

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

ŽIVOTNÍ STYL A MOŽNOSTI POHYBOVÉ AKTIVITY U PACIENTŮ S KOŽNÍM
ONEMOCNĚNÍM

Diplomová práce

(bakalářská)

Autor: Andrea Wenhardtová, Rekreatologie

Vedoucí práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund Ph.D.

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autora: Andrea Wenhardtová

Název bakalářské práce: Životní styl a možnosti pohybové aktivity u pacientů s kožním onemocněním.

Pracoviště: katedra Rekreologie

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dr. Martin Sigmund Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2015

Abstrakt: Tato bakalářská práce je zaměřena na režimová opatření a konkrétní doporučení u pacientů trpících lupénkou. Práce je rozdělena do tří základních kapitol. Nejprve řeší kvalitu života, životní styl a prevenci různých nemocí. Je zde popsána anatomie kůže, nejčastější kožní onemocnění a hlavní část je zaměřena na onemocnění psoriázou. Dále jsou pak v práci uvedena režimová opatření, možnosti zdravé životosprávy, vhodné pohybové aktivity a v závěru konkrétní doporučení pro pacienty s lupénkou.

Klíčová slova: životní styl, kvalita života, psoriáza, lupénka, psoriatik, životospráva, stres, pohybová aktivita.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Andrea Wenhardtová

Title of the bachelor thesis: Lifestyle and possibilities of motional activity of patients who suffer from a dermatological disease

Department: department of Recreology

Supervisor: PhDr. Dr. Martin Sigmund Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract: This bachelor thesis is concerned with psoriatic patients' lifestyle, possibilities of motional activity and the whole question of their life quality. Firstly, it deals with life quality, lifestyle and how to prevent different diseases. Skin anatomy is also described here, the most common skin diseases are mentioned as well. The main part deals with psoriasis. The life quality, the opportunities of healthy lifestyle and the appropriate motional activities are also part of my work. Thinking about new ways that could improve their life quality and specific recommendations for patients who suffer from this disease.

Keywords: lifestyle, quality of life, psoriasis, psoriatic, regimen, stress, motional, activity

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Dr. Martina Sigmunda Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržela zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 24. 11. 2014

.....

Děkuji PhDr. Dr. Martinu Sigmundovi Ph.D. za pomoc, cenné rady a zkušenosti, které mi poskytl jak při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu a pomoc.

OBSAH

1	ÚVOD	11
2	CÍLE PRÁCE	12
3	PŘEHLED POZNATKŮ	13
3.1	Kvalita života	13
3.2	Životní styl a životní způsob	18
3.2.1	Aktivní životní styl	19
3.3	Zdraví a nemoc	21
3.3.1	Přístup ke zdraví	22
3.3.2	Obecná problematika prevence onemocnění	23
3.3.3	Stres jako možný spouštěč nemocí	24
3.4	Anatomie a funkce kůže	28
3.4.1	Dělení kožních onemocnění	30
3.5	Psoriáza – lupénka	34
3.5.1	Typy psoriázy	38
3.5.2	Prožívání u pacientů postižených lupénkou	40
3.6	Možnosti terapie Psoriázy	46
3.6.1	Doporučený postup léčby psoriázy	48
3.7	Prevence lupénky	49
3.7.1	Režimová opatření při psoriáze a doporučení pro pacienty	50
3.7.2	Zdravá životospráva v rámci prevence lupénky	51
3.7.3	Pohybová aktivita při lupénce	55
3.7.4	Vhodné pohybové aktivity pro psoriatiky a jejich význam	56
3.7.5	Rizika pohybové aktivity při lupénce	57
3.8	Konkrétní doporučení pro pacienty s lupénkou	58
4	ZÁVĚR	62
5	SOUHRN	63
6	SUMMARY	64
7	REFERENČNÍ SEZNAM	65

SEZNAM SCHÉMAT

Schéma 1.	Maslowova pyramida potřeb.....	14
Schéma 2.	Model kvality života.....	15
Schéma 3.	Model kvality života armády Kanady.....	16
Schéma 4.	Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto.....	17
Schéma 5.	Strategie zvládnání stresu.....	28

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1.	Vrstvy kůže.....	29
Obrázek 2.	Potravinová pyramida.....	54
Obrázek 3.	Pyramida pohybových aktivit.....	56

SEZNAM ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
AŽS	Aktivní životní styl
BMI	Body Mass Index
CNS	Centrální nervová soustava
QoL	Quality of Life, Kvalita života
Kg	Kilogram
Km	Kilometr
m ²	Metr čtverečný
Např.	Například
SPAE	Společnost psoriaticů a atopických exematiků
SPV	Společnost pro výživu
TK	Tlak krve
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
μg	Mikrogram

1 ÚVOD

Psoriáza není onemocnění, které by život ohrožovalo, ale dokáže jej značně znepříjemnit. S psoriázou jde ruku v ruce také snížení kvality života a to nejen u jedince, který je kožní chorobou postižen. Tento problém se často dotýká i rodiny.

Pro lidi neznalé věci se může toto kožní onemocnění jevit „pouze“ jako kosmetická vada na kráse člověka, ale pravdou je, že lidé postiženi lupénkou musí této chorobě podřídít celý svůj život a vybudovat si svůj vlastní životní styl.

Můj zájem o tuto problematiku vyvolalo výrazné propojení choroby s psychikou jedince, která významným způsobem ovlivňuje vznik a průběh nemoci. Jako farmaceutický reprezentant navštěvuji kožní ambulance a lékaře (dermatology) s přípravky, které podporují léčbu právě psoriázy a suché kůže, která s ní souvisí. S tímto onemocněním se tedy setkávám, i když nepřímo, právě ve své každodenní pracovní činnosti. Proto vím, že pacienti s psoriázou vedou nekonečný boj se svou chorobou, přičemž jejich ošetřující kožní lékaři se jim snaží být co nejvíce nápomocni.

Moje bakalářská práce je prací teoretickou a je zaměřena právě na život lidí, kteří trpí psoriázou. Práci jsem rozdělila do tří hlavních kapitol. V úvodu se zabývám kvalitou života, životním stylem a životním způsobem, problematikou prevence a dalšími důležitými faktory, které ovlivňují zdraví člověka. Hlavní část bakalářské práce tvoří teoretické poznatky o kůži a kožních onemocněních, kdy jsem se zaměřila na lupénku. Zabývám se její historií, epidemiologií, zmiňuji se o patogenezi, etiologii, o jejím celkovém průběhu. Dále se pak zabývám chorobami, které by lupénku mohly doprovázet, terapií a neméně důležitou prevencí, kde uvádím režimová opatření, možnosti správné životosprávy, vhodné pohybové aktivity a v závěru se dostávám ke konkrétním doporučením pro pacienty.

2 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce je syntéza teoretických poznatků v oblasti kvality života a životního stylu s ohledem na kvalitu života a životní styl u pacientů s kožním onemocněním, konkrétně psoriázou. Dále zaměřením se na režimová opatření, vhodnou pohybovou aktivitu a konkrétní doporučení pro pacienty s psoriázou.

3 PŘEHLED POZNATKŮ

3.1 Kvalita života

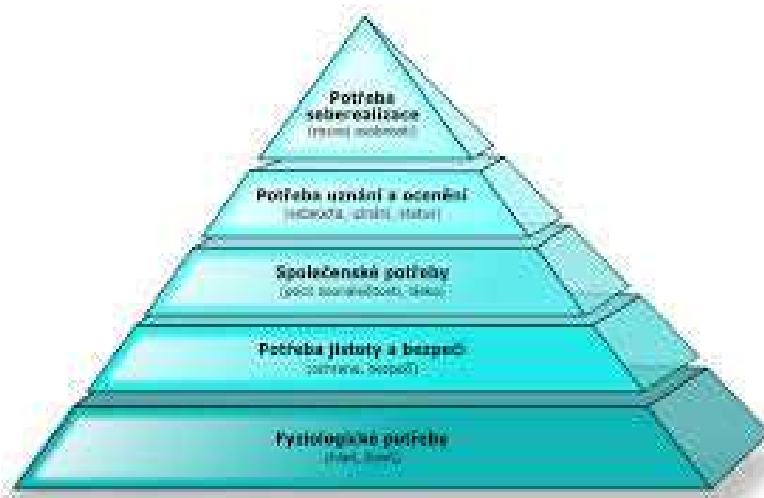
„Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby“ (Slováček, et al., 2004, 6).

„Kvalita života“ (Quality of Life – QoL) jako pojem se poprvé objevil již v minulém století. Kvalita života byla zkoumána v jednotlivých oborech jako např. v psychologii, sociologii, medicíně, politologii, ekologii, ekonomice, atd. Nejdříve byla zkoumána materiální stránka života společnosti jako celku a poté postupně přecházel výzkum v nemateriální stránku života. Zde se výzkum zaměřuje na jedince a jeho subjektivní vnímání (Slováček, et al., 2004). Správná definice pojmu kvalita života není zcela vymezená. V dnešní době existuje mnoho různých definic, které vymezují pojem „kvalita života“, ale žádná z nich není úplně akceptována. Dá se říci, že všechny definice jsou postaveny na podobném společném základu, který položil Thomas Küchler. Ten do kvality života zahrnuje fyzické zdraví, sociální uplatnění a psychickou pohodu (Guggenmoos-Holzmann, et al., 1995).

Kvalita života je velmi často charakterizována jako posuzování své vlastní životní situace svým subjektivním pohledem. Tento pohled kromě fyzického zdraví zahrnuje i celkovou psychickou pohodu, uplatnění ve společnosti aj. (Slováček, et al., 2004). Kvalitu života, ale ovlivňuje spousta aspektů jako např. věk, větší výskyt nemocí současně - polymorbidita, pohlaví, vzdělání, ekonomická a rodinná situace, kulturní zázemí a další. O tom všem se dá hovořit jako o celkovém obrazu kvality života (Němcová, 2008).

V medicíně je pojem kvalita života brán jako důležitý parametr závažnosti choroby. Tento důležitý parametr vychází z pyramidy potřeb podle Maslowa a hodnotí se podle sebraných dat od pacienta. Tato pyramida potřeb je rozdělena do několika skupin dle důležitosti potřeb pro člověka na nižší a vyšší potřeby. Nejdříve jsou vždy uspokojovány potřeby v dolní části pyramidy, tedy fyziologické (vyprazdňování, spánek) a následně se přechází k uspokojování potřeb vyšší úrovně, kde se řadí potřeba jistoty, bezpečí, lásky a souznělosti, uznání a nakonec seberealizace.

Schéma č. 1.: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: <http://www.paventia.cz/sluzby/dobrovolnictvi-/bio-psycho-socialni-potreby-ditete/teorie-o-hierarchie-potreb/>

Do dnešní doby nejsou přesně stanovená pravidla, podle kterých by se dala kvalita života měřit. Nedá se ani předpokládat, že hodnocení kvality života bude stejné ve všech státech. Přesto existují teorie, které se snaží komplexně vystihnout kvalitu života (Gurková, 2011). Např. k jednoduchým modelům patří model Honzáka, který hodnotí kvalitu života podle tělesné pohody a podle psychické, sociální a duchovní pohody. V neposlední řadě existuje model pro kvalitu života podle Klenera, který se řídí pěti faktory, a to fyzickou kondicí, psychickým a sociálním stavem, funkční zdatností a spokojeností s léčbou (Guggenmoos-Holzmann, et al., 1995).

Na kvalitu života se dělají rozsáhlé studie také v zahraničí. Hodnotí se celkový efekt léčby nejen pomocí laboratorních výsledků, ale i pomocí hodnotících dotazníků, které se zabývají právě kvalitou života. V ČR je zatím hodnocení kvality života nemocných na úrovni výzkumu (Slováček, et al., 2004).

Pro znázornění možností měření kvality života lze uvést několik příkladů. Kováč vytvořil model kvality života, který má tři úrovně: bazální (všelidskou), individuálně specifickou (civilizační) a elitní (kulturně duchovní). Každá se skládá ze šesti komponentů různé váhy a významu. Model je zastřešen smyslem života jako průřezového systémového psychického regulátoru chování (lidského konání) (Kováč, 2004).

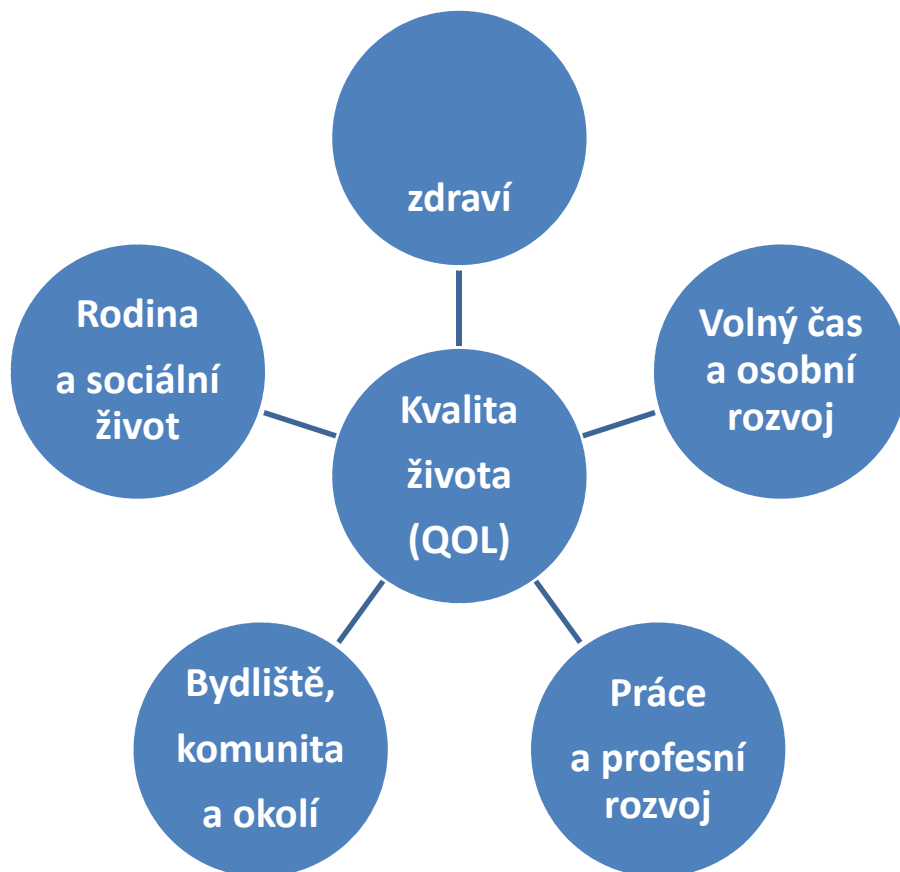
Schéma č. 2.: Model kvality života

Smysl života		
	Bezproblémové stárnutí Úroveň kultivace osobnosti Společenské uznání Podpora závislým Podpora života Univerzální altruismus	
Axiologické styly (dionýsovský, apolonský), životní styly (celibát, workoholismus), ideové styly (dogmatismus, liberalismus), kognitivní styly	Pevné zdraví Prožívání životní spokojenosti Uspokojivé sociální prostředí Úroveň společenského vývoje Přátelské prostředí Úroveň znalostí a kompetencí	Vášně (sexuální, hráčská, cestování), koníčky (sport, tvořivost), zájmy (o věci, lidi, ideje)
	Dobrý fyzický stav Normální psychický stav Vyrůstání ve funkční rodině Odpovídající mater. sociální zabezpeč. Život chránící životní prostředí Získání schopností a návyků pro přežití	

Zdroj: Kováč, D. (2004): *Kultivace integrované osobnosti*. Psychologie Dnes, 2004 (2) 12-14

V praxi jsou aplikovány také zjednodušené modely. Kanadské ozbrojené síly se v práci s lidskými zdroji (Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces) opírají o model kvality života, který obsahuje pět základních domén a ty jsou systematicky monitorovány.

