)	2 (3 %)	0 (0 %)
10. Cítil/a ses kvůli své kůži trapně nebo v rozpacích?	19 (27 %)	27 (39 %)	5 (7 %)	14 (20 %)	4 (6 %)
11. Omezuješ se v jídle kvůli svému onemocnění?	16 (23 %)	16 (23 %)	3 (4 %)	26 (37 %)	8 (11 %)
12. Ovlivňovala Tvá kůže to, jaké oblečení sis oblékal/a?	15 (22 %)	14 (21 %)	4 (6 %)	21 (30 %)	15 (22 %)
<b>Celkem</b>	<b>140 (34 %)</b>	<b>112 (27 %)</b>	<b>41 (10 %)</b>	<b>88 (21 %)</b>	<b>33 (8 %)</b>

Z tabulky je patrné, že u otázky č. 7 se vyskytuje nejvíce odpovědí SPÍŠE NE. U otázky č. 8 se objevuje nejvíce odpovědí URČITĚ NE. U otázky č. 9 je také nejvíce odpovědí URČITĚ NE. U otázky č. 10 se vyskytuje nejvíce odpovědí SPÍŠE NE. U otázky č. 11 se objevuje nejvíce odpovědí SPÍŠE ANO. U otázky č. 12 je také nejvíce odpovědí SPÍŠE ANO.

Tabulka 10. znázorňuje odpovědi respondentů na položené otázky vyjádřených na škále od hodnoty „nikdy“ až po hodnotu „stále.“ Opět přináší u každé položky dotazníku absolutní i relativní četnosti.

**Tabulka 10. Vnímání života respondentů na škále „nikdy“ až „stále“**

	Nikdy	Občas	Dost času	Většinu času	Stále
13. Způsobovala Tvá kůže nepříjemné pocity (pálení, svrbění, bolest,...)?	4 (6 %)	36 (52 %)	16 (23 %)	9 (13 %)	4 (6 %)
14. Dodržuješ stanovený léčebný režim?	0 (0 %)	25 (36 %)	20 (29 %)	13 (18 %)	11 (15 %)
15. Zabírala Ti péče o kůži moc času?	9 (13 %)	30 (43 %)	20 (29 %)	7 (9 %)	3 (5 %)
16. Měla Tvá kůže vliv na společenské nebo rekreační aktivity?	27 (39 %)	29 (42 %)	6 (8 %)	6 (8 %)	1 (1 %)
17. Způsobovala Ti kůže problémy se sportováním?	29 (42 %)	31 (44 %)	3 (4 %)	4 (5 %)	2 (3 %)
18. Nemohl/a jsi jít kvůli svému onemocnění do školy?	48 (69 %)	19 (28 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	1 (1 %)
<b>Celkem</b>	<b>117</b> (28 %)	<b>170</b> (41 %)	<b>62</b> (15 %)	<b>40</b> (10 %)	<b>22</b> (6 %)

Z tabulky je patrné, že u otázky č. 13 se vyskytuje nejvíce odpovědí OBČAS. U otázek č. 14, 15, 16 a 17 je také nejvíce odpovědí OBČAS. U otázky č. 18 se objevuje nejvíce odpovědí NIKDY.

Pro dokazování stanovených výzkumných hypotéz byl vybrán test shodnosti  $\chi^2$  – kvadrát. Statistický význam hypotéz byl prováděn na 5 % hladině významnosti. Pro vlastní důkaz věcné hypotézy byly dále formulovány nulové a alternativní hypotézy.

**H<sub>1</sub>**: Dívky s diagnózou atopický ekzém jsou se svým zdravím méně spokojeny než chlapci.

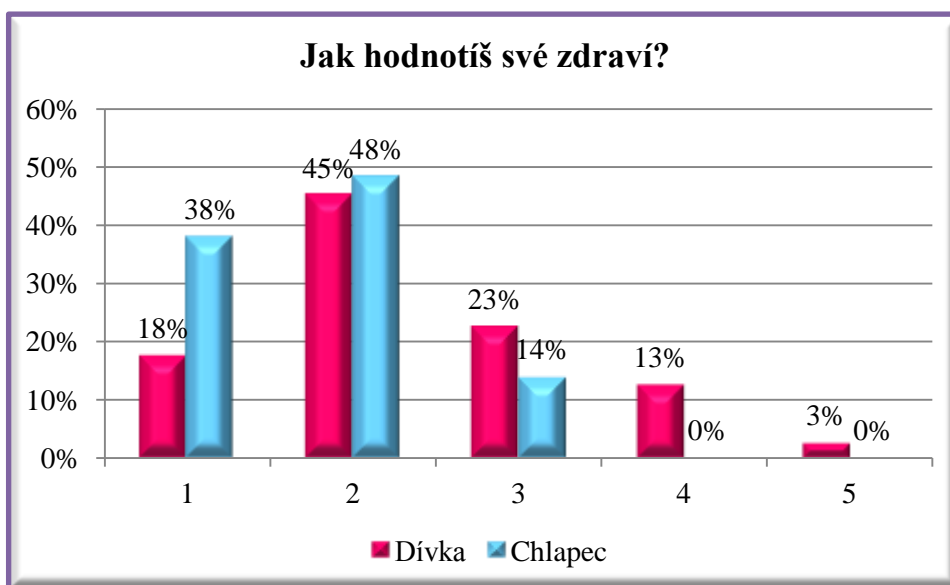
**H<sub>01</sub>**: Ve spokojenosti se svým zdravím u dg. atopický ekzém není rozdíl mezi chlapci a dívkami.

**H<sub>A1</sub>**: Dívky s dg. atopický ekzém jsou se svým zdravím méně spokojeny než chlapci.

**Tabulka 11. Hodnocení zdraví v závislosti na pohlaví respondentů**

Jak hodnotíš své zdraví?						
	1	2	3	4	5	Celkem
<b>Dívka</b>	7 (18 %)	18 (45 %)	9 (23 %)	5 (13 %)	1 (3 %)	40 (100 %)
<b>Chlapec</b>	11 (38 %)	14 (48 %)	4 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	29 (100 %)

V otázce jak hodnotíš své zdraví, uvedla skupina dívek, odpověď 1 celkem 7 (18 %) dívek, odpověď 2 celkem 18 (45 %) dívek, odpověď 3 celkem 9 (23 %) dívek, odpověď 4 celkem 5 (13 %) dívek a odpověď 5 celkem 1 (3 %) dívka. V téže otázce odpovídala skupina chlapců. Celkem 11 (38 %) chlapců zvolilo odpověď 1, celkem 14 (48 %) chlapců zvolilo odpověď 2, celkem 4 (14 %) chlapců zvolilo odpověď 3, odpověď 4 a 5 nezvolil žádný chlapec. Nejvíce respondentů zvolilo odpovědi 1, 2 a 3, tudíž své zdraví hodnotí na dobré úrovni.



**Graf 5. Hodnocení zdraví v závislosti na pohlaví respondentů**

Z grafu vidíme, že žádný zásadní rozdíl v odpovědích mezi pohlavími nevidíme.

**Tabulka 12. Chí – kvadrát statistika hodnocení zdraví v závislosti na pohlaví respondentů**

Chí-kvadrát statistika	Stupně volnosti	P-hodnota
7,7554	4	0,101

**P - hodnota testu je větší jako 0,05, přijímáme nulovou hypotézu.**

**Není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se svým zdravím mezi pohlavím.**

**H<sub>2</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící ve městech, se budou cítit méně bezpečně, než respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící v obcích.

**H<sub>02</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém žijící ve městech nebo na vesnicích, budou prožívat stejné pocity bezpečí.

**H<sub>A2</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém žijící ve městech, se budou cítit méně bezpečně, než respondenti s diagnózou atopický ekzém žijící v obcích.