Schéma č. 3.: Model kvality života armády Kanady



Zdroj: Review of Quality of Life Project Management. Chief Review Services, Canada (2004)

Schéma č. 4.: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>

Kožní onemocnění, jako je psoriáza má velmi významný dopad na kvalitu života nemocného jedince. Kvalita života pacienta postiženého lupénkou je srovnatelná s kvalitou života u pacientů trpících např. diabetem mellitus, nádory, respiračními chorobami, nebo srdečním onemocněním. Lidé, kteří trpí lupénkou často mívají pocity méněcennosti, úzkosti, mají pocity viny, zklamání, izolují se od společnosti a často také trpí depresemi (Němcová, 2008). Psoriáza je signifikantně spojena se snížením kvality života (health-relate quality of life, QoL). Psychosociální a psychosomatický dopad psoriázy by se neměl podceňovat. Téměř polovina léčených pacientů s lupénkou uvádí negativní vliv onemocnění na jejich denní aktivity, u třetiny nemocných se vyskytuje úzkost a u dvou třetin nemocných se vyskytují deprese (Vašků, 2009).

3.2 Životní styl a životní způsob

Pojem životní styl se nejprve objevil v literatuře již ve 40. letech minulého století a postupně začal pronikat do zahraničních redakcí, časopisů a na fakulty univerzit (Ivanová, 2006).

Hodaň, Dohnal (2008) uvádí, že životní styl se týká jednotlivce, ale dá se i říci, že vychází z životního způsobu příslušné sociální skupiny, která vyjadřuje strukturu, dynamiku a souhrn všech životních činností členů skupiny. Životní styl je ovlivňován například společenskými procesy, typy vykonávané činnosti, nastavením společenských a individuálních hodnot. „Životní styl je vyjádřením konkrétního člověka jako člena určité skupiny“ (Hodaň, Dohnal, 2008, 90). Hodaň (2007) dále definuje životní styl jako projev osobního přístupu jednotlivce k vlastnímu životu, který bývá považován za základního činitele především v procesu tvorby zdraví. Zdraví každého člověka je významným způsobem ovlivňováno životosprávou a životním stylem, kterým jedinec žije. Je to důležitý faktor pro naše zdraví, a to v každém období života. Pojem životní styl se v sociologii prolíná spolu s dalším pojmem jako např. životní způsob přičemž mezi těmito pojmy zatím není žádné významné vymezení (Honzík, 1965). Životní způsob lze charakterizovat jako soubor činností a vztahů, zvyklostí a různých životních projevů, které jsou charakteristické pro určitou skupinu, společenství či společnost (Dufková 2005).

B. a J. Filipcovi (1972) vycházeli z názorů zahraničních sociologů a strukturovali životní způsob takto:

1. Typické činnosti, které lidé používají k uspokojování svých potřeb
2. Vztahy, které v těchto činnostech mohou vznikat
3. Normy, hodnoty a ideje, které jsou s těmito činnostmi spojeny

Pokud porovnáme pojmy životní styl a životní způsob můžeme si všimnout, že řada sociologů vnímá pojem životní způsob jakoby nadřazený pojmu životní styl (Dufková, 2005). Životní styl je tedy vnímán jako termín označující projev života jednotlivých částí společnosti (jednotlivců, skupin, které jsou spjaty s konkrétními podmínkami jejich společenského života, práce, vzdělání, využívání volného času, apod.). Termín životní způsob se tedy bude vztahovat na celou společnost (Ivanová, 2006).

3. 2. 1 Aktivní životní styl - AŽS

AŽS můžeme definovat podle Valjenta (2010) jako rovnováhu mezi duševním a fyzickým zdravím. Pojem aktivní životní styl ve většině případů bývá chápán stejně jako pojem zdravý životní styl.

Z různé dostupné literatury je možné AŽS rozdělit na dvě základní složky:

Biologické složky

A) Pohybová činnost

Je nejdůležitější činnost, kterou je potřeba k získání a udržení „aktivního zdraví“. Je důležité si uvědomit, že cvičení a to kdekoliv (např. v přírodě, v tělocvičně, ve fitness centru i doma) bychom měli do svého životního stylu pravidelně začleňovat, a to 3x týdně alespoň 20–40 minut.

Dle Coopera (1986) je nejefektivnější aerobní činnost, která je vhodně doplňována posilovacím cvičením nebo gymnastickým cvičením např. jógou a pak také kolektivními sporty, které jsou náročnější na koordinaci např. tenis, volejbal, fotbal atd.

Dle Jansy (2005) je zase nejefektivnější posilování a protažení formou různých sérií cviků na jednotlivé partie a to 2x týdně, a 1x týdně aerobní aktivita, jako je běhání, cyklistika, plavání, chůze, aerobic, apod.

Z výše uvedeného také vyplývá, že chceme-li docílit spalování tuků, je nutné dbát na pravidelnost.

B) Zdravá výživa

Je velmi důležitou složkou, která je základním kamenem pro aktivní a zdravý život. Touto otázkou se také zabýval Cooper (1986).

Dodržování rovnováhy mezi kalorickým příjmem a energetickým výdejem je klíčovou strategií, která nám umožní udržet tělesnou váhu pod kontrolou. Dalším faktorem je omezení celkového příjmu tuků a upřednostňování tuků rostlinných před živočišnými. V jídelníčku by mělo být zařazeno dostatečné množství čerstvé zeleniny a ovoce, nezapomínat na konzumaci ryb, dávat přednost celozrnnému pečivu, minimalizovat solení a do jídelníčku začlenit i nízkotučné mléčné výrobky. Za klíčové je také považováno dodržování pitného režimu. Dle Librové (1994) není také špatné přemýšlet nad vegetariánskými pravidly výživy (nemusíme se stát vegetariány). Ke vhodným také patří potraviny bohaté na vlákninu.

C) Rizikové faktory

K velmi rizikovým faktorům patří požívání škodlivých a pro lidský organismus nevhodných látek jako např. alkohol, cigarety a drogy. Kladné účinky na lidský organismus mohou mít pití vína a piva, pokud se jedná o malé množství. Do této skupiny lze zařadit i nutnost dostatečně vydatného spánku, který by měl trvat u dospělého člověka v průměru 7–8 hodin denně (Sharkey, 1990).

Psychosociální složky

A) Duševní rovnováha

Je další důležitou složkou AŽS. K navození psychické pohody je zapotřebí vykonávání pohybové aktivity, která u člověka vytvoří subjektivní spokojenost a pocit příjemné únavy. Pro celkovou duševní rovnováhu je také důležité pěstování koníčků a zájmů, které nám umožní aktivně odpočívat.

B) Sociální prostředí

Životní styl je reakcí člověka na jeho životní podmínky (Dufková 2007). Tato věta jasně vystihuje člověka a životní prostředí, ve kterém se pohybuje. Pokud jedinec žije aktivním životním stylem, bývá to z převážné části ovlivněno jeho prostředím, ve kterém žije, společenskou skupinou, ve které se pohybuje, výchovou a názory přátel. Důležitým vlivem pak je i životní úroveň v závislosti na ekonomických podmínkách. Na straně druhé je ale i možno říci, že člověk, který nemá dostatek finančních prostředků, má vždy možnost vybrat si z některých pohybových aktivit. Např. běhat se dá kdekoliv, kdykoliv a nic to nestojí. Souvislost s AŽS má také výběr prostředí, ve kterém se člověk pohybuje, ať už trvale jako bydlení na venkově, nebo plánování výletů či dovolených do oblastí se zdravějším vzduchem.

C) Kulturní a vzdělávací činnost

Pokud má skupina či jednatel žít aktivním životním stylem, je nutné se o něm nějakým způsobem dozvědět. Možností je v dnešní době celá řada. Nejčastěji se o novinkách dovídáme ve sdělovacích prostředcích, ve školách, od přátel apod.

D) Preventivní zdravotní péče

K zabezpečení AŽS patří také preventivní zdravotní péče. Je dobré, když si člověk hlídá svou hmotnost a popřípadě ji reguluje. Náš zdravotní systém umožňuje pravidelné preventivní prohlídky, proto je vhodné jich využívat pro své dobro. Na preventivní prohlídce nám zpravidla bývá měřen krevní tlak. Dle doporučení české kardiologické společnosti by jeho hodnota měla být pod 130/80 mm Hg, dále hladina cholesterolu v krvi, kde by hodnota měla být do 5 mmol/l, hodnota HDL, tedy ochranného cholesterolu, by měla být vyšší než 1 mmol/l u mužů a 1,3 mmol/l u žen.

Pokud máme sedavé zaměstnání, je vhodné se zamyslet nad úpravou pracovního prostředí. Volit správnou kancelářskou židli, používat opěrky předloktí a opěrky pod zápěstí. Při práci se protáhnou projít se apod.

Aktivní životní styl je důležitou prevencí proti chorobám (Klescht, 2008). Dá se tedy předpokládat, že pokud se budeme ohlížet na výše uvedené složky, docílíme minimalizaci rizikových faktorů, které přispívají k rozvoji neinfekčních nemocí, kde se řadí lupénka, kardiovaskulární onemocnění, zhoubná onemocnění, obezita, hypertenze a další. Je jasné, že aktivním životním stylem úplně neodvrátíme možný nástup těchto onemocnění, ale je velmi pravděpodobné, že s pravidelnou pohybovou aktivitou snížíme riziko vzniku možných nemocí, popřípadě oddálíme nástup a zlepšíme si kvalitu života.

3.3 Zdraví a nemoc

Oficiální definice celosvětové zdravotnické organizace zní: „*Zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a nejen stav nepřítomnosti nemoci a slabosti.*“ Vzhledem k tomu, že člověk a jeho organizmus je soustavně ovlivňován prostředím, dá se konstatovat, že tento stav není trvalý a neměnný. Alternativní terapie se přiklánějí k jiné definici zdraví a to: „*Zdraví je vnitřní rovnováha v těle.*“ Vysvětlení příčiny nemocí je jeden z hlavních rozdílů vědecké a nevědecké medicíny. Když vezmeme v úvahu alternativní medicínu, která je založená na předpokladu, že nemoc začíná jako stav nerovnováhy v podvědomí, a že nikdy neonemocní pouze tělo samotné, ale vždy onemocní celý člověk. Zdravotní problémy pokud jsou to tedy chronická nebo civilizační onemocnění nevznikají ze dne na den. Je to proces, který se vyvíjí. Dle mého názoru obě zmíněné definice dávají smysl. Vždy záleží na jednotlivci, jak se svým zdravím hodlá nakládat, protože za své zdraví je zodpovědný každý

sám. Pokud se zamyslíme nad pojmem zdraví v širokém slova smyslu z hlediska fyzického, duševního i sociálního, zjistíme, že být zdravým člověkem je předpokladem, ke štěstí a k úspěchu. Je potřeba si uvědomit, že zdraví nemusí být samozřejmostí, jeho kvalita bývá proměnlivá a to v závislosti na podmínkách, ve kterých žijeme, na čase, apod. Pokud budeme naše děti vychovávat ve zdravých podmínkách a budeme jim osobním příkladem, můžeme zvýšit šance dětí na budoucí zdravý život. Dle světové zdravotnické organizace WHO mají na zdraví lidí pozitivní nebo negativní vliv tři základní faktory: sociální, biologické a ekonomické. Podpora zdraví je tedy, celospolečenskou záležitostí.

3. 3. 1 Přístup ke zdraví

Potřeby lidí ve 20. století se výrazně liší od potřeb lidí ve 21. století. Rychlý technický rozvoj zrychlil životní tempo lidí, objevují se stále nové pracovní technologie, na základě kterých lidé více komunikují, cestují a rozmanitěji tráví svůj volný čas. Zodpovědný přístup ke zdraví je velmi důležitý. Řadě zdravotních rizik se nedá vyhnout, důvodem bývají genetické dispozice nebo nepříznivé sociální podmínky. Přesto správným způsobem života můžeme některá rizika vedoucí k onemocnění omezit nebo snížit. S dobrým vztahem ke svému zdraví se člověk bohužel nerodí, vytváří se postupně, a proto je potřeba rizikům předcházet výchovou mládeže k zodpovědnosti ke zdraví, ke zdravému životnímu stylu, ale také výchovou jak rizikům předcházet. Čím dříve je jedinec schopen posoudit rozdíly mezi zdravím a nemocí, tím vyšší je šance na prožitý život ve zdraví.

Kenneth Cooper (1986) zavedl teorii „Aktivní zdraví“, která se také rozhodně týká přístupu ke zdraví. Tato teorie zkoumala oblast fyziologie tělesných cvičení a výživy. Základní osu celé teorie tvořil vzájemný vztah mezi pohybovou aktivitou, výživou a duševní rovnováhou. Program „Aktivní zdraví“ byl propagován v USA v letech 1968 – 1977 a dokázal, že stoupl počet cvičících dospělých lidí z 25% na 47%, což zapříčinilo zvýšení průměrné délky života Američanů o 2,7 roku - tedy 3 krát více než v jiných desetiletích.

V rámci pohybové aktivity sestavil Cooper žebříček nejzdravějších sportů: 1) běh na lyžích, 2) plavání, 3) jogging, 4) cyklistika, 5) chůze. Doporučoval také kolektivní sporty, ale z důvodu střídání intenzity zátěže musely být prováděny po delší čas.

Z hlediska stravování ve svém programu doporučuje dodržování vyváženosti mezi základními druhy živin v poměru 50% polysacharidy, 20% bílkoviny, 30% tuky a zároveň dodržování pravidla poměru energetického příjmu u tří hlavních jídel v poměru 25% snídaně, 50% oběd a 25% večeře.

Třetí základní potřebou uvedenou v Cooperově programu je duševní rovnováha, kde jako důležité složky uvádí spánkový režim a zařazení odpočinku do denního režimu. Duševní rovnováhu pak přináší pravidelně vykonávaná pohybová aktivita se správnou výživou.

Tím, že lidé takto dokázali žít, stoupl jim sebevědomí a pocit uspokojení, který se projevil ve všech sférách.

3. 3. 2 Obecná problematika prevence onemocnění

Zdraví společnosti až z 50% ovlivňuje životní styl, jako nejvýznamnější činitel, dále je to prostředí s úzkým propojením na činnost člověka (20%), genetické faktory (20%) a pouze z 10% ovlivňuje zdraví zdravotnictví jako takové (Ivanová, 2006).

Po dobu mnoha let převládal pocit, že zdravé návyky jsou nudné, těžce prosaditelné a nelákavé. Mnozí se domnívají, že uplatňovat zdravý životní styl znamená podrobit se dlouhému seznamu zákazů. Dle Ivanové (2006) existuje 8 rozhodujících faktorů, které ovlivňují zdraví a působí jako prevence proti onemocnění.

A) POTRAVA

Přijímání potravy je návyk, který nejvíce ovlivňuje naše zdraví. A to nejen druh potravy, ale i čas a forma jejího přijímání působí rozhodujícím způsobem na náš organizmus. Potrava a základní živiny jsou potřebné pro růst a zachování tkání v těle a také pro správné fungování organismu.

B) VZDUCH

Kyslík obsažený ve vzduchu je nevyhnutelný pro spalování potravy v našich buňkách a na produkování energie nevyhnutelné pro život.

C) VODA

Naše tělo obsahuje 60% vody. Denně bychom měli vypít kolem dvou litrů tekutin. Nejlépe pramenité vody, nebo minerálky, přičemž je potřeba dávat pozor na obsah sodíku a cukru.

D) SLUNCE

Sluneční světlo je nevyhnutelné pro život a uchování zdraví. Díky němu se v pokožce vytváří vitamín D. Ultrafialové záření (pokud doba vystavení není příliš dlouhá) má dezinfekční účinek, stimuluje všechny životní procesy a posilňuje organizmus.

E) TĚLESNÉ CVIČENÍ

Nejlepším tělesným cvičením je chůze. Naše tělo je možné přirovnat ke stroji, který je zkonstruován pro pohyb. Cvičením zabraňujeme vzniku vysokého TK, obezity a udržujeme si organizmus v dobré kondici.

F) ODPOČINEK

Odpočinek má být posilňující a dostatečně dlouhý. U dospělých představuje sedm hodin denně.

G) ZDRŽOVÁNÍ SE TOXICKÝCH LÁTEK

Škodlivost alkoholu, tabáku a drog byla dostatečně prokázána. Přestat užívat tyto škodliviny je nejlepším rozhodnutím jaké je možné udělat ve prospěch zdravého a šťastného života.

H) DOBRÝ DUŠEVNÍ STAV

Uprostřed napětí, které nám přináší moderní život, je velmi těžké dosáhnout duševního pokoje. Podstatné ale je, zvyknout si brát věci klidněji, netrápit se, nepěstovat nenávist k ostatním a k sobě samému, s úsměvem a optimizmem přistupovat k řešení životních nástrah.