**Tabulka 13. Hodnocení bezpečí v závislosti na trvalém bydlišti**

Jak bezpečně se cítíš ve svém každodenním životě?						
	1	2	3	4	5	Celkem
Město	14 (32 %)	14 (32 %)	14 (32 %)	1 (2 %)	1 (2 %)	44
Obec	14 (56 %)	6 (24 %)	3 (12 %)	1 (4 %)	1 (4 %)	25

Na otázku, jak bezpečně se cítíš ve svém životě, odpovídala skupina žijící ve městech a skupina žijící v obcích. Skupina žijící ve městě uvedla 14x (32 %) odpověď 1, 14x (32 %) odpověď 2, 14x (32 %) odpověď 3, 1x (2 %) odpověď 4 a 1x (2 %) odpověď 5. Skupina žijící v obci uvedla 14x (56 %) odpověď 1, 6x (24 %) odpověď 2, 3x (12 %) odpověď 3, 1x (4 %) odpověď 4 a 1x (4 %) odpověď 5. Nejvíce respondentů zvolilo odpovědi 1,2, a 3. Z toho vyvozují závěr, že se obě skupiny cítí ve svém životě bezpečně.



**Graf 6. Hodnocení bezpečí v závislosti na trvalém bydlišti**

Z grafu vidíme, že více jedinců z obce (56 %) uvedlo, že se cítí velmi bezpečně (odpověď 1), než ti z města (možnost 1 udalo jen 32 %). Jak ukázal ale test, rozdíl mezi městem a obcí není statisticky významný.

**Tabulka 14. Chí – kvadrát statistika hodnocení bezpečí v závislosti na trvalém bydlišti**

Chí - kvadrát statistika	Stupně volnosti	P - hodnota
5,503	4	0,2395

**P – hodnota testu je větší jako 0,05, přijímáme nulovou hypotézu.**

**Není statisticky významný rozdíl mezi tím, jak bezpečně se cítí jedinci žijící ve městě a v obci.**

**H<sub>3</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, u kterých se toto onemocnění vyskytuje v rodině, se budou více omezovat ve svém stravování, než respondenti bez výskytu tohoto onemocnění v rodině.

**H<sub>03</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém, u kterých se nevyskytuje toto onemocnění v rodině, se budou ve stravování omezovat stejně, jako respondenti s výskytem této nemoci v rodině.

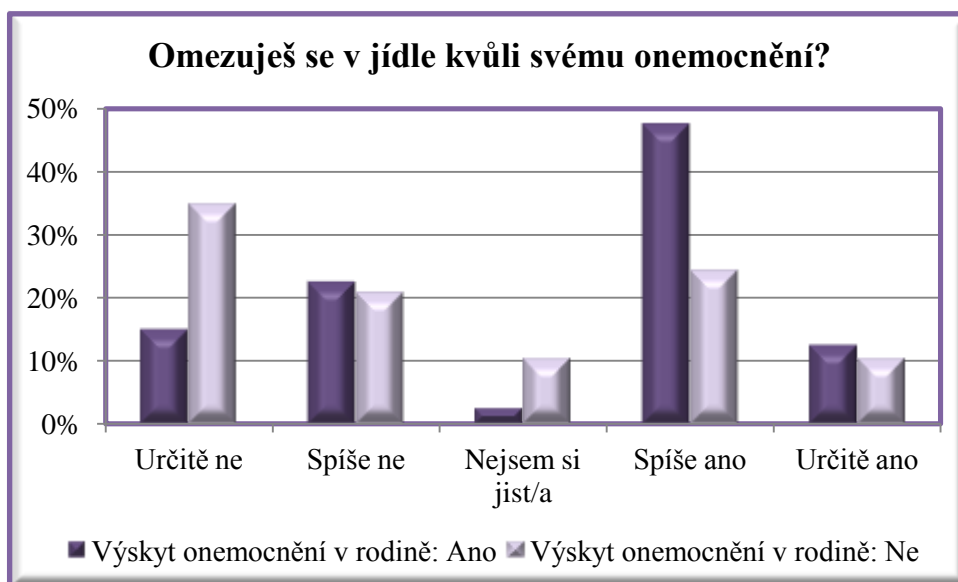
**H<sub>A3</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém, u kterých se toto onemocnění vyskytuje v rodině, se budou více omezovat ve svém stravování, než respondenti bez výskytu tohoto onemocnění v rodině.

**Tabulka 15. Hodnocení stravování v závislosti na výskytu onemocnění AE v rodině**

Omezuješ se v jídle kvůli svému onemocnění?						
	Určitě ne	Spíše ne	Nejsem si jist/a	Spíše ano	Určitě ano	Celkem
<b>Výskyt onemocnění v rodině: Ano</b>	6 (15 %)	9 (23 %)	1(3 %)	19(48 %)	5 (13 %)	40 (100 %)
<b>Výskyt onemocnění v rodině: Ne</b>	10 (34 %)	6 (21 %)	3 (10 %)	7 (34 %)	3 (10 %)	29 (100 %)

Na otázku, omezuješ se v jídle kvůli svému onemocnění, skupina s výskytem onemocnění v rodině, nejčastěji označovala odpověď SPÍŠE ANO a to v 19 (48 %) případech. Naopak nejméně se zde vyskytovala odpověď, Nejsem si jist/a, a to

v 1 (3 %) případě. Skupina, kde výskyt onemocnění v rodině nebyl prokázán, nejčastěji značila odpověď URČITĚ NE a to v 10 (34 %) případech. Naopak nejméně tato skupina označovala odpověď, NEJSEM SI JIST/A a URČITĚ ANO, a to v obou případech 3x (po 10 %).



**Graf 7. Hodnocení stravování v závislosti na výskytu onemocnění AE v rodině**

Z grafu jasně vidíme, že skupina, která nejčastěji uvedla SPÍŠE ANO, je skupina, u které byl výskyt onemocnění v rodině potvrzen. Také můžeme vidět, že URČITĚ NE, volila nejčastěji skupina bez výskytu onemocnění v rodině. Rozdíl, ale není statisticky významný.

**Tabulka 16. Chí – kvadrát statistika hodnocení stravování v závislosti na výskytu onemocnění AE v rodině**

Chí - kvadrát statistika	Stupně volnosti	P - hodnota
7,0644	4	0,1325

**P - hodnota testu je větší jako 0,05, přijímáme nulovou hypotézu.**

**Není rozdíl v omezování se ve stravě mezi skupinou, kde se potvrdil výskyt onemocnění v rodině a skupinou, kde ne.**



**H<sub>4</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém budou častěji pociťovat rozpaky ve věku 15 – 18 let než respondenti mladšího věku 9 – 11 let.

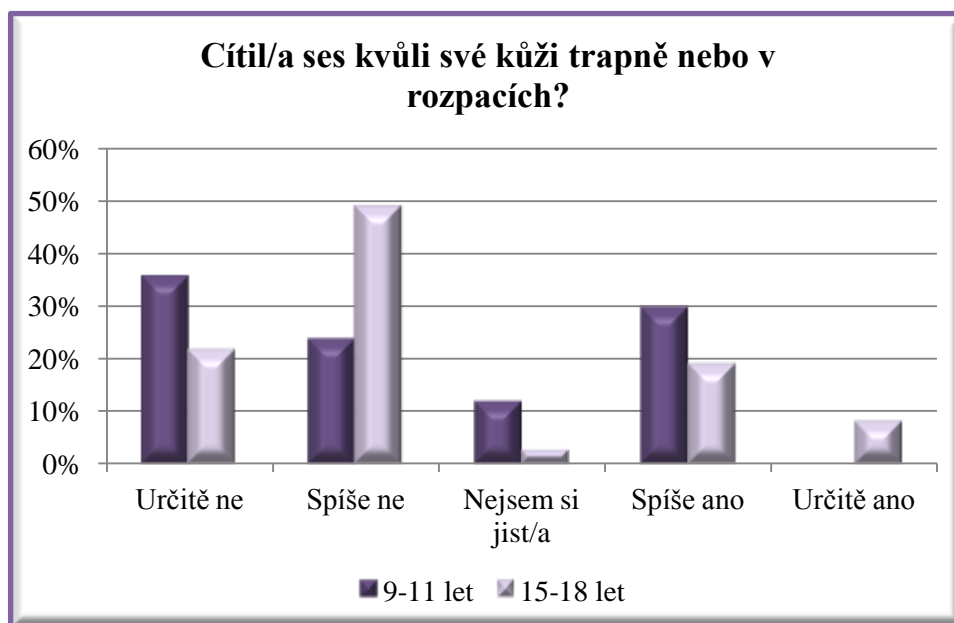
**H<sub>04</sub>:** V pociťování rozpaků spojených u respondentů s dg. atopický ekzém nebudou vzhledem k jejich věku žádné rozdíly.

**H<sub>A4</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém budou častěji pociťovat rozpaky ve věku 15 – 18 let než respondenti mladšího věku 9 – 11 let.

**Tabulka 17. Hodnocení rozpaků v závislosti na věku respondentů**

Cítil/a ses kvůli své kůži trapně nebo v rozpacích?						
	Určitě ne	Spíše ne	Nejsem si jist/a	Spíše ano	Určitě ano	Celkem
<b>9 - 11 let</b>	6 (35 %)	4 (24 %)	2 (12 %)	5 (29 %)	0 (0 %)	17 (100 %)
<b>15 - 18 let</b>	8 (22 %)	18 (49 %)	1 (3 %)	7 (19 %)	3 (8 %)	37 (100 %)

Na otázku cítila ses kvůli své kůži trapně či v rozpacích, označila skupina 9 – 11 let nejčastěji odpověď URČITĚ NE, a to v 6 (35 %) případech. Tato skupina vůbec neoznačila odpověď URČITĚ ANO. Skupina 15 – 18 let nejčastěji značila odpověď SPÍŠE NE, a to v 18 (49 %) případech. Nejméně se zde vyskytovala odpověď, NEJSEM SI JIST/A, a to v 1 (3 %) případě.



**Graf 8. Hodnocení rozpaků v závislosti na věku respondentů**

Vidíme, že starší žáci volili častěji odpověď SPÍŠE NE, než mladší žáci. Rozdíl, ale není statisticky významný.

**Tabulka 18. Chí – kvadrát statistika hodnocení rozpaků v závislosti na věku respondentů**

Chí - kvadrát statistika	Stupně volnosti	P - hodnota
6,3212	4	0,1764

**P - hodnota testu je větší jako 0,05, přijímáme nulovou hypotézu.**

**Není statisticky významný rozdíl mezi tím, jak trapně či v rozpacích se cítí skupina 15 - 18 let a 9 - 11 let.**

**H<sub>5</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, kteří byli kvůli svému onemocnění hospitalizováni, budou více dodržovat stanovený léčebný režim, než respondenti, kteří dosud hospitalizováni nebyli.

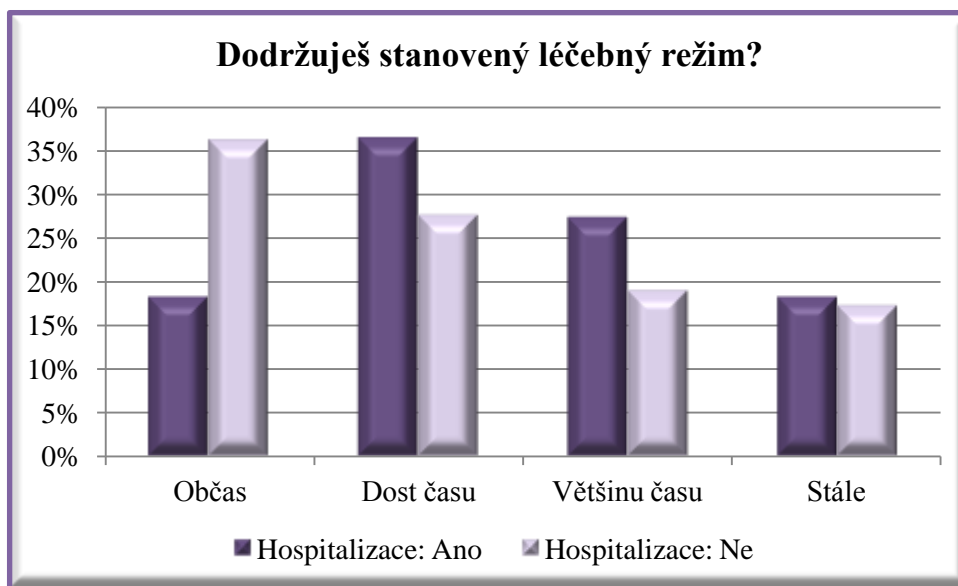
**H<sub>05</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém, kteří byli hospitalizováni a respondenti, kteří hospitalizováni dosud nebyli, budou dodržovat svůj léčebný režim stejně.

**H<sub>A5</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém, kteří byli kvůli svému onemocnění hospitalizováni, budou více dodržovat stanovený léčebný režim, než respondenti, kteří dosud hospitalizováni nebyli.

**Tabulka 19. Hodnocení léčebného režimu v závislosti na hospitalizaci respondentů pro své onemocnění atopický ekzém**

Dodržuješ stanovený léčebný režim?					
	Občas	Dost času	Většinu času	Stále	Celkem
<b>Hospitalizace: ano</b>	2 (18 %)	4 (36 %)	3 (27 %)	2 (18 %)	11 (100 %)
<b>Hospitalizace: ne</b>	21 (36 %)	16 (28 %)	11 (19 %)	10 (17 %)	58 (100 %)

Na otázku, zda jedinci dodržují stanovený léčebný režim, označila skupina, která byla pro své onemocnění hospitalizována nejčastěji odpověď, DOST ČASU, a to ve 4 (36 %) případech. Nejméně se zde vyskytovala odpověď, STÁLE, a to ve 2 (18 %) případech. Skupina, která pro své onemocnění nikdy hospitalizována nebyla, nejčastěji volila odpověď, OBČAS, a to ve 21 (36 %) případech. Nejméně tato skupina volila odpověď, STÁLE, a to v 10 (17 %) případech.



**Graf 9. Hodnocení léčebného režimu v závislosti na hospitalizaci respondentů pro atopický ekzém**

Ti, co byli hospitalizovaní pro své onemocnění, nejčastěji odpovídali, DOST ČASU. Skupina, která pro své onemocnění hospitalizovaná nebyla, nejčastěji odpovídala OBČAS. Rozdíl, ale ani v tomto případě není statisticky významný.

**Tabulka 20. Chí – kvadrát statistika hodnocení léčebného režimu v závislosti na hospitalizaci respondentů pro atopický ekzém**

Chí - kvadrát statistika	Stupně volnosti	P - hodnota
1,4662	3	0,6901

**P - hodnota testu je větší jako 0,05, přijímáme nulovou hypotézu.**

**Není rozdíl v dodržování stanovené léčby mezi skupinami, která byla hospitalizována a která hospitalizována pro atopický ekzém nebyla.**

**H<sub>6</sub>:** Respondenti s diagnózou atopický ekzém, kteří se léčí déle než 5 let, budou mít větší problémy se sportováním, než respondenti s léčbou trvající méně než 5 let.

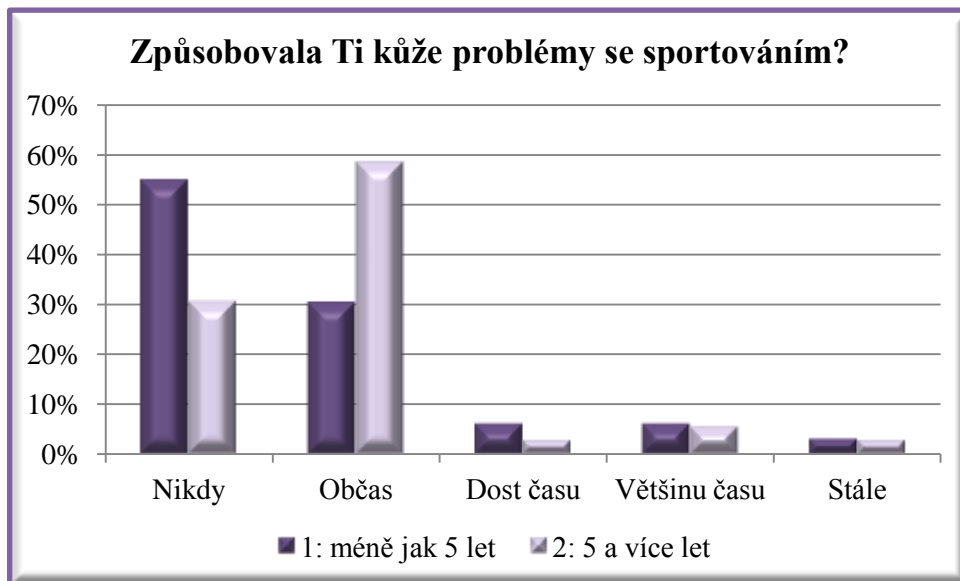
**H<sub>06</sub>:** Délka léčby respondentů s dg. atopický ekzém nebude mít vliv na jejich sportování.