3. 3. 3 Stres jako možný spouštěč nemocí

Dle mého názoru stres úzce souvisí s řadou životních situací. Stres je označován chorobou století. Stresem označujeme např. úzkost, frustraci a situace, které jsou pro člověka nepříjemné (Hartl, 1993).

Dle dalších autorů je označován jako „stav organismu, kdy jeho integrita je ohrožena a on musí zapojit všechny svoje schopnosti na svoji ochranu“ (Brockert, 1993, 53).

V souvislosti s člověkem byl stres zpočátku definován jako negativní emocionální zážitek, který doprovází další faktory jako např. fyziologické nebo biochemické změny dle situace ohrožující konkrétního jedince (Křivohlavý, 1994).

Stres je velkou hrozbou všech onemocnění a bývá právě i spouštěčem. V dnešní době si na sebe bereme mnoho povinností, ať je to v osobním nebo profesním životě, proto bychom se měli naučit se stresem zacházet, popřípadě se mu vyhnout.

V různých literaturách se uvádí, že stres může vyvolat cokoliv. Pro každého jedince může stres navodit jiná událost. Pro někoho to může být nějaká životní změna, např. svatba, rozvod, rozchod, stěhování, změna zaměstnání apod. Pro jiného nějaká katastrofická událost. Je ale jisté, že velkou příčinou stresu bývá práce, nemoc, ztráta blízké osoby, ale můžou to být i například přípravy Vánoc nebo nějaké oslavy.

Příznaky stresu

Křivohlavý (1994) dělí příznaky stresu do tří skupin:

Fyziologické – bušení srdce, bolest a svírání za hrudní kostí, nechutenství, bolest břicha, průjem, sexuální impotence, svalové napětí, migréna, vyrážka.

Emocionální – rychlé změny nálady, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav, nadměrné pocity únavy, podrážděnost

Behaviorální – nerozhodnost, snížená kvalita práce, častější kouření a konzumace alkoholu, drogy, ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání se.

Dělení stresu

Podle Birkenbihlové (1996) se stres dělí na DISTRES a EUSTRES. Distres je pro člověka stresem negativním, ze kterého máme špatný pocit, který nás vyčerpává a ničí, zkrátka je pro nás škodlivý. Eustres je stresem pozitivním, pro člověka důležitým a často jej člověk vyhledává nebo je nucen jej vyhledávat. Je to např. eustres v rodině, v činnostech, které nás baví (sport, záliby, práce). Může to být eustres z různých životních úspěchů např. maturita, státní zkouška, nová práce apod.

Předcházení a zvládání stresu

Může se nám zdát, že stresu se vyhnout nedá, ale pokud si stanovíme jistá pravidla a přizpůsobíme životní styl externím podmínkám, s velkou pravděpodobností se stresu budeme úspěšně vyhýbat, budeme ho umět minimalizovat, nebo se s ním naučíme lépe pracovat.

Pokud se chceme stresu vyhnout, musíme si stanovit jasný pracovní řád, time management a dodržovat jej. Případné spory řešit raději osobně a nenatahovat je písemnou formou. Jestliže jsme nuceni pracovat i doma, tak vždy odpočatí s čistou hlavou. Ve škole bychom měli dodržovat podobná pravidla jako v práci. Nenechávat učení na poslední chvíli, ale učit se průběžně. Je důležité stanovit si cíle, jakých bychom chtěli v daném časovém horizontu dosáhnout. Neměli bychom zapomínat na odpočinek mezi učením. Před zkouškou pomáhá relaxace a uklidňování se.

Zvládání zátěže – Coping

Jak už bylo uvedeno, nemoc představuje pro organizmus a psychiku člověka značnou zátěž, tím zároveň podněcuje snahu se určitým způsobem s touto situací vyrovnat. Vágnerová (2004) v této souvislosti popisuje několik na sebe navazujících fází, které se obvykle objevují při zpracování nové ne příliš příjemné reality. Před stanovením přesné diagnózy je přítomna určitá nejistota spolu se zvýšenou pozorností věnovanou svému zdravotnímu stavu. Diagnostikování konkrétní nemoci obvykle vyvolává šok s tendencí popřít tento fakt. Po odeznění této první reakce nastává období určitého negativizmu spojené s pocitem frustrace způsobené ztrátou zdraví. Zároveň se objevuje hněv na aktuální situaci, kterou nemocný vnímá jako nespravedlivost. Nemocný má tendenci svoji zlost ventilovat a terčem často bývá zdravotnický personál nebo rodina. Postupně dochází k částečné adaptaci na onemocnění, pacient je přístupnější k léčbě a aktivně spolupracuje s lékařem na léčebných postupech ke zlepšení svého zdravotního stavu. Poslední fází je smíření se s nemocí, které nastává ve chvíli, kdy si pacient uvědomí, že nelze stav úplného zdraví vrátit zpět. U lupénky nemusí proces adaptace dojít až do poslední fáze a to za předpokladu, že existuje naděje na vyléčení nebo alespoň zmírnění příznaků. Pacienti postižení lupénkou se řadí mezi jedince, kteří mají neustálou naději a podnikají kroky, které by mohly vést ke zlepšení stavu. Pokud zvolené metody nepřinášejí efekt, může se stupňovat pocit marnosti, zoufalství a bezmoci. Vágnerová (2004) v této souvislosti rozlišuje „coping“ zaměřený na řešení problému (využívaný právě

v případě, kde se boj s chorobou jeví jako smysluplný) a protipólem je coping zaměřený na obranu vlastních pocitů (jeho cílem je udržení přijatelné emoční nálady v případě značně negativní prognózy). Když se zamyslíme nad tím, co zmínila Vágnerová, tak u pacientů s lupénkou je pravděpodobné, že se pacient dostane do cyklického procesu, při kterém se uvedené strategie zvládání střetávají. Pokud se nedaří medicínská léčba ani jiné pokusy o uzdravení nebo zlepšení, jedinec se ke své nemoci začne stavět pasivně do doby, než se objeví nový preparát nebo něco co ještě nevyzkoušel. Pak má opět naději a stává se aktivnějším v léčbě.

Křivohlavý (2002) má odlišný přístup ke strategiím zvládání choroby. Hovoří o aktivních a únikových strategiích. V prvním případě je zjevná iniciativa ze strany nemocného najít přiměřené řešení, ve druhém případě je naopak typická tendence „skrýt“ se před problémem a s ním souvisejícím ohrožením. V této souvislosti se domnívám, že je potřeba si uvědomit závažnost situace ve smyslu izolace jedince postiženého lupénkou. Vlastní tělesný vzhled může člověka s lupénkou dotlačit k myšlence, že by se měl vyhýbat sociálním kontaktům a tím předcházet nepříjemným pocitům, které pramení z interakcí se zdravými. Tím se pomyslný odstup mezi nemocným a zdravým ještě více prohloubí a může dojít k vyčlenění nemocného jedince ze společnosti a nastává problém, který už není schopen řešit bez odborné pomoci.

„Coping je zvládání. Na zvládání se vážou čtyři skutečnosti“ (Křivohlavý, 2009, 172).

1. Zvládání není jednorázovou záležitostí. Je to dynamický proces.
2. Zvládání není automatickou reakcí.
3. Zvládání vyžaduje určitou snahu a námahu jednající osoby.
4. Zvládání je snahou řídit dění.

K tomu je potřeba mít dobrý zdravotní stav, dostatek sil, pozitivní myšlení a dobré znalosti sociálního chování (Křivohlavý, 2009).

„Kultivaci myšlení a pozitivnímu vztahu ke světu napomáhá: Ujasnění si svých cílů a očekávání od života, přijímání a poskytování pomoci, zlepšování fyzické kondice, relaxování“ (Řezáč 1998, 148).

Řezáč (1998) uvádí přehled strategie zvládání stresu:

Rovina kondiční	
<i>Tělesná a duševní cvičení</i>	
Preventivní (před zátěží)	Podpůrná (při zátěži)

Rovina koncepční	
<i>Ujasnění, případně předefinování vztahu k sobě a světu</i>	
Vytvoření tzv. pozitivního scénáře života	

Schéma č. 4.: Strategie zvládání stresu

K předcházení stresu je důležitá relaxace. Relaxace je spjatá somatika s psychikou, kdy se uvolní svalové a duševní napětí (Hartl, 1993).

3.4 Anatomie a funkce kůže

Kůže je jedním z největších orgánů lidského těla. Je to vlastně rozhraní mezi organismem a zevním prostředím. Povrch kůže má plochu kolem 1,5 až 2 m² a její hmotnost odpovídá zhruba 10% tělesné hmotnosti. Kůže se skládá z pokožky (epidermis), škáry (dermis) a podkožního vaziva (subcutis) (Štork, et al., 2008).

Anatomie kůže:

Pokožka

Tvoří ji vrstvy buněk dlaždicového epitelu. Horní vrstvy neustále rohovatí, odumírají a posléze se olupují. U jedince se zdravou kůží je to standartní jev způsobený neustálým se vzdalováním horní vrstvy od zdroje živin. Obnova celé pokožky trvá asi 3 týdny, přičemž za život se z člověka oloupe 18 – 22 kg odumřelé kůže.

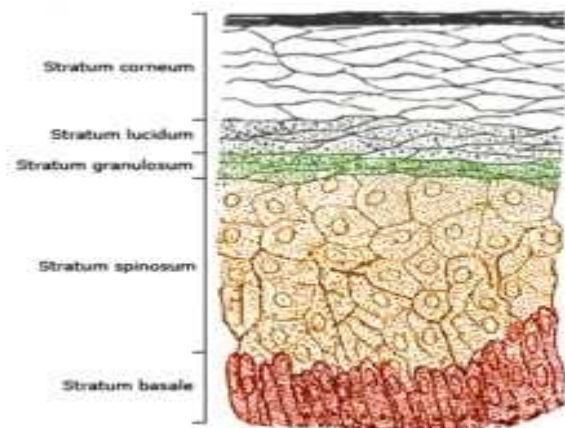
Škára

Pevná a pružná vrstva kůže je označována vrstvou druhou. Tvoří ji kolagenová a elastická vlákna. Přírodním projevem stárnutí kůže je ztráta elasticity a tvorba vrásek.

Podkožní vazivo

Vrstva pod škárrou, která obsahuje různé množství tukových buněk, ve kterých jsou rozpouštěny vitamíny. Slouží nám jako zásobárna energie a určuje tvar těla. Úkolem podkožního vaziva je ochrana a izolace svalů a nervů.

Obrázek 1. Vrstvy kůže



Zdroj: Štork, et al., (2008)

Funkce kůže

Štork, et al., (2008) dělí funkce kůže takto:

Bariérová (ochranná) funkce – vytváří fyzikální, chemickou a biologickou bariéru. Fyzikální bariérou rozumíme ochranu před vnějšími vlivy (teplem, chladem, vodou), kterou zajišťuje hydratovaná a promaštěná rohová vrstva kůže. Chemická bariéra uplatňuje mechanické vlastnosti kůže, schopnost kyselého kožního pláště a samočisticí schopnost kůže. Biologická bariéra, pokud je neporušená rohová vrstva, se podílí právě na samočisticí funkci kůže prostřednictvím filmu kyselého pH, které působí antimikrobiálně.

Sekreční funkce – kůže produkuje keratin, melanin, pot a maz. Keratin plní funkci rezistence vůči chemickým a fyzikálním vlivům. Melanin je pigment a zajišťuje fotoprotekci. Pot je významný pro termoregulaci a hydrataci rohové vrstvy a neméně důležitou složkou je maz, který zajišťuje vytvoření ochranného tukového filmu na povrchu kůže.

Metabolická funkce – kůže představuje 1/3 aktivity jater a probíhá zde metabolismus sacharidů tuků a bílkovin.

Regulační funkce – kůže se podílí na termoregulaci změnami prokrvení (např. v teplém a suchém prostředí zvýšená sekrece potu a odpařování vody.)

Senzorická funkce – kůže plní funkci smyslového orgánu, který registruje teplo, chlad, tlak, bolest nebo dotyk.

Imunologická funkce – kůže jako imunologický orgán. Na podněty odpovídá fyziologickými a patologickými imunitními reakcemi.

Depotní funkce – kůže je důležitou zásobárnou vody, kdy při porušení kožního povrchu způsobeného např. u ekzémů vysoce stoupá ztráta vody.

Psychosociální funkce – vzhled jedince je podmíněn stavem kůže, fyziologickými změnami jako např. stárnutí nebo kožními projevy ve smyslu onemocnění kůže. Kůže je jakýmsi nonverbálním komunikátorem a tím i důležitým faktorem, který ovlivňuje chování a postavení jedince ve společnosti. Vzhled kůže může vést k projevům méněcennosti.

3. 4. 1 Dělení kožních nemocí

V této kapitole se pokusím stručně objasnit některé nejčastěji se vyskytující kožní nemoci rozdělené do skupin.

1. Dermatózy ze zevních příčin

- Poškození kůže vyvolané fyzikálními vlivy, chemickými látkami, zářením např. ultrafialovým, rentgenovým.

2. Fotodermatózy

- Jsou choroby, na jejichž vzniku se podílí světlo zejména ultrafialová část slunečního záření. Změny na kůži vyvolané sluncem – spálení sluncem, fotostárnutí, solární kopřivka, apod.

3. Dermatózy vyvolané parazity

- Změny na kůži vyvolané členovci jako např. svrab, vši, blechy, štěnice, klíšťata, apod.

4. Houbové infekce

- Je to kožní infekce, která se živí keratinem, proto napadá rohovějící kůži jako vlasy, nehty, napadá vousatou část obličeje u mužů, apod.

Dělí se na 3 hlavní skupiny:

Houby antropofilní – žijí na člověku a přenášejí se z člověka na člověka nebo z jedné části těla na jinou.

Houby zoofilní – se přenášejí na člověka ze zvířat a to hlavně domácích a zemědělských. U zvířat je reakce velmi mírná, kdežto u člověka způsobují výraznou zánětlivou reakci.

Houby geofilní – žijí v půdě a infekce u člověka jsou velmi vzácné.

5. Bakteriální infekce

- Bakteriální infekce vyvolána různými koky např. nejznámější je Staphylococcus aureus nebo streptokoky, kteří způsobují hnisavé záněty na různých částech těla. Řadí se zde také borelióza, lepra, a další.

6. Virové infekce

- Kožní projevy na kůži a sliznicích, které se dají velmi rychle diagnostikovat – jako např: opar, molusca, spalničky, zarděnky, plané neštovice, bradavice a další.

7. Ekzémy

- Ekzém je nejčastější kožní chorobou. Je to neinfekční zánětlivá dermatóza s maximem změn na kůži. Nejznámější je atopický ekzém, který může postihovat velkou část povrchů kůže. Dalšími mohou být kontaktní ekzémy, alergické reakce např. na léky, kov, apod. Mohou to být kožní choroby z povolání způsobené mechanickými, tepelnými, chemickými nebo biologickými vlivy.

8. Bulózní dermatózy

- Zde jsou řazeny závažné chronicky probíhající choroby sliznic a kůže, kdy vznikem puchýřů se může jednat o život ohrožující dermatózy.

9. Neinfekční granulomatózní dermatózy

- Skupina chronických zánětlivých onemocnění charakterizovaných tvorbou granulomů (shluků mnohjaderných buněk). Např. zánětlivá reakce v okolí cizorodého materiálu proniklého do kůže.

10. Nemoci podkožní tukové tkáně

- Zánětlivé choroby podkožní tukové tkáně vyvolané infekčními, fyzikálními, chemickými, metabolickými a imunologickými příčinami. Jde o jednotlivé či mnohočetné uzly nebo plošné projevy.

11. Poruchy pigmentace

- Projevy nedostatku či nadbytku melaninu. U osob se světlou pletí se projevují zčervenáním. U osob s pigmentovanějším typem kůže přibývá hnědočerný eumelanin. Stimulantem bývá UV záření, zvýšená teplota, zánětlivé faktory nebo hormonální dysbalance.

12. Kožní projevy z poruch metabolismu a nutrice

- Bývají to hypovitaminózy v důsledku špatného složení stravy (např. kurděje) nebo hypervitaminózy z přílišného přívodu vitamínů rozpustných v tucích.

13. Nemoci vlasů a ochlupení

- Nemoci jako – změny tvaru vlasů, změny barvy vlasů, nadměrný růst, nadměrné vypadávání, ohraničená ztráta vlasů, apod.