**H<sub>A6</sub>:** Respondenti s dg. atopický ekzém, kteří se léčí déle než 5 let, budou mít větší problémy se sportováním, než respondenti s léčbou trvající méně než 5 let.

**Tabulka 21. Hodnocení sportování v závislosti na délce léčby atopického ekzému**

Způsobovala Ti kůže problémy se sportováním?						
	Nikdy	Občas	Dost času	Většinu času	Stále	Celkem
<b>1: méně jak 5 let</b>	18 (55 %)	10 (30 %)	2 (6 %)	2 (6 %)	1 (3 %)	33 (100 %)
<b>2: 5 a více let</b>	11 (31 %)	21 (58 %)	1 (3 %)	2 (6 %)	1 (3 %)	36 (100 %)

Na otázku, způsobila Ti kůže problémy se sportováním, označovala skupina, která se léčí pro své onemocnění méně jak 5 let nejčastěji odpověď, NIKDY, a to v 18 (55 %) případech. Nejméně značila tato skupina odpověď, STÁLE, a to v 1 (3 %) případě. Skupina, která se léčí více jak 5 let, nejčastěji volila odpověď, OBČAS, a to v 21 (58 %) případech. Nejméně pak značila odpověď, DOST ČASU a STÁLE, obojí pouze v 1 (3 %) případě.



**Graf 10. Hodnocení sportování v závislosti na délce léčby atopického ekzému**

Vidíme, že ti co se léčí méně než 5 let, vyslovili nejčastěji NIKDY. Skupina, která se léčí více jak 5 let, nejčastěji odpověděla OBČAS. Rozdíl není ani v tomto případě statisticky významný.

**Tabulka 22. Chí – kvadrát statistika hodnocení sportování v závislosti na délce léčby atopického ekzému**

Chí - kvadrát statistika	Stupně volnosti	P - hodnota
5,8068	4	0,2141

**P - hodnota testu je větší jako 0,05, přijímáme nulovou hypotézu.**

**Není rozdíl mezi skupinou, která se léčí méně než 5 let a více jak 5 let.**

Rozdíly jsou u některých skupin dobře vidět z grafů, ale nevyšly ani jednou statisticky významné. Vysvětlujeme si to tím, že pozorování nebylo až tak mnoho, a proto zkrátka nemáme dostatek důkazů pro zamítnutí nulové hypotézy a příjem alternativní hypotézy.

## 5 DISKUSE

Diplomová práce řeší kvalitu života jedinců s atopickým ekzémem. Jedná se o poměrně náročné onemocnění, které má vliv na fyzickou stránku života i na psychické prožívání nemoci. Z tohoto důvodu jsme se zaměřily na kvalitu života jedinců s tímto onemocněním. Zajímalo nás, zda se budou výpovědi odlišovat v závislosti na pohlaví a věku respondentů, výskytu tohoto onemocnění v rodině, místě trvalého bydliště, předchozí hospitalizaci apod. Pro vlastní výzkumné šetření jsme formulovaly šest hypotéz, které byly následně ověřovány pomocí testu dobré shody  $\chi^2$  – kvadrát.

Prvním výzkumným problémem bylo: Jsou se svým zdravím více spokojeni s diagnózou atopický ekzém chlapci nebo dívky? Ze statistického hlediska není významný rozdíl ve spokojenosti se svým zdravím mezi pohlavím. Přijímáme tedy nulovou hypotézu. Druhým výzkumným problémem bylo: Jak bezpečně se cítí respondenti s diagnózou atopický ekzém ve svém životě? Není statisticky významný rozdíl mezi tím, jak bezpečně se cítí jedinci žijící ve městě a v obci. Opět přijímáme nulovou hypotézu. Třetím výzkumným problémem bylo: Má vliv výskyt onemocnění atopický ekzém v rodině respondentů na jejich stravování? Z hlediska statistického není významný rozdíl v omezování se ve stravě mezi skupinou, kde se potvrdil výskyt onemocnění v rodině a skupinou, kde ne. Přijímáme nulovou hypotézu. Čtvrtým výzkumným problémem bylo: Budou rozdíly v pocíťování rozpaců spojených s onemocněním atopický ekzém různé vzhledem k věku respondentů? Není statisticky významný rozdíl mezi tím, jak trapně či v rozpacích se cítí skupina 15 - 18 let a 9 - 11 let. Přijímáme nulovou hypotézu. Pátým výzkumným problémem bylo: Má vliv hospitalizace na následné dodržování režimu léčby u respondentů s diagnózou atopický ekzém? Není rozdíl v dodržování stanovené léčby mezi skupinami, která byla hospitalizována a která hospitalizována pro atopický ekzém nebyla. Přijímáme nulovou hypotézu. Posledním výzkumným problémem bylo: Má délka léčby atopického ekzému vliv na sportování respondentů? I v tomto případě není významný statistický rozdíl mezi skupinou, která se léčí méně než 5 let a více jak 5 let, tudíž opět přijímáme nulovou hypotézu.

Pro větší názornost jsou rozdíly u některých skupin dobře vidět z grafů, ale nevyšly ani jednou statisticky významné. Vysvětlujeme si to tím, že pozorování nebylo až tak mnoho, a proto zkrátka nemáme dostatek důkazů pro zamítnutí nulové

hypotézy a příjem alternativní hypotézy. Kvalita života u těchto respondentů není tak nízká, jak jsme na začátku předpokládaly. Buďto je to tím, že opravdu nemáme tolik pozorování, ale může to být i tím, že výzkumné šetření probíhalo v kožních ambulancích, kde je stanovená léčba na dobré úrovni, adekvátní a individuální pro každého nemocného s atopickým ekzémem.

Mezi nejčastěji volené odpovědi z celého dotazníku převládala známka 1, tedy hodnocení kvality života výbornou známkou, celkový počet volby je 434x (35 %). Hodnocení kvality života chvalitebnou známkou, se vyskytovalo celkem 406x (33 %). Hodnocení kvality života známkou dobře, bylo voleno celkem 185x (15 %). Hodnocení kvality života dostačující známkou, se objevilo celkem 146x (12 %). Hodnocení kvality života známkou nedostačující, bylo zvoleno celkem 68x (5 %).

Pro diskusi využíváme výsledků diplomové práce „*Atopický ekzém u dětí a jeho zdravotně sociální dopad*“, od autorky Bc. Hany Pálkové. Tato práce byla napsána v roce 2012. Autorka zde zvolila kvalitativní výzkum technikou dvou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory vedla jak s dětmi, tak i s jejich rodiči a všeobecnými sestrami. Ve výsledcích bylo zjištěno, že určitá omezení vnímají spíše děti v předškolním a školním prostředí. Co je nejvíce trápí, je to, že nemohou využívat v letních měsících koupaliště, kde je chlorovaná voda. Dalším problémem je, že nemohou tolik sportovat, jak by chtěly, z důvodu většího pocení. Avšak některé děti uvedly, že pokud se včas osprchují a kůži si ošetří, tak jim zvýšené pocení nedělá problém. U některého dítěte se objevil ekzém i po styku s plyšovou hračkou. Nejvíce však děti trápí svědění a bolest. Atopický ekzém nezpůsobuje větší problémy dětem ani jejich rodinám. V porovnání s našimi výsledky není žádný významný rozdíl v hodnocení určitých omezení mezi danými, výše zmíněnými, skupinami. V našem výzkumném šetření není rozdíl v omezení mezi věkovými skupinami, ani značné rozdíly v problémech se sportováním.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá kvalitou života dětí a dospívajících s atopickým ekzémem. V teoretické části práce jsem si stanovila hlavní cíl a přidružené dílčí cíle. Hlavním cílem bylo předložit poznatky o atopickém ekzému. Z tohoto hlavního cíle jsem si vyvodila celkem čtyři dílčí cíle, které úzce souvisí s onemocněním zvané atopický ekzém. Jako první jsem si zvolila dílčí cíl předložit poznatky o anatomii a fyziologii kůže. Druhým dílčím cílem bylo předložit poznatky o imunitním systému. Třetím dílčím cílem bylo předložit poznatky o životě dětí a dospívajících s atopickým ekzémem. Posledním dílčím cílem bylo předložit poznatky o kvalitě života. Všechny uvedené teoretické cíle byly splněny.

Ve výzkumné části práce, byly formulovány výzkumné problémy a hypotézy, které byly následně ověřovány na základě kvantitativního šetření. Na začátku šetření bylo stanoveno šest hypotéz. Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníku. V dotazníku je použito škálování ve formě Likertovy škály a sémantického diferenciálu. Dotazník se skládá celkem z 27 otázek, kde převládají otázky uzavřené. Otázky 1 – 18 jsou členěné do tří oblastí. Otázky 19 – 27 jsou zaměřené na osobní charakteristiky nemocného. Dotazník byl správně vyplněn a tudíž použitelný celkem 69 respondenty. Výzkumné šetření probíhalo ve třech kožních ambulancích ve Zlínském kraji v období od prosince 2015 do dubna 2016. Výběr výzkumného vzorku byl skupinový, zaměřen na věkovou skupinu 9 – 18 let.

Při celkovém zhodnocení nejčastěji se vyskytujících odpovědí v první oblasti otázek dotazníku, se nejvíce objevovala odpověď 1, tato odpověď byla zvolena celkem 177x. V této šestici otázek hodnotí respondenti svou kvalitu života nejčastěji známkou 1. Druhou, nejčastější odpovědí byla známka 2, zvolena celkem 124x. Mezi nejméně volené patřila známka 5, zvolena celkem 13x. V druhé oblasti otázek volili respondenti nejčastěji odpověď „určitě ne,“ celkem 140x. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla odpověď „spíše ne,“ celkem 112. Třetí nejčastěji volenou odpovědí byla odpověď „spíše ano,“ celkem 88x. Nejméně pak byla volena odpověď „určitě ano,“ celkem 33x. Ve třetí oblasti otázek vítězila odpověď „občas,“ zvolena celkem 170x. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla odpověď „nikdy,“ celkem 117x. Nejméně volenou odpovědí byla odpověď „stále,“ zvolena celkem 22x.

Mezi nejčastěji volené odpovědi z celého dotazníku převládala známka 1, tedy hodnocení kvality života výbornou známkou, celkový počet volby je 434x (35 %).



Hodnocení kvality života chvalitebnou známkou, se vyskytovalo celkem 406x (33 %). Hodnocení kvality života známkou dobře, bylo voleno celkem 185x (15%). Hodnocení kvality života dostačující známkou, se objevilo celkem 146x (12 %). Hodnocení kvality života známkou nedostačující, bylo zvoleno celkem 68x (5 %).

Prvním výzkumným problémem bylo: Jsou se svým zdravím více spokojeni s diagnózou atopický ekzém chlapci nebo dívky? Ze statistického hlediska není významný rozdíl ve spokojenosti se svým zdravím mezi pohlavím. Přijímáme tedy nulovou hypotézu. Druhým výzkumným problémem bylo: Jak bezpečně se cítí respondenti s diagnózou atopický ekzém ve svém životě? Není statisticky významný rozdíl mezi tím, jak bezpečně se cítí jedinci žijící ve městě a v obci. Opět přijímáme nulovou hypotézu. Třetím výzkumným problémem bylo: Má vliv výskyt onemocnění atopický ekzém v rodině respondentů na jejich stravování? Z hlediska statistického není významný rozdíl v omezování se ve stravě mezi skupinou, kde se potvrdil výskyt onemocnění v rodině a skupinou, kde ne. Přijímáme nulovou hypotézu. Čtvrtým výzkumným problémem bylo: Budou rozdíly v pocíťování rozpaků spojených s onemocněním atopický ekzém různé vzhledem k věku respondentů? Není statisticky významný rozdíl mezi tím, jak trapně či v rozpacích se cítí skupina 15 - 18 let a 9 - 11 let. Přijímáme nulovou hypotézu. Pátým výzkumným problémem bylo: Má vliv hospitalizace na následné dodržování režimu léčby u respondentů s diagnózou atopický ekzém? Není rozdíl v dodržování stanovené léčby mezi skupinami, která byla hospitalizována a která hospitalizována pro atopický ekzém nebyla. Přijímáme nulovou hypotézu. Posledním výzkumným problémem bylo: Má délka léčby atopického ekzému vliv na sportování respondentů? I v tomto případě není významný statistický rozdíl mezi skupinou, která se léčí méně než 5 let a více jak 5 let, tudíž opět přijímáme nulovou hypotézu. Na všechny výzkumné problémy jsme si odpověděly. Výsledky byly pro větší přehlednost zaneseny do grafů.

Kvalita života u těchto respondentů není tak nízká, jak jsem na začátku předpokládala. Buďto je to tím, že opravdu nemáme tolik pozorování, ale může to být i tím, že výzkumné šetření probíhalo v kožních ambulancích, kde je stanovená léčba na dobré úrovni, adekvátní a individuální pro každého nemocného s atopickým ekzémem. Jinak by nám výzkum vyšel, pokud bychom prováděly výzkumné šetření u hospitalizovaných pacientů v nemocnici. Tito pacienti bývají hospitalizováni pro zhoršení stavu nemoci, proto by jejich nynější kvalita života byla snížena, oproti těm, kteří prožívají průběh nemoci bez závažnějšího zhoršení.

Pro praxi je důležité, abychom kvalitu života u dětí a dospívajících s atopickým ekzémem neustále zkoumali a posouvali směrem kupředu. Zaměřovali se na jednotlivé oblasti zdraví, stránku fyzickou, psychickou, sociální i poměrně novou spirituální oblast a hodnotili je všechny současně.

## SOUHRN

Téma diplomové práce se soustřeďuje na problematiku kvality života u dětí a dospívajících trpících atopickým ekzémem. Záměrem bylo zjistit, jak vnímají jednotliví pacienti své onemocnění, pomocí kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníku. Dotazník se skládá celkem z 27 otázek, u kterých převažují uzavřené odpovědi. Výzkumné šetření probíhalo ve třech kožních ambulancích ve Zlínském kraji. Jednalo se o kožní ambulanci v Bystřici pod Hostýnem, v Holešově a v Kroměříži. Šetření bylo uskutečněno v kožních ambulancích v měsících prosinec 2015 – duben 2016. Dotazník byl vyplněn celkem 80 respondenty, z čehož jich bylo pro výzkum možno použít pouze 69. Výběr výzkumného vzorku byl skupinový, zaměřen na věkovou skupinu 9 – 18 let. Byly stanoveny výzkumné problémy a hypotézy, které byly následně statisticky ověřovány pomocí testu dobré shody (Pearsonův chí - kvadrát test). Všech šest hypotéz bylo statisticky málo významných, proto byla ve všech případech potvrzena nulová hypotéza. Mezi nejčastěji volené odpovědi z celého dotazníku převládala známka 1, tedy hodnocení kvality života výbornou známkou, celkový počet volby činí 35 %. Hodnocení kvality života chvalitebnou známkou, se vyskytovalo celkem v 33 %. Hodnocení kvality života známkou dobře, činilo 15 %. Hodnocení kvality života dostačující známkou, vyšlo celkem v 12 %. Hodnocení kvality života známkou nedostačující, bylo zvoleno celkem v 5 %.

## SUMMARY

This thesis theme focuses on the issue of the quality of life in children and adolescents suffering from atopic eczema. The intention was to find out how they perceive the individual patients of their disease, using quantitative research. Quantitative research survey was conducted through questionnaire. The questionnaire consists of a total of 27 questions, which outweighed the closed answers. The survey was conducted in the three dermatological outpatient clinics in the Zlín region. It was a skin clinic in Bystřice pod Hostýnem, Holešov and Kroměříž. Therefore, the investigation was conducted in skin clinics during the months of December 2015 – April 2016. The questionnaire was filled a total of 80 respondents, of which there were for the research can only be applied 69. The selection of the research sample was a group, aimed at the age group 9 – 18 years. Were established research problems and hypotheses, which were then statistically verified using a test of goodness of fit (Pearson's chi-square test). All six hypotheses were statistically insignificant, therefore, was in all cases confirmed the null hypothesis. Among the most frequently selected responses from the whole questionnaire prevailed mark 1, therefore, the evaluation of the quality of life an excellent mark, the total number of options amounts to 35 %. Evaluation of the quality of life chvalitebnou mark, there were a total of 33 %. Evaluation of the quality of life the sign of a well, was 15 %. Evaluation of the quality of life sufficient to mark out total in 12 %. Evaluation of the quality of life a sign of insufficient, has been selected a total of 5 %.