14. Nemoci nehtů

- Chorobné změny nehtů jsou velice rozmanité. Změny mohou postihovat samotnou nehtovou ploténku, nehtové lůžko nebo nehtové valy. Bývají to změny tvaru nehtu, změna barvy, konzistence nebo jejich kombinace. Mohou být vrozené nebo získané, dočasné nebo trvalé.

15. Akné a příbuzné dermatózy

- Zánětlivé onemocnění mazových žláz a vlasových folikulů většinou v oblasti obličeje, zad, ramen a hrudníku. Nejčastěji se objevuje u mladých v období puberty.

16. Nemoci rtů a ústní dutiny

- Onemocnění rtů ve formě zánětu, onemocnění jazyka, kdy na jazyku jsou viditelné anomálie, onemocnění dásní, nebo sliznice.

17. Choroby z poruch cirkulace

- Např. chronická žilní insuficience v důsledku poruch žilního oběhu dolních končetin, dále také hemoroidy, trombóza, bércové vředy, apod.

18. Kožní cysty

- Dutiny v kůži vyplněné tekutým, kašovitým nebo pevným obsahem.

19. Kožní nádory

- Mohou být benigní (nezhoubné) nebo maligní (zhoubné). Jedná se o nahromadění buněk, které nevykonávají specifickou funkci orgánu, ze kterého vyšly.

20. Psychodermatózy

- Představují obtížně klasifikovatelné kožní projevy, vyvolané úmyslně či neúmyslně. Souvisí s psychologickými změnami nebo psychiatrickými poruchami a nemocemi. Často se jedná o sebepoškozování.

21. Pohlavně přenosné infekce

- Velmi časté nakažlivé choroby, které se přenáší pohlavním stykem. Např: syfilis, kapavka, HIV.

22. Erythemato-papulo-skvamózní dermatózy

- Zde patří různé druhy erytémů – stavy provázené náhlým zčervenáním kůže např. v důsledku vazodilatace provázené pocitem tepla. Různé druhy akutních výsevů. Do této skupiny patří také psoriáza.

(Štork et al., 2008)

3. 5 Psoriáza (lupénka)

„*Psoriáza nezabíjí, ale ničí život*“ (Benáková, Ettler, Štork, Vašků, 2007, 19).

Slovo psoriáza se skládá ze dvou slov řeckého původu (*psao = škrábu se*) a (*psora = svědění, šupina*) (Benáková, 2003). Psoriáza, neboli česky lupénka, je benigní, chronické, zánětlivé onemocnění kůže a kloubů, které je charakterizováno v typických případech papulami pokrytými stříbřitými šupinami kůže (Štolfa, Štork, 2007).

Choroba s sebou nese úbytky v kvalitě života, a často se projevuje také ztrátou produktivity, což vede i k pracovní absenci. Jak uvedli Bhosle, et al. (2006) psoriáza je rostoucí problém. Lupénka postihuje přibližně 2% světové populace. Ve Spojených státech (USA) se vyskytuje asi 250.000 nových případů psoriázy ročně, což se týká téměř 2,2% populace a představuje téměř 2.250.000 návštěv ambulancí za rok. Lupénka je závažný stav, který silně ovlivňuje způsob, jakým člověk vnímá sám sebe a způsob, jakým ho vidí ostatní. Má obrovské ekonomické a finanční důsledky. Celkové roční náklady na léčení psoriázy se odhadují na 4,3 miliard dolarů. Psoriáza je spojena se sociální stigmatizací, bolestí, nepohodlím, tělesným postižením a psychickým strádáním (Bhosle, et al., 2006).

Dle Arenbergra a Jírové (2009) dělíme psoriázu do tří vývojových stupňů:

Latentní (genotypická) - nositelem genetické dispozice pro onemocnění lupénkou je jedinec.

Subklinická (genofenotypická) – klinické změny se neprojevují klasickým způsobem, ale skryté projevy onemocnění se prokazují vyšetřovacími metodami (např. zvýšená regenerace kůže po traumatizaci, atd.).

Manifestní (fenotypická) – zde jsou více nebo méně viditelné kožní projevy. Odchytky zdravé kůže od psoriatické lze zjistit vyšetřovacími metodami.

Epidemiologie (výskyt)

Psoriáza se vyskytuje výhradně u lidí, stejně u obou pohlaví. Nejčastěji se vyskytuje u bílé rasy, méně u asijské a africké populace. U lidí, kteří žijí severním směrem, se

onemocnění vyskytuje častěji. Nejspíš tomu přispívá chladnější podnebí a nedostatečné sluneční záření (Benáková, 2003).

Patogeneze (příčiny vzniku)

Příčina vzniku psoriázy doposud není zcela jasná. V současné době se vznik těchto kožních projevů připisuje autoimunitnímu onemocnění (imunitní systém napadá vlastní struktury a mění je na psoriatické). Zdravá kožní buňka vyzraje a odloupne se zhruba za 28 dní. U psoriázy tento proces trvá pouze 4 dny (Benáková, 2003).

Etiologie (genetika a spouštěcí faktory)

Psoriáza není dědičné onemocnění, zdědit se dá pouze predispozice k nemoci s typem a rozsahem. U člověka, který má genetický předpoklad, může onemocnění psoriázou propuknout ve chvíli, kdy na něj působí vyvolávající faktory (Štork, et al., 2008). Podle Benákové (2003) vyvolávající faktory nejsou jedinou příčinou onemocnění, ale je zřejmé, že pokud se nedaří vyvolávající faktory minimalizovat, projevy psoriázy jsou jen stěží utlumeny. Je tedy nutné špatný vliv vyvolávajících faktorů kompenzovat (Benáková, 2003).

Dle Novotného (1996, 2002) se vyvolávající faktory dělí na zevní a vnitřní:

Zevní vyvolávající faktory

Zánětlivé kožní choroby - akné, různé ekzémy, vyrážka, aj. Zde je možnost přeměny v psoriatickou lézi.

Fyzikální vliv - říznutí, popálena, omrzlina, tetování, otlak, tření a jiné.

Chemické vlivy - poleptání chemikáliemi, očkování, aplikace injekcí, apod.

Vnitřní vyvolávající faktory

Infekční onemocnění a záněty – jsou nejčastějším spouštěčem, po kterém často dochází k akutnímu zhoršení psoriázy (Novotný, 1996).

Psychické vlivy – druhý nejčastější spouštěcí faktor. Patří sem náhlé šokové události, jako například úmrtí v rodině, náhlá neštěstí ap. Řadí se zde velká zátěž v podobě starostí, psychické nálady a stavy jako např. stres, strach, vyčerpání, často to bývá nevyrovnání se s vlastním onemocněním psoriázou (Novotný, 1996).

Hormonální vlivy – faktor, který se projevuje v pubertě. Dívky jsou o dva roky dříve pohlavně zralé než chlapci, proto se u nich psoriáza objevuje dříve. U žen se stav psoriázy zlepšuje v těhotenství, ale po porodu se obvykle zase zhorší (Novotný, 1996).

Interní choroby - při interních chorobách se psoriáza hůře a déle léčí. Týká se to hlavně chorob diabetu, onemocnění jater a choroby štítné žlázy (Benáková, 2003).

Užívání léků – velmi těžce se dá zjistit, zda užívání daného léku je vyvolávajícím faktorem lupénky (Novotný, 2002).

Životospráva – velmi důležitý faktor. Při nedostatku spánku, nadměrné konzumaci alkoholu, kouření se psoriáza zhoršuje (Novotný, 2002).

Sezónní vlivy - negativní vliv na celkový průběh psoriázy mají všechna roční období vyjma léta. Léto 90% psoriatikům přináší zlepšení stavu (Novotný, 1996).

Klinický obraz (formy)

Charakteristickým projevem psoriázy je plochá červená papula (pupínek), která je krytá bělavou šupinou, která může mít velikost bodovitou, kapkovitou nebo mohou splývat v ložiska či rozsáhlé plochy. Většina nemocných s psoriázou vykazuje zlepšení stavu při pobytu na slunci a v letních měsících, naopak zhoršení stavu na podzim, v zimních a jarních měsících (Štork, et al., 2008).

Dermatologové zařazují do pojmu psoriáza několik klinických stavů, které je však nutné dokázat od sebe odlišit na základě průběhu, projevu a lokalizace.

Průběh

„Psoriáza je benigní chronicky recidivující onemocnění, většinou se zlepšující v létě, které výrazně snižuje kvalitu života nemocných (např. více než diabetes, hypertenze, chronické srdeční selhání, apod.). Při těžším postižení vede k částečné izolaci a sníženému sociálnímu a pracovnímu uplatnění nemocných, kteří se často uchylují ke zvýšené konzumaci alkoholu“ (Štork, et al., 2008, 191). Lupénka je způsobena abnormalitou kůže, která urychluje produkci kožních buněk a čas jejich zrání. Může se objevit na jakékoliv části těla nejčastěji však na loktech, kolenou, ve kštici, na nehtech a v křížové oblasti. Lupénka je nemoc léčitelná, ale bohužel nevy léčitelná. U každého jedince se průběh liší. Střídají se období klidnější s období vzplanutí. Typické je sezónní zhoršování. Cílem léčby je dostat nemoc pod kontrolu (Peňázová, 2007). Například psoriáza kštice má velmi významný negativní vliv na kvalitu života nemocných. Jedná se o lokalitu, která pacienty hendikepuje zejména z hlediska společenského a tuto skutečnost navíc potencují omezené léčivé možnosti a častá značná rezistence onemocnění. Postižení kštice může přetrvávat dlouhodobě bez výrazného efektu zavedené terapie (Tichý, Ditrichová, 2010).

Diagnostika

K diagnostice není žádné zvláštní vyšetření. Obvykle postačí, když pacienta prohlédne kožní lékař, který posoudí projevy na kůži. V některých případech se odebere vzorek kůže ze zasažených míst a podrobí se mikroskopickému vyšetření. K případnému vyloučení jiných příčin kožních projevů lze odebrat vzorek krve (Peňázová, 2007). Psoriáza se někdy označuje jako systémová choroba z důvodu současného výskytu více nemocí. Psoriáza postihuje cílové orgány, jako jsou adnexa (přidatné orgány kůže – potní, mazové žlázy, vlasy, nehty) kůže a sliznice. Psoriázu s doprovodnými interními chorobami lze dělit na choroby s podobnou patogenezi a choroby, které vznikají právě v důsledku chronického zánětu. Jako nejčastější nemoci se vyskytují Crohnova choroba, hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus II. typu, obezita dále pak onemocnění jater a často deprese. Pokud je pacient trpící psoriázou pravidelně kontrolován lékařem, ať už dermatologem, internistou nebo praktickým lékařem, může být riziko vzniku těchto chorob sníženo včasnou léčbou (Benáková, Ettler, Štork a Vašků, 2007).

3. 5. 1 Typy Psoriázy

Psoriasis vulgaris (ložisková lupénka)

V překladu „lidová lupénka“, tento typ psoriázy je nejrozšířenější a trpí jím až 95% lidí s lupénkou. Postižená místa u této formy mohou mít rozlišné velikosti, tvary a mohou se taktéž různit počtem. Co se týče tvaru, může se například jednat o ložiska bodová, pak mluvíme o lupénce bodové (*psoriasis punctata*), také mohou být ložiska vázána na lůžka chlupů a vlasů (*psoriasis follicularis*), dále mohou mít ložiska nemoci kapkovitý tvar (*psoriasis guttata*). Kožní léze mohou tvořit mincovitá ložiska (*psoriasis numularis*), celé plochy (*ps. geographica*), anebo mohou také postihnout celé tělo. Jejich hranice s nepoškozenou kůží jsou vždy ostře viditelné. Umístění ložisek bývá často stejné na vnější straně dolních a horních končetin, především na loktech a kolenou. Léze jsou načervenalé nebo červené, velmi přesně ohraničené, pokrývá je množství suchých šupin typicky stříbrné barvy, které se často odlupují. Zhruba u 60 – 70% případů je pocíteno svědění vyrážky, které bohužel způsobuje řadu komplikací.

Psoriasis capillitii (psoriáza kštice)

Nejčastějším místem vzniku lupénky kštice je rozhraní mezi částí hlavy, která je pokryta vlasy a obličejem, především nad čelem a v oblasti spánků. Jsou to nejčastěji postižovaná místa s typickými projevy lupénky. Na jemně zarudlé kůži se mohou v některých případech vytvářet nánosy šupin „azbestovitého“ vzhledu. Tato forma může v některých případech postihnout i celou vlasatou část hlavy.

Psoriasis guttata (kapkovitá lupénka)

Má charakteristický tvar lézí, jde o malé, okrouhlé, ostře ohraničené a osamostatněné léze připomínající kapky vody, nejčastěji se vyskytují u mladých lidí a u dětí. V mnoha případech zapříčiní jejich výskyt streptokoková infekce horních cest dýchacích, často mívá u těchto pacientů závažný průběh. Tento typ lupénky často po několika týdnech z ničeho nic zmizí, ale může se kdykoli znovu objevit, a to například i ve formě ložiskové lupénky (*psoriasis vulgaris*).

Psoriasis inversa (inverzní lupénka)

Tento typ psoriázy se vyskytuje v místech vlhkého zapaření, především jde o místa v podpaží, oblast rýhy pod prsem a na tříselech. Ložiska mají poněkud jiný vzhled než u klasické ložiskové lupénky, jsou zarudlá, ostře ohraničená, avšak nejsou pokrytá pro psoriázu typickými šupinami. Na vrcholu kožního záhybu se někdy může vyskytovat bílý povlak.

Psoriasis unguium (lupénka postihující nehty)

Touto formou je postižena více než polovina psoriaticků, jedná se o typické postižení nehtů, vznikají bodovité jamky na povrchu nehtu (dolíčkování). Dále se také často vyskytují pod nehtem viditelné tzv. „olejové skvrny“, jejichž podkladem jsou psoriatická ložiska, nebo hnědočervené čárkovité prokrvácení viditelné skrz nehet. V konečném důsledku dochází v řadě případů k celkovému odloučení nehtu od nehtového lůžka.

Psoriasis pustulosa (lupénka s tvorbou puchýřků)

Specifická forma psoriázy, kterou je postiženo asi 10% nemocných. Může se zvrhnout z komplikace ložiskové lupénky, pokud některá z použitých léčiv špatně působí. Kromě léčiv může vznikat také v důsledku hormonálních změn, překonané infekce dýchacích cest, anebo v důsledku příliš rychlého ukončení léčby lupénky pomocí kortikoidů. Kůže postižena lupénkou s tvorbou puchýřků je charakteristická výsevy zarudlých ložisek s velkým množstvím 2-3 mm velkých puchýřků naplněných žlutou tekutinou neinfekčního charakteru. Nejčastějšími místy výskytu jsou dlaně, prsty a plosky nohou.

Psoriasis erythrodermica (generalizovaná forma)

Psoriatická erythrodermie, generalizovaná forma lupénky – kůže je zánětlivě změněná, zarudlá, někdy s přítomností bolestivých prasklin a je náchylnější k odlupování. Tato forma onemocnění lupénkou je často doprovázena také velkým počtem nepříjemných příznaků, jako jsou např. bolesti kloubů, zvětšení lymfatických uzlin a také zvýšení tělesné teploty.

Psoriasis arthropathica (psoriatická artritida)

Psoriatická artritida je revmatologické onemocnění, kterým jsou postiženy především malé klouby prstů ruky a páteř. Až 25% pacientů trpících ložiskovou lupénkou trpí navíc také psoriatickou artritidou.

3. 5. 2 Prožívání u pacientů postižených lupénkou

Choroba jako zátěžová životní situace

V úvodu této části se zaměřím na objasnění klíčových pojmů, které jsou obsaženy v názvu kapitoly.

Kebza (2001) popisuje chorobu jako ztrátu dynamické rovnováhy organismu vzhledem k aktuálním podmínkám, což má za následek i oslabení pocitu životní pohody. Choroba je všeobecně hodnocená jako velmi nepříjemný stav spojovaný s množstvím negativ jako oslabení, újma, vada či handicap. Kromě značného vlivu na organismus také v nemalé míře zasahuje do oblasti psychické a sociální. Baumgartner (2001) vnímá zátěž jako ekvivalent stresu. Jedná se o celkový stav člověka, který je důsledkem působení nepříznivých okolností či podmínek. Na základě uvedeného je zřejmé, že onemocnění s sebou přináší specifické podmínky, které jsou člověkem obvykle vnímané a hodnocené jako negativní což může vyústit do stavu zátěže. Tuto souvislost se pokusím rozvést a zaměřím se na oblast vnímání a následné reakce jedince na svůj změněný zdravotní stav. Kromě všeobecného pohledu si budu všimnout faktorů, které představují zdroj zátěže právě u lupénky.

Psychické reakce na chorobu

Onemocnění vyvolává v psychice člověka různorodou odezvu. Matějček (2001) v této souvislosti hovoří o psychických následcích onemocnění, přičemž se soustředí především na dětského pacienta.

Rozlišuje tři kategorie těchto následků:

- a) psychické následky přímého poškození CNS (úraz, nemoc)
- b) psychické následky nepřímého ovlivnění CNS v průběhu nemoci
- c) psychické následky mimořádné společenské situace nemocného dítěte

Dle mého názoru se problematiky lupénky týkají především poslední dva body, proto se na ně zaměřím. Dle Matějčka (2001) spočívá nepřímé ohrožení CNS v zátěži, kterou představuje každá choroba pro dětský organizmus, tedy i pro nervový systém. Některé nemoci jsou zvláště zatěžující – např. nemoci, které doprovází bolestivé nebo svrbící podněty, záchvatovité nemoci nebo dlouhodobé nemoci. Lupénku tedy lze podle mého názoru zařadit mezi onemocnění pro nervovou soustavu náročné právě díky její chronicitě a svědění. Matějček (2001) dále uvádí, že následkem určitého přetížení CNS může mít dítě nepřiměřené reakce na venkovní prostředí. Tyto neadekvátní reakce mohou být nepochopeny ze strany rodičů a tím vzrůstá riziko nesprávných výchovných zásahů a postupů. Autor také poukazuje na zátěžové působení životní situace, ve které se nemocné dítě nachází a je nuceno se vyvíjet. Nemoc totiž může pozměňovat a zásadním způsobem omezovat možnost normálního společenského styku s okolím, případně sociální vyčlenění nemocného jedince. „Nemoc přináší nové, odlišné zkušenosti spojené s nepříjemnými zážitky a zároveň omezuje možnost získat zkušenosti standartní. V tomto smyslu nemění jen aktuální reakce, ale může ovlivnit i psychický vývoj nemocného“ (Vágnerová, 2004, 95). Když vezmeme v úvahu dospívání, které samo o sobě díky svým nárokům a změnám patří mezi stresující etapu života a přidáme onemocnění ve formě lupénky míra zátěže se významně znásobí. Lupénka má značně negativní dosah na většinu oblastí, kterými se dospívající člověk zabývá. Když také vezmeme v úvahu tělesný vzhled, který je v období puberty ostře sledován a je důležitým zdrojem sociálního postavení v kolektivu, není u jedinců s touto diagnózou příliš lákavý. Pokud svůj hendikep postižený jedinec nevykompenzuje nějakou společensky ceněnou vlastností, je často vylučován z kategorie atraktivních svými vrstevníky a hrozí zvýšené riziko např. šikany.

Lupénka a rodina

Rodinu můžeme považovat za komplexní a dynamický systém, který je tvořený individuálními jedinci s blízkými vzájemnými vztahy. Fakt, že do rodiny vstoupí onemocnění dítěte, které představuje značnou zátěž, zásadním způsobem ovlivní rovnováhu rodiny. Rodina jako primární faktor zajišťuje vývoj a budoucí směřování dítěte. V této kapitole se budu věnovat uvedeným faktům a zaměřím se na specifika, která do ní vnáší diagnóza psoriázy.

Život rodiny s chorobou

Každý rodičovský pár má vůči budoucímu dítěti určitý postoj, který je ovlivněný jejich zážitky z vlastního dětství a primární rodiny (životními zkušenostmi, kvalitou vzájemného partnerského vztahu, apod.) (Matějček, 2001). „Každé dítě, které přichází na svět má od začátku osobité, individuální životní a vývojové podmínky“ (Matějček, 2001, 25).

Matějček (2001) také uvádí, že je potřeba vzít do úvahy, že onemocnění je zásadním zásahem do celkového životního stylu rodiny. Často nastává nutnost změnit zažité návyky, denní režim a způsob trávení volného času. Zvyšují se nároky na starostlivost, které s sebou nesou značnou časovou a finanční investici. Všechny tyto faktory navíc spojené s příslušnou emocionální zátěží zvyšují riziko upadnutí do chronického stresu a vyčerpání. Zvýšená hladina stresu je vnímána jako faktor, který významně destabilizuje rodinnou soudržnost a tím je zvýšen výskyt vzájemného odcizení partnerů (Novosad, 2006). Vágnerová (2004) přikládá velký význam vzájemné komunikaci obou partnerů, která umožňuje ventilovat svoje dojmy a pocity. Možnosti najít v partnerovi či partnerce možnost sociální opory je podle ní důležitým faktorem snižujícím riziko selhání rodinných funkcí. Ve velmi náročné situaci se nacházejí svobodné matky, které si tuto vzájemnou pomoc poskytnout nedokáží.

Když se zamyslím nad výchovou nemocného dítěte, může zde hrozit riziko chyb a přehmatů ve výchovném vedení dítěte. Vágnerová (2004) v této souvislosti popisuje 2 výchovné styly, které považuje za nevhodné pro psychosociální vývoj dítěte. Jeden z nich je hyperprotektivní výchovný styl, který se projevuje nadměrnou starostlivostí a snahou o blaho dítěte. Typická je snaha vynahradiť dítěti negativa zapříčiněná chorobou což však často vede k rozmazlování a nadměrnému hýčkání, přičemž rodiče nejsou schopni stanovit určité hranice zdravé rodičovské autority. „Dostávají příliš mnoho toho, co chtějí a příliš málo toho, co potřebují“ (Ashnerová, 1995, 76). Dle mého názoru je pak dítě schopno až zneužívat dobroty rodičů a nenaučí se nést zodpovědnost za vlastní činy. Do budoucna zde také může hrozit riziko problematických vztahů, ať v rámci partnerského soužití, tak i v širší sociální rovině. Ashnerová (1995) také hovoří o pocitu výjimečnosti, který se díky výchově v těchto dětech zakoření. Vytváří se u nich přesvědčení, že by měly dostat to nejlepší. V dospělosti pak můžou mít pocit, že si zaslouží více, než jim život nabízí. Druhým z výchovných stylů a tím rizikovějším dle Vágnerové (2004) je emocionální odmítnutí dítěte, které je důsledkem neschopnosti navázat s ním plnohodnotný kvalitní vztah. Výchova se náhle stává chladnou, věcnou, bez náležitých poskytování potřebné opory a bezpečí. V souvislosti s diagnózou

lupénky se domnívám, že pravděpodobnější než odmítnutí dítěte je hyperprotektivní výchovný styl, proto jsem se mu v této kapitole i více věnovala.

Rodina a společnost

O specifické společenské situaci a o pocitech určité odlišnosti rodin, které vychovávají nemocné dítě, jsem se již zmínila. V této kapitole bych se k tomuto tématu ráda vrátila a to z hlediska hodnot převládajících ve společnosti. Uvedu dva poměrně odlišné pohledy na tuto problematiku.

Matějček (2001) zdůrazňuje nepříznivé účinky zátěže, které pro rodinu nemoc dítěte představuje. Zároveň se zabývá způsobem jak tyto rodiny povzbudit. V této souvislosti doporučuje snažit se v rodičích vzbudit pocity hrdinství za jejich vytrvalost a pevnou vůli, kterou každodenně projevují. „Tito lidé si rozhodně zaslouží vysoké společenské ocenění. Jsou příkladem ostatním.“ (Matějček, 2001, 32). Já se však domnívám, že s tímto přístupem se rodiče moc často nesetkávají spíše jen v rámci profesionálního poradenství, které je zprostředkováno jednotlivými institucemi. Každodenní realita je jiná a tu vystihuje spíše Novosad (2006), který zdůrazňuje fakt, že rodiny s nemocnými dětmi jsou společensky nedoceněné a to jak v oblasti ekonomické (sociální či pracovní úlevy) tak i po stránce mezilidské (porozumění, úcta, ochota pomoci). Nemůžeme se tedy divit, že dochází k určité separaci rodin s nemocnými dětmi od zbytku společnosti, což s sebou přináší negativní důsledky. Jak tedy docílit změny celospolečenského přístupu k lidem trpícím onemocněním? Určitá naděje by mohla být ve snaze o integraci nemocných či handicapovaných lidí do běžných aktivit jako je škola či zaměstnání. Onemocnění by se stalo součástí každodenního života a zároveň by ztratilo punc něčeho neznámého a ohrožujícího čemu je se lépe vyhnout.

Odlišnost jako příčina sociálního vyčlenění

Toto onemocnění neovlivňuje jen pohled okolí na lidi, kteří jím trpí, ale důležité je i to jak oni sami vnímají své postavení ve společnosti. V jakékoliv skupině či společenství lidí si můžeme všimnout existence jedinců, kteří se nacházejí na periferii tohoto celku a jsou ostatními ignorováni a odstrkováni. Co tedy způsobuje to, že někdo je středem pozornosti a jiný zase na okraji společnosti? Podle názoru Vágnerové, Hadj-Mousové a Štecha (2004) je potřeba se ohlédnout za minulostí. Sociální způsob fungování je v nás hluboce zakořeněn,

přenášen formou genetické informace a následnými procesy učení už od našich přímých biologických předchůdců – primátů. Přežití člověka jako jednotlivce i jako druhu je silně vázáno na existenci v rámci skupiny. V primitivních společenstvích, které každý den čelily nástrahám přírody, bylo nutnou podmínkou pro přežití soudržnost a sehranost skupiny. S tím bylo spojeno nekompromisní dodržování pravidel, protože jakékoliv porušení znamenalo ohrožení existence. Člen, který nesplňoval požadované charakteristiky (např. fyzickou sílu a obratnost) byl v zájmu přežití odstraněn např. vyhnáním z tlupy. Cílem bylo zabránění přenosu nepříznivé genetické informace na potomstvo. Jednoduše řečeno vše co bylo odlišné od normálu, neslo strach z potencionálního ohrožení. Tyto okolnosti silně hrají proti odlišujícím se jedincům.

Podle mého názoru uvedené poznatky lze shrnout tak, že jsme jako příslušníci lidského rodu slušně vybaveni preventivní ochranou před potencionálním nebo reálným nebezpečím. Pravdou ale je, že to co bylo nutné před tisíci lety, v současné době ztrácí svůj význam. Tím, že žijeme ve společnosti s odlišnými nebo oslabenými lidmi už dnes neznamena ohrožení jednotlivců nebo celého společenství. Naopak díky kulturnímu a ekonomickému rozvoji máme dnes k dispozici rozsáhlý sociální systém podporující občany, kteří z nějakého důvodu nejsou schopni plné pracovní výkonnosti. I přesto je situace pro lidi trpící lupénkou obtížná. Člověk trpící tímto onemocněním je vystaven intenzivnímu posuzování s negativním charakterem bez toho, aby měl možnost tento dojem zvrátit. Oslovila jsem několik pacientů trpících lupénkou, se kterými jsme hovořili o problematice tohoto onemocnění. Většina z nich mluvila o svém pocitu, který prožívají v rámci sociálních situací (např. v MHD, při nakupování) se ostatní dívají na části těla, kde je jejich pokožka narušená. Popisovali techniky, které používají, aby se těmto pohledům a situacím vyhnuli (např. zakrývání postižených míst oblečením, nošení dlouhých rukávů i v letním období apod.) Cíleně se vyhýbají aktivitám, které jsou spojené s typem oblečení, které odhalují nežádoucí partie (např. určité sportovní aktivity). Společně jsme došli k závěru, že se jedná o skreslenou představu a jakýsi strach zdravých lidí s potencionální nákazy což se v sociální rovině projevuje vyhýbavým chováním i přesto, že lupénka není chorobou infekčního charakteru. Můžeme se tedy oprávněně domnívat, že spousta lidí vůbec netuší, že lupénkou se nelze nakazit. Tuto nevědomost může způsobovat nedostatek informací pro společnost.

Stigma

Do této chvíle jsem se zaměřovala především na pozici posuzovatele. Ráda bych odvrátila pozornost na pozici posuzovaného tedy na člověka trpícího psoriázou. Kožní choroba jako je i v literatuře uváděno patří mezi stigmatizující onemocnění. Tento přívlastek velmi úzce souvisí s pojmy, které jsem již uváděla jako odmítání a izolace, které jsou v podstatě důsledky stigmatizace. Goffman (2003) definuje „stigma“ jako silně diskreditující atribut. Jedná se tedy o vlastnost, která jeho nositele znevýhodňuje či znehodnocuje a to po sociální stránce. Jako vhodné synonymum uvádí „handicap“. Vágnerová (2004) v tomto směru doplňuje, že právě somatické onemocnění bývá často tím atributem, který je zdrojem stigmatizace. Detailněji se této problematice věnoval Spicker (1984), který se zabývá diskreditujícími vlastnostmi a rozlišuje stigma do 4 skupin:

Fyzické stigma – spojeno s tělem a vnějším vzhledem, zahrnuje právě onemocnění

Mentální stigma – váže se na přítomnost určité psychické poruchy či odchylky

Stigma chudoby – zde dle autora spadá nezaměstnanost, nízký plat, finanční závislost, život bez domova, apod.

Morální stigma – se silně váže na společenské hodnoty (např. menšinová sexuální orientace)

Zaměříme se tedy na první typ tedy na stigma fyzické, které přímo souvisí s problematikou psoriázy. Podle autora vyvolává kožní onemocnění u okolí odmítavější reakci než zrakové či sluchové postižení, mozková obrna či svalová dystrofie. Vysvětluje to tím, že kožní onemocnění sice znehodnocuje fyzický vzhled, ale nenarušuje jiné důležité funkce (pohyb, verbální komunikaci apod.) tak, jako ostatní nemoci, které jsou uvedeny. Ty u okolí vyvolávají spíše lítost, zatím co kožní projevy evokují odpor (Spicker, 1984). K tomuto tématu se vyjadřuje také Allport (2004), který mluví o „senzorické averzi“ neboli o reflektivním pocitu nechuti či odporu vyvolaném určitým konkrétním podnětem (Allport, 2004, 161).

Z uvedeného vyplývá, že člověk, který je nositelem tak stigmatizujícího atributu jako je lupénka, má zásadním způsobem zkomplikován jakýkoliv kontakt se širším sociálním okolím a jeho choroba negativně zasahuje do každé sociální interakce možná kromě vztahů s blízkou rodinou a přáteli. A právě problematice vzájemného kontaktu jedince s diagnózou lupénky a jeho okolím bych se ráda věnovala v následující subkapitole.

Sociální interakce mezi jedincem trpícím lupénkou a jeho okolím

Lidé s jakýmkoliv zdravotním postižením si uvědomují svoji odlišnost od zdravých a podle toho posuzují i své postavení ve společnosti, které obvykle nebývá příliš příznivé. „Postižený jedinec vnímá postoje zdravých ve svém okolí často citlivěji než by si jich všímal za normálních okolností, protože je v roli odlišného, často závislého, vzbuzujícího různé emoce“ (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2004, 28).

Nepřijetí okolí však není jediné úskalí, se kterým se musí stigmatizovaný jedinec vyrovnat. Problematická je také tendence lidí „redukovat“ osobnost nemocného člověka na jeho handicap. Je vnímán jako „ten nemocný“. V intrapsychické sféře se to projeví nejistotou člověka při navazování nových kontaktů. I když se k němu ostatní chovají přátelsky, není si totiž nikdy jistý tím, jestli je jim sympatický on sám jako osoba, nebo je vnímán jako nemocný, ke kterému se je potřeba chovat pěkně, a proto tak činí. Člověk, který trpí stigmatizujícím onemocněním, proto nikdy přesně nepozná důvod, který vede druhé k interakci s ním. Chybí mu zdravá zpětná vazba na základě, které by si mohl utvořit ucelenou představu o sobě a svém okolí (Goffman, 2003).

Autor dále také uvádí i opačný případ, ve kterém stigmatizovaný jedinec dojde k závěru, že jeho postižení není v porovnání s jinými onemocněními či životními situacemi katastrofou, resp., že zdraví či nemoc není jediným a rozhodujícím faktorem na kterém závisí lidské štěstí a životní pohoda. (Goffman, 2003). Podle mého názoru přehodnocení vlastní situace a hodnotového žebříčku vyžaduje značnou míru osobní zralosti a životních zkušeností.

3. 6 Možnosti terapie Psoriázy

Terapie se stanovuje individuálně pro konkrétního pacienta a stavu kůže. Nutná je pravidelná léčba, péče o kůži a dodržování preventivních opatření (tzn. vhodný životní styl, správná životospráva, minimalizace provokačních faktorů, apod.) (Peňázová, 2007).

Štork, et al. (2008) dělí terapii podle typu použitých léčiv na:

- **Lokální:** krémy, masti, roztoky, léčebné šampony
- **Fototerapie:** aplikace ultrafialového světla
- **Systémová:** léky podávané injekčně nebo ústy

- Alternativní metody: psychoterapie

Lokální neboli zevní léčba je v léčbě lupénky základem. Naštěstí s medicínským pokrokem se dostávají do popředí léky, které jsou účinnější, nebarví, nepáchnou a co je žádoucí mají i minimum nežádoucích účinků. Tyto léky jsou nazývány léky první volby. Pro chronickou lupénku se používají léky nehormonální povahy, které jsou odvozené od vitamínu D a vitamínu A. Pro akutní a zánětlivé stavy se používají zevní kortikosteroidy, které mají na lupénku nejsilnější protizánětlivý účinek. Kortikosteroidy jsou vhodné u všech forem lupénky zejména v počátečních zánětlivých fázích. Mají však nežádoucí účinky, proto se doporučují používat jen na omezenou dobu.

Fototerapie neboli světloléčba je významnou součástí léčby lupénky. Přirozené slunění je významnou léčebnou metodou a právě neviditelná ultrafialová část slunečního záření má na lupénku léčebné účinky. Lékaři doporučují denně 15 – 30 minut pobytu na slunci. Doporučují se také pobyty u moře a na horách, a pokud to není možné, existuje řada přístrojů, které produkují ultrafialové záření.

Systémová neboli vnitřní léčba se vzhledem k nežádoucím účinkům doporučuje jen pro nejtěžší případy, které nereagují na lokální léčbu nebo světloléčbu. Je to alternativa pro pacienty, u nichž lupénka pokrývá více než desetinu povrchu těla a ostatní léčba selhala.

Psychoterapie na základě poznatků uvedených v předchozích kapitolách můžeme považovat propojení psoriázy s psychikou za evidentní. Zřejmě také proto, se více autorů zabývá možnostmi psychoterapie. Novotný (1993) zdůrazňuje psychosomatický charakter tohoto onemocnění a souvislost mezi zdravotním stavem a aktuálním psychickým stavem pacienta. V tomto směru vnímá jako rizikové intenzivní svědění, které má za následek vznik jakéhosi „bludného kruhu“, kdy svědění má negativní dopad na psychiku pacienta a ta následně ještě více zhoršuje jeho zdravotní stav. Úkolem psychoterapie by podle něj mělo být ukončení tohoto cyklického procesu a vytvoření prostoru pro stabilizaci pacienta jak po fyzické tak po duševní stránce. Dle autora by vhodně zvolená psychoterapie mohla pacientovi pomoci překonávat pocity méněcennosti, společenského odmítání a případné deprese.

Touto problematikou se také zabývají autoři Baštecký, Šavlík, Šimek (1993), kteří popisují jednotlivé psychoterapeutické metody, které jsou obvykle využívány v souvislosti s psychosomatickými onemocněními. Rozlišují techniky zaměřené primárně na úpravu

orgánových funkcí a sekundárně se zaměřují na intrapsychické prožívání jedince. Autoři, ale zdůrazňují, že v praxi je tyto postupy potřeba účelně kombinovat dle aktuální situace pacienta. K metodám, které vedou ke zlepšení orgánových funkcí, autoři řadí hypnózu, jógu a široké spektrum relaxačních technik. Při zvládnání intrapsychické zátěže, která je spojena s negativním prožíváním je podle autorů možné využít komplexní postupy vycházející z jednotlivých psychoterapeutických škol, a to jak v individuální, tak ve skupinové formě. Pacient by se měl pokusit hledat hlubší životní smysl, který mu umožní dívat se na svoji situaci z nové perspektivy.

3. 6. 1 Doporučený postup léčby psoriázy dle evropského dermatologického výboru

LÉČEBNÝ POSTUP:

Lokální terapie:

- 1/ Emoliencia
- 2/ Keratolytika (kyselina salicylová, urea)
- 3/ Kortikosteroidy volně nebo pod okluzí
- 4/ Dehet ve formě dehtové pasty nebo v kombinaci s kortikosteroidy (Locacorten-tar)
- 5/ Dithranol (cignolin) v minutové terapii (kombinace s dehtem nebo ureou)
- 6/ Deriváty vitamínu D3 (calcipotriol, tacalcitol)
- 7/ Antimikrobiální látky
- 8/ Koupele (solné, ichtamolové, olejové aj.)
- 9/ Nové léky: tazaroten, makrolidy apod.

Další terapeutické možnosti:

- Intralezionální terapie
 - Fototerapie a fotochemoterapie
 - Systémová terapie
 - Kombinované léčebné postupy
 - Podpůrná terapie
- 1/ Antihistaminika
 - 2/ Antimykotika
 - 3/ Nesteroidní antiflogistika
 - 4/ Psychiatrická a psychologická léčba

5/ Dietní režim

- Další postupy

Rehabilitace, lázně, balneoterapie, klimatoterapie.

(Drake, et al, 1993).

3.7 Prevence lupénky

Primární preventivní opatření, která by zabránila vzniku psoriázy, žádná neexistují. Je zde možnost zaměřit se na genetické poradenství a životní režim u latentních psoriatiků. Dále zmírnit a vyloučit vyvolávající faktory, které mohou být u každého jedince odlišné. (Benáková, Ettler, Štork a Vašků, 2007). Je tedy nutné, aby se pacient zaměřil na sekundární preventivní opatření. V zásadě je nutné dodržovat pravidla správné výživy. V jídelníčku se doporučuje redukovat živočišné tuky a červená masa. V dostatečném množství konzumovat tučné ryby nebo užívat rybí tuk v tobolkách. Strava by měla být bohatá na ovoce a zeleninu, protože antioxidanty mohou být velmi cenné v léčbě lupénky. Je zapotřebí dodržovat pitný režim a vyhýbat se alkoholu a kouření. U psoriatiků, kteří kouří je zvýšené riziko zhoršení stavu onemocnění. Prospěšné jsou také podpůrné léčebné prostředky jako koupele (emolienca) či promazávací masti, které přináší úlevu. Kůži změkčují, zvláčňují a hydratují, ale bohužel málokdy jsou dostatečně silné, aby samotné vedly ke zhojení lupénky. Ke zklidnění a zabránění svědění také pomáhá chladná sprcha. Pacient také musí dát pozor na volbu prášku na praní, aviváže, deodorantu, šampónu ap., které jim způsobují potíže. Lupénce nesvědčí také klimatizovaná místnost, která kůži velmi vysušuje a je potřeba nosit pohodlné bavlněné oděvy (Peňázová, 2007).

Psoriázy se týká celá řada pravidel, kterými je jedinec omezován v každodenním životě. Člověk je nucen přemýšlet nad veškerými svými aktivitami, které se týkají povolání, sportu, koníčků ap. Musí volit takové při, kterých nedochází ke zraňování. Je to velká zátěž na psychiku a z pravidla pacienti, kteří jsou schopni k nemoci pozitivně přistupovat, mívají lepší léčebné výsledky.

3. 7. 1 Režimová opatření při psoriáze a doporučení pro pacienty

Přínosné je pravidelné používání hydratačních a změkčovacích promazávacích krémů, které udržují kůži vláčnou a dobře hydratovanou, zmírní se tím šupění a svědění. Postižená místa by se psoriatici neměli snažit škrábat a násilně tím šupiny kůže odstraňovat, tím se lupénka pouze zhorší. Naopak je nutné kůži chránit před poraněním a třením. Zvýšenou pozornost vyžaduje výběr a používání prášků na praní, aviváží, mýdel, deodorantů, šamponů, hydratačních krémů a koupelových olejů. Ty, které pacientům způsobují potíže, by měly být vyloučeny a nahrazeny produkty s neutrálním pH, které kůži nedráždí (Peňázová, 2007). Jako léčebné přísady do koupele se při lupénce používají výtažky z ovsy, pšeničné otruby, sůl z Mrtvého moře či jiné mořské soli, ichthamol, byliny či oleje. Pokud pacient současně trpí také kloubním postižením, mohou mít smysl také sírné koupele. Bez odborné porady zůstávají však univerzálním řešením pro většinu psoriatiků koupelové oleje. K mytí kůže v období klidu, kdy se viditelné známky loupající se kůže neobjevují, je vhodné požití jemných tekutých mýdel (syndety), v období postižení kůže koupelová a mycí emoliencia. Jedná se o speciálně vyrobené olejové přípravky, které kůži pacienta nejen šetrně omyjí, ale také zklidní a promastí. Obecně se doporučuje vyhýbat se horké vodě. Daleko lepším řešením je každodenní studená sprcha, pomůže proti svědění i na psychiku.

Kůži dělá obvykle dobře pobyt na slunci, je však důležité dávat pozor na spálení, může lupénku naopak vyprovokovat (Peňázová, 2007). Mnoho pacientů již samo mohlo vyzorovat, že se jejich onemocnění viditelně zlepšilo nebo dokonce jeho dříve viditelné známky úplně zmizely při pobytu na slunci. Je tudíž logické, že se používají k léčbě psoriázy umělé metody, pokud není přírodní sluneční svit zrovna dostupný (Vivier, 1986).

Co se týče vhodného oblečení, doporučuje se nosit pouze volnější bavlněné oděvy, aby byla kůže ušetřena před třením. Např. při práci, kdy je nutné používat gumové rukavice, je vhodné si pod ně vždy brát bavlněné, pomocí kterých zabráníme podráždění kůže nebo zapaření.

Pro úspěšnou léčbu tohoto onemocnění je samozřejmě nezbytný zdravý životní styl, tedy dostatek spánku a pohybu, vyvážená strava, omezení nadměrného příjmu živočišných tuků, alkoholu a kouření. Pacienti by vždy měli dodržovat léčebný plán, pravidelně a pečlivě aplikovat předepsaná léčiva.

Jak už bylo výše zmíněno, pacienti by měli pečovat o svou celkovou tělesnou i duševní pohodu, protože je při léčbě lupénky rozhodující. S tím souvisí i stres, nikdy není dobré být při léčbě onemocnění ve stresu, je důležité toto napětí minimalizovat a naučit se

stres zvládat (Peňázová, 2007). Relaxace pomůže napětí uvolnit a může mít příznivý vliv na průběh choroby. Je proto přínosné mít ji denně na programu, každý den si najít chvíli pro sebe, myslet na něco pěkného, nebo si třeba jen čist, poslouchat oblíbenou hudbu a zhluboka dýchat. Klíčový je taktéž dostatek spánku.

3. 7. 2 Zdravá životospráva v rámci prevence lupénky

Mezi psoriázou a volbou životního stylu existují souvislosti, které mají vliv na celkové zdraví pacienta. Psoriatici kouří dvojnásobně oproti celé populaci, přičemž kouření balíčku cigaret denně je spojeno s více než dvojnásobným rizikem závažnějšího průběhu psoriázy. Tuto skutečnost dokazuje i dvouletá italská studie, která byla provedena na 820 pacientech trpících lupénkou. Pacienti byli rozděleni do skupin dle pohlaví, věku, rodinné anamnézy lupénky, doby trvání onemocnění a BMI (body mass index) a dále pak do skupin vysoké intenzity kouření (≥ 20 cigaret denně) a s nízkou spotřebou (≤ 10 cigaret denně). Výsledkem bylo více jak 2-násobné zvýšení klinicky závažné psoriázy. Samostatné analýzy dále pak ukázaly, že vliv cigaret na onemocnění byl silnější u žen než u mužů. Závěrem této studie je, že kouření je významně spojeno se závažností psoriázy, a zdůrazňuje, důležitost odvykání kouření u pacientů s psoriázou (Fortes, et al., 2005). V některých studiích týkajících se středně těžkých a těžkých psoriatiků byla zjištěna až dvojnásobná konzumace alkoholu. V mnoha studiích byla také prokázána přímá souvislost mezi psoriázou a obezitou. Obezita je ve srovnání s celou populací u psoriatiků častější. Dalším onemocněním souvisejícím s lupénkou mohou být také kardiovaskulární choroby včetně infarktu myokardu. Ve srovnání s normální populací umírá muž s psoriázou o 3,5 roku dříve a žena o 4,5 roku. Psoriáza zahrnuje stavy, které mohou mít nepříznivý vliv na délku a kvalitu života. (Vašků, 2009). Pacienti se vždy ptají, jakou hraje roli při léčbě psoriázy dieta. Nic jako specifická dieta člověka trpícího lupénkou neexistuje, v zásadě by mělo jít o dodržování pravidel zdravé výživy. Vyjma alkoholu a kouření neexistují důkazy o škodlivosti konkrétních potravin vzhledem k psoriáze. Většina doporučení zní stejně tak, jako byste si četli o zásadách zdravé racionální výživy.

Ti pacienti, kteří mají přidružená onemocnění, by však měli dodržovat příslušná dietní opatření – zlepši tím svůj celkový zdravotní stav a i nepřímo průběh lupénky. Což se týká také obezity, kde je redukce hmotnosti, tedy také s ní související přísný dietní režim, velmi žádoucí a prospěšná. V jedné italské studii objevili odborníci u 600 pacientů trpících kožním onemocněním, že při zvýšené konzumaci mrkve, rajčat a syrového ovoce se snižuje riziko

propuknutí a dalšího zhoršení jejich onemocnění. Rovněž prospěšný je vysoký příjem vitamínů C a E, jsou to účinné antioxidanty zabraňující poškození buněk kůže. Vitamin E v kombinaci se selenem má mimo jiné protizánětlivý účinek. Řada lékařů psoriatikům doporučuje užívání vitamínových a multiminerálních přípravků s obsahem chromu (200 µg) a selenu (75 µg). Strava by samozřejmě také měla být bohatá na ostatní ovoce a zeleninu, tyto potraviny jsou samy o sobě zdroji řady vitamínů. Jídelníček by měl obsahovat dostatečné množství Omega-3 mastných kyselin, ty se vyskytují se např. v rybím tuku a lněném oleji, je proto nezbytné zahrnout do jídelníčku také tučné ryby (tuňák, makrela, sardinky, sled' a losos), nebo navíc užívat rybí tuk v tobolkách (Peňázová, 2007). Při psoriáze je hladina lipogenázy, která se podílí na přeměně arachidonové kyseliny na leukotrieny zvýšená, to způsobuje zánět a proliferaci buněk. Rybí tuk je bohatým zdrojem kyseliny eikosapentaenové, polynenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem, která je jednou ze skupiny omega-3 mastných kyselin. Jako substrát spolu s kyselinou arachidonovou ze skupiny omega-6 mastných kyselin pomáhá produkovat méně biologicky aktivních metabolitů. Při dietě s vysokým obsahem rybího tuku byl zaznamenán značný pokrok v léčbě psoriázy, především pokud je zároveň prováděna léčba ultrafialovým zářením (Vivier, 1986).

Redukční dieta u obézních pacientů může zmírnit projevy psoriázy, která se s oblibou vyskytuje na vlhkých místech mezi kožními záhyby. Při lupénce je obzvlášť třeba dbát také na dostatečný příjem zinku, jehož bohatým zdrojem jsou například ovesné vločky. Nejlepším řešením, co se týče diety, je pro psoriatika tedy obecně pestrá strava s dostatkem tekutin a vlákniny. Pokud je zpozorováno, že pacientovi některé jídlo zhoršuje příznaky onemocnění, měl by ho z jídelníčku ihned vyřadit. Může se jednat o ostře kořeněná jídla, uzeniny, nebo exotické pokrmy.

V rámci prevence lupénky, lze uvést výživová doporučení, která by měl člověk postižený lupénkou dodržovat a tím tak předcházet neinfekčnímu onemocnění, které znepříjemňuje život.

Preambule: „Nejsou nezdravé potraviny, ale nezdravá jsou jejich množství“ (Zdravá 13ka).

Společnost pro výživu (SPV) vydala stručná výživová doporučení pro širokou veřejnost s názvem:

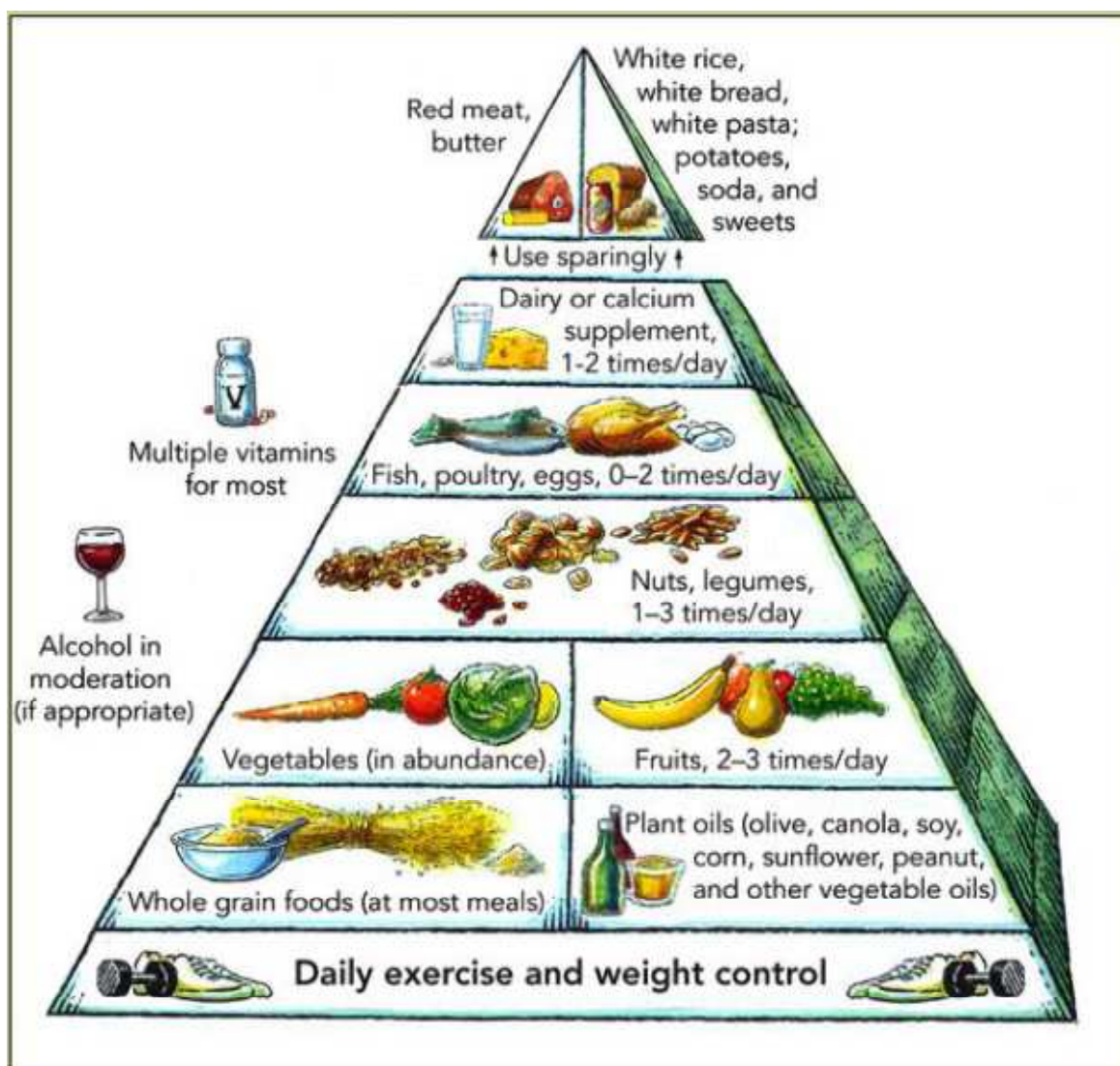
ZDRAVÁ „13“

1. Je vhodné udržovat stálou tělesnou hmotnost, která je charakterizovaná BMI (18,5 - 25,0) kg/m² a obvodem pasu pod 94 cm u mužů a pod 80 cm u žen.

2. Denně alespoň 30 minut cvičit nebo se pohybovat rychlejší chůzí.
3. Jíst co nejpestřejší stravu, která je rozdělena do 4–5 denních jídel.
4. Konzumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce.
5. Jíst obiloviny jako např. tmavé pečivo, těstoviny, rýži a nezapomínat na luštěniny.
6. Alespoň 2x týdně zařadit do jídelníčku ryby.
7. Zařazovat do jídelníčku nízkotučné a zakysané mléčné výrobky nejlépe denně.
8. Sledovat a omezovat množství tuku. Dávat přednost tukům rostlinným před živočišnými.
9. Omezit příjem cukru. Týká se to hlavně slazených nápojů a sladkostí.
10. Omezovat příjem kuchyňské soli, dávat si pozor zejména na sůl obsaženou v různých pochutinách.
11. Předcházet nákazám a otravám z potravin správným zacházením. Při tepelné úpravě pokrmů volit šetrné způsoby, vyhýbat se smažení.
12. V žádném případě nezapomínat na pitný režim, vypít 2 litry nejlépe neslazených nápojů denně.
13. Při požívání alkoholických nápojů není vhodné překračovat denní dávku a to 20g což představuje (200ml vína, 0,5 l piva, 50 ml lihoviny).

(Společnost pro výživu, Dostálová, J., Kunešová, M., Otoupal, P., Starnovská. T., 2006).

Obrázek č. 2.: Potravinová pyramida



Potravinová pyramida, zdroj: Harvard School of Public Health

<http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/pyramid-full-story/>

Poznámky: Daily exercise and weight control = denní cvičení a kontrola hmotnosti; Whole grain foods (at most meals) = celozrnné potraviny (u většiny jídel); Plants oils (olive, canola, soy, corn, sunflower, peanut and other vegetables oils) = Rostlinné oleje (olivový, řepkový, sójový, kukuřičný, slunečnicový, arašídový a jiné oleje); Vegetables (in abundance) = zelenina (v hojnosti); Fruits, 2–3 times/day = Ovoce, 2–3 krát denně; Nuts, legumes, 1–3 times/day = ořechy, luštěniny, 1–3 krát denně; Fish, poultry, eggs, 0–2 times/day = Ryby, drůbež, vejce, 0–2krát denně; Dairy or calcium supplement, 1- 2 times/day = mléčné a vápníkové doplňky 1 - 2 krát denně; Use sparingly = Používat šetrně; white rice, white bread, white pasta, potatoes, soda and

sweets = bílá rýže, bílý chléb, bílé těstoviny, brambory, soda a sladkosti; red meat, butter = červené maso, máslo; alcohol in moderation (if appropriate) = alkohol s mírou (v případě potřeby); Multiple for vitamins for most = více vitamínů.

3. 7. 3 Pohybová aktivita při lupénce

Člověk postižen psoriázou není v žádném případě předurčen k tomu, aby se stranil společnosti. Opak je pravdou. Sportovní aktivity mohou v léčbě pomoci v mnohých případech stejně tak dobře jako léky. Je ale nutností, aby pacienta pohybová aktivita psychicky ani fyzicky příliš nevyčerpávala. Není proto vhodné se do sportu nutit.

Pokud je psoriáza doprovázena navíc artritidou, je to však s pohybem poněkud složitější. V době, kdy je choroba aktivní (při vzplanutí, na začátku nemoci), je nutné se šetřit. Cvičení by nemělo nikdy bolet, v tomto případě bolest značí maximální zátěž a mohlo by dojít k poškození kloubu (Vivier, 1986). Úlohou protahovacích cvičení je udržet co největší rozsah pohybu v kloubech a uvolnit šlachy a svaly. Vhodné cviky tohoto typu jsou například krouživé pohyby v kloubech. Začne se od ramen a přes lokty a zápěstí se přejde ke kloubům na ruce, které jsou následně protaženy svíráním a rozvíráním pěstí. Palce je možné procvičit kroužením nebo překládáním různými způsoby přes dlaň. Podobně se dají těmito jednoduchými protahovacími cviky procvičit také klouby na nohou. Páteř protáhneme známým cvikem zvaným kočičí hřbet, úklony do stran a dopředu. Krční páteř se dá procvičit otáčením hlavy ze strany na stranu, úklony směrem k ramenům a krouživými půlkruhy dopředu od jednoho ramene ke druhému.

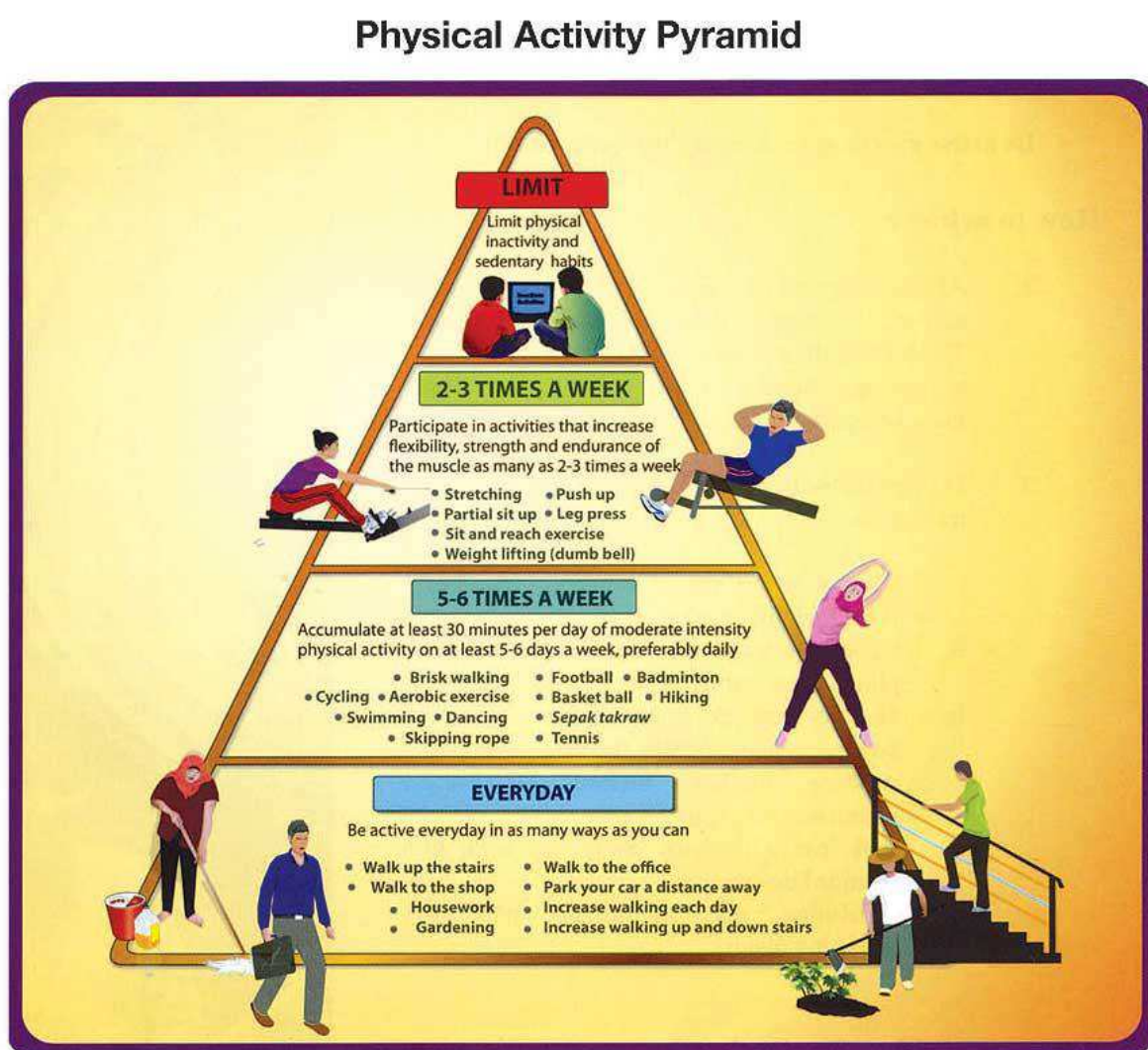
Co se týče posilovacích cvičení, měli bychom si uvědomit, že svaly jsou „hybnými pákami“ kloubů. Proto by se o ně měli i pacienti trpící psoriatickou artritidou starat a nenechat je ochabnout. Nejlepším cvičením je obyčejná chůze, která dokáže trénovat dolní končetiny i páteř. Existuje řada cviků na posilování téměř celého těla. Posilovat je možné i s jednoduchým náčiním, např. s gumovými pásky. Rehabilitační pracovníci by vždy měli být schopni poradit, jaké posilovací či protahovací cviky se zrovna pro pacienta hodí (Novotný, 1993).

Výzkum naznačuje, že u jednotlivců s těžkou psoriázou je pravděpodobné větší riziko kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu, metabolického syndromu, apod. U těchto chorob může být fyzická aktivita efektivní primární a doplňková léčba. Řada údajů propojuje fyziologické cesty mezi psoriázou, kardiometabolickými komorbiditami a fyzickou aktivitou.

Zvýšená indispozice, zánět, oxidační stres, adhézní molekuly a lipidy jsou fyziologicky spojeny s psoriázou, kdy epigenetické dráhy jsou zapojeny do psoriázy a mohly by být ovlivněny fyzickou aktivitou. (Wilson, Bohjanen, Ingraham, Leon, 2012)

3. 7. 4 Vhodné pohybové aktivity pro psoriatiky a jejich význam

Mezi vhodné pohybové aktivity patří především klasické posilování či protahování, mimo to také cviky, které spolehlivě odbourávají psychickou zátěž, např. cvičení na gymnastickém míči nebo jóga.



Obrázek č. 3. Pyramida pohybových aktivit, zdroj:

<http://intuisiinsurgensi.blogspot.cz/2012/11/pemakanan-yang-baik-sahaja-bukan.html>

Poznámka: everyday = každý den, be active every day in as many ways as you can = být aktivní každý den nejlépe, jak je možné, walk up the stairs = chodit do schodů, walk to the shop = chodit do obchodu pěšky, housework = domácí práce, gardening = zahradničení, walk to the office = chodit pěšky do práce, park your car a distance away = zaparkovat své auto opodál, increase walking each day = navyšování pěší vzdálenosti každý den, increase walking up and down stairs = navyšování chůze do schodů, times a week = za týden, accumulate at least 30 minutes per day of moderate intensity physical activity on at least 5 – 6 days a week preferably daily = akumulovat alespoň 30 minut denně mírné fyzické aktivity alespoň 5 – 6krát v týdnu nejlépe denně, brisk walking = rychlá chůze, cycling = jízda na kole, dancing = tanec, skipping rope = skákání přes švihadlo, football = fotbal, badminton = badminton, basketball = košíková, hiking = turistika, participate in activities that increase flexibility, strength and endurance of the muscle as many 2 – 3 times a week = podílet se na činnosti, která zvyšuje pružnost, sílu a vytrvalost svalů 2-3 krát týdně, stretching = protahování, partial sit up = mírný přitah hrudníku ke stehnům, weight lifting = vzpírání, limit physical inactivity and sedentary habits = omezit fyzickou nečinnost a návyků.

Výše uvedené činnosti odbourávají stres, pacientům slouží jako odpočinek např. po zaměstnání a před dalšími nevyhnutelnými povinnostmi. U psoriatické artritidy je cvičení dokonce nepostradatelnou součástí léčby. Zpočátku je pacientovi schopen vysvětlit hlavní zásady cvičení a základní cvičební sestavy rehabilitační pracovník, avšak každodenní snaha je už výsledkem odhodlání a vůle pacienta. Mezi základní zásady cvičení pro pacienty s psoriatickou artritidou patří doporučená délka a četnost cvičení, většinou je uváděno, že je nejlepší cvičit alespoň dvakrát denně, například půl hodiny ráno a večer. Dále, jak už bylo zmíněno, nesmí být cvičení bolestivé, proto není vhodné protahovat klouby do extrémních a bolestivých poloh. Dále by se nemělo vůbec cvičit s klouby, ve kterých vzplanul zánět. Po cvičení je důležitý odpočinek a relaxace (Novotný, 1993).

3. 7. 5 Rizika pohybové aktivity při lupénce

Při určité míře opatrnosti je při psoriáze možné realizovat všechny druhy sportů, preferované jsou spíše rekreační. Výrazné pocení kůže, které vzniká při sportu, způsobuje svědění a může stav psoriázy zhoršit. Doporučuje se možnost vlažné sprchy, rychlého převlečení do suchého oděvu. Psoriatikům se nedoporučuje sportování v prašném prostředí.

Plavání v moři působí na psoriázu pozitivně. Nedoporučuje se však časté koupání v chlorovaných bazénech. Pro psoriatiky není vhodný vrcholový sport, který způsobuje velké fyzické a psychické vypětí.

3. 8 Konkrétní doporučení pro pacienty s lupénkou

Lidé, kteří žijí s psoriázou, mohou čelit vzniku i jiných onemocnění jako jsou obezita nebo onemocnění srdce. Je proto důležité, aby spolupracovali se svým lékařem na přípravě léčebného plánu, který následně řeší rizikové faktory a symptomy psoriázy.

Psoriatik by měl u sebe umět rozpoznat spouštěcí faktory, měl by se udržovat v kondici, dodržovat zdravou životosprávu. Je dobré se naučit vyhýbat nesprávným návykům, což se netýká pouze psoriázy, ale může to pomoci zvládat nemoc a tím snižovat riziko vzniku jiných onemocnění. V ideálním případě bychom všichni měli udržovat vhodnou tělesnou hmotnost, neměli bychom kouřit, alkohol pít jen výjimečně nebo vůbec a měli bychom se naučit zvládat stres.

Co je pro psoriatického pacienta zvláště nepříznivé:

Stres: emocionální stres je spojen se vznikem lupénky a může hrát roli při jejím propuknutí a vyvolat svědění. Většinou se neumíme vyhnout stresu úplně, ale existuje mnoho způsobů jak jej zvládat efektivněji. Je možné požádat i lékaře o radu.

Tělesná hmotnost: mnoho pacientů s lupénkou žije sedavým způsobem se zvýšeným rizikem nadváhy a tím může stěžovat léčbu.

Kouření: i studie ukazují, že u kuřáků je zvýšené riziko vzniku psoriázy. Kouření a hlavně dlouhodobé a silné, výrazně zvyšuje riziko vzniku onemocnění srdce. Kouření může mít vliv i na účinek některých léků. Přestat kouřit není jednoduché, ale lékař může pomoci a pacienta podpořit.

Alkohol: existuje důkaz, že nadměrná konzumace alkoholu může zvyšovat riziko vzniku lupénky. Účinky některých léků na psoriázu se mohou v kombinaci s alkoholem měnit. Je potřeba se poradit s lékařem nebo lékárníkem o možných interakcích.

Vysoký cholesterol: mnoho lidí s chronickým onemocněním má vysokou hladinu cholesterolu v krvi, a lidé s lupénkou nejsou žádnou výjimkou.

Doporučená péče o pokožku psoriatika:

- Používat ochranné krémy, aby byla kůže chráněná před spálením od slunce.
- Umývat si ruce jen tehdy pokud je to nevyhnutelné. Důkladně si je osušit a nanést na ně zvlhčovač nebo léčivý krém.
- Sušit se poklepáváním nikoli třením a dbát na opatrnost, aby se nerozškrábaly, nebo nepodráždily psoriatické léze.
- Při praní, umývání nádobí, domácích pracích, práci na zahradě a jiných činnostech při, které může docházet ke kontaktu s dráždivými prostředky, je vhodné nosit rukavice.
- Pokud je to možné doporučuje se nosit bavlněné prádlo, ponožky, aby se předcházelo vzniku bakterií.
- Při umývání vlasů se vyhýbat škrábání kůže na temeni hlavy.

Roční období a počasí

Různí lidé reagují na počasí a roční období různě. Někteří psoriatici se domnívají, že jejich stav se v létě zlepšuje a v zimě zase zhoršuje. Jiní zjistili, že jim horké a vlhké počasí přináší zhoršení.

Podzim a zima

Chladnější počasí na podzim a v zimě, obvykle znamená zapnuté topení, což může vysoušet vzduch v naší domácnosti. Pokud je to kvůli psoriáze nepříjemné, je dobré např.:

- Používat zvlhčovače vzduchu v domácnosti
- Na noc vypínat topení
- Hodně pít, aby byl organismus dostatečně hydratovaný
- Na kůži aplikovat zvlhčovače, ještě když je kůže mokrá od koupele nebo sprchy a nanášet je opakovaně po celý den
- Používat hydratační mýdla nebo sprchové gely a raději teplou sprchu než horkou koupel
- Na místech, která jsou odhalená je vhodné používat krém s ochranným faktorem (SPF) minimálně 15 jako ochranu proti slunci, ostrému větru a chladu.

Jaro a léto

Mnoho z nás se domnívá, že rozumné vystavování se na slunci může psoriáze prospívat. Příliš slunce však škodí, protože spálení může postiženou pokožku zhoršit. Proto pro bezpečné slunění je vhodné:

- Omezit dobu vystavení se slunci. Nezapomínat, že sluneční svit dokáže proniknout sklem, mraky, vodou i tenkým šatstvem.
- Pozor na některé léky, které zvyšují citlivost na sluneční svit.
- Používání kvalitního ochranného krému s minimálním ochranným faktorem SPF 30. Aplikace tohoto krému opakovaně v průběhu celého dne.
- Omezit čas strávený v bazénu nebo mořské vodě, protože chemikálie nebo sůl může pokožku dráždit.
- Nosit volné, lehké a pohodlné oděvy, které nebrání cirkulaci vzduchu a odpařování potu. Pokud se psoriáza vyskytuje i na chodidlech je vhodné nosit pohodlnou obuv nebo sandály.

Organizace pro psoriatiky

V ČR existuje jediná organizace pro psoriatiky - Společnost psoriatiků a atopických exematiků (dále jen SPAE) založena v roce 1990 jako dobrovolné neziskové sdružení. Cílem SPAE je vytvořit prostředí pro setkávání členů, kde je jim umožněno vyměnit si zkušenosti se samotným onemocněním. SPAE také poskytuje informace o lécích, léčebných metodách, snaží se o to, aby se zlepšovaly nejen léčebné metody, ale i životní podmínky pacientů. Společností jsou také organizovány léčebné pobyty u moře. SPAE je propojena i ostatními společnostmi, které se zabývají danou problematikou jako např. s Českou dermatologickou společností, s Českou akademií dermatovenerologickou, s Národní radou pro zdravotně postižené, s lékaři a kožními specialisty, se školními pracovišti vysokých škol, s obdobnými patientskými organizacemi z Evropy, s farmaceutickými firmami, s výrobcí a prodejci kosmetiky.

Na různých místech ČR jsou v rámci organizace SPAE zřízeny kluby, kde se členové mohou setkávat. Tyto kluby najdeme v Brně, Liberci, Ostravě, Pardubicích, Praze, Prostějově a na Vysočině.

Každoročně jsou vydány 4 čísla zpravodaje, přes který mají členové organizace možnost získat nové informace. Pokud si pacient založí evidenční kartu a uhradí členský poplatek ve výši 300,- Kč. Získá v organizaci členství.

4 ZÁVĚR

Psoriáza je jedním z nečastějších neinfekčních kožních onemocnění. Postihuje asi 2-3% populace, tedy jen v Česku jí trpí asi 200-300 tisíc lidí. Je to autoimunitní onemocnění, které bohužel není dosud vyléčitelné, avšak vhodnou a včasnou léčbou lze jeho příznaky zmírnit a dostat nemoc pod kontrolu.

Psoriáza výrazně snižuje kvalitu života. Ovlivňuje jak fyzické, psychické, tak i sociální aspekty života člověka. Podle nedávného průzkumu jsou pacienti se středně těžkou až těžkou lupénkou řazeni na 2. místo v žebříčku negativního dopadu na kvalitu života, přičemž na 1. místě je deprese. Postižení psoriázou je srovnatelné s jinými závažnými onemocněními.

Náchylnost k chorobě je dána geneticky, avšak choroba jako taková dědičná není. Existují tzv. spouštěcí faktory, které můžou u člověka s genetickou predispozicí tuto chorobu vyvolat. Dědičnost způsobuje vznik psoriázy asi u 30% všech pacientů.

Preventivní opatření, která by zabránila vzniku psoriázy, jako taková neexistují. Důležitý je zdravý životní styl, zdravá životospráva, dostatek pohybu, vyhýbat se kouření, alkoholu a drogám.

5 SOUHRN

Má bakalářská práce se zabývá životním stylem, kvalitou života a možnostmi pohybové aktivity u pacientů trpících lupénkou.

Jsou zde zahrnuty teoretické poznatky z různých zdrojů, které je možné rozdělit do několika kapitol. V části úvodní se zabývám obecným vysvětlením pojmů kvalita života, životní styl. V hlavní části vysvětluji základy anatomie kůže a také se obecně zabývám psoriázou, jejím výskytem, příčinami vzniku, spouštěcími faktory. Zabývám se také psychickým stavem pacienta s psoriázou, tím jak nemoc ovlivňuje i rodinu pacienta, zvládáním zátěže, kterou nemoc pacientovi způsobuje a dále také společenským životem pacienta. Závěr této kapitoly by se dal stručně charakterizovat jako režimová opatření, nevyjímaje doporučení na vhodnou stravu při psoriáze, možnosti pohybové aktivity a zaměřuji se na konkrétní doporučení pro pacienty s lupénkou.

6 SUMMARY

My bachelor thesis deals with psoriatic patients' lifestyle, life quality and possible motional activities. The thesis contains theoretical information from many various sources that can be possibly divided into a few chapters. In the opening part of my work I deal with general explanations of some basic concepts including life quality, lifestyle and stress. In the main part of my work I explain essential skin anatomy and finally I talk about psoriasis, its occurrence, causes and precipitants. I also mention a few problems with the patients' mental health and in what way the disease affects a patient's family life. I also talk a bit about coping with this disease and the problems that can occur while socializing. The conclusion of this chapter might be briefly described as recommendations and routine habits that may improve the patient's life quality both physically and mentally, including diet, motion activity and sports.

7 REFERENČNÍ SEZNAM

- Allport, G. W. (2004). *O povaze předsudků*. Praha: Prostor.
- Arenberger, P., Jírová, M. (2000). *Dermatovenerologie do kapsy: vybrané kapitoly*. Praha: CzechopressAgency s.r.o.
- Ashnerová, L., Meyerson, M. (1995). *Když rodiče příliš milují*. Bratislava: INA.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada – Avicenum.
- Benáková, N., Ettler, J., Štork, J. Vašků, V. (2007). *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton.
- Bhosle, M., et al. (2006). Quality of life in patients with psoriasis. *Dermatol Clin*, 35, 93-96.
- Bohjanen, K.A., Ingraham, S.J., Leon, A.S., Wilson P.B. (2012). Psoriasis and physical activity. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 26, 1345-1353.
- Brockert, S. (1993). *Ovládnání stresu*. Praha: Melantrich.
- Birkenbihlová, V. (1996). *Pozitivní stres: Radostně stresem*. Praha: Ivo Železný.
- Benáková, N. (2003). *Lupénka v otázkách a odpovědích: příručka pro pacienty*. Praha: Triton.
- Benáková, N., (2009). *Lupénka – Psoriáza*. Retrieved 24. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.ordinace.cz/clanek/lupenka-psoriaza/>
- Cooper, K. (1986). *Aerobický program pre aktívne zdravie*. Bratislava: Šport.
- Dostálová, J., Kunešová, M., Otoupal, P., Starnovská., T. (2006). Zdravá třináctka: stručná výživová doporučení. *Výživa a potraviny*, 61(1). Retrieved 26. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/zdrava-trinaetka-strucna-vyzivova-doporuceni.html>
- Duffková, J. (2005). *Aktuální problémy životního stylu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Drake, L.A. et al. (1999). Committee on Guidelines of Care, *Guidelines of care for psoriasis*. *J.am.Acad.Dermatol.*, 28(4), 32-37.

- Fortes, C. et al. (2005). Relationship Between Smoking and the Clinical Severity of Psoriasis. *Arch Dermatol.* 141(12), 1580-1584.
- Filipcová, B., Filipec, J. (1972). *Různoběžky života*. Praha: Svoboda.
- Goffman, E. (2003). *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Guggenmoos-Holzmann, I. et al. (1995). *Quality of life and health: concepts, methods and applications ; with 17 tables*. Berlin: BlackwellWiss.-Verl,
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hodaň, B., Dohnal, T. (2008). *Rekreologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Honzík, K. (1965). *Z tvorby životního slohu*. Praha: Nakladatelství politické literatury.
- Ivanová, K. (2006). *Životní styl jako sociální determinanta zdraví*. Rigorózní práce. Praha: FF- UK.
- Janečková, L. (2001). *Jak žít s lupénkou*. Retrieved 14. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.prokrasnetelo.cz/clanky/jak-zit-s-lupenkou/>
- Jansa, P. (2005). *Sport a pohybové aktivity v životě české populace*. Praha: FTVS UK.
- Kebza, V. (2001). *Sociální psychologie zdraví*. Praha: GradaPublishing.Baumgartner.
- Klescht, V. (2008). *Pět pilířů zdravého života*. Brno: ComputerPress, a.s.
- Kováč, D. (2004). Kultivace integrované osobnosti. *Psychologie Dnes*, 2, 12-14.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak Zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: GradaPublishing.
- Librová, H. (1994). *Pestří a zelení*. Brno: Veronica.
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H&H.

- Novotný, F. (1993). *Ekzémová onemocnění v praxi*. Praha: Grada.
- Novotný, F. (1996). *Lupénka z nových pohledů*. Praha: Alitera.
- Novotný, F. (2002). *Psoriáza: akutní pohledy*. Praha: Grada.
- Novosad, L. (2006). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.
- Němcová, A. (2008). Kvalita života u psoriázy - význam pro praxi. *Referátový výběr z dermatovenerologie*, 50(1), 13-18.
- Peňázová, V. (2007). Lupénka. *Dermatologie pro praxi*, 1(4), 184-187.
- Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Brno: Paido.
- Sharkey, B.J. (1990). *Physiology of Fitness*. Illinois: Champagne.
- Slováček, L., et al. (2004). Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 73(1), 6-9.
- Spicker, P. (1986). *Stigma and socialwelfare*. New York: St. Martin Press.
- Štork, J., et al. (2008). *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, Karolinum.
- Štolfa, J., Štork, J. (2007). *Psoriatická artritida a psoriáza*. Praha: Maxdorf.
- Tichý, M., Ditrichová, D. (2010). Psoriáza kštice a aktuální léčebné možnosti. *Dermatologie pro praxi*, 4(3), 131-134.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., Štech, S. (2004). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- Valjent, Z. (2005). Vývoj v hodnocení tělesné výchovy a sportu studenty - Sborník z mezinárodní konference. *Optimální působení tělesné zátěže a výživy*, 3(1), 47- 56.
- Vašků, V. (2009). Komorbidity u psoriázy, nový pohled na staré onemocnění. *Dermatologie pro praxi*, 3(2), 63-66.
- Vivie, A. (1986). *Atlas of clinical dermatology second edition..* London: Mosby-Wolfe.

Internetové zdroje:

Fyzická zátěž. *Pyramida pohybových aktivit*. Retrieved 14. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://intuisciinsurgensi.blogspot.cz/2012/11/pemakanan-yang-baik-sahaja-bukan.html>

Harvard School of Public Health, *The healthy eating pyramid*, Retrieved 7. 10. 2014 from the World Wide Web: <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/pyramid-full-story/>

Kvalita života. *Model kvality života kanadské armády*. Retrieved 28. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>

Kvalita života. *Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto*. Retrieved 28. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>

Lupénka. *Typy psoriázy*. Retrieved 28. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.blue-cap.cz/neni-lupenka-jako-lupenka-typy-lupenky>

Výchova ke zdraví. *Podpora zdraví v ČR*. Retrieved 10. 11. 2014 from the World Wide Web: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/podpora-zdravi-v-cr.html>