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANON. 2009. *Atopický ekzém - onemocnění dětí i dospělých*. Causa Subita. Roč. 12, č. 3, s. 113 - 114. ISSN 1212-0197.
2. BARNES, C. K. 2009. *An update on the genetics of atopic dermatitis: Scratching the surface* in Journal of Allergy and Clinical Immunology. Vol. 125, Issue 1, Pages 16 – 29. Dostupné z: doi:10.1016/j.jaci.2009.11.008
3. BENÁKOVÁ, N. 2013. *Atopická dermatitida – aktuální možnosti léčby v první linii*. První linie. Roč. 3, č. 2, s. 5 - 8. ISSN: 1804-9028.
4. BENÁKOVÁ, N. 2013. *Atopická dermatitida*. Československá dermatologie. Roč. 88, č. 5, s. 245. ISSN: 0009-0514.
5. BUCHVALD, D. 2014. *Poruchy vrovnej imunity – nové patogenetické aspekty atopické dermatitidy*. Dermatologie pro praxi. Roč. 8, č. 1, s. 25 - 27. ISSN 1803-5337.
6. BUSINCO, L., G. BRUNA a M. FERRARA. 2002. *Jak pečovat o dítě s ekzémem*. Praha: Institut UCB pro alergie. 31 s. ISBN 978-80-254-1108-7.
7. BYSTROŇ, J. 1997. *Alergie: průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. Ostrava: Mirago. 228 s. ISBN 80-85922-46-0.
8. CSISCO, M. 2013. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Roč. 12. [online]. 9. 12. 2013 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseetrovatelske-praxi-473279>.
9. ČAPKOVÁ, Š. 2009. *Léčba atopické dermatitidy u dětí*. Postgraduální medicína. 11 (2), 196206. ISSN 1212-4184.
10. ČAPKOVÁ, Š. 2009. *Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba*. Dermatologie pro praxi. Roč. 3, č. 3, s. 119 - 124. ISSN 1803-5337.
11. ČAPKOVÁ, Š. 2009. *Současná situace a novinky v léčbě atopické dermatitidy*. Zdravotnické noviny. Roč. 58, č. 23, s. 16. ISSN 1214-7664.
12. ČAPKOVÁ, Š., V. ŠPIČÁK a F. VOSMÍK. 2009. *Atopický ekzém*. 4., přeprac. vyd. Praha: Galén. 142 s. ISBN 978-80-7262-645-8.
13. ČAPKOVÁ. 2008. *Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba*. Pediatrie pro praxi. Roč. 9, č. 6, s. 369 - 375. ISSN 1803-5264.
14. ČECH, E. a kol. 2006. *Porodnictví*. Grada Publishing, spol. s.r.o. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8

15. ČELAKOVSKÁ, J. 2012. *Výživa u atopického ekzému*. Dermatologie pro praxi. Roč. 6, č. 3, s. 127 – 130. ISSN 1803-5337.
16. ČIHÁK, R. 1997. *Anatomie 3*. Praha: Grada. 655 s. ISBN 80-7169-140-2.
17. ČORNANIČOVÁ, R. 2005. *Konceptualizácie kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Zborník - Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. S. 27 – 37.
18. DRUMOS, M. 2014. *Kult porcelánově bílé pleti - barva kůže a co ji ovlivňuje*. Steamzine.cz. [online]. 16. 2. 2014 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://melissadrumos.blogspot.cz/2014/02/kult-porcelanove-bile-pleti-barva-kuze.html>
19. DYLEVSKÝ, I. 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
20. DYLEVSKÝ, I. 2011. *Základy funkční anatomie*. Praha: Poznání. 336 s. ISBN 978-80-87419.
21. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: GRADA. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
22. GUTOVÁ, V. 2010. *Současný přístup k diagnostice a léčbě atopického ekzému*. Dermatologie pro praxi. Roč. 4, č. 1, s. 10 – 14. ISSN 1803-5337.
23. HEGYI, E. 1993. *Moderná terapia dermatovenerologických chorob v lekárskej praxi*. Bratislava: Hegprof. 350 s. ISBN 80-967035-01.
24. HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociológia. Roč. 44, č. 4, s. 407 – 425. ISSN 1336-8613.
25. HOFHANZLOVÁ, J. 2009. *Atopický ekzém, alergie, astma: možnosti léčby pro děti i dospělé: ošetřování, výživa, recepty*. Jihlava: Calendula. 173 s. ISBN 978-80-903971-1-8.
26. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
27. JAEGER, T. 2015. *Acid-coated Textiles (pH 5.5–6.5) – a New Therapeutic Strategy for Atopic Eczema?* Acta Derm Venereol. 95: 659–663.
28. JIRÁKOVÁ, A. a kol. 2011. *Praktický přístup k léčbě atopické dermatitidy*. Dermatologie pro praxi. Roč. 5, č. 2, s. 69 – 72. ISSN 1803-5337.
29. JOHANSSON, E. K., a kol. 2015. *Atopic and nonatopic eczema in adolescence: is there a difference*. British Journal of Dermatology. s. 962 – 968. Dostupné z: doi: 10.1111/bjd.13901.

30. KOBISA, M. a kol. 2012. *Atopická dermatitida u dětí*. Dermatologie pro praxi. Roč. 6, č. 4, s. 168 - 172. ISSN 1802-2960.
31. KOBISA, M. a kol. 2012. *Atopická dermatitida u dětí*. Pediatrie pro praxi. Roč. 13, č. 3, s. 176 - 180. ISSN: 1213-0494.
32. Křivohlavý, J. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
33. LEWIS - JONES, S. 2006. *Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema*. International Journal of Clinical Practice, 60: 984–992. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1742-1241.2006.01047.
34. MEDICAL PICTURES INFO. Useful health Definitions and Pictures. *Atopic dermatitis*. [online] [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://medicalpicturesinfo.com/atopic-dermatitis/>
35. MERKUNOVÁ, A. a OREL, M. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. 302 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1521-6.
36. MIKŠOVÁ, Z. a kol. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 171 s. ISBN 80-247-1442-6.
37. NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
38. NOVOTNÝ, F. 2010. *Atopický ekzém*. Praha: Triton. 91s. ISBN 978-80-7387-202-1.
39. PÁLKOVÁ, H. 2012. *Atopický ekzém u dětí a jeho zdravotně sociální dopad*. České Budějovice. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
41. PÁNKOVÁ, R. 2014. *Atopická dermatitida – co je nového?* Dermatologie pro praxi. Roč. 15, č. 5, s. 257 - 263. ISSN: 1213-0494.
42. PÁNKOVÁ, R. 2015. *Atopická dermatitida – co je nového?* Dermatologie pro praxi. Roč. 9, č. 1, s. 25 - 30. ISSN: 1802-2960.
43. PÁNKOVÁ, R. 2015. *Atopická dermatitida – co je nového?* Medicína pro praxi. Roč. 12, č. 1, s. 13 - 18. ISSN: 1214-8687.
44. PAYNE, J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha. Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
45. PYUN, B. 2015. *Natural History and Risk Factors of Atopic Dermatitis in Children*. Allergy Asthma Immunol Res. 7(2). 101-105. Dostupné z: doi.org/10.4168/aair.2015.7.2.101.

46. ROKYTA, R. a kol. 2008. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech. 2., přeprac. vyd.* Praha: ISV. 426 s. ISBN 978-80-86642-48-2.
47. RŮŽIČKOVÁ JAREŠOVÁ, L. 2012. *Celoroční péče o atopickou a velmi suchou pokožku.* Dermatologie pro praxi. Roč. 6, č. 1, s. 6 – 10. ISSN 1803-5337.
48. RŮŽIČKOVÁ JAREŠOVÁ, L. 2013. *Atopický ekzém a pimecroismus.* Dermatologie pro praxi. Roč. 7, č. 4, s. 156 - 158. ISSN: 1213-0494.
49. SIMPSON, E., a kol. 2014. *Emollient Enhancement of the Skin Barrier from Birth Offers Effective Atopic Dermatitis Prevention.* The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 134.4 : 818–823. PMC. Web. 23 Feb. 2016.
50. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2014. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. IV, Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4342-4.
51. SLONKOVÁ, S. 2012. *Spis Rath.* Praha: Dead Line Media. 160 s. Insider. ISBN 978-80-260-2778-2.
52. SLOVÁČEK, L. a kol. 2004. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby.* Vojenské zdravotnické listy. Roč. 73, č. 1, s. 6 – 9. ISSN 0372-7025.
53. THEOFILOU, P. 2013. *Quality of Life: Definition and Measurement.* Europe's Journal of Psychology [online]. vol. 9, no. 1, p. 150-162 [cit. 2015-03-25]. ISSN 1841-0413. Dostupné z: doi: 10.5964/ejop.v9i1.337.
54. VAĐUROVÁ, H. a MŮHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska.* Brno: Masarykova Univerzita. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
55. VIKTORINOVÁ, M. 2010. *Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii.* Dermatologie pro praxi. Roč. 2, č. 2, s. 78 – 82. ISSN 1803-5337.
56. VIKTORINOVÁ, M. 2010. *Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii.* Dermatologie pro praxi. Roč. 4, č. 1, s. 25 – 32. ISSN 1803-5337.
57. ZÁHEJSKÝ, J. 2006. *Zevní dermatologická terapie a kosmetika.* Praha: Grada Publishing a.s. 136+4 s. ISBN 80-247-1551-1.
58. *Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století.* 2001. MZ ČR, Praha. 28 s.



## SEZNAM ZKRATEK

°C	Celsiův stupeň
AE	atopický ekzém
Aj.	a jiné
apod.	a podobně
APT testy	Atopy patch testy (epikutánní testy)
Atd.	a tak dále
Dg.	diagnóza
DNA	deoxyribonukleová kyselina
H	hypotéza
H <sub>0</sub>	nulová hypotéza
H <sub>A</sub>	alternativní hypotéza
IL1	interleukin 1
kg	kilogram
l	litr
m	metr
ml	milimetr
mm	milimetr
n	četnost
např.	například
pH	potenciál vodíku
RNA	ribonukleová kyselina
TNF	tumor nekrotizující faktor
UVA	ultrafialové sluneční záření spektrum A
UVB	ultrafialové sluneční záření spektrum B
VP	výzkumný problém
WHO	World Health Organisation

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1.** Léčba atopické dermatitidy podle závažnosti
- Tabulka 2.** Přehled používaných kortikosteroidů
- Tabulka 3.** Použití místních kortikosteroidů
- Tabulka 4.** Pohlaví respondentů
- Tabulka 5.** Navštěvovaná škola respondentů
- Tabulka 6.** Trvalé bydliště respondentů
- Tabulka 7.** Věk respondentů
- Tabulka 8.** Likertova škála vnímání života respondentů s diagnózou atopický ekzém
- Tabulka 9.** Vnímání života respondentů na škále „určitě ne“ až „určitě ano“
- Tabulka 10.** Vnímání života respondentů na škále „nikdy“ až „stále“
- Tabulka 11.** Hodnocení zdraví v závislosti na pohlaví respondentů
- Tabulka 12.** Chí – kvadrát statistika hodnocení zdraví v závislosti na pohlaví respondentů
- Tabulka 13.** Hodnocení bezpečí v závislosti na trvalém bydlišti
- Tabulka 14.** Chí – kvadrát statistika hodnocení bezpečí v závislosti na trvalém bydlišti
- Tabulka 15.** Hodnocení stravování v závislosti na výskytu onemocnění AE v rodině
- Tabulka 16.** Chí – kvadrát statistika hodnocení stravování v závislosti na výskytu onemocnění AE v rodině
- Tabulka 17.** Hodnocení rozpaků v závislosti na věku respondentů
- Tabulka 18.** Chí – kvadrát statistika hodnocení rozpaků v závislosti na věku respondentů
- Tabulka 19.** Hodnocení léčebného režimu v závislosti na hospitalizaci respondentů pro své onemocnění atopický ekzém
- Tabulka 20.** Chí – kvadrát statistika hodnocení léčebného režimu v závislosti na hospitalizaci respondentů pro své onemocnění atopický ekzém
- Tabulka 21.** Hodnocení sportování v závislosti na délce léčby atopického ekzému
- Tabulka 22.** Chí – kvadrát statistika hodnocení sportování v závislosti na délce léčby atopického ekzému

## **SEZNAM GRAFŮ**

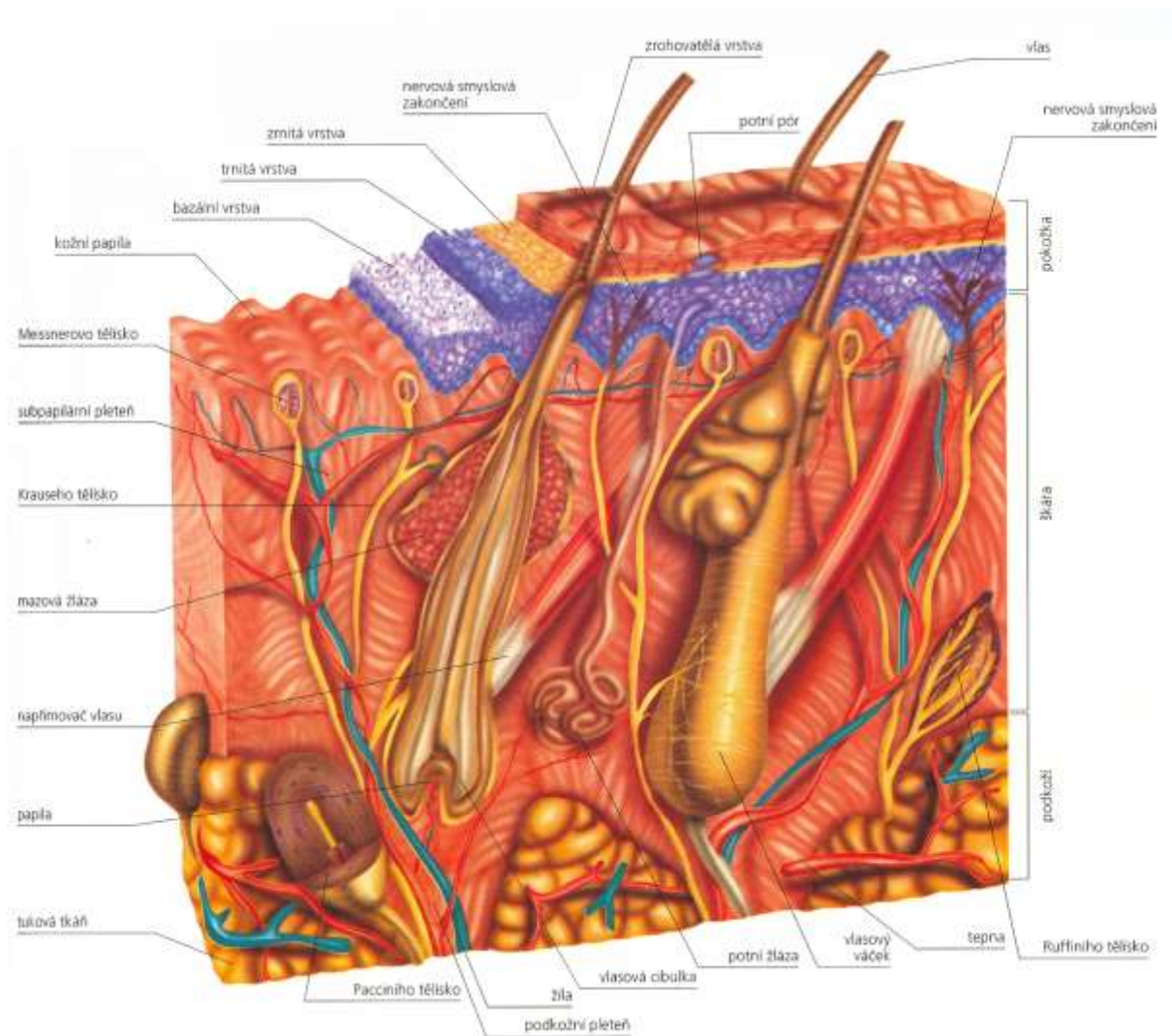
- Graf 1. Pohlaví respondentů**
- Graf 2. Navštěvovaná škola respondentů**
- Graf 3. Navštěvovaná škola respondentů**
- Graf 4. Věk respondentů**
- Graf 5. Hodnocení zdraví v závislosti na pohlaví respondentů**
- Graf 6. Hodnocení bezpečí v závislosti na trvalém bydlišti**
- Graf 7. Hodnocení stravování v závislosti na výskytu onemocnění AE v rodině**
- Graf 8. Hodnocení rozpaků v závislosti na věku respondentů**
- Graf 9. Hodnocení léčebného režimu v závislosti na hospitalizaci respondentů pro své onemocnění atopický ekzém**
- Graf 10. Hodnocení sportování v závislosti na délce léčby atopického ekzému**

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha 1.   Řez kůže**
- Příloha 2.   Dotazník**
- Příloha 3.   Fotografie atopického ekzému na ruku**
- Příloha 4.   Fotografie atopického ekzému u kojence**
- Příloha 5.   Fotografie atopického ekzému u dítěte**
- Příloha 6.   Fotografie atopického ekzému na břicho**
- Příloha 7.   Fotografie atopického ekzému na nohu**

# PŘÍLOHY

## Příloha 1. Řez kůže



Řez kůže (Drumos, 2014)

## Příloha 2. Dotazník

Vážené dívky, vážení chlapci,

jmenuji se Bc. Klára Vaculíková a obracím se na vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který bude použit pouze ke zpracování mé diplomové práce, zabývající se problematikou „Kvalita života dětí a dospívajících s atopickým ekzémem.“ Dotazník je zcela anonymní, nebude poskytnut žádným dalším osobám. Vaše odpovědi pomohou zmapovat kvalitu života ve zmíněné problematice, odpovídejte proto, prosím, pravdivě.

### Pokyny k vyplnění dotazníku:

**Zvolenou odpověď** (vždy jen jednu), prosím, **zakřížkujte** do příslušného okénka. V první části tabulky je pro zhodnocení použita škála 1-5, (jako ve škole - výborný, chvalitebný, dobrý, dostatečný, nedostatečný). Zvolte tedy tu „známku“, která nejvíce odpovídá Vaší situaci. Postupujte tak u všech škál.

Děkuji za spolupráci

Bc. Vaculíková Klára  
studentka navazujícího magisterského oboru  
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

	1	2	3	4	5
1. Jak hodnotíš své zdraví?					
2. Máš dostatečné informace o svém onemocnění?					
3. Jak bezpečně se cítíš ve svém každodenním životě?					
4. Máš dostatek energie?					
5. Je Tvůj spánek dostačující?					
6. Jsi schopen/na přijmout to, jak vypadáš?					
	<b>Určitě ne</b>	<b>Spíše ne</b>	<b>Nejsem si jist/a</b>	<b>Spíše ano</b>	<b>Určitě ano</b>
7. Cítil/a ses špatně pro svůj zdravotní stav?					
8. Urážel nebo posmíval se Ti někdo kvůli tomu, jak vypadá Tvá kůže?					
9. Vyhýbají se Ti kamarádi kvůli tomu, jak vypadá Tvá kůže?					
10. Cítil/a ses kvůli své kůži trapně nebo v rozpacích?					
11. Omezuješ se v jídle kvůli svému onemocnění?					
12. Ovlivňovala Tvá kůže to, jaké oblečení sis oblékal/a?					

	<b>Nikdy</b>	<b>Občas</b>	<b>Dost času</b>	<b>Většinu času</b>	<b>Stále</b>
13. Způsobovala Tvá kůže nepříjemné pocity (pálení, svrbění, bolest,...)?					
14. Dodržuješ stanovený léčebný režim?					
15. Zabírala Ti péče o kůži moc času?					
16. Měla Tvá kůže vliv na společenské nebo rekreační aktivity?					
17. Způsobovala Ti kůže problémy se sportováním?					
18. Nemohl/a jsi jít kvůli svému onemocnění do školy?					

19. Délka trvání léčby: .....

20. Byl jsi někdy s atopickým ekzémem přijatý do nemocnice, kolikrát?

- Ano  
 Ne

Kolikrát: .....

21. Výskyt onemocnění v rodině:

- Ano  
 Ne

22. Omezuje nějak Tvé onemocnění ostatní členy rodiny?

- Ano  
 Ne

23. V čem se Ti přizpůsobují? (Vypiš)

24. Jaké je Tvé pohlaví?

- Dívka  
 Chlapec

25. Navštěvovaná škola:

- Základní škola  
 Střední odborné učiliště  
 Střední škola  
 Gymnázium  
 Jiná škola, napiš: .....

26. Místo bydliště (město, obec): .....

27. Kolik je Ti let?

- 9-11  
 12-14  
 15-18

**Příloha 3. Fotografie atopického ekzému na rukou**



(Zdroj: [Medicalpicturesinfo.com](http://Medicalpicturesinfo.com))



**Příloha 4. Fotografie atopického ekzému u kojence**



(Zdroj: [Medicalpicturesinfo.com](http://Medicalpicturesinfo.com))

**Příloha 5. Fotografie atopického ekzému u dítěte**



(Zdroj: [Medicalpicturesinfo.com](http://Medicalpicturesinfo.com))

**Příloha 6. Fotografie atopického ekzému na břicho**



(Zdroj: Medicalpicturesinfo.com)

**Příloha 7. Fotografie atopického ekzému na nohou**



(Zdroj: Medicalpicturesinfo.com)

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Klára Vaculíková
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PaedDr. Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Kvalita života dětí a dospívajících s atopickým ekzémem
<b>Název v angličtině:</b>	Children and Adolescents with Atopic Eczema and Quality of their life
<b>Anotace práce:</b>	<p>Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do třech oblastí. První oblast vymezuje základní poznatky spojené s anatomií a fyziologií kůže. Představuje pojetí o stavbě kůže, přídatných orgánů kožních a o samotném fungování kožního systému spolu s imunitním systémem, který s danou problematikou úzce souvisí. Další oblast je věnována samotnému onemocnění. Zde je vymezena celá etiopatogeneze atopického ekzému, přes vznik, prevalenci, příčiny, příznaky až po léčbu tohoto onemocnění. Poslední oblast je věnována kvalitě života. Je zde vymezeno základní pojetí tohoto pojmu, různé přístupy ke kvalitě života, nástroje k měření kvality života a vyhodnocování kvality života. Druhá část se zabývá metodikou práce. Záměrem je zjistit, jak vnímají jednotliví pacienti své onemocnění. V této kapitole je popsán průběh celého výzkumu od zahájení až po jeho ukončení, výsledky práce, závěr a diskuse.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Atopický ekzém, atopická dermatitida, děti, dospívající, kvalita života, výživa, kůže.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The diploma thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three areas. The first area defines the basic knowledge associated with the anatomy and physiology of the skin. Represents the concept about the construction of the skin, supplementary organs of the skin and about the functioning of the skin system together with the immune system, which with the given issues are closely related. Another area is devoted to the actual disease. Here is defined the whole of etiopathogenesis of atopic eczema, despite the emergence, prevalence, causes, symptoms after the treatment of this disease. The last area is dedicated to the quality of life. Here is defined the basic concept of this concept, different approaches to quality of life, instrument to measure quality of life and evaluation</p>

	<p>of the quality of life. The second part deals with the methodology of work. The intention is to find out how they perceive the individual patients of their disease. In this chapter it is described the progress of the whole research from the start to its completion, the results of the work, conclusion and discussion.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Atopic eczema, atopic dermatitis, children, adolescents, Quality of life, nutrition, skin.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha 1. Řez kůže  Příloha 2. Dotazník  Příloha 3. Fotografie atopického ekzému na ruku  Příloha 4. Fotografie atopického ekzému u kojence  Příloha 5. Fotografie atopického ekzému u dítěte  Příloha 6. Fotografie atopického ekzému na břicho  Příloha 7. Fotografie atopického ekzému na nohu</p>
<b>Rozsah práce:</b>	76 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk