

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Marie Roubalová

Diplomová práce

**Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty a jejich stravovací
návyky**

2025

Bc. Marie Roubalová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Marie Roubalová**
Osobní číslo: **Z22291**
Studijní program: **N0913P360008 Specializace v ošetřovatelství – Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty a jejich stravovací návyky**
Téma práce anglicky: **Quality of life of patients with inflammatory bowel diseases and their dietary habits**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9
2. LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: nové trendy a mezioborové souvislosti*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1208-1
3. POPA, S. L., Pop, C., & Dumitrascu, D. L. (2020). *Diet Advice for Crohn's Disease: FODMAP and Beyond. Nutrients, 12(12)*, 3751. <https://doi.org/10.3390/nu12123751>
4. ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii III*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3374-1
5. ZAVORAL, Miroslav, ed. *Mařatkova gastroenterologie: patofyziologie, diagnostika, léčba*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5002-9

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Vít Blanař, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **11. června 2024**
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty a jejich stravovací návyky jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 22. 4. 2025

Bc. Marie Roubalová, v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto způsobem bych chtěla poděkovat mému vedoucímu diplomové práce Mgr. Vítu Blanařovi, Ph.D., za cenné rady, čas, trpělivost a spolupráci při vedení této práce. Dále bych chtěla poděkovat vybranému zdravotnickému zařízení za umožnění sběru dat, Všem pacientům, kteří se podíleli na výzkumném šetření za cenné informace a spolupráci. V neposlední řadě bych touto cestou chtěla poděkovat mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou a dodávali mi energii po celou dobu studia. Poděkování patří i mým kolegům v práci za trpělivost při celém mém studiu. Ráda bych poděkovala i sama sobě, za to, že jsem to nevzdala.

ANOTACE

Tato diplomová práce se zaměřuje na hodnocení kvality života pacientů s nespecifickými střevními záněty (IBD), konkrétně s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou a na analýzu jejich stravovacích návyků. Cílem je posoudit úroveň kvality života těchto pacientů a zmapovat jejich dietní zvyklosti

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá přehledem literatury. Popisuje epidemiologii, příznaky a léčbu nespecifických střevních zánětů, včetně stravovacích režimů a dietních doporučení. Dále se zabývá možnostmi hodnocení kvality života pacientů s IBD.

Praktická část diplomové práce je založena na kvantitativním dotazníkovém šetření s využitím standardizovaného dotazníku SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), který hodnotí kvalitu života pacientů s IBD.

Při hodnocení kvality života dotazníkem SIBDQ nebyl prokázán významný rozdíl v hodnocení kvality života mezi pacienty s ulcerózní kolitidou a pacienty s Crohnovou chorobou. Dobrou kvalitu života uvedlo 63,2 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 60 % s Crohnovou chorobou. Střední nebo výrazné omezení kvality života bylo o něco častější u pacientů s Crohnovou chorobou, přičemž velmi špatná kvalita života nebyla zaznamenána u žádné skupiny.

Výstupy této práce by mohly přispět k lepšímu pochopení života pacientů s IBD a poskytnout podklady pro další výzkum v oblasti hodnocení kvality života a stravovacích návyků. Výsledky mohou být využity k dalším výzkumům.

KLÍČOVÁ SLOVA

Crohnova choroba, dieta, gastroenterologie, IBD, informační brožura, kvalita života, nespecifické střevní záněty, nutriční doporučení, pacienti s IBD, SIBDQ, ulcerózní kolitida, výživa

ANNOTATION

This thesis focuses on assessing the quality of life of patients with inflammatory bowel disease (IBD), specifically Crohn's disease and ulcerative colitis, and analyzing their dietary habits. The aim is to evaluate the level of quality of life in these patients and map their dietary patterns.

The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with a literature review. It describes the epidemiology, symptoms and treatment of non-specific intestinal inflammation, including dietary regimens and dietary recommendations. It also deals with the possibilities of assessing the quality of life of patients with IBD.

The practical part of the thesis is based on a quantitative questionnaire survey using the standardized SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), which assesses the quality of life of patients with IBD. The results were interpreted using a summary method.

When assessing quality of life using the SIBDQ questionnaire, no significant difference in quality of life was demonstrated between patients with ulcerative colitis and patients with Crohn's disease. Good quality of life was reported by 63.2 % of patients with ulcerative colitis and 60 % of those with Crohn's disease. Moderate or significant impairment of quality of life was slightly more common among patients with Crohn's disease, and very poor quality of life was not reported in either group.

The outputs of this work could contribute to a better understanding of the lives of patients with IBD and provide data for further research in the field of assessing the quality of life and dietary habits. The results can be used for further research.

KEYWORDS:

Crohn's disease, diet, gastroenterology, IBD, information brochure, quality of life, inflammatory bowel disease, nutritional recommendations, IBD patients, SIBDQ, ulcerative colitis, nutrition

OBSAH

Seznam zkratk	13
Seznam obrázků	14
Seznam tabulek	15
Úvod	16
1 Nespecifické (idiopatické) střevní záněty	18
1.1 Epidemiologie	18
1.2 Rizikové faktory	20
1.3 Klasifikace	20
1.3.1 Mayo index	21
1.3.2 Montrealská klasifikace	21
1.3.3 CDAI	21
1.4 Etiologie a rizikové faktory	22
1.5 Klinický obraz	23
1.5.1 Klinický obraz Crohnovy choroby	23
1.5.2 Klinický obraz ulcerózní kolitidy	24
1.6 Diagnostika	25
1.6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření	26
1.6.2 Role sester v diagnostice pacientů s IBD	26
1.6.3 Nástroje pro hodnocení nutričního stavu	27
1.6.4 Laboratorní vyšetření	27
1.6.5 Zobrazovací metody	28
1.6.6 Endoskopické vyšetření	28
1.7 Komplikace	28
1.7.1 Střevní komplikace IBD	29
1.7.2 Mimostřevní komplikace IBD	29
1.8 Léčba	31
1.8.1 Medikamentózní léčba	31
1.8.2 Biologická léčba	34

1.8.3	Chirurgická léčba.....	34
2	Výživová doporučení a novinky v oblasti stravování.....	36
2.1	Role diety a výživy u pacientů s IBD	36
2.1.1	Dieta a výživa v klidové fázi – remise.....	37
2.1.2	Dieta a výživa v období aktivity – relaps	38
2.2	Individuální přístup ke stravování u pacientů s IBD	38
2.3	Rovnováha mikronutrientů a makronutrientů	39
2.4	Enterální výživa	39
2.5	Exkluzivní enterální výživa	39
2.6	Parenterální výživa.....	40
2.7	Speciální diety pro pacienty s IBD	41
2.7.1	Bezezbytková dieta	41
2.7.2	SCD dieta	41
2.7.3	CDED dieta	42
2.7.4	FODMAP	42
2.7.5	LOW-FODMAP diet	43
2.7.6	GAPS	43
2.7.7	Paleolitická dieta.....	44
2.7.8	Bezlepková dieta.....	44
2.7.9	Rostlinné a polovegetariánské diety	44
2.7.10	Středomořská dieta	45
2.7.11	Kurkuma jako doplněk stravy	45
2.8	Pitný režim pacientů s IBD.....	45
2.8.1	Denní potřeba tekutin.....	46
2.9	Multidisciplinární přístup k péči o IBD pacienty	46
2.9.1	Členové multidisciplinárního týmu a jejich role	46
2.10	Edukační role sester v péči o pacienty s IBD	47
3	Možnosti hodnocení kvality života pacientů	48
3.1	Definice kvality života	48

3.2	Hodnocení kvality života spojené se zdravím	49
3.2.1	Nástroje k měření kvality života související se zdravím	50
3.3	Hodnocení kvality života pacientů s IBD	51
3.4	Specifické dotazníky pro pacienty s IBD.....	52
3.4.1	IBDQ.....	52
3.4.2	IBDQ 36.....	53
3.4.3	SIBDQ.....	53
3.4.4	RFIPC.....	53
4	Cíle práce a výzkumné otázky	54
4.1	Výzkumné otázky	54
5	Metodika výzkumu.....	55
5.1	Vyhodnocení dotazníku SIBDQ podle domén	56
5.2	Sběr dat.....	57
5.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	57
5.4	Metodika statistického zpracování dat.....	57
5.5	Pilotní studie	58
6	Interpretace výsledků	59
6.1	Vyhodnocení základní charakteristiky pacientů.....	59
6.2	Vyhodnocení dotazníku SIBDQ	65
6.3	Interpretace výsledků – stravovací návyky	81
7	Diskuze	93
7.1	Diskuze k výsledkům dotazníku SIBDQ	93
7.2	Diskuze ke stravovacím návykům pacientů s IBD	98
8	Doporučení pro praxi.....	105
9	Limity výzkumu.....	107
10	Závěr.....	108
	Seznam odborných názvů	111
	Seznam použitých českých zdrojů	112
	Seznam použitých zahraničních zdrojů.....	116

Seznam příloh.....	128
--------------------	-----

Seznam zkratek

aj. a jiné

Anti-TNF Biologická léčba proti tumor nekrotizujícímu faktoru

ATB antibiotika

BMI Body Mass Index

CDAI Crohn Disease Activity Index (index aktivity Crohnovy choroby)

CDED Crohn`s disease Exclusion Diet (eliminační dieta)

CRP C – reaktivní protein

CT počítačová tomografie

EQ-5D The EuroQol Instrument (dotazník Euro Quality of life, 5 položek)

ESPEN Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus (angl. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)

EV Enterální výživa

IBD Inflammatory bowel disease (nespecifické střevní záněty)

MR magnetická rezonance

NGS nasogastrická sonda

NJS nasojejunální sonda

PV Parenterální výživa

SIBDQ Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

SF-36/ SF-12 Short Form 36/12 Health Survey Questionnaire

SIP-30 Sickness Impact Profile

USG ultrasonografické vyšetření

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WHOQOL-BREF The World Health Organization Quality of Life – BREF

Seznam obrázků

Obrázek 1 Věk pacientů.....	60
Obrázek 2 Trvání nemoci (v letech).....	62
Obrázek 3 Získávání informací o nemoci.....	64
Obrázek 4 Systémová doména – ulcerózní kolitida.....	65
Obrázek 5 Systémová doména – Crohnova 65	65
Obrázek 6 Porovnání v systémové rovině dle pohlaví.....	66
Obrázek 7 Střevní doména - ulcerózní kolitida.....	67
Obrázek 8 Střevní doména Crohnova choroba.....	67
Obrázek 9 Porovnání ve střevní doméně dle pohlaví.....	68
Obrázek 10 Emoční doména - ulcerózní kolitida.....	69
Obrázek 11 Emoční doména - Crohnova choroba.....	69
Obrázek 12 Porovnání v emoční doméně dle pohlaví.....	70
Obrázek 13 Sociální doména - ulcerózní kolitida.....	71
Obrázek 14 Sociální doména Crohnova choroba.....	71
Obrázek 15 Porovnání v sociální doméně dle pohlaví a typu onemocnění.....	72
Obrázek 16 Celkové hodnocení dotazníku SIBDQ – ulcerózní kolitida.....	73
Obrázek 17 Celkové hodnocení dotazníku SIBDQ – Crohnova choroba.....	73
Obrázek 18 Porovnání celkové hodnocení dle pohlaví a typu onemocnění.....	74
Obrázek 19 Grafické znázornění vztahu mezi doménami dotazníku SIBDQ (systémová VS. střevní, emoční, sociální).....	79
Obrázek 20 Grafické znázornění vztahu mezi doménami dotazníku SIBDQ (střevní VS. emoční, sociální a emoční VS. sociální).....	80
Obrázek 21 Dodržované diety pacientů s ulcerózní kolitidou.....	82
Obrázek 22 Příjem tekutin u pacientů s ulcerózní kolitidou.....	85
Obrázek 23 Dodržované diety pacientů s Crohnovou chorobou.....	86
Obrázek 24 Příjem tekutin u pacientů s Crohnovou chorobou.....	89

Seznam tabulek

Tabulka 1 Společné rysy onemocnění.....	23
Tabulka 2 Mimostřevní komplikace IBD.....	30
Tabulka 3 Hlavní aspekty edukační role sestry.....	47
Tabulka 4 Bodové rozmezí a interpretace celkového skóre dotazníku SIBDQ	56
Tabulka 5 Přehled domén s čísly otázek dotazníku SIBDQ.....	56
Tabulka 6 Pohlaví pacientů.....	59
Tabulka 7 Rozdělení pacientů (Věk podle pohlaví).....	59
Tabulka 8 Rozdělení pacientů podle onemocnění.....	60
Tabulka 9 Zaměstnání pacientů.....	61
Tabulka 10 Onemocnění v rodině pacientů.....	62
Tabulka 11 Získávání informací o onemocnění.....	63
Tabulka 12 Popisná statistika v systémové doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění.....	66
Tabulka 13 Popisná statistika ve střevní doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění	68
Tabulka 14 Popisná statistika v emoční doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění.....	70
Tabulka 15 Popisná statistika v sociální doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění	72
Tabulka 16 Popisná statistika celkové hodnocení dotazníku SIIBDQ.....	74
Tabulka 17 Výsledky jednotlivých odpovědí dotazníku SIBDQ – ulcerózní kolitida (procenta, průměr)	75
Tabulka 18 Výsledky jednotlivých odpovědí dotazníku SIBDQ – Crohnova choroba (procenta, průměr)76	
Tabulka 19 Test normálního rozdělení dat.....	76
Tabulka 20 Korelační matice vztahu mezi pozorovanými doménami	78
Tabulka 21 Získávání informací o stravování.....	81
Tabulka 22 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 1.....	82
Tabulka 23 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 2.....	83
Tabulka 24 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 3.....	84
Tabulka 25 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 4.....	84
Tabulka 26 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 1.....	86
Tabulka 27 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 2.....	87
Tabulka 28 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 3.....	88
Tabulka 29 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 4.....	88
Tabulka 30 Potraviny přinášející úlevu pacientům s IBD.....	90
Tabulka 31 Potraviny zhoršující příznaky pacientům s IBD.....	91
Tabulka 32 Zařazované druhy zeleniny a ovoce do jídelníčku pacientů s IBD	92
Tabulka 33 Užívání sippingu k dietě za den	92

Úvod

Pro diplomovou práci jsem si vybrala téma „Kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty a jejich stravovací návyky“. Téma jsem si vybrala proto, že čím dál více osob trpí tímto onemocněním. Myslím si, že toto téma je velice zajímavé a také aktuální, protože se stále více projevuje důležitost správného stravování, především v prevenci exacerbací těchto zánětlivých onemocnění.

V České republice je v současné době dle Minárikové (2021) cca 55 000 pacientů, trpících nespecifickými střevními záněty (Inflammatory bowel disease, dále jen IBD). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) je prevalence IBD v České republice na vzestupu. Očekává se, že v roce 2030 může počet nemocných dosáhnout až 78 000 (Mináriková, 2024). Tento vzestupný trend naznačuje potřebu zaměřit se nejen na léčbu samotného onemocnění, ale i na zkvalitnění života pacientů, a to prostřednictvím komplexních strategií zahrnujících farmakoterapii, psychologickou podporu, ošetrovatelskou péči a v neposlední řadě úpravu stravovacích návyků.

IBD, včetně Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy, představují závažná chronická onemocnění trávicího systému, která zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života postižených jedinců. Tato střevní onemocnění jsou charakterizována opakujícími se záněty trávicího traktu a z toho vyplývajícími potížemi jako je bolest, průjem, únava, hubnutí a řada dalších nepříjemných příznaků. Tyto obtíže mohou výrazně omezit každodenní fungování nemocného a ovlivnit jeho sociální interakce a celkově snižovat jeho kvalitu života (Le Berre, 2023).

Přestože IBD jsou geneticky a imunitně podmíněná onemocnění, je stále více pozornosti věnováno významu výživy jako klíčové součásti celkového managementu léčby těchto onemocnění.

Hodnocení kvality života pacientů s IBD je klíčovým aspektem holistického přístupu k péči, který je nedílnou součástí práce všeobecných sester. Právě sestry hrají zásadní roli v edukaci pacientů, poskytování podpory a monitorování jejich celkového zdravotního stavu. Součástí komplexní ošetrovatelské péče je proto systematické hodnocení kvality života, které pomáhá lépe porozumět potřebám pacienta (Ochtinská a kol., 2018)

K tomuto účelu se v klinické praxi využívají validované nástroje, mezi nimiž hraje roli i dotazník SIBDQ, který byl využit v této diplomové práci. Tento dotazník, i přesto, že se jedná o zkrácenou formu pouze s 10 otázkami, umožňuje komplexně posoudit čtyři klíčové oblasti života pacienta, a

to – střevní symptomy, systémové příznaky, emoční pohodu a sociální aspekty onemocnění (Steiner, 2024).

Dalším významným faktorem ovlivňujícím kvalitu života pacientů je výživa a s ní související stravovací návyky. Pacienti si často svůj jídelníček přizpůsobují tak, aby minimalizovali nepříjemné symptomy, avšak ne vždy mají k dispozici dostatek relevantních informací o vhodných dietních strategiích. Vzhledem k individuálním rozdílům v toleranci potravin neexistuje jednotná dieta, která by byla vhodná pro všechny pacienty. Avšak některé výživové přístupy jako dieta s nízkým obsahem FODMAP, bezsezbytková dieta či specifické eliminační diety vykazují pozitivní vliv na kontrolu symptomů. Nesprávné stravovací návyky mohou vést k nutričním deficitům, což může dále negativně ovlivnit fyzickou kondici, psychickou pohodu pacienta i jeho sociální interakce (Vorudová, Mitrová, 2021).

Práce poskytne přehled o příčinách, příznacích a léčbě IBD, doporučené dietě pro pacienty s IBD a možnostech hodnocení kvality života těchto pacientů.

Cílem této diplomové práce je zhodnotit kvalitu života pacientů s IBD v severních Čechách pomocí standardizovaného dotazníku SIBDQ a zjistit jaké jsou jejich stravovací návyky.

Dílním cílem práce je vypracování informačního materiálu pro pacienty s IBD.

1 Nespecifické (idiopatické) střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (*dále jen „IBD“*) se dle Lukáše (2021) dokázaly za poslední půl století posunout z okrajové oblasti gastroenterologie až do samotného středu jejího zájmu, k čemuž přispělo hned několik faktorů. Prvním z nich je dle Zbořila (2018) dramatický vzestup výskytu těchto onemocnění a posun počátku nemoci do dětského věku. Druhým významným faktorem je léčebný pokrok, který je v posledních desetiletích jasně patrný, což je ovšem spojeno s novými farmakoeconomickými požadavky. Dochází ke změně sociálního postavení pacientů s IBD, rostou nároky na samotné vzdělávání gastroenterologů apod. (Zbořil, 2018) IBD jsou dle Dujsíkové (2019) chronická zánětlivá onemocnění, která nejčastěji postihují trávicí trakt, avšak mohou postihovat i jiné orgány – např. klouby, kůži, oči. Dle Minárikové (2021) se průměrná roční incidence IBD v České republice pohybuje 5-15/100 000 obyvatel a v současné době je zde cca 55 tis. pacientů. Etiologie onemocnění není známa, přičemž na vznik onemocnění má vliv řada různých faktorů, jako je strava, ale i životní styl, stres, střevní mikrobiom apod. V případě IBD je genetický podíl na vzniku onemocnění jen minimální (Dujsíková, 2019). Do léčby jsou zapojeni specialisté z různých oborů a používány jsou nejmodernější medikamenty (inovativní molekuly, biologika aj.) (IKEM, 2021).

1.1 Epidemiologie

IBD (ang. „Inflammatory Bowel Disease“) lze označit dle Zbořila (2018) za skupinu chronických autoimunitních onemocnění, které postihují zažívací trakt, přičemž mezi dva hlavní typy IBD patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Crohnova nemoc (choroba) je dle Kohouta (2004) granulomatózní a transmurální zánět, který postihuje segmentálně či plurisegmentárně jakoukoliv část trávicí trubice. Jedná se o onemocnění neznámé etiologie, které probíhá chronicky s obdobími zhoršení (tzv. relapsů) a zklidnění (tzv. remisí) zánětu. Ulcerózní kolitida bývá dle Kohouta (2004) v české odborné literatuře označována také jako idiopatická proktokolitida. Jde o hemaragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, který postihuje vždy rektum a postupně se šíří na tlusté střevo. Opět se jedná o onemocnění neznámé etiologie a neúplně objasněné patogeneze. Průběh onemocnění má podobu relapsů a remisí (Kohout, 2004).

„IBD představují skupinu chronických, často celoživotních zánětlivých postižení tenkého a/nebo tlustého střeva. Dnes je známo, že se jedná spíše o skupinu velmi různorodých chorob, z čehož

vyplývá i současný léčebný přístup tzv. šitý na míru pacienta. Ačkoliv se nejedná o nejčastější onemocnění trávicího traktu, narůstající počet nemocných s IBD zařazuje toto onemocnění mezi ty, které se v gastroenterologii nejvíce zkoumají a kde došlo k zásadním změnám v léčbě.“ (IKEM, 2021) IBD jsou dle Zbořila (2018) autoimunitní onemocnění střev, jejichž výskyt v rámci populace nezadržitelně roste. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida postihují dle autora nejčastěji velmi mladé jedince, a to ve třetím a čtvrtém decéniu života. Výskyt IBD je vyšší v rámci ekonomicky vyspělých zemí. Incidence IBD v celosvětovém měřítku roste, avšak získaná data z jednotlivých částí světa je i dnes dosti obtížné navzájem porovnávat a standardizovat (Zbořil, 2018).

Rostoucí počet nemocných je dle Zbořila (2018) zaznamenán celosvětově, přičemž IBD jsou častější v industrializovaných zemích a více rizikový je městský styl života oproti venkovskému. Mezi pohlavími neexistují dle autora výraznější rozdíly, přičemž největší počet pacientů se nachází v Evropě a Severní Americe – nemocných je zde cca 0,5 až 1,5 % (V Evropě cca 2,2 mil., v USA cca 1,4 mil.). Zbořil (2018) uvádí, že až 75 % studií zaznamenává v posledních letech nárůst výskytu IBD, přičemž data se stále vyvíjí. Zatímco některé práce a studie hovoří o tom, že výskyt IBD v civilizovaných zemích stále úměrně stoupá, jiné naopak hovoří o stagnaci výskytu či o mírném poklesu. V Česku se incidence IBD dle Mnárikové (2021) pohybuje okolo 12-15/100 000 obyvatel, což koresponduje se zeměpisnou polohou země ve středu Evropy. I na českém území počet nemocných roste. Celková mortalita IBD se pohybuje kolem 30 až 40 případů/rok. Pacienti s IBD dosti často vyžadují chirurgickou léčbu (Mnáríková, 2021).

V přehledové práci Ďuricové (2017) jsou vzájemně porovnána data z jednotlivých studií, které se ve svém obsahu touto problematikou zabývaly. Výsledky poukázaly na to, že pacienti s Crohnovou chorobou vyžadují během 10 let chirurgický zákrok až ve 40 % případů. Pacienti s ulcerózní kolitidou podstupují dle autorky kolektomii asi v cca 10 % případů, a to do 10 let od primodiagnostiky. U pacientů s IBD existuje taktéž mnohem větší riziko kolorektálního karcinomu, které je až 2x vyšší (Ďuricová, 2017).

Jednotlivé oblasti světa lze dle výskytu IBD rozdělit geograficky do tří základních částí (Zbořil, 2018):

- regiony s vysokou incidencí;
- regiony se střední incidencí;
- regiony s nízkou incidencí.

Mezi regiony s vysokou incidencí IBD patří již tradičně dle Zbořila (2018) severozápadní Evropa a Severní Amerika. O střední incidenci lze hovořit dle autora v Austrálii a zemích středních Evropy. Velmi nízký výskyt IBD je patrný např. v Číně, Jižní Koreji, Iránu, Indii, severní Africe či Thajsku apod. (Zbořil, 2018)

1.2 Rizikové faktory

Mezi klíčové rizikové faktory IBD patří kouření, užívání antibiotik, nesteroidní protizánětlivé léky a ultra-zpracované potraviny. Naopak ochranné faktory zahrnují kojení do jednoho roku dítěte a stravu bohatou na vlákninu, ovoce a ryby (Singh, 2022).

Významnou roli hrají změny životního stylu a urbanizace, které přispívají ke zvýšení incidence IBD zejména v průmyslově se rozvíjejících zemích. Tyto změny vedou ke globální harmonizaci onemocnění a přispívají k rostoucí zátěži zdravotnických systémů (Singh, 2022).

Z výzkumů vyplývá, že IBD má heterogenní průběh závislý na věku. U dětí je rostoucí incidence doprovázena vyšší mírou komplikací, zatímco u starších pacientů je průběh obvykle mírnější. Výsledky naznačují, že preventivní opatření zaměřená na ovlivnění environmentálních faktorů, jako je snížení konzumace ultra-zpracovaných potravin a podpora zdravého životního stylu, mohou přispět k prevenci a modifikaci průběhu IBD (Caron, 2024).

1.3 Klasifikace

I přesto, že v posledních letech jsou patrné snahy o tvorbu nové klasifikace, která by dokázala reflektovat současné etiologické znalosti o Crohnově chorobě, do klinické praxe žádné z nich stále nepronikly. (Zbořil, 2022)

Zbořil (2022) dále hovoří o tom, že co se týče ulcerózní kolitidy, převážná většina klasifikací se shoduje na rozlišování dle rozsahu postižení, a to na distální tvar, při kterém je nález omezen na rektum, levostranné postižení a větší rozsah až do dotálního tvaru – pankolitidy. Jde dle autora o principy, které prezentuje montrealská klasifikace ulcerózní kolitidy. Nedílnou součástí klasifikačního popisu je posouzení morfologických změn v obraze endoskopických metod. (Zbořil, 2022)

Odborníci se shodují na tom, že klasifikace IBD je založena primárně na rozsahu onemocnění, klinické aktivitě onemocnění či na endoskopickém hodnocení (Mináriková, 2021). V současné

době se ke klasifikaci Crohnovy choroby používá dle Minárikové (2021) nejčastěji montrealská definice. V případě ulcerózní kolitidy se v klinické praxi nyní nejvíce používá Mayo index, který prezentuje čtyřstupňovou škálu 0 až 3. Lze zde použít, stejně jako u Crohnovy choroby, montrealskou klasifikaci (Mináriková, 2021).

1.3.1 Mayo index

Dle Wong et al. (2024) je Mayo skóre klinický index používaný k hodnocení aktivity ulcerózní kolitidy. Skládá se ze čtyř parametrů: frekvence stolice, rektálního krvácení, endoskopického nálezu a celkového lékařského hodnocení. Každý parametr je hodnocen na škále od 0 do 3 bodů, v celkovém skóre v rozmezí 0–12 bodů. Čím vyšší je skóre, tím vyšší aktivita onemocnění. Skóre ≤ 2 obvykle znamená klinickou remisi. Skóre ≥ 6 indikuje středně těžkou až těžkou aktivitu nemoci. Mayo skóre je využíváno v klinických studiích pro sledování průběhu ulcerózní kolitidy a účinnosti léčby (Wong et al., 2024).

1.3.2 Montrealská klasifikace

Montrealská klasifikace je mezinárodně uznávaný systém pro kategorizaci Crohnovy choroby, který byl navržen s cílem standardizovat diagnostiku a prognózu onemocnění. Je založen na třech hlavních parametrech, a to věk, lokalizace onemocnění a chování onemocnění (Bokemeyer et al., 2023).

Dle Bokemeyer et al. (2023) vychází montrealská klasifikace z původní Vídeňské klasifikace, ale byla rozšířena o L4 pro postižení horního GIT a modifikátor p pro perianální postižení. Montrealský systém je hierarchický, což znamená, že jakmile nemoc přejde do těžšího stádia, nelze ji v původní verzi klasifikace „downgradovat“ zpět. Novější přístupy však zvažují možnost obousměrné klasifikace, což umožňuje zaznamenávat i případné zlepšení díky moderní léčbě (Bokemeyer et al., 2023).

1.3.3 CDAI

CDAI (Crohn Disease Activity Index) je klinický index používaný k hodnocení aktivity Crohnovy choroby. Je založen na kombinaci několika parametrů, jako je frekvence stolice, intenzita bolesti, celkový zdravotní stav, přítomnost komplikací, potřeba užívání, hodnota hematokritu, změna hmotnosti. Výsledné skóre pomáhá určit závažnost onemocnění a účinnost léčby. Hodnoty ≤ 150

značí remisi, hodnoty ≥ 450 svědčí o těžké aktivitě onemocnění. CDAI se využívá k monitorování průběhu Crohnovy choroby (Thangavelu et al., 2024).

1.4 Etiologie a rizikové faktory

Etiologie IBD je dle Kohouta (2004) stále neznámá, přičemž patogeneze je známa pouze částečně. Nejčastěji jsou však diskutovány genetické vlivy, faktory vnějšího prostředí a infekce. Douda (2022) uvádí, že dnes panuje všeobecná shoda na tom, že IBD vznikají vlivem porušení geneticky determinované slizniční rovnováhy, a to mezi mohutným imunitním systémem střeva a obrovským lumenálním antigenním potenciálem mikrobiálním a potravinovým. Dále je dle autora nutné zmínit, že genetické faktory jsou sice nezbytným předpokladem k tomu, aby došlo ke klinickým projevům IBD, avšak rozhodující vliv na vznik či na průběh choroby nemají. Genetické testování je tudíž v rámci klinické praxe stále nepoužitelné (Douda, 2022).

Neexistují důkazy o tom, že lze IBD přenášet z pacienta na druhou osobu, avšak na druhou stranu je nutné zmínit, že vysoká incidence IBD je patrná v zemích s nízkým výskytem střevních infekcí, přičemž protektivním faktorem IBD je nízká hygienická úroveň. Mezi zevní faktory patří psychický stres. *„Ačkoliv zkušenosti ukazují, že emocionálně negativní prostředí nebo situace bývají provokující momentem při vzplanutí choroby a dříve se uvažovalo, že zejména ulcerózní kolitida je psychosomatické onemocnění, důkazy pro takové tvrzení chybí. Obdobné to platí pro oblast stravování“* (Ehrmann, 2011).

Mezi rizikové faktory IBD patří dle Zbořila (2018) genetická zátěž a změna v rámci střevního mikrobiomu. Rodinná zátěž se zvýšeným výskytem IBD je u nejbližších příbuzných dle autora zcela zjevná, přičemž dosti zásadní vliv mají také environmentální faktory – hygienické podmínky, dieta, mikrobiální expozice apod. problematickým faktorem je bezpochyby západní styl života. Rizikový je dle Zbořila (2018) zvýšený příjem cukrů a tuku, přičemž protektivní je naopak příjem vlákniny, ovoce a zeleniny. Nedostatek pohybu a vysoká míra stresu všeobecně dle autora zvyšují pravděpodobnost rozvoje autoimunitních chorob. Kromě toho lze za významný rizikový faktor označit vysoký socioekonomický standard. Zbořil (2018) uvádí, že klíčovou roli taktéž hraje prostředí, ve kterém vyrůstají malé děti. Mezi tradiční rizikové faktory patří kuřáctví a užívání orálních kontraceptiv, přičemž riziko vychází nejenom z délky užívání, ale také z dávky estrogenu. Ke zvýšené náchylnosti vůči IBD mohou vést v neposlední řadě také antibiotika (Zbořil, 2018).

1.5 Klinický obraz

Idiopatické střevní záněty zahrnují dvě hlavní onemocnění: Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Přestože sdílejí některé společné rysy (viz. Tabulka 1), jejich klinický obraz se v několika ohledech liší (Klante, 2020).

Tabulka 1 Společné rysy onemocnění

Rys	Popis
Chronický zánět	Obě onemocnění jsou charakterizována chronickým střevním zánětem.
Autoimunitní povaha	Jedná se o imunitně podmíněné zánětlivé onemocnění.
Exacerbace a remise	Obě nemoci se vyznačují fázemi relapsů (zhoršení) a remise (útlumu).
Extraintestinální projevy	Může docházet k postižení kůže, očí, kloubů a jater.
Zvýšené riziko rakoviny	U pacientů s dlouhodobým onemocněním je zvýšené riziko kolorektálního karcinomu.
Genetická predispozice	Rodinná anamnéza hraje roli v predispozici k těmto nemocem.
Změny ve střevním mikrobiomu	U pacientů dochází k narušení rovnováhy střevních bakterií.
Léčba	Obě onemocnění lze léčit pomocí imunosupresiv, biologické léčby a chirurgických zákroků v těžkých případech.

Zdroj: Mináriková 2021, Vlastní zpracování

1.5.1 Klinický obraz Crohnovy choroby

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicího traktu, které může postihnout jakoukoli jeho část, od úst až po konečník, nejčastěji však zasahuje oblast spojení tenkého a tlustého střeva. (Ochtinská a kol., 2018). Zánět proniká celou stěnou střeva a má segmentální

charakter, což znamená, že mezi postiženými úseky se nacházejí oblasti zdravé sliznice (Mefanet, 2024).

Příznaky tohoto onemocnění jsou velice různorodé. Mezi hlavní příznaky patří průjem, bolesti břicha a křeče, únava, horečka, krev ve stolici, vředy v ústech, snížená chuť k jídlu a úbytek hmotnosti. V závažnějších případech může dojít k zánětu očí, kůže, kloubů, jater nebo žlučových cest, tvorbě ledvinových kamenů a anémii. U dětí může choroba zpomalit růst a vývoj (Dolinger, 2024).

Příznaky se mohou lišit v závislosti na lokalizaci a rozsahu zánětu. Například při postižení tenkého střeva jsou časté bolesti břicha a průjem, zatímco zánět v tlustém střevě může vést k přítomnosti krve ve stolici. Perianální postižení může zahrnovat tvorbu píštělí nebo abscesů v okolí konečníku (Dolinger, 2024).

Je důležité si uvědomit, že příznaky Crohnovy choroby mohou být velmi variabilní a lišit se od pacienta k pacientovi. Někteří jedinci mohou mít mírné projevy, zatímco jiní zažívají závažné symptomy. Včasná diagnostika a individuální přístup k léčbě jsou klíčové pro zlepšení kvality života pacientů s tímto onemocněním (Malik, 2024).

1.5.2 Klinický obraz ulcerózní kolitidy

Ulcerózní kolitida je chronické zánětlivé onemocnění střev postihující primárně sliznici rekta a tlustého střeva, přičemž postižení se šíří kontinuálně bez zdravých úseků. Toto onemocnění je celoživotní a vyznačuje se střídáním období aktivity (relapsu) a klidu (remise). Pacienti nejčastěji trpí krvavými průjmy, které jsou v 90 % případů hlavním symptomem. Dále se objevuje zvýšená frekvence stolice, její snížená konzistence, rektální urgence, tenesmy, tedy bolestivé nucení na stolici, a hlenovitý výtok. U některých pacientů může dojít ke střevní inkontinenci a nočním defekacím. Bolest břicha je častým příznakem, nejčastěji lokalizovaným do levého dolního kvadrantu, přičemž dochází k jejímu zlepšení po vyprázdnění (Le Berre, 2023).

Ulcerózní kolitida může probíhat v různých formách závažnosti. Mírná forma se vyznačuje méně než čtyřmi průjmy denně, které mohou obsahovat krev, ale nejsou doprovázeny systémovými projevy. Středně těžká forma se projevuje častějšími stolicemi, křečemi v břiše a mírnými systémovými projevy. Těžká forma zahrnuje více než šest krvavých průjmů denně, často doprovázených horečkou, tachykardií a anémií. Fulminantní kolitida představuje život ohrožující

stav s více než deseti krvavými průjmy denně, těžkou dehydratací, těžkou anémií a rizikem toxického megakolon (Le Berre, 2023).

1.6 Diagnostika

Při delším průběhu onemocnění může docházet ke strukturálním změnám ve střevě, což vede k progresivní ztrátě elasticity a rozšíření stěny střeva. Někteří pacienti mohou trpět chronickou únavou, úbytkem svalové hmoty a nutričními deficity v důsledku opakovaných průjmů a sníženého příjmu potravy (Le Berre, 2023).

Pacienti s IBD, kteří přicházejí na kliniku, vyžadují důkladné vyhodnocení příznaků a symptomů. Mezi běžné příznaky patří bolest břicha a nadýmání, průjem/zácpa, horečka, únava, úbytek hmotnosti, tenesmy, zánět kloubů, kůže, očí a jater. Důkladná rodinná anamnéza je klíčová při diagnostice a hodnocení rizika vzniku idiopatických střevních zánětů (IBD), jako jsou Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Přítomnost člena rodiny s IBD může zvýšit pravděpodobnost výskytu tohoto onemocnění u dalších členů rodiny, protože genetické faktory hrají významnou roli v rozvoji těchto onemocnění. Znalost rodinné anamnézy pomáhá lékařům lépe posoudit rizika a přizpůsobit preventivní opatření nebo diagnostiku (Malik, 2024).

Základem diagnózy IBD je dle Douady (2022) primárně detailní anamnéza a kombinace klinických a biochemických vyšetření, vyšetření stolice, zobrazující radiologické vyšetření a endoskopie, především koloskopie. Lukáš a kol. (2019) uvádí, že za „zlatý standard“ vyšetření u IBD lze označit endoskopické metody (Lukáš a kol., 2019).

Velice důležité je odlišit Crohnovu chorobu od ulcerózní kolitidy a vyloučit další příčiny průjmů, jako jsou infekční průjmy, bakterie, dráždivý tračník, maligní změny a mnoho dalších (Mináriková, 2021).

Průměrná doba stanovení diagnózy IBD od vzniku prvních symptomů může dle Douady (2022) trvat až 10 měsíců. *„Detailní anamnéza, provedení laboratorního vyšetření se stanovením CRP a fekálního kalprotektinu umožní praktickému lékaři odlišit pacienta s dráždivým tračníkem a správně a včas indikovat koloskopické vyšetření.“* (Douada, 2022, s. 255-258)

1.6.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Při shromažďování anamnestických údajů je klíčové zjistit první příznaky onemocnění, které pacient často podceňuje a hlásí až po delší době. Důraz je kladen na aktuální potíže, jako jsou charakteristika stolice (počet, příměsí, průjem), bolest břicha (lokalizace, intenzita) a celkové příznaky (únava, hubnutí, teplota). Důležitá je také informace o prodělaných infekčních onemocnění (včetně tuberkulózy a hepatitidy před biologickou léčbou), očkování a provedené apendektomie. Pátrá se po faktorech spouštějících onemocnění, jako je strava, stres, léky, kouření, cesty do zahraničí a rodinná anamnéza (Ochtinská, 2021).

Fyzikální vyšetření navazuje na anamnézu a zaměřuje se na celkový zdravotní stav, výživovou kondici, BMI a břišní citlivost. Součástí je měření krevního tlaku, srdeční frekvence a tělesné teploty, přičemž pacienti často vykazují subfebrílie nebo febrílie. Časté jsou známky malnutrice, pokles tělesné hmotnosti nebo anemické projevy (únava, bledost kůže sklér a sliznic, dušnost). Při postižení trávicího traktu se mohou objevit afty v dutině ústní nebo píštěle v perianální oblasti, což vyžaduje doplnění vyšetření o vyšetření per rectum. Posuzují se také extraintestinální příznaky, jako je postižení kloubů, očí nebo kůže. Poslech může odhalit výraznou střevní peristaltiku (Ochtinská, 2021).

1.6.2 Role sester v diagnostice pacientů s IBD

Všeobecné sestry hrají klíčovou roli v diagnostice pacientů s IBD (Rosso 2021). Pro efektivní péči je zásadní, aby si byly vědomy dopadu těchto onemocnění na kvalitu života pacientů a uměly rozpoznat specifické potřeby související s výživou, inkontinencí, únavou a bolestí (Kemp et al., 2018).

Sestry také hrají důležitou roli při klinické asistenci, jako je ošetřování pacientů se stomií, péče o integritu kůže, zvládání komplikací a podávání biologické léčby (Kemp et al. 2018).

Sestry musí umět identifikovat klíčové aspekty péče o pacienty s IBD a poskytovat řešení jejich problémů. To zahrnuje Monitoring nutričního stavu, prevence podvýživy a poradenství ohledně vhodné diety. Pomoc pacientům s poruchami vyprazdňování, prevence kožních komplikací. Edukace pacientů o možnostech zvládání únavy a bolesti, včetně nefarmakologických metod (Kemp et al., 2018).

1.6.3 Nástroje pro hodnocení nutričního stavu

Včasná detekce nutričních poruch může předejít zdravotním komplikacím, zhoršení funkční výkonnosti, vyšší nemocnosti a úmrtnosti (Kozáková a kol., 2011).

Mezi hlavní nástroje pro hodnocení nutričního stavu patří:

- **Mini Nutritional Assessment (MNA)** – hodnocení na základě antropometrických měření, stravovacích návyků, celkového zdravotního stavu a subjektivního posouzení.
- **MNA-Short Form (MNA-SF)** – zkrácená verze pro seniory, obsahující šest klíčových otázek.
- **Subjective Global Assessment (SGA)** – subjektivní hodnocení na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření, rozděluje pacienty do tří kategorií podle závažnosti podvýživy.
- **Nutritional Risk Screening (NRS 2002)** – metoda doporučená ESPEN pro hodnocení nutričního rizika, kombinující BMI, ztrátu hmotnosti a vliv základní choroby.
- **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)** – screeningový nástroj pro hodnocení podvýživy a jejího rizika, využíváný v nemocnicích i komunitní péči.

Správná identifikace nutričního stavu pacienta je klíčová pro zavedení efektivní výživové intervence, která může zlepšit prognózu pacienta a kvalitu jeho života (Kozáková a kol. 2011).

1.6.4 Laboratorní vyšetření

Laboratorní testy patří mezi nejméně invazivní diagnostické metody hned po anamnéze a fyzikálním vyšetření. V klinické praxi se často využívají serologické testy a testy stolice, které mohou být užitečné jak pro diagnostiku, tak pro sledování průběhu onemocnění. Např. krevní testy měřící zánětlivé markery, jako je C-reaktivní protein (CRP) a rychlost sedimentace erytrocytů, poskytují informace o celkovém průběhu zánětu v těle. CRP je obzvláště užitečný pro sledování aktivity Crohnovy choroby, zatímco u ulcerózní kolitidy má tento marker nižší diagnostickou hodnotu, protože přibližně 50 % pacientů s ulcerózní kolitidou má normální hladinu CRP (Hong, 2024).

Pro diagnostiku IBD jsou také důležité testy ze stolice, zejména měření fekálního kalprotektinu (FCP) a laktotransferinu (FL), které jsou spolehlivými ukazateli střevního zánětu a mohou pomoci odlišit IBD od funkčních poruch (Hong, 2024).

1.6.5 Zobrazovací metody

Zobrazovací techniky hrají důležitou roli zejména při diagnostice Crohnovy choroby, která často postihuje tenké střevo. Enterografie pomocí magnetická rezonance (MRe) a enterografie pomocí počítačová tomografie (CTe) umožňují podrobný pohled na strukturu střevní stěny a komplikace, jako jsou stenózy, píštěle nebo abscesy. MRe má výhodu v tom, že pacienty nevystavuje ionizujícímu zařízení, což je klíčové pro opakované monitorování onemocnění (Cicero, 2021).

Další možností je intestinální sonografie. Jde o neinvazivní, snadno dostupné a finančně méně náročné vyšetření než MRI nebo CT. Ultrazvuk umožňuje rychlé hodnocení střevní stěny a je praktickým nástrojem pro sledování aktivity onemocnění v reálném čase (Hong, 2024).

1.6.6 Endoskopické vyšetření

Kolonoskopie je základní diagnostickou metodou pro IBD, která umožňuje přímou vizualizaci tlustého střeva a terminálního ilea, odběr biopsie a hodnocení aktivity onemocnění. U ulcerózní kolitidy se typicky projevuje nepřerušovaná zánětlivá léze, která začíná v rektu a šíří se orálním směrem, zatímco Crohnova choroba je charakterizována segmentálními oblastmi zánětu (tzv. „skip léze“), transmurálním postižením a často přítomností perianálních komplikací (Hong 2024)

Pro hodnocení horní části gastrointestinálního traktu se využívá esofagogastroduodenoskopie. Zejména u pacientů s Crohnovou chorobou, která může odhalit postižení jícnu, žaludku a duodena (Kim, 2022).

U pacientů s podezřením na Crohnovu chorob, zejména pokud je postiženo tenké střevo, je velmi užitečná videokapslová endoskopie, která umožňuje zobrazení celého tenkého střeva. Videokapslová endoskopie je méně invazivní než enteroskopie a má vysokou diagnostickou výtěžnost při podezření na drobné slizniční léze, které mohou být jinými metodami přehlédnuty (Josiah et al., 2021).

1.7 Komplikace

U IBD existuje značné riziko komplikací, které se dělí na dvě kategorie, první zahrnuje komplikace postihující střevo a další části trávicího traktu. Druhá skupina zahrnuje komplikace, které se vyskytují mimo trávicí soustavu (Mináriková, 2019).

1.7.1 Střevní komplikace IBD

Nespecifické střevní záněty často vedou k závažným komplikacím, které mají zásadní dopad na kvalitu života pacientů. Mezi nejčastější komplikace postihující střevní stěnu patří striktury, píštěle, abscesy a riziko malignity, což často vyžaduje intenzivní lékařskou a chirurgickou péči (M'Koma, 2022).

Striktury a obstrukce

Střevní striktury, které vznikají v důsledku chronického zánětu a fibrózy, jsou časté u Crohnovy choroby. Mohou vést k obstrukcím trávicího traktu. Projevují se bolestmi břicha, nadýmáním a zácpou. Tyto komplikace obvykle vyžadují chirurgické řešení, jako je resekce postižené části střeva nebo endoskopické dilatace (M'Koma, 2022).

Píštěle a abscesy

Crohnova choroba často způsobuje tvorbu píštělí, což jsou abnormální spojení mezi střevy a dalšími orgány nebo kůží. Píštěle mohou být komplikovány abscesy, které vyžadují drenáž a antibiotickou léčbu (M'Koma, 2022).

Riziko malignity

Pacienti s dlouhodobým průběhem IBD, zejména ulcerózní kolitidy, mají zvýšené riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Riziko se zvyšuje s délkou trvání onemocnění a rozsáhlostí postižení střeva. Proto jsou doporučeny pravidelné endoskopické kontroly, zaměřené na včasné odhalení dysplazie (M'Koma, 2022)

1.7.2 Mimostřevní komplikace IBD

Mimostřevní komplikace jsou časté u pacientů s IBD a mohou významně ovlivnit kvalitu života i prognózu onemocnění. Je důležité nejen kontrolovat střevní zánět, ale také sledovat a léčit tyto systémové projevy. Multidisciplinární přístup zahrnující gastroenterology, revmatology, dermatology, oftalmology a další specialisty je klíčový pro komplexní péči o pacienty s IBD (Bruner, 2023). Přehled mimostřevních komplikací je uveden v tabulce 2.

Tabulka 2 Mimostřevní komplikace IBD

Systém	Mimostřevní komplikace
Kloubní	periferní artritida, periferní artropatie
Kožní	Nodózní erytém, pyoderma gangrenosum, Sweetův syndrom, aftózní stomatitida
Oční	Episkleritida, uveitida
Hepatobiliární	Primární sklerotizující cholangitida
Metabolické	Osteopenie, osteoporóza, nefrolitiáza, cholelitiáza
Cévní	Tromboembolizmus, anémie
Ledvinné	Nefrolitiáza, tubulointersticiální nefritida
Plicní	Infekce, poléková plicní fibróza
Endokrinní	Diabetes mellitus, Cushingův syndrom

(Bortlík, 2024) Vlastní zpracování

Kloubní projevy:

Postihují asi třetinu pacientů, nejčastěji formou axiální artropatie (např. sakroileitida) nebo periferní artropatie (Faggiani, 2024). Zánětlivé kloubní obtíže mohou být konkordantní (související s aktivitou IBD) nebo diskordantní (nezávislé na aktivitě IBD). Axiální postižení je typické pro diskordantní formu, zatímco periferní artropatie často koreluje se zánětem ve střevě (Bortlík, 2024).

Kožní projevy:

Mezi nejčastější patří nodózní erytém a pyoderma gangrenosum. Nodózní erytém je charakteristický zarudlými, bolestivými uzly, které se objevují zejména na bérkách (Bortlík, 2024). Pyoderma gangrenosum je závažnější a vyžaduje intenzivní léčbu. Další projevy zahrnují Sweetův syndrom, metastatickou Crohnovu chorobu a aftózní stomatitidu (Faggiani, 2024).

Oční projevy:

Episkleritida je nejčastější oční komplikací IBD, typicky související s aktivitou onemocnění. Uveitida (především přední uveitida) je vážnější a vyžaduje specializovanou léčbu oftalmologem. Oční projevy se objevují u 2–7 % pacientů, ale některé studie uvádějí až 40% výskyt (Bortlík, 2024).

Hepatobiliární projevy:

Primární sklerotizující cholangitida (PSC) je nejčastější jaterní komplikací IBD, postihující 3–5 % pacientů, zejména s ulcerózní kolitidou. PSC zvyšuje riziko cholangiokarcinomu a kolorektálního karcinomu. Pravidelné preventivní koloskopie jsou nezbytné (Faggiani, 2024).

Další komplikace:

Anémie, osteoporóza, ledvinové a žlučové kameny, tromboembolické komplikace (např. hluboká žilní trombóza) a endokrinní poruchy (např. diabetes mellitus při kortikosteroidní léčbě) představují časté problémy (Bortlík, 2024).

1.8 Léčba

Léčba IBD v České republice se zaměřuje především na farmakoterapii. Dál pak na biologickou léčbu, nutriční terapii, biologickou léčbu a v závažných případech chirurgické zákroky. Cílem moderní léčby je nejen dosažení remise onemocnění, ale také hluboká remise – tedy zhojení sliznice potvrzené endoskopicky a laboratorně. V současnosti se klade důraz na individualizovaný přístup k léčbě, tzv. "terapii šitou na míru", s využitím monitorování koncentrace léčiv v krvi (Therapeutic Drug Monitoring – TDM) pro optimalizaci terapie (Mináriková, 2024).

Idiopatické střevní záněty (IBD) jsou rostoucím problémem v rozvojových zemích, kde léčba naráží na omezené zdroje a nedostatečnou infrastrukturu. Finanční nedostupnost moderní terapie, omezená diagnostická kapacita a nedostatek specialistů představují hlavní překážky efektivního zvládnutí těchto onemocnění (Haneishi, 2023).

1.8.1 Medikamentózní léčba

Cílem léčby je předejít návratu onemocnění, komplikacím a udržet stav remise. Klíčová je spolupráce pacienta, aby léčba dosahovala požadovaných výsledků, přičemž je důležité, aby přínosy léčby převyšovaly její rizika. Každý pacient vyžaduje individuální přístup při zavádění terapie. Pro dlouhodobou udržovací léčbu se používají hlavně aminosalicyláty, imunosupresiva, biologická léčba a v některých případech i kortikoidy (Lukáš a kol., 2019).

1.8.1.1 Aminosalicyláty

Aminosalicyláty jsou protizánětlivé léky, které mají přímý účinek na střevní sliznici (Vašátko, 2021). Tyto léky se používají již od roku 1942, což přispívá k jejich osvědčené účinnosti a dobré snášenlivosti. Mají pouze minimální vedlejší účinky a jsou dostupné v různých formách – v tabletách, čípcích a klyzmatu. Čípky a klyzmata se využívají především při postižení distální části střeva, například u ulcerózní kolitidy, ale pro Crohnovu chorobu nejsou běžné, protože jejich účinnost zde není zcela prokázána (Lukáš a kol., 2019). Aminosalicyláty, jako sulfasalazin a

mesalazin (např. Pentasa, Asacol), se využívají zejména při mírných až středně těžkých formách ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby (Mináriková, 2019).

1.8.1.2 Antibiotika

Antibiotika se při léčbě IBD nevyužívají pro dlouhodobou terapii, protože jejich účinek rychle odezní o ukončení léčby. Antibiotická terapie by měla být omezena na krátké časové období. U pacientů s Crohnovou chorobou by perorální ATB neměla být nasazena na déle než tři měsíce. Antibiotika jsou indikována hlavně při závažných komplikacích, jako jsou septické stavy nebo bakteriální přerůstání způsobené střevními strikturami a píštělemi. Při krátkodobé léčbě se nejčastěji využívá Metronidazol (Vašátko, 2021).

1.8.1.3 Prebiotika, probiotika a synbiotika

Probiotika jsou nestravitelné složky potravy, které podporují růst a aktivitu prospěšných bakterií ve střevech, čímž zlepšují zdraví hostitele. Mezi nejčastější probiotika patří inulin, fruktooligosacharidy, galaktooligosacharidy a β -glukany. V lidském trávicím traktu nejsou štěpeny enzymy, a proto se dostávají až do tlustého střeva, kde jsou fermentovány mikroflórou. Probiotika se přirozeně nacházejí v potravinách jako je česnek, artyčoky nebo banány, ale mohou být i uměle přidávána do potravin pro zvýšení jejich výživové hodnoty. Tato probiotika zvyšují počet prospěšných bakterií jako *Lactobacillus* a *Bifidobacterium*, a podporují celkové zdraví střev díky tvorbě mastných kyselin s krátkým řetězcem, které hrají mimořádně důležitou roli ve správném fungování střev. Jsou živnou půdou pro prospěšné bakterie a zároveň inhibují růst patogenů; urychlit procesy hojení a regenerace střevního epitelu; zvýšit produkci hlenu; udržovat správné pH ve střevě, což snižuje růst patogenních bakterií; zvyšuje vstřebávání vápníku, železa a hořčíku, snižuje hladinu cholesterolu v krvi; a také příznivě ovlivňuje metabolismus glukózy a bílkovin v játrech (Martyniak et al., 2021).

Probiotika jsou živé mikroorganismy, které podporují zdraví střev tím, že modulují imunitní odpověď, zvyšují produkci slizničního IgA a konkurencí s patogenními bakteriemi v lidském střevě se nachází biliony mikrobů, které hrají důležitou roli, např. ří syntéze vitamínu B a trávení. Moderní životní styl však může vést k dysbióze střevní flóry kvůli stresu, hygieně a užívání antibiotik. *Lactobacilly* jsou hlavní skupinou bakterií ve fermentovaných potravinách, jako jsou nakládaná zelenina, kyselé mléko a kefír a mají pozitivní vliv na zdraví (Martyniak et al., 2021).

Probiotika působí několika mechanismy, včetně produkce antibakteriálních látek (kyselina mléčná), zlepšení integrity střevní bariéry a modulace pH. Jejich klíčovou výhodou je schopnost posílit imunitní systém a snížit zánětlivé procesy, což je důležité zejména pro pacienty s IBD. U těchto pacientů probiotika podporují fagocytózu, produkci protizánětlivých cytokinů a omezují protizánětlivé cytokiny, čímž pomáhají udržovat imunitní rovnováhu ve střevech (Triantafyllidis et al., 2020).

Přestože jsou probiotika považována za bezpečná, je třeba mít na paměti, že u lidí se sníženou imunitou se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, jako je bakteriální translokace a sepse. Zdá se však, že přínosy probiotik u pacientů s IBD převažují nad rizikem možných vedlejších účinků a mohou chránit před vedlejšími účinky IBD (Martyniak et al., 2021).

Synbiotika představují kombinaci probiotik a prebiotik, která společně mohou přinést synergické zdravotní přínosy pro hostitele. Tento přístup je považován za velmi slibnou metodu, zejména pokud jde o využití u pacientů s IBD. Navzdory tomuto potenciálu bylo dosud provedeno jen málo studií, které by podpořily účinnost synbiotik v léčbě IBD. Nejčastějšími synbiotickými kombinacemi je např. *Bifidobacteria* ve spojení s fruktooligosacharidy nebo inulinem (Akutko, 2021).

1.8.1.4 Imunosupresiva

Imunosupresiva se využívají od 60. let 20. století, jsou důležitá při léčbě IBD, zejména díky prokázané účinnosti v dlouhodobé terapii. Mezi často používané léky patří metotrexát, thiopurinyny a kalcineurinové inhibitory, které se podávají samostatně nebo v kombinaci s anti – TNF protilátkami (biologická léčba). Rizika podávání imunosupresiv zahrnují hematotoxicitu, hepatotoxicitu, zažívací obtíže, akutní pankreatitidu a vyšší riziko vzniku nádorů, což vyžaduje léčbu ve specializovaných centrech. Kombinace thiopurinů s alopurinolem snižuje vedlejší účinky a zvyšuje účinnost terapie, ale je vhodná pouze pro spolupracující pacienty (Ochtinská, 2021).

1.8.1.5 Kortikoidy

Kortikosteroidy jsou používány v úvodní fázi léčby IBD. Jejich nasazení při léčbě Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy začalo v polovině 50. let 20. století a vedlo ke snížení úmrtnosti pacientů s těmito nemocemi. Kortikosteroidy se dělí na dvě hlavní kategorie: systémové, jako např. Prednison a lokální, které jsou dostupné ve formě gelů a pěn. Systémové kortikosteroidy mají vyšší účinnost než ty lokální, které jsou méně účinné (Vašátko, 2021).

1.8.2 Biologická léčba

Biologická léčba využívá látky přírodního původu nebo molekuly odvozené z látek přítomných v lidském těle. Tyto látky se zaměřují na konkrétní složky zánětlivého procesu a tlumí ho tím, že cíleně působí na látky, které zánět vyvolávají nebo podporují. Často jde o protilátky, které se vážou na specifické molekuly, tím omezují zánětlivý proces. Tento mechanismus má pozitivní vliv na pacienty, a to v podobě snížení otoku tkáně, hojení vředů, zastavení krvácení a následně i zmírnění nebo úplné vymizení subjektivních obtíží (ISCARE, 2024).

Biologická léčba představuje nejúčinnější, ale i finančně nejnákladnější konzervativní léčbu (Mináriková 2019)

Ještě před zahájením biologické léčby je nutností provést plicní vyšetření, a to za účelem vyloučení latentní tuberkulózy a vyloučení aktivní hepatitidy B. Dujsíková (2019) poukazuje na to, že léčbu pacienta je vždy nutné zahájit co nejdříve od diagnostiky IBD a poté je žádoucí taktéž sledovat efektivitu léčby. Pokud není léčba efektivní, je nutností ji okamžitě změnit, jelikož to následně zabrání přechodu onemocnění do chronického stádia a pacientovi je umožněna vyšší kvalita života. Rostoucí počet nemocných s IBD přináší nutnost rozšiřovat základní poznatky o těchto nemocech a jejich terapii mezi lékaře a ostatní zdravotní pracovníky. Současná léčba, i přesto, že je mnohdy velmi účinná, nedokáže IBD vyléčit, což je zapotřebí zmínit. Proto je celá řada pacientů celoživotně odkázána na dlouhodobou medikamentózní terapii, které je spojena s vedlejšími účinky (Dujsíková, 2019).

1.8.3 Chirurgická léčba

Chirurgický zákrok zůstává důležitou možností léčby, zejména v případech, kdy selhává farmakologická léčba nebo při vzniku komplikací (Cai, 2021).

Absolutní indikace zahrnují komplikace, jako je masivní krvácení, perforace střeva a malignita či podezření na ni. Relativní indikace zahrnují neúčinnou léčbu u pacientů s těžkou ulcerózní kolitidou, toxické megakolon nereagující na léčbu, nebo případy, kdy vedlejší účinky léků výrazně ovlivňují kvalitu života (Cai, 2021).

Laparoskopická resekce je doporučována u lokalizované ileocekální formy Crohnovy choroby, pokud pacient nereaguje na léčbu nebo preferuje operaci před pokračováním farmakoterapie.

Chirurgická léčba perianálních píštělí je indikována pouze u vybraných pacientů, obzvláště u složitých případů s aktivním onemocněním (Cai, 2021).

Prognóza po operaci Crohnovy choroby je pooperační symptomatická recidiva častá – 20 % do jednoho roku a 34 % do tří let po ileokolektomii. Endoskopická recidiva dosahuje 73 % po roce a 85 % po třech letech (Cai, 2021).

Pravidelné pooperační endoskopické sledování je doporučováno pro včasnou detekci recidivy a stanovení preventivních a léčebných opatření. S rozvojem biologické léčby se snížil počet nutných chirurgických zákroků u Crohnovy choroby i ulcerózní kolitidy, ačkoliv chirurgické zásahy jsou stále nepostradatelné v komplikovaných případech (Cai, 2021).

2 Výživová doporučení a novinky v oblasti stravování

Hlavní zásady životního stylu, které jsou zajisté více než vhodné i u pacientů s IBD, jsou dle autorky již všeobecně známy, avšak i přesto jsou mnohdy velmi opomíjené – min. 30 min fyzické aktivity denně, pestrá a vyvážená strava, vyhnutí se kouření, pravidelné relaxování, méně soli a cukru, kvalitní spánek a vyhýbání se stresu (Koželuhová, 2022).

V rámci léčby IBD je dle Koželuhové (2022) již nutné upravit jak životní styl pacienta, tak primárně jeho stravování. Průběh a samotný výskyt IBD je komplex různých interakcí probíhajících mezi genetickou predispozicí, vystavením se vlivu okolního prostředí, změnami v rámci intestinální flóry a zajisté tedy výživou. Některé složky potravy však mohou působit negativně a jiné mají naopak na průběh IBD pozitivní vliv. Proto roste zájem o nutrici u pacientů s IBD (Koželuhová, 2022).

Výzkumy ukazují, že pacienti s idiopatickými střevními záněty (IBD) často považují dietu za klíčový faktor ovlivňující průběh jejich onemocnění (Godala, 2023).

Strava hraje klíčovou roli nejen v patogenezi onemocnění, ale i v jeho průběhu a terapii. Tradiční terapeutické přístupy se zaměřovaly na farmakologickou léčbu, avšak stále více se ukazuje, že dieta může významně ovlivnit aktivitu onemocnění a dlouhodobou prognózu pacientů (Meltonet al., 2024).

Nutriční stav pacienta s idiopatickými střevními záněty (IBD) patří mezi základní faktory ovlivňující nejen funkci střeva, ale i celkovou imunitní odpověď organismu. Jak ve fázi aktivního zánětu, tak ve fázi remise je zásadní přijímat dostatečné množství živin, jelikož malnutrice i nevhodné dietní návyky mohou přispívat k progresi onemocnění (García-Mateo et al., 2023).

Odborná literatura v posledních letech jednoznačně potvrzuje úzkou souvislost mezi IBD a střevní dysbiózou, což podtrhuje význam cílených dietních opatření pro udržení střevní homeostázy a úpravu střevního mikrobiomu (Tayyem, 2021).

2.1 Role diety a výživy u pacientů s IBD

Pojem „dieta“ pochází dle Milatové a Wohla (2023) z řeckého slova „dieta“, což v překladu znamená „strava“. Dietní opatření odkazují dle autorky na řízený příjem potravy, a to s cílem dosáhnout specifického léčebného účinku.

Dieta hraje důležitou roli v lidském zdraví, ale zejména u pacientů se zánětlivým onemocněním střev. Pokyny týkající se diety pro pacienty s IBD jsou často sporné a zdrojem nejistoty pro mnoho lékařů i pacientů. Dietní omezení spolu s klinickými komplikacemi IBD mohou často vést k podvýživě (Hashash, 2024).

Dle Deas (2024) lze říci, že strava hraje významnou roli jak v rozvoji, tak v léčbě zánětlivých střevních onemocnění. Pacientům s IBD lze doporučit snížení příjmu nasycených tuků, omega-6- mastných kyselin, umělých sladidel a potravinářských přísad. Naopak zvýšení konzumace ovoce, zeleniny a omega-3- mastných kyselin může být prospěšné. Stravovací intervence mohou významně ovlivnit průběh onemocnění, a proto by měly být důležitou součástí komplexní péče o pacienty s IBD (Deas, 2024).

2.1.1 Dieta a výživa v klidové fázi – remise

Přístup k pacientům s IBD, kteří se nachází v klidovém stádiu, musí být dle Koželuhové (2022) individuální. Autorka uvádí, že je doporučována racionální strava, kde sacharidy tvoří cca 40 až 60 %, bílkoviny 15 až 30 % a tuky 25 až 30 % celkového denního příjmu. Pacienta je žádoucí informovat o možnosti tzv. diety dle tolerance. Jde o „jídelníček“, který pacientovi v daném období nezpůsobí trávicí obtíže. Je nutné si uvědomit, že v období remise může být strava zcela odlišná každého jednotlivého pacienta, přičemž někteří z nich dokonce mohou jíst bez problémů vše. I přesto je vhodné dodržovat racionální přístup. Jsou však i tací pacienti, kteří musí určité potraviny ze stravy vyloučit – např. ořechy, luštěniny, tuky, mléko aj. (Koželuhová, 2022). Pojem „racionální strava“ lze definovat následujícím způsobem: „*Strava, která pomůže udržovat stálou tělesnou hmotnost (BMI 18,5–25 kg/m²), je rozdělená do 3–5 denních dávek, s dostatečnou porcí zeleniny a ovoce alespoň 400 g denně, s preferencí celozrnných výrobků, se zařazením rybího masa do jídelníčku, s dostatečným podílem mléčných výrobků, s omezením podílu živočišného tuku a rafinovaného cukru, s omezením solení a alkoholu.*“ (Zlatohlávek, 2019, s. 66). Racionální strava je prezentována jako doporučení stravovacího opatření, a to v klidovém období IBD, a proto si lze stravu přizpůsobit dle vlastních potřeb (Koželuhová, 2022).

2.1.2 Dieta a výživa v období aktivity – relaps

V době aktivity IBD se již dietní opatření dle Koželuhové (2022) značně liší, a to dle aktuální tíže aktivity IBD a typu onemocnění, což je podstatné zmínit. V případě pacientů, kteří jsou schopni v této fázi přijímat stravu per os, musí dodržovat všeobecné zásady. Pokud je dle autorky u pacienta diagnostikována striktura střeva a poruchy pasáže u Crohnovy choroby nejsou přítomny, lze doporučit tzv. bezezbytkovou dietu – tedy dietu, v rámci které je omezena hrubá vláknina. V případě relapsu Crohnovy choroby se dle autorky velmi často projevuje laktózovou intolerancí, kterou doprovází četné průjmy, a proto je vhodné v rámci diety omezit laktózu. Koželuhová (2022) v souhrnu konstatuje, že aktivita nemoci vyvolává dosti vysoké energetické nároky, což je doprovázeno negativním ovlivňováním vstřebávání některých živin. Pokud je tedy u pacienta výživa nedostatečná, tělo dle autorky začíná pomalou čerpat z vlastních zásob a tělesná hmotnost klesá, což je způsobeno úbytkem svalové a tukové hmoty. V případě aktivity nemoci organismus nedokáže využívat vlastní svalové a tukové zásoby jakožto zdroj energie. Využívá naopak energii bílkovin z vlastních tkání – svalů. Proto je nutné dbát na dostatečný přísun kvalitních bílkovin, přičemž denní doporučená dávka pro zdravého jedince činí 0,8 až 1 g/kg a v nemoci je nutné potřebu bílkovin až zdvojnásobit. (Koželuhová, 2022)

2.2 Individuální přístup ke stravování u pacientů s IBD

Přestože některé dietní vzory vykazují pozitivní účinky na průběh IBD, účinnost nutričních intervencí se liší mezi jednotlivými pacienty. Výběr vhodné diety by měl být prováděn na základě klinického stavu pacienta, jeho individuální tolerance k potravinám a přítomnosti nutričních deficiencí (Miglioretto et al., 2024).

Některé studie naznačují, že pacienti s IBD považují dietu za významnější faktor ovlivňující jejich zdraví než samotnou farmakoterapii (He et al., 2023).

Nutriční terapie hraje důležitou roli v péči o pacienty s idiopatickými střevními záněty (IBD), kam patří Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Strava ovlivňuje střevní mikrobiom, imunitní reakce a funkci střevní bariéry, což může významně přispívat k průběhu onemocnění. Přesto však chybí jednotné mezinárodní dietní pokyny, což vede k tomu, že si pacienti často sami upravují stravu na základě osobních zkušeností, což může mít negativní důsledky, jako je podvýživa nebo nedostatek klíčových živin (Roncoroni et al., 2022).

2.3 Rovnováha mikronutrientů a makronutrientů

Pacienti s IBD by měli být pravidelně monitorováni na přítomnost deficitu mikronutrientů, jako je železo, vitamín D, zinek a kyselina listová. Deficity těchto mikronutrientů jsou u pacientů trpících nespecifickými střevními záněty časté. Zvláštní pozornost by měla být věnována také dalším klíčovým živinám, včetně vitamínů A, D, E a C a minerálům jako je vápník. Nedostatek těchto látek může negativně ovlivnit zdravotní stav pacientů, a proto je klíčové pravidelně monitorovat hladiny těchto látek a v případě potřeby doplňovat (Bischoff 2022).

Suplementace železa je nezbytná u všech pacientů s anemií způsobenou jeho nedostatkem. U pacientů s aktivní fází onemocnění nebo při intoleranci perorálního příjmu je preferována intravenózní aplikace železa, která zajišťuje rychlejší a efektivnější doplnění zásob (Roncoroni et al., 2022).

Kromě mikronutrientů je nutné dbát na dostatečný příjem makroživin, tedy bílkovin, tuků a sacharidů. Adekvátní nutriční příjem hraje klíčovou roli nejen v prevenci malnutrice, ale také ve zlepšení celkového zdravotního stavu a kvality života pacientů (Bischoff, 2022).

2.4 Enterální výživa

V případě, že pacient v důsledku nemoci není schopný přijmout dostatečné množství stravy, je potřeba výživu konzultovat s odborníkem, který může navrhnout vhodnou úprav. Nejčastěji zařazením tekuté enterální výživy (EV), neboli sippingu. Jde o tekutou výživu, podávanou do trávicího systému, určenou k pomalému popíjení. Jde o nejjednodušší formu doplnění potřebných živin a energie. Tato výživa má přesně definované složení a existuje v mnoha neochucených i ochucených variantách. Pokud je EV doporučena jako doplněk k běžné stravě, je doporučováno pomalu popíjet 1-3 lahvičky (o obsahu 200 ml) mezi hlavními jídly. Chuťově bývá přijatelnější podávat vychlazené (Vorudová, Mitrová, 2021).

2.5 Exkluzivní enterální výživa

Exkluzivní enterální výživa (EEV) představuje účinnou metodu pro navození remise u aktivní formy Crohnovy choroby. U dospělých pacientů však dosahuje nižšího účinku než u dětí. Zatímco u dospělých vede k pozitivní klinické odpovědi přibližně v 60-65 % případů, u dětských a mladistvých pacientů je úspěšnost až 85 %, přičemž je její efektivita srovnatelná s léčbou

kortikoidy. Mezi další výhody u dětí patří zlepšení nutričního stavu a podpora správného růstu. Dlouhodobé podávání EEV se doporučuje především pacientům s malnutricí, zejména pokud jejich BMI klesne pod 18,5. výživa je aplikována buď formou sippingu nebo prostřednictvím sondy (Chen, 2020).

Jestli pacient z nějakého důvodu netoleruje perorální příjem EEV, přistupuje se k podávání EV nasogastrickou sondou (NGS). Výživa se do NGS podává bolusově (po jednotlivých dávkách). Pokud je střevo vlivem onemocnění zúžené, podává se EEV nasojejunální sondou (NJS), přímo do tenkého střeva kontinuálně pomocí speciální enterální pumpy. Při výživě sondou se používá speciálně vyrobená výživa (Vorudová, Mitrová, 2021).

2.6 Parenterální výživa

Parenterální výživa (PV) je způsob výživy, která se podává přímo do krevního oběhu prostřednictvím centrálního žilního katetru (CŽK) nebo periferního žilního katetru (PŽK). Pokud je parenterální výživa pro pacienta jediným zdrojem energie, označujeme ji jako tzv. totální. Pokud slouží jako podpora k enterální nebo perorální výživě označujeme ji jako doplňkovou. (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2021).

PV je indikována v případech, kdy není možné podávat enterální výživu po dobu delší než 7 dní. Zvláště se doporučuje pro pacienty trpící těžkou malnutricí nebo v období relapsu. Jejím účelem je zlepšení nutričního stavu a podpoření dosažení remise onemocnění (Caio et al., 2021). Parenterální výživa bývá ve formě all-in-one vaků, které jsou firemně vyráběny. Např. Kabiven, Smofkabiven, ve formě pro podání do periferní i centrální žíly. Osahují všechny potřebné živiny jako sacharidy, tuky, bílkoviny, ale také stopové prvky a minerální látky. Tento moderní systém nahradil systém starší, kdy se jednotlivé živiny podávaly každá zvlášť. Hlavní výhodou těchto all-in-one systémů je snížení rizika infekce, aplikace jedním infuzním setem a jednoduchost transportu (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2021).

Enterální výživa by měla být preferována před parenterální výživou (PV), případně je vhodné kombinovat enterální výživu s výživou parenterální. Kombinovaná výživa (EV a PV) je přínosná především pro pacienty trpící Crohnovou chorobou. (Caio et al., 2021).

2.7 Speciální diety pro pacienty s IBD

Existuje několik dietních přístupů, které mohou být doporučeny pacientům s IBD na základě individuálního přístupu. Společným znakem těchto diet je vyloučení některých konkrétních potravin ze stravy a preferování čerstvých surovin. Některé diety jako CDED a CD-TREAT, prokazatelně podporují hojení sliznice. Naopak diety jako FODMAP nebo SCD sice nevedou k hojení sliznice, ale mohou zmírnit funkční problémy. Pro diety jako veganská, paleolitická či GAPS, oblíbené mezi veřejností, nejsou zatím vědecké důkazy, které by podporovaly jejich plošné doporučení (Vorudová, Mitrová, 2021).

2.7.1 Bezezbytková dieta

Bezezbytková dieta je doporučována pacientům s IBD, zejména v období relapsu Crohnovy choroby, kdy je potřeba minimalizovat mechanické a chemické dráždění střevní sliznice. Tento stravovací režim zahrnuje několik zásad, které podporují regeneraci střev a zmírňují příznaky, jako průjem, nadýmání a bolesti břicha (Kohout, 2016).

Při přípravě jídel je vhodné upřednostnit šetrné metody, jako je vaření, dušení nebo pečení, a vyhnout se smažení a dráždivému koření. Z jídelníčku je třeba vyloučit potraviny s vysokým obsahem hrubé vlákniny, například celozrnné pečivo, ořechy a nadýmavou zeleninu, jako je zelí nebo cibule. Ovoce a zelenina by měly být před konzumací upraveny, například vařením, mixováním nebo strouháním. Doporučuje se také zařazení nízkotučných mléčných výrobků, jako jsou jogurty a sýry. Co se týče tekutin, je důležité zcela vyloučit alkohol a preferovat vodu nebo bylinkové čaje (Wang, 2024).

2.7.2 SCD dieta

Jde o speciální sacharidovou dietu (Specific Carbohydrate Diet; SCD), která byla původně využívána u pacientů s celiakií, než se zjistilo, že stačí omezit pouze lepek. Tento dietní postup, dle Vorudové a Mitrové (2021), vychází z předpokladu, že komplexní sacharidy jsou špatně vstřebatelné střevní sliznicí, což může vést k vyšší pravděpodobnosti vzniku zánětlivých změn. Jedná se o velice restriktivní dietu, kdy jsou ze stravy vyloučeny obiloviny, brambory a jednoduché cukry, ale také mléčné výrobky. Ze sacharidů lze konzumovat pouze potraviny obsahující

jednoduché sacharidy, obsažené v ovoci, zelenině a medu (Vorudová, Mitrová, 2021). (Viz. Příloha A)

2.7.3 CDED dieta

Neboli Crohn's Disease Exclusion Diet (CDED). Jedná se o dietu založenou na vyloučení konkrétních potravin z pacientova jídelníčku. Potraviny se dělí na povinné, povolené a zakázané. Seznam povolených potravin se s délkou trvání diety rozšiřuje, zatímco seznam zakázaných potravin se zužuje. Tato dieta má tři fáze. Každá z prvních dvou fází trvá 6 týdnů. Trvání třetí fáze závisí na spolupráci pacienta a jeho ochotě pokračovat v dietě (El-Lababidi 2020).

V první fázi pacient přijímá 50 % kalorií z parciální enterální výživy (PEN-partial enteral nutrition) a 50 % ze stravy. Ve druhé fázi tvoří PEN pouze 25 % kalorického příjmu a zbytek pacient přijímá ze stravy. Ve třetí fázi jsou dva volné dny, kdy má pacient poměrně značnou volnost ve stravování, ostatní dny jsou podobné druhé fázi (El-Lababidi, 2020).

2.7.4 FODMAP

Dieta FODMAP (fermentovatelné oligosacharidy, disacharidy, monosacharidy a polyoly) je založena na eliminaci potravin obsahujících látky, které nejsou dostatečně vstřebávány v trávicím traktu a mohou způsobovat gastrointestinální obtíže, jako jsou nadýmání, průjem nebo bolesti břicha. Typickými potravinami s vysokým obsahem FODMAP jsou mléčné výrobky (laktóza), ovoce (fruktóza), cibule, česnek, pšenice (fruktany) a umělá sladidla (polyoly) (Radziszewska, 2022).

Dieta probíhá ve třech fázích:

- **Eliminace:** Kompletní vyloučení potravin bohatých na FODMAP.
- **Reintrodukce:** Postupné zařazování jednotlivých potravin za účelem určení jejich tolerance.
- **Udržovací fáze:** Vytvoření dlouhodobého jídelníčku přizpůsobeného individuální toleranci.

Dieta FODMAP může být účinná při zmírnění symptomů dráždivého tračníku (IBS), které často doprovázejí IBD. Pacienti v remisi nebo s mírnou až střední aktivitou onemocnění zaznamenali zlepšení kvality života, snížení frekvence bolesti břicha a zlepšení konzistence stolice. Přesto dieta FODMAP neovlivňuje samotný zánět střev a dlouhodobé omezení potravin může vést k poruchám

mikrobiomu a nedostatkům živin. Proto je nezbytné, aby byla dieta pod dohledem nutričního specialisty (Radziszewska, 2022).

2.7.5 LOW-FODMAP diet

LOW-FODMAP dieta, původně vyvinutá pro léčbu syndromu dráždivého tračníku (IBS), si získává stále větší pozornost díky možnému přínosu u pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD). Tento přístup spočívá ve snížení příjmu špatně vstřebatelných a snadno fermentovatelných sacharidů, které mohou způsobovat nadýmání, plynatost a bolesti břicha prostřednictvím distenze střevního lumen a změn střevní motility. Vzhledem k překrývání příznaků mezi IBS (syndrom dráždivého tračníku, Irritable Bowel Syndrome) a IBD, zejména během klidových fází IBD, se LOW – FODMAP dieta ukazuje jako cenný nástroj pro zvládnutí symptomů u těchto pacientů (Chen, 2024).

Přibližně polovina pacientů s IBD, kteří vyzkoušeli LOW-FODMAP dietu, zaznamenala zmírnění příznaků, jako jsou bolesti břicha, nadýmání, plynatost a průjem. Nicméně dodržování této diety je pro mnoho pacientů obtížné a nedostatečná compliance bývá spojována s její nižší účinností. Systematický přehled, který zahrnoval 319 pacientů s IBD (96 % v remisi), ukázal výrazné zlepšení průjmu, pocitu spokojenosti s gastrointestinálními symptomy, nadýmání, bolesti a únavy. Zácpa však zlepšena nebyla (Chen, 2024).

V současné době nelze tuto dietu doporučit jako léčbu IBD, ale spíše jako podpůrnou terapii ke zmírnění symptomů. Pro pacienty s těžkým průběhem onemocnění nemusí být vhodná, protože může vést k nedostatku živin a ovlivnit aktivitu nemoci. Udržitelnost této diety je rovněž výzvou, protože její restriktivní charakter snižuje dlouhodobou spolupráci (Chen, 2024).

2.7.6 GAPS

GAPS dieta (Gut and Psychology Syndrome), vytvořená Natashou Campbell McBride, se zaměřuje na úpravu střevního mikrobiomu a snížení propustnosti střevní sliznice. Autorka tvrdí, že dieta může přispět k léčbě širokého spektra nemocí. Vychází z principů SCD diety a zahrnuje fáze s postupným rozšiřováním povolených potravin, počínaje masovými vývary, zeleninou a fermentovanými výrobky, až po maso, vejce a máslo (Vorudová, Mítrová, 2021).

Dieta je však kritizována pro svou počáteční přísnost, která může vést k nedostatku energie a živin. Její přínos pro zdraví není vědecky podložen, a proto není odbornými společnostmi doporučována jako standardní přístup k léčbě zdravotních problémů. GAPS dieta nabízí určitá pozitiva, například omezení průmyslově zpracovaných potravin, ale její přísná pravidla a absence vědeckých důkazů ji činí nevhodnou pro dlouhodobé použití bez odborného dohledu (Vorudová, Mitrová, 2021).

2.7.7 Paleolitická dieta

Paleolitická strava, známá také jako paleodieta, je založena na návratu ke stravovacím návykům z období paleolitu (starší doby kamenné). Přívrženci této diety tvrdí, že lidský trávicí systém není přizpůsoben moderním potravinám a průmyslově zpracované produkty negativně ovlivňují zdraví. Současné stravovací zvyklosti podle nich přispívají ke vzniku civilizačních chorob.

Vylučují se mléčné výrobky, obiloviny (včetně pečiva a těstovin), cukr, sůl, brambory a moderní odrůdy ovoce a zeleniny. Základem stravy jsou maso, ryby, zelenina, ovoce, semena, ořechy a vejce. Vyřazení obilovin, které jsou hlavním zdrojem vlákniny, může vést k jejímu nedostatečnému příjmu. Stejně tak absence mléčných výrobků může způsobit nedostatek vápníku, který je klíčový pro zdraví kostí a zubů. Ačkoli rostlinné potraviny obsahují určité množství vápníku, jeho vstřebatelnost a využitelnost pro lidský organismus je výrazně nižší ve srovnání s mléčnými produkty. (Vorudová, Mitrová, 2021).

Dodržování této diety z léčebných důvodů není podloženo vědeckými důkazy (Vorudová, Mitrová, 2021).

2.7.8 Bezlepková dieta

Někteří pacienti vnímají zlepšení příznaků po vyloučení lepku, ačkoli vědecké důkazy o přímém vlivu lepku na průběh IBD chybí. Bezlepková dieta by měla být doporučována individuálně (Roncoroni et al., 2022).

2.7.9 Rostlinné a polovegetariánské diety

Rostlinné diety bohaté na ovoce, zeleninu, ořechy a celozrnné produkty mohou udržet remisi u pacientů s Crohnovou chorobou. Polovegetariánská dieta, která povoluje konzumaci mléčných

výrobků, vajec a ryb jednou týdně a masa jednou za dva týdny, byly spojena s nižší mírou relapsů u pacientů s Crohnovou chorobou (Deas, 2024).

2.7.10 Středomořská dieta

Středomořská dieta je doporučována Evropskou společností pro klinickou výživu a metabolismus jako vhodná strava pro pacienty s IBD. Tento stravovací zahrnuje:

- Vysoký příjem zeleniny, ovoce, celozrnných obilovin, luštěnin, ořechů a olivového oleje.
- Umírněnou konzumaci fermentovaných mléčných výrobků (jogurty, keřfry, sýry) a vajec.
- Nízký příjem červeného masa a jeho nahrazení libovým masem (kuřecí, králičí) a rybami bohatými na omega - 3 mastné kyseliny (Bischoff, 2022).

Středomořská dieta má protizánětlivé vlastnosti díky obsahu antioxidantů, mono-nenasycených a polynenasycených tuků a vlákniny (Chicco 2021). Dodržování této diety zlepšuje mikrobiální rovnováhu ve střevě, snižuje hladinu C-reaktivního proteinu a kalprotektinu, což jsou markery zánětu a zvyšuje kvalitu života pacientů. Další výhodou zahrnují zlepšení nutričního stavu a snížení výskytu malnutrice (Radziszewska, 2022).

2.7.11 Kurkuma jako doplněk stravy

Kurkumin, aktivní složka kurkumy, má prokazatelně protizánětlivé a antioxidační účinky. Kurkumin v kombinaci s mesalazinem může pomoci udržet remisi u pacientů s ulcerózní kolitidou a zlepšit klinické i endoskopické výsledky (Deas, 2024).

2.8 Pitný režim pacientů s IBD

Pitný režim je klíčovým prvkem péče o pacienty s nespecifickými střevními záněty. Kromě množství přijímaných tekutin hraje významnou roli i jejich kvalita, která může ovlivnit střevní mikrobiom a zánětlivé procesy. Správný pitný režim a výběr kvalitní vody jsou zásadní pro zlepšení střevního zdraví a prevenci vzniku komplikací u pacientů s IBD (Zhou, 2023).

2.8.1 Denní potřeba tekutin

Pacienti s IBD by měli přijímat přibližně 1,5-2,5 l tekutin denně, přičemž vyšší potřeba je obvykle v aktivní fázi nemoci, zejména při průjmech. Rovnoměrný příjem tekutin během dne pomáhá přecházet dehydrataci a podporuje správné fungování trávicího traktu (Zhou, 2023).

2.9 Multidisciplinární přístup k péči o IBD pacienty

Multidisciplinární tým hraje zásadní roli v péči o pacienty s IBD. Spolupráce gastroenterologů, nutričních specialistů, sester, psychologů, chirurgů a dalších odborníků přináší pacientům lepší prognózu, vyšší kvalitu života a snižuje riziko komplikací. Vzhledem k rostoucímu významu výživové terapie a individualizované léčby by měl být multidisciplinární přístup standardem v moderní léčbě IBD (Fitzpatrick, 2022).

2.9.1 Členové multidisciplinárního týmu a jejich role

Gastroenterolog – Odpovědný za stanovení diagnózy, léčbu a sledování průběhu onemocnění. Spolupracuje s dalšími specialisty na úpravě terapie podle aktuálního stavu pacienta.

Dietetik/nutriční specialista – Výživa hraje zásadní roli v léčbě IBD. Nutriční terapeut pomáhá pacientům správně se stravovat a předcházet malnutrici. Specifické diety, jako exkluzivní enterální výživa (EEV) nebo Crohnova Exkluzivní Dieta (CDED), mohou být součástí terapie.

Sestra pro IBD (IBD nurse, care manager) – Funguje jako hlavní spojovací článek mezi pacientem a zdravotnickým týmem. Zajišťuje edukaci pacienta, podporuje dodržování léčebných plánů, koordinuje návštěvy specialistů a pomáhá pacientům při přechodu mezi standardní péčí a klinickými studiemi.

Psycholog/psychiatr – Chronické onemocnění, jako je IBD, má výrazný dopad na psychiku pacienta. Psycholog pomáhá pacientům zvládat stres, úzkost a depresivní stavy související s nemocí a léčbou.

Chirurg – V případech, kdy farmakologická léčba selže, je nutný chirurgický zákrok. Chirurg je součástí týmu zejména u pacientů se strikturami, fistulami nebo nutností resekce střevních segmentů.

Farmaceut – Zajišťuje optimální výběr léčiv, kontroluje interakce mezi léky a pomáhá pacientům s adherencí k léčbě.

Fyzioterapeut – Může pomoci s fyzickou rehabilitací pacientů, zejména pokud dojde ke svalové ztrátě v důsledku malnutrice nebo dlouhodobé imobilizace (Fitzpatrick, 2022).

2.10 Edukační role sester v péči o pacienty s IBD

Sestry hrají důležitou roli v multidisciplinárním týmu, který se stará o pacienty s IBD. Jejich činnosti zahrnují podporu zdraví, prevenci, edukaci pacientů a sledování dlouhodobé spolupráce pacientů k léčbě. Edukační činnost sester může ovlivnit kvalitu života pacientů, snížit frekvenci hospitalizací, míru úzkosti a deprese a podporuje lepší klinické výsledky (Barros, 2023). Hlavní aspekty edukační role sester jsou znázorněny v tabulce 3.

Tabulka 3 Hlavní aspekty edukační role sestry

Hlavní aspekty edukační role sester	Popis
Podpora spolupráce při léčbě	Edukace o pravidelném užívání léků a dietních doporučeních. Identifikace překážek v léčbě a usnadnění komunikace s lékaři.
Individuální přístup	Personalizované plány péče podle potřeb pacientů (nutriční, psychologická, sociální podpora). Pomoc s návratem do běžného života.
Podpora psychické pohody	Identifikace psychických potíží (úzkost, deprese) a doporučení podpůrných organizací nebo terapií.
Zprostředkování multidisciplinární péče	Spojovací článek mezi pacientem a multidisciplinárním týmem (gastroenterolog, psycholog, dietolog, chirurg). Zajištění přístupu ke službám.

Zdroj: (Barros, 2023), Vlastní zpracování

Edukační role sester je nepostradatelná pro zlepšení kvality života pacientů se zánětlivými onemocněními střev. Efektivní edukace podporuje aktivní zapojení pacientů do léčby, zlepšuje klinické výsledky a přispívá ke snížení ekonomické zátěže zdravotnických systémů. Pro další zlepšení péče o pacienty je důležité investovat do kontinuálního vzdělávání sester a vytvářet specializované vzdělávací programy zaměřené na IBD (Barros, 2023).

3 Možnosti hodnocení kvality života pacientů

Hodnocení a sledování kvality života pacientů s IBD spolu s dalšími funkčními parametry je dle Ďuricové a kol. (2018) již nutnou součástí hodnocení stavu nemoci a efektu podávání léčby. Je nutné zmínit, že IBD nejsou jen problém medicínským, avšak mají negativní vliv také na kvalitu života pacienta, a to jako po pracovní stránce, tak po stránce osobní. Autorka dále uvádí, že IBD patří do skupiny chronických a nevléčitelných onemocnění, které velmi často postihují jedince v mladém, a tudíž produktivním věku. Dále vyžadují dlouhodobou léčbu, která trvá ve většině případů po celý život. Proto ovlivňují celkovou kvalitu života pacienta. Kromě toho, že jsou sledovány měřitelné zánětlivé aktivity IBD, je nutné zaměřit mnohem větší pozornost také na jednotlivé aspekty života pacientů a jejich sledování (Ďuricová a kol., 2018).

3.1 Definice kvality života

„Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem. Jinými slovy lze jako kvalitu života chápat míru, do jaké je člověk podle vlastního mínění schopen „fungovat“ nejen tělesně, ale i emočně, duševně a společensky.“ (Národní zdravotnický informační portál 2022)

Koncept kvality již získal v rámci ošetrovatelství nezastupitelnou roli. V posledních letech je možné dle Gurkové (2011) sledovat nárůst zájmu o oblast kvality života. Pojem „kvalita“ prezentuje jakost či hodnotu. Lze ji vymezit dle autorky ve dvou významech – normativní kategorie (vyjádření žádoucí a optimální úrovně/stupně, která se přibližuje očekávání, představám či potřebám jednotlivce/skupiny), všeobecný výraz používaný k popisu specifických charakteristik, atributů, vlastností, kterými se objekt liší od ostatních objektů. Kvalita není dle Gurkové (2011) nikdy absolutní, avšak jedná se o relativní kategorii, a proto je možné ji vyjádřit kvalitativně či kvantitativně. Zároveň tak promítá proces hodnocení. V případě měření kvality je nutné orientovat pozornost na předmět kvality a normu (standard), se kterou je předmět porovnáván. V případě hodnocení kvality života je předmětem hodnocení život (Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization-WHO) definuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho pozice v životě, a to v kontextu kulturního a hodnotového systému a také ve vztahu k jeho očekáváním, cílům, normám a zájmům. Velmi důležitý je v hodnocení kvality

života také subjektivní pohled jedince, jeho spokojenost a jeho pozitivní vnímání oblastí života, které jsou pro něj důležité (Gurková, 2011).

Mezi nejčastější objekt hodnocení v případě hodnocení kvality života patří dle Gurkové (2011) hodnocení individuálního života, který souvisí s jevy a činnostmi charakterizující živý organismus, a to v kontextu jednotlivce. Život jedince nelze dle autorky vnímat pouze z hlediska jeho biologické existence, avšak jde o komplexní pojem, který v sobě promítá veškeré projevy, oblasti činností (rodinný, pracovní, citový a společenský život). Kromě hodnocení života jednotlivce lze hodnotit život celé skupiny, společnosti či celé populace (Gurková, 2011).

V rámci běžné komunikace pojem „kvalita života“ odkazuje dle Gurkové (2011) na pozitivní konotaci pojmu kvalita – tedy to, co je kvalitní, je dobré. V odborném jazyce se však tento pojem využívá k popisu pozitivních, ale i negativních aspektů života. Lze se setkat s dvojitým pojetím kvality, a to je kvalita objektivní a kvalita subjektivní. Kvalita života není definována jako něco, co by bylo všeobecně závazné, avšak je to spíše formální pojem, hypotetický konstrukt, skrytá proměnná, kterou lze naplnit pouze individuálním obsahem. (Gurková, 2011) Kvalitu života lze definovat také jako vnímaný rozpor mezi realitou toho, co člověk má, a konceptem toho, co člověk chce, potřebuje nebo očekává. (Skevington, 2007) Na kvalitu života má vliv řada faktorů – např. nemoc, psychosociální faktory, socioekonomické faktory, kvalita terapie, kvalita zdravotní péče apod. Kvalita života se stala klíčovým cílem současné zdravotní péče. Často se zaměřuje s životní úrovní. Životní úroveň se však týká vlastnictví bohatství nebo hmotných statků (Skevington, 2007).

3.2 Hodnocení kvality života spojené se zdravím

Dle Pequeno et al. (2020) je kvalita života (QoL) komplexním a vícerozměrným pojmem, který zahrnuje nejen fyzické zdraví, ale i psychický stav, úroveň autonomie, sociální vztahy, hodnoty jednotlivce a jeho vztah k prostředí. V posledních letech roste význam hodnocení kvality života související se zdravím (Health-Related Quality of Life – HRQoL), a to zejména v souvislosti se stárnutím populace a rostoucím výskytem chronických neinfekčních onemocnění. Tato onemocnění mají často dlouhodobý dopad nejen na fyzické zdraví jedince, ale také na jeho celkový životní komfort (Riecke et al., 2024).

3.2.1 Nástroje k měření kvality života související se zdravím

K měření kvality života související se zdravím existuje mnoho. Lze sem zařadit například následující dotazníky.

WHOQOL – BREF je zkrácená verze mezinárodního dotazníku Světové zdravotnické organizace (WHO) určeného pro hodnocení kvality života. Tento nástroj se skládá z 26 položek, které jsou rozděleny do čtyř domén (fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí). Fyzická doména zahrnuje oblasti jako mobilita, bolest, spánek a denní aktivity. Psychická doména hodnotí například sebeúctu, náladu a myšlení. Sociální doména se zaměřuje na mezilidské vztahy a sociální oporu. Doména environmentální posuzuje aspekty jako bydlení, bezpečí, dostupnost péče a rekreace. Hodnocení probíhá na pětibodové škále, přičemž výsledné skóre je převedeno na škálu 0-100, kde vyšší hodnota značí lepší kvalitu života. WHOQOL-BREF je považován za univerzálně použitelný nástroj v různých kulturních prostředí a je vhodný jak pro klinické účely, tak i pro populační výzkum (Baberwal and Krishnasamy, 2024).

EQ – 5D je standardizovaný dotazník vyvinutý skupinou EuroQol pro měření kvality života související se zdravím. Dotazník hodnotí 5 základních dimenzí zdraví (mobilita, sebeobsluha, běžné denní činnosti, bolest a nepohodlí, úzkost a deprese), přičemž každá je hodnocena na pětibodové škále podle závažnosti obtíží. Dotazník doplňuje analogová škála (EQ-VAS), kde pacient hodnotí svůj celkový zdravotní stav od 0 do 100. v klinické praxi se dotazník používá jako spolehlivý nástroj pro sledování změn kvality života, zejména po léčbě (Rapčan et al., 2023)

SF - 36 (Shor form 36) je často využívaný standardizovaný nástroj pro hodnocení kvality života související se zdravím (HRQoL). Obsahuje 36 otázek rozdělených do osmi dimenzí, které zahrnují (fyzické fungování, role fyzického zdraví, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, role emočního zdraví a duševní zdraví). Výsledky těchto dimenzí se dále shrnují do dvou hlavních složek: fyzické (PCS) a psychické (MCS). Velkou výhodou je jeho spolehlivost a univerzálnost, která umožňuje srovnání mezi různými populacemi. Kromě plné verze SF-36 existuje i její zkrácená varianta SF-12, která využívá pouze 12 položek, ale zachovává výpočet souhrnných skóre PCS a MCS (Lin et al., 2020).

SIP 30 – Sickness Impact Profile je standardizovaný nástroj určený k hodnocení dopadu nemoci na každodenní fungování člověka. Původní verze obsahovala 136 položek rozdělených do 12 domén. Kvůli časové náročnosti původního dotazníku vznikla zkrácená verze, která obsahuje 30 položek rozdělených do osmi podskupin (péče o tělo a pohyb, sociální interakce, mobilita, komunikace, emoční chování, domácí aktivity, pozornost/bdělost, chůze). SIP-30 hodnotí dvě hlavní dimenze (fyzickou a psychosociální). Odpovědi jsou typu ano/ne a nižší skóre značí vyšší kvalitu života (Siavash et al., 2025).

3.3 Hodnocení kvality života pacientů s IBD

Pacienti s IBD se ve svém životě potýkají s celou řadou problémů, a proto kvalitu života zajisté zhoršují. V odborné literatuře se dle Ďuricové a kol. (2018) vyskytuje pojem „patient-reported outcomes“, který v sobě promítá subjektivní vnímání symptomů IBD a jejich dopad jak na funkční stav pacienta, tak na kvalitu jeho života. Weldring a Smith (2013) uvádí, že cílem hodnocení kvality života pacientů je zlepšovat jejich zkušenosti a zajistit, aby byla terapie efektivnější. Ukazatel prezentuje informace získané přímo od pacientů – informace, které se vztahují k jejich vlastnímu zdraví a kvalitě života během léčby. V rámci vysoce kvalitní klinické péče je dle autorů klíčové, aby sami pacienti poskytovali informace o tom, jak se cítí, sdělovali své symptomy a jakékoliv účinky předepsané léčby. Ukazatel se dle Weldringa a Smitha (2013) dotýká pacientova zdraví, kvality života či funkčního stavu spojeného se zdravotní péčí nebo léčbou. Získané výsledky je možné měřit v absolutních hodnotách – např. pacientovo hodnocení míry bolesti. Ukazatel je v praxi používán také k hlášení změn oproti předchozímu měření, jako je nový nástup nevolnosti po podání nového léku apod. Např. nový lék může vykazovat dobré klinické výsledky, pokud jde o zlepšení délky přežití u konkrétní skupiny pacientů, zatímco prostřednictvím ukazatele je identifikováno, že pacienti nedodržíjí lékový režim kvůli hlášeným nežádoucím nebo vedlejším účinkům, složitosti lékového režimu nebo špatné kvalitě života. Weldring a Smith (2013) uvádí, že účinnost jakékoli terapeutické intervence má proto mnoho dimenzí, včetně klinické účinnosti intervence a přínosu, který pacienti pocítují jako přímý výsledek intervence. Posouzení přínosu léčby pro pacienta prostřednictvím různých nástrojů nebo nástrojů může zahrnovat funkční stav, spokojenost se zdravotními službami a kvalitu života apod. (Weldring a Smith, 2013)

3.4 Specifické dotazníky pro pacienty s IBD

Kromě obecných dotazníků se k hodnocení využívají také specifické dotazníky, které jsou orientovány na primárně na jednotlivé oblasti, které jsou pacienta z hlediska kvality jeho života důležité (Cohen, 2022).

- **IBDQ** = Inflammatory bowel disease questionnaire, dotazník obsahující celkem 32 otázek, přičemž k hodnocení se používá Likertova škála o 7 stupních;
- **IBDQ 36** = modifikace dotazníku IBDQ, který obsahuje celkem 36 otázek v rámci 5 oblastí (funkční zhoršení, příznaky, sociální zhoršení, zhoršení emoční funkce);
- **SIBDQ** = Short-IBDQ, dotazník (kratší verze IBDQ) obsahující pouze 10 otázek, jejich vyplnění nezabere více jak 5 minut;
- **RFIPC** (Rating Form of IBD Patient Concerns) je standardizovaný dotazník používaný k hodnocení obav pacientů s IBD, zaměřující se na psychologické, sociální a fyzické aspekty života spojené s tímto onemocněním.

3.4.1 IBDQ

Dotazník Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) byl poprvé vyvinut na McMaster University v Kanadě v roce 1988. Tento nástroj je primárně určen k hodnocení kvality života dospělých pacientů s Crohnovou chorobou. Obsahuje 32 otázek rozdělených do čtyř oblastí – systémovou, střevní, emocionální a sociální. Existuje několik jeho modifikací, například IBDQ-36, IBDQ-9 nebo The Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC), a další varianty, které byly vytvořeny převážně v Severní Americe nebo Evropě. Tyto dotazníky se odlišují zejména počtem a charakteristikami hodnocených oblastí, počtem otázek, typem hodnoticí škály nebo rozsahem výsledného skóre. Většina z nich je navržena tak, aby je pacienti mohli vyplnit samostatně. (Chen et al., 2017)

IBDQ je specifický nástroj zaměřený na hodnocení kvality života pacientů s idiopatickými střevními záněty, přičemž se soustředí na období posledních dvou týdnů. Na jeho vytvoření se podíleli Gordon Guvatt, Jan Irvin a Alba Dicenso, jak již bylo uvedeno. Dotazník je licencován a přeložen do 115 jazyků, včetně češtiny, přičemž originálním jazykem je angličtina. (Ochtinská, 2021)

3.4.2 IBDQ 36

Dotazník IBDQ-36 je zkrácenou verzí původního dotazníku IBDQ a skládá se z 36 otázek rozdělených do pěti oblastí: střevní symptomy (8 položek), celkové příznaky (7 položek), funkční potíže (7 položek), emoční (8 položek) a sociální poruchy (6 položek). Měří kvalitu života pacientů pomocí sedmistupňové Likertovy škály, kde celkové skóre může dosáhnout od 36 do 252 bodů (Calviño-Suaréz, 2021). Přestože jde o uznávaný nástroj pro hodnocení kvality života pacientů s nespecifickými střevními záněty, nebyl dosud přeložen do českého jazyka. Tento dotazník je využíván ve výzkumech zabývajících se Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou (Gurková 2011)

3.4.3 SIBDQ

SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) je zkrácená verze 32 položkového dotazníku IBDQ. SIBDQ obsahuje 10 položek rozdělených do čtyř různých oblastí: systémová, sociální, střevní a emoční. Každá položka je hodnocena pomocí Likertovy škály, kde hodnota 1 označuje nejnižší kvalitu života a hodnota 7 nejvyšší. Otázky jsou rozdělené do čtyř oblastí (systémová, střevní, emoční a sociální) jako průměr skóre příslušných položek (Steiner 2024).

SIBDQ je dostupný v mnoha jazycích, včetně angličtiny, němčiny, češtiny, španělštiny, portugalskéštiny, francouzštiny a mandarínštiny (Steiner 2024).

Tento dotazník byl vytvořen v roce 1996 skupinou odborníků vedenou Dr. Iainem S. M. S. Irvine (Steiner, 2024). Kompletní znění dotazníku je uvedeno v příloze C.

3.4.4 RFIPC

Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns (RFIPC) je standardizovaný nástroj pro hodnocení obav pacientů s IBD. Dotazník obsahuje 25 položek hodnotících úroveň úzkosti a starostí spojených s nemocí, přičemž každá otázka je hodnocena na vizuální analogové škále (VAS) od 0-100 mm. Obavy pacientů jsou rozděleny do čtyř hlavních kategorií – dopad nemoci na každodenní život, komplikace onemocnění, sexuální intimita, tělesný vzhled se stigmatizací. RFIPC umožňuje lépe porozumět psychologickým a sociálním aspektům onemocnění, podporuje sdílené rozhodování v léčbě a umožňuje sledování změn v průběhu času. Jeho využití přispívá ke komplexnějšímu přístupu ve zlepšení kvality života pacientů s IBD (Gsenger et al., 2024).

4 Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů s nespecifickými střevními záněty, pomocí standardizovaného dotazníku SIBDQ.

Dílčí cíle

1. Zmapovat stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou onemocnění.
2. Zjistit, zda stravovací návyky pacientů souvisí s jejich rodinným a společenským životem.
3. Vytvořit informační brožuru pro pacienty s IBD.

4.1 Výzkumné otázky

K hlavnímu cíli i dílčím cílům jsou přiřazeny následující výzkumné otázky:

1. Jak pacienti s IBD hodnotí svou kvalitu života v různých oblastech (systémová, střevní emoční a sociální) podle dotazníku SIBDQ?
2. Existují rozdíly v hodnocení kvality života v jednotlivých doménách dle dotazníku SIBDQ mezi pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou?
3. Existují rozdíly v hodnocení kvality života v jednotlivých doménách dotazníku SIBDQ mezi pacienty s IBD v závislosti na pohlaví?
4. Jaké jsou stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou?
5. Jaké potraviny pacientům s IBD způsobují těžkosti?
6. Jaké potraviny pacientům s IBD zlepšují symptomy onemocnění?
7. Jakým způsobem ovlivňuje stravování pacientů s IBD jejich rodiny a přátel?
8. Jaký způsob pacientům s IBD vyhovuje při získávání informací o stravování?

5 Metodika výzkumu

Výzkumná část diplomové práce byla provedena metodou kvantitativního dotazníkového šetření. Byl použit standardizovaný dotazník SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) který obsahuje 10 otázek. Oficiální verze dotazníku v českém znění byla získaná zakoupením licence, po vyplnění formuláře od McMaster University, která sídlí v Kanadě, kde byl dotazník standardizován a přeložen do více než 40 světových jazyků. Informace o konkrétním autorovi českého překladu však nejsou z dostupných zdrojů k dispozici. Licence k dotazníku je k dispozici v příloze E.

Dotazník SIBDQ se používá k hodnocení kvality života pacientů s nespecifickými střevními záněty (IBD). Jeho cílem je poskytnout objektivní měření kvality života pacientů a jednotlivých aspektů, které ovlivňují život v souvislosti s onemocněním. Dotazník může poskytnout důležité informace o tom, jak pacienti vnímají dopady IBD na svůj život. To může být důležité k sestavení nejen léčebného ale i ošetrovatelského plánu. Dotazník může také pomoci pacientům lépe porozumět jejich stavu a popřípadě zaznamenat jakékoli změny v kvalitě jejich života v průběhu léčby.

Dotazník použitý v této diplomové práci má celkem tři části:

Informovaný souhlas (Příloha B)

Standardizovaný dotazník SIBDQ (10 otázek), (Příloha C)

Dotazník vlastní tvorby obsahující demografické otázky, a otázky týkající se výživy a stravovacích návyků (30 otázek). Dotazník je přiložen v příloze D.

Hodnocení dotazníku SIBDQ:

Každá otázka dotazníku SIBDQ je hodnocena na 7 bodové Likertově škále, kde:

- **1 bod** odpovídá maximálnímu negativnímu dopadu onemocnění (např. velmi špatný stav)
- **7 bodů** představuje minimální nebo žádný dopad na kvalitu života

Celkové skóre se pohybuje od 10 do 70 bodů, přičemž vyšší skóre indikuje lepší kvalitu života.

Interpretace výsledků dotazníku SIBDQ jsou znázorněny v následující tabulce 4.

Tabulka 4 Bodové rozmezí a interpretace celkového skóre dotazníku SIBDQ

Rozmezí skóre	Interpretace – celková kvalita života
10-30 bodů	Velmi špatná kvalita života, výrazné příznaky.
31-40 bodů	Výrazné omezení kvality života.
41-50 bodů	Střední postižení kvality života.
51-60 bodů	Dobrá kvalita života, mírné příznaky.
61-70 bodů	Výborná kvalita života, minimální příznaky.

Zdroj : (Jowett et al. 2001), Vlastní zpracování

5.1 Vyhodnocení dotazníku SIBDQ podle domén

Hodnocení dotazníku SIBDQ je vyjádřeno pomocí celkového skóre a skóre jednotlivých domén, které se vypočítávají jako průměr součtů získaných hodnot. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou hodnoceny pomocí sedmibodové Likertovy škály. Celkové skóre se může pohybovat v rozmezí 10–70 bodů. Každá doména může být analyzována zvlášť – střevní doména dosahuje maximálně 14 bodů, systémová doména 21 bodů, emocionální doména 21 bodů a sociální doména 14 bodů. Vyšší dosažené skóre odpovídá vyšší kvalitě života. Přehled domén s přiřazenými čísly otázek je znázorněn v tabulce 5.

Tabulka 5 Přehled domén s čísly otázek dotazníku SIBDQ

Doména	Číslo otázky
Systémová	Otázka č. 1; 7
Střevní	Otázka č 4; 6; 9
Emoční	Otázka č. 5; 8;10
Sociální	Otázka č. 2; 3

5.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal v nemocnici krajského typu od poloviny listopadu 2024 do poloviny ledna 2025. Po získání souhlasu vedení nemocnice bylo do Ambulance pro biologickou léčbu IBD distribuováno 110 tištěných dotazníků. Do této ambulance meziročně dochází 236 pacientů, kteří spádově patří do severních Čech. Celkem se podařilo vybrat 73 kompletně vyplněných dotazníků, žádný dotazník nemusel být vyřazen.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti s potvrzenou diagnózou IBD, zahrnující Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu, kteří splňují předem stanovená kritéria zařazení. Cílem bylo zahrnout reprezentativní skupinu pacientů, aby bylo možné získat relevantní výsledky. Kritéria pro zařazení a vyloučení byla definována následujícím způsobem:

Kritéria pro zařazení:

- Do výzkumu byli zahrnuti pacienti, od 18 let s lékařsky potvrzenou diagnózou Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy.
- Byli zařazeni pacienti v různých fázích onemocnění, tedy v aktivní fázi nemoci, tak v remisi.
- Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří souhlasili s výzkumným šetřením a tento souhlas potvrdili vyplněním informovaného souhlasu, který byl součástí dotazníku (viz. Příloha B).

Výzkumný soubor zahrnuje pacienty obou pohlaví, aby byla zajištěna genderová vyváženost. Celkem se výzkumu zúčastnilo 38 mužů a 35 žen. Věkově zahrnuje pouze dospělé pacienty.

Kritéria pro vyloučení:

- Výzkumu se nezúčastnili pacienti, kteří odmítli podepsat informovaný souhlas.
- Do výzkumu nebyli zařazeny neúplně vyplněné dotazníky.

5.4 Metodika statistického zpracování dat

Po vybrání všech dotazníků byla data zaznamenána do Microsoft Excel. Statistické zpracování proběhlo pomocí softwaru Statistica. Otevřené slovní odpovědi byly vyhodnoceny metodou tužka a papír, byly vybrány a zaznamenány nejčastější odpovědi. Pro popis získaných dat byla využita

deskriptivní statistika – výpočet absolutních a relativních četností, průměru, mediánu, směrodatné odchylky, minima a maxima pro numerické proměnné.

Získaná data dotazníku SIBDQ byla zaznamenána v programu Excel. Znázorněna byla pomocí tabulek, histogramů, bodových a krabicových grafů, vytvořených v programu Statistica. Dále pro výpočet počtu jednotlivých odpovědí z dotazníku SIBDQ byla využita frekvenční analýza a výsledky byly znázorněny pomocí procent, zaokrouhloeno na jedno desetinné místo a průměru.

Veškeré osobní údaje byly zpracovány v souladu s GDPR a výsledky prezentovány v souhrnné podobě bez možnosti identifikace jednotlivce.

5.5 Pilotní studie

Před zahájením samotného výzkumného šetření proběhla pilotní studie, které se zúčastnilo 9 pacientů, kteří splňovali kritéria výběrového souboru – byli diagnostikováni s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou a projevíli ochotu zapojit se do výzkumu. Účastníci byli požádáni, aby při vyplňování dotazníku zaznamenali jakékoli nejasnosti či připomínky k formě nebo obsahu jednotlivých otázek. Pilotní studie probíhala na oddělení Gastroenterologie. Dotazníky se vrátily kompletně vyplněné bez připomínek. Tyto dotazníky nebyly zařazeny do celkového počtu vyplněných dotazníků.

6 Interpretace výsledků

Následující kapitola se věnuje analýze výsledků získaných z výzkumného dotazníkového šetření, do kterého byli zařazeni všichni pacienti, kteří podepsali informovaný souhlas, který byl součástí dotazníku. Kapitola je rozdělena celkem do tří částí.

6.1 Vyhodnocení základní charakteristiky pacientů

V této kapitole je popsán soubor pacientů, kteří se zúčastnili výzkumu. Jsou zde uvedeny základní údaje – pohlaví, věk, typ onemocnění, zaměstnanost, délka trvání nemoci a získávání informací o onemocnění.

Tabulka 6 Pohlaví pacientů

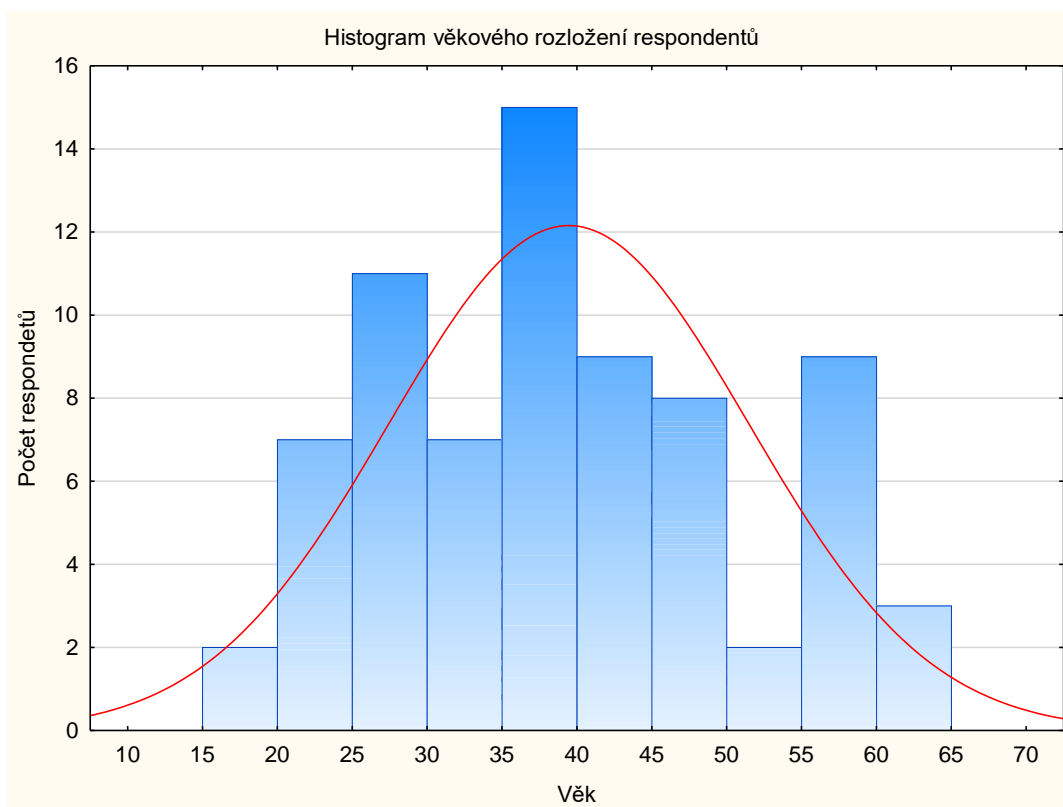
Pohlaví	Počet pacientů	Relativní četnost
Muž	38	52,1 %
Žena	35	47,9 %
Celkem	73	100 %

Z tabulky 6 lze vyčíst, že se výzkumného šetření zúčastnilo celkem 73 pacientů, z toho 38 (52,1 %) mužů a 35 (47,9 %) žen.

Tabulka 7 Rozdělení pacientů (Věk podle pohlaví)

Pohlaví	Počet pacientů	Minimální věk	Maximální věk	Průměrný věk	Směrodatná odchylka
Muž	38	19	58	38	11,15
Žena	35	18	63	39	12,97

V tabulce 7 je znázorněno věkové rozložení pacientů. Ženy výzkumného vzorku zde dosahují vyššího průměrného věku - 39,7 let než muži – 38,9 let. Průměrný věk pacientů byl 39 let. Nejstaršímu pacientovi 58 let, nejmladšímu 19let. Nejstarší pacientce bylo 63 let, nejmladší pacientce 18 let.



Obrázek 1 Věk pacientů

Na obrázku 1 je grafické znázornění věkové zastoupení všech pacientů, Nejstaršímu pacientovi bylo 63 let, nejmladšímu 18 let. Nejpočetnější skupina pacientů byla ve věku 35-40 let. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili pacienti ve věku 25-30 let.

Tabulka 8 Rozdělení pacientů podle onemocnění

Pohlaví	Ulcerózní kolitida	Crohnova choroba	Celkem
Muž	19 (50.0 %)	19 (50.0 %)	38 (100.0 %)
Žena	19 (54.3 %)	16 (45.7 %)	35 (100.0 %)
Celkem	38 (52,1 %)	35 (47,9 %)	73 (100.0 %)

V tabulce 8 je uvedeno rozdělení pacientů podle pohlaví a typu onemocnění. Výzkumu se zúčastnilo 19 (50 %) mužů a 16 (45,7 %) žen s Crohnovou chorobou. Dále pak 19 (50 %) mužů a 19 (54,3 %) žen s ulcerózní kolitidou.

Tabulka 9 Zaměstnání pacientů

Zaměstnání	Ulcerózní kolitida	Crohnova choroba	Celkem
Mateřská dovolená*¹	5 (6,9 %)	5 (6,9 %)	10 (13,7 %)
Nižší úvazek*²	16 (21,9 %)	7 (9,6 %)	23 (31,5 %)
Plný invalidní důchod*³	1 (1,4 %)	3 (4,1 %)	4 (5,5 %)
Stejně zaměstnání*⁴	3 (4,11 %)	10 (13,7 %)	13 (17,8 %)
Studuji*⁵	1 (1,4 %)	1 (1,4 %)	2 (2,7 %)
Změna zaměstnání*⁶	11 (15,1 %)	6 (8,2 %)	17 (23,3 %)
Částečný invalidní důchod*⁷	1 (1,4 %)	3 (4,1 %)	4 (5,5 %)
Celkem	38 (52,1 %)	35 (47,9 %)	73 (100,0 %)

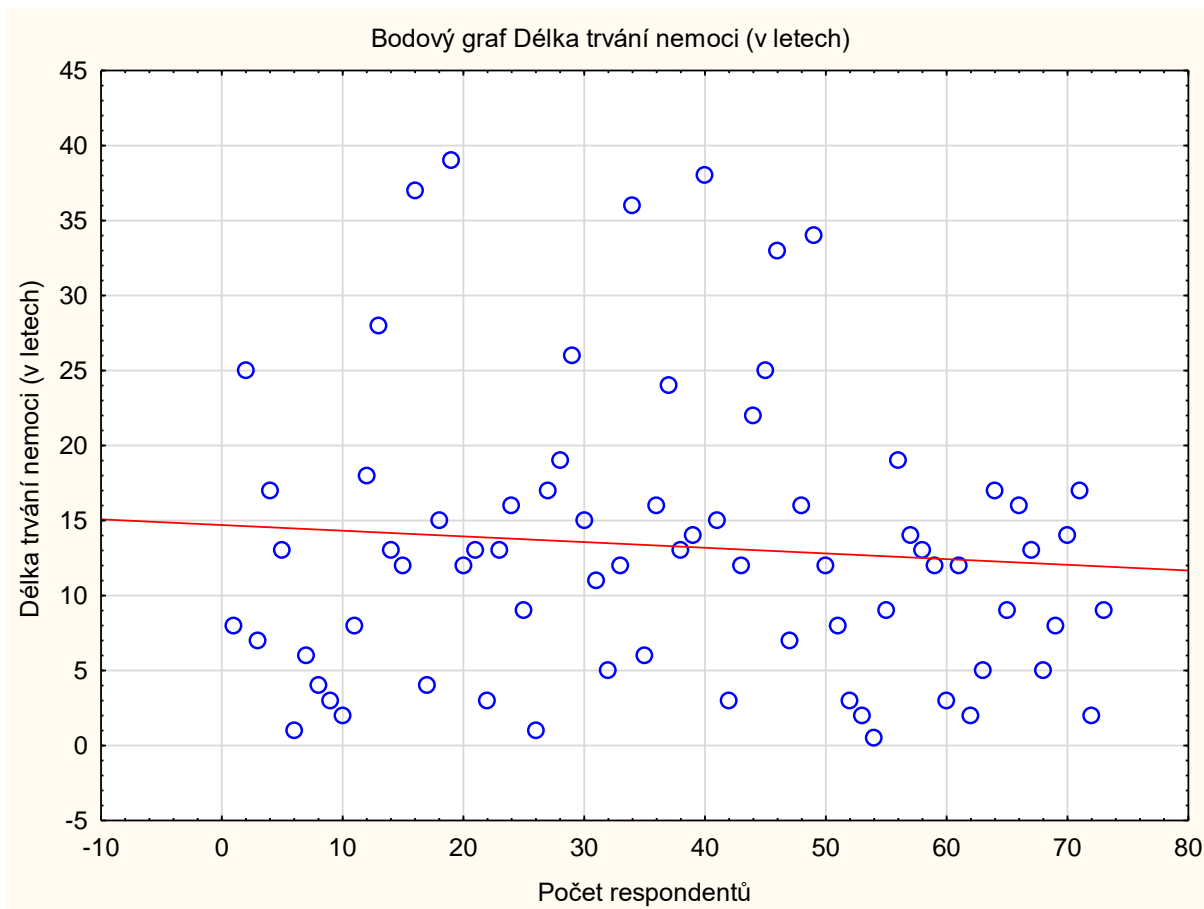
*vysvětlivky *1 jsem na mateřské dovolené, *2 pracuji na nižší než hlavní pracovní úvazek, *3 nepracuji, jsem v plném invalidním důchodu, *4 pracuji ve stejném zaměstnání jako před zjištěním mého onemocnění, *5 jsem student, *6 pracuji, ale musel jsem změnit původní zaměstnání, *7 nepracuji, mám částečný invalidní důchod

Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, zda jsou pacienti zaměstnání nebo museli kvůli své nemoci své zaměstnání přizpůsobit.

Jak je uvedeno v tabulce 9, pacienti s ulcerózní kolitidou nejčastěji pracují na nižší úvazek, tuto možnost uvedlo 16 pacientů (21,9 %). Druhou nejčastější kategorií jsou pacienti, kteří museli změnit zaměstnání, což uvedlo 11 pacientů (15,1 %). Stejný počet pacientů s ulcerózní kolitidou jako s Crohnovou chorobou je na mateřské dovolené, a to 5 pacientů (6,9 %). Ve svém původním zaměstnání setrvali pouze 3 pacienti (4,1 %), což je méně než u pacientů s Crohnovou chorobou. Plný i částečný invalidní důchod pobírá shodně 1 pacient (1,4 %). Nejnižší zastoupení mají studenti, kde pokračování ve studiu uvedl pouze 1 pacient (1,4 %).

V případě Crohnovy choroby pacienti nejčastěji uvádějí, že setrvali ve stejném zaměstnání, což platí pro 10 pacientů (13,7 %). Na nižší úvazek přešlo 7 pacientů (9,6 %), což je méně než u pacientů s ulcerózní kolitidou. Změnu zaměstnání uvedlo 6 pacientů (8,2 %). Mateřskou dovolenou čerpá 5 pacientů (6,9 %), což odpovídá hodnotě u ulcerózní kolitidy. Plný invalidní důchod pobírají

3 pacienti (4,1 %), stejný počet je na částečném invalidním důchodu. Nejnižší podíl mají studenti, kde pouze 1 pacient (1,4 %) uvedl, že stále studuje.



Obrázek 2 Trvání nemoci (v letech)

Dle obrázku 2 je patrné, že u celkového počtu 73 pacientů je průměrná délka trvání nemoci 13,3 let. Medián 12 let. Nejkratší délka trvání nemoci je 0,5 roku, nejdelší 38 let.

Tabulka 10 Onemocnění v rodině pacientů

	Onemocnění v rodině			Celkem
		Ne	Ano	
Absolutní / relativní četnost	Ulcerózní kolitida	36 (49,3 %)	2 (2,7 %)	38 (52 %)
Absolutní/ relativní četnost	Crohnova choroba	32 (43,8 %)	3 (4,1 %)	35 (47,9 %)
Celkem		68 (93,2 %)	5 (6,8 %)	73 (100,00 %)

V dotazníku se vyskytovala otázka o výskytu onemocnění u někoho v blízké rodině. Jak znázorňuje předchozí tabulka 10, se ze získaných dat zjistilo, že 3 (4,11 %) pacienti s Crohnovou chorobou mají stejné onemocnění v rodině, 32 (43,84 %) pacientů onemocnění v rodině nemá. Pacienti s ulcerózní kolitidou mají toto onemocnění v rodině ve 2 (2,74 %) případech. U 36 (49,32 %) pacientů s ulcerózní kolitidou se onemocnění v rodině nevyskytuje.

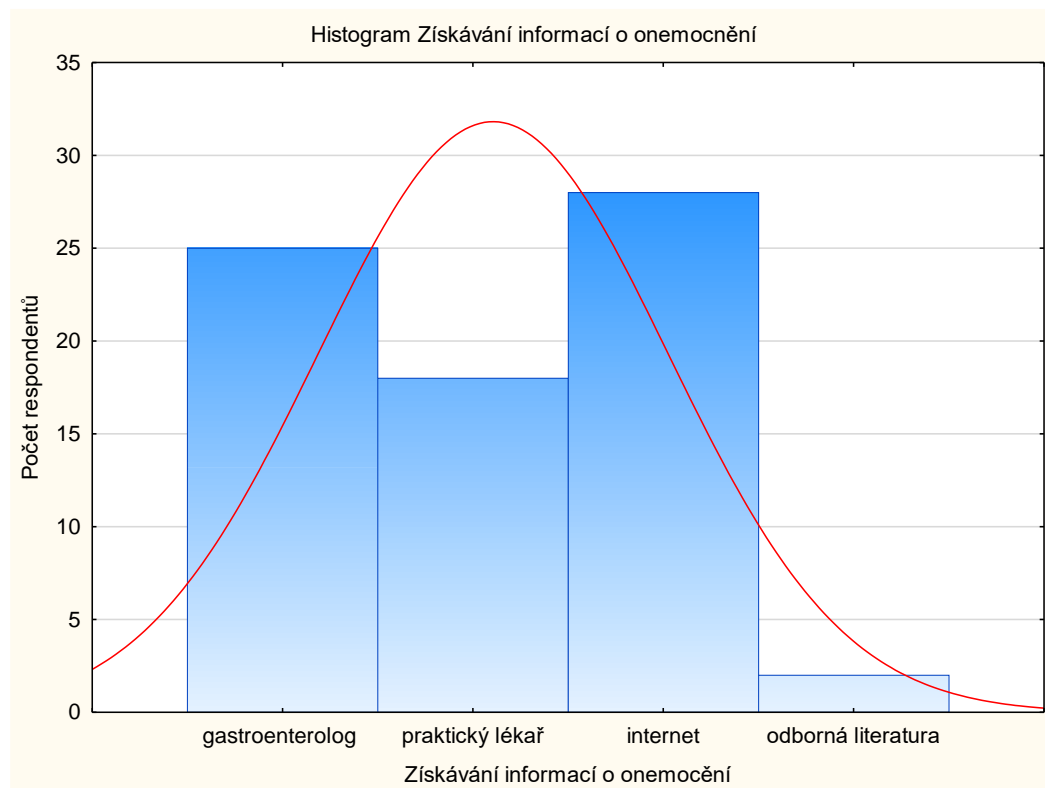
Tabulka 11 Získávání informací o onemocnění

	Získávání informací o onemocnění					
		Gastroenterolog	Praktický lékař	Internet	Odborná literatura	Celkem
Absolutní/relativní četnost	Ulcerózní kolitida	12 (16,4 %)	9 (12,3 %)	16 (21,9 %)	1 (1,4 %)	38 (52 %)
Absolutní/relativní četnost	Crohnova choroba	13 (17,8 %)	9 (12,3 %)	12 (16,4 %)	1 (1,4 %)	35 (48 %)
Celkem		25 (34,2 %)	18 (24,7 %)	28 (38,3 %)	2 (2,8 %)	73 (100,00 %)

Tabulka 11 shrnuje četnost využití jednotlivých zdrojů informací mezi pacienty s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou.

Pacienti s ulcerózní kolitidou nejčastěji uvádějí jako zdroj informací internet, který využívá 16 pacientů (21,92 %). Druhým nejčastějším zdrojem informací jsou gastroenterologové, na které se obrací 12 pacientů (16,44 %). Praktický lékař je uveden jako zdroj informací u 9 pacientů (12,33 %). Odbornou literaturu využívá pouze 1 pacient (1,37 %).

V případě pacientů s Crohnovou chorobou nejčastěji využívá internet 12 pacientů, (16,44 %), i když v o něco menší míře. Gastroenterologové jsou primárním odborným zdrojem informací pro 13 pacientů (17,81 %). Praktický lékař je uváděn jako zdroj informací u 9 pacientů (12,33 %), což je identická hodnota jako u ulcerózní kolitidy. Odbornou literaturu využívá pouze 1 pacient (1,37 %).

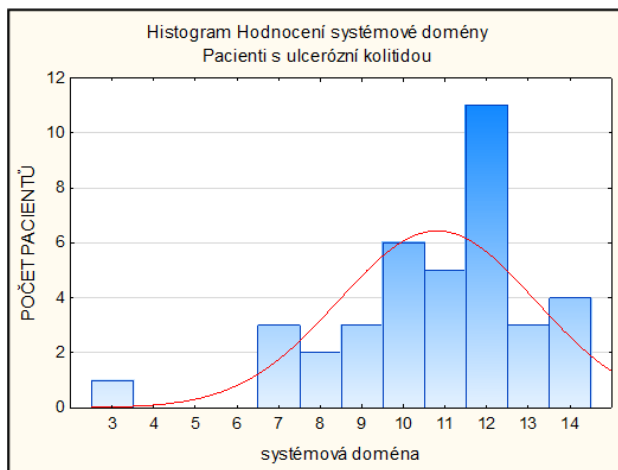


Obrázek 3 Získávání informací o nemoci

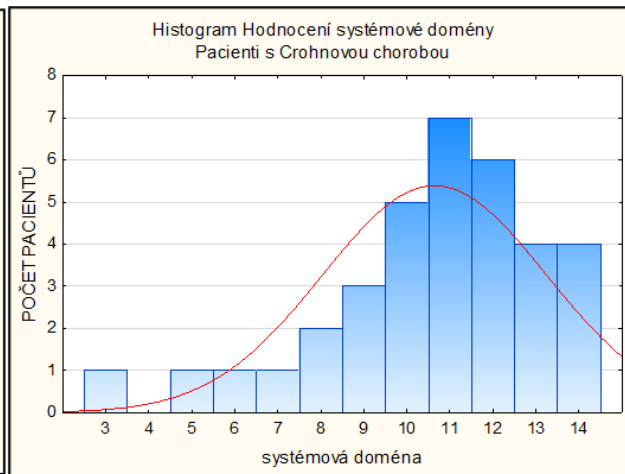
Obrázek 3 zobrazuje využití jednotlivých informačních zdrojů o onemocnění všech 73 pacientů. Modusovou odpovědí u pacientů je internet, který se vyskytuje u 28 pacientů. Nejnižší počet je u odborné literatury. Z té čerpají informace pouze 2 pacienti.

6.2 Vyhodnocení dotazníku SIBDQ

Specifický dotazník SIBDQ umožňuje hodnotit kvalitu života nemocných s IBD jak v celkovém skóre, tak i v jednotlivých kategoriích – systémová, střevní, emoční, sociální za období posledních 14 dnů.



Obrázek 4 Systémová doména – ulcerózní kolitida

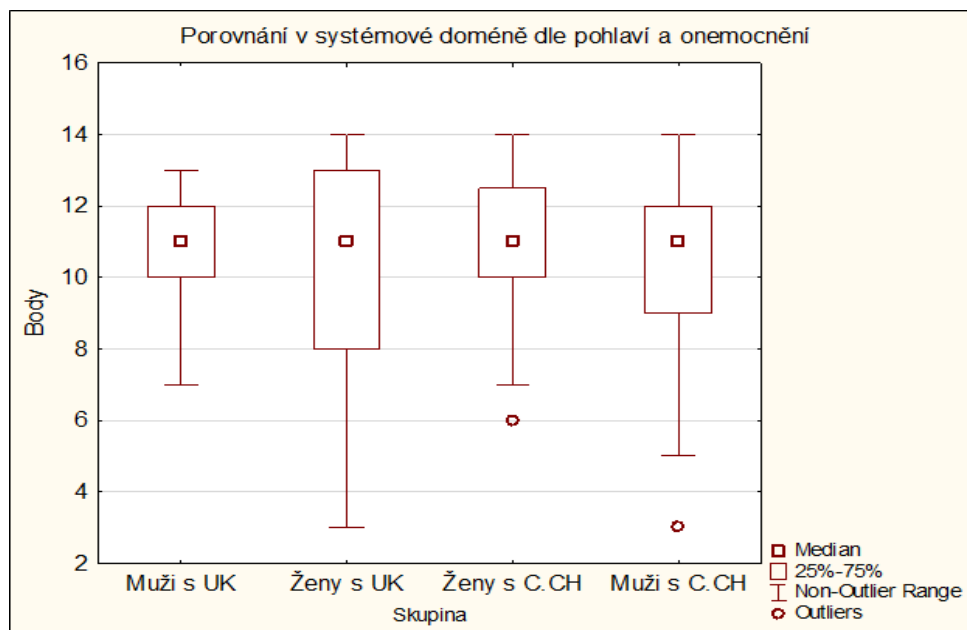


Obrázek 5 Systémová doména – Crohnova choroba

V systémové doméně jsou zahrnuty otázky 1 a 7. Pacienti se vyjadřují například k tomu, jak často se během posledních dvou týdnů cítili unavení nebo vyčerpaní, a zda měli potíže s udržením nebo dosažením požadované hmotnosti. Tyto otázky mapují celkový fyzický stav a energii pacienta. Výsledné skóre u této domény u jednoho pacienta se může pohybovat od 2-14 bodů

Obrázek 4 znázorňuje hodnocení kvality života v systémové rovině u pacientů s ulcerózní kolitidou. Průměrná naměřená hodnota kvality života v systémové doméně u těchto pacientů byla $10,76 \pm 2,35$, minimum 3 a maximum 14 bodů.

Obrázek 5 znázorňuje hodnocení kvality života v systémové rovině u pacientů s Crohnovou chorobou. Průměrná naměřená hodnota kvality života v systémové doméně byla $10,60 \pm 2,59$. Minimální naměřenou hodnou 3 body a maximální 14 bodů stejně jako u pacientů s ulcerózní kolitidou.



Obrázek 6 Porovnání v systémové rovině dle pohlaví

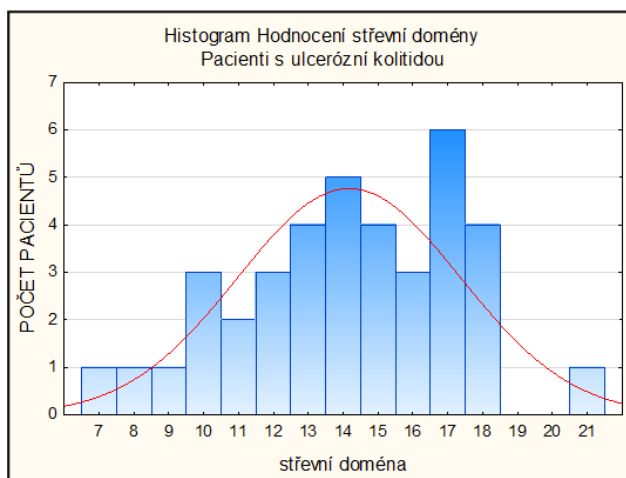
*vysvětlivky UK= ulcerózní kolitida, C.CH=Crohnova choroba

Na obrázku 6 je graficky znázorněno porovnání hodnocení kvality života v systémové doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví pacientů.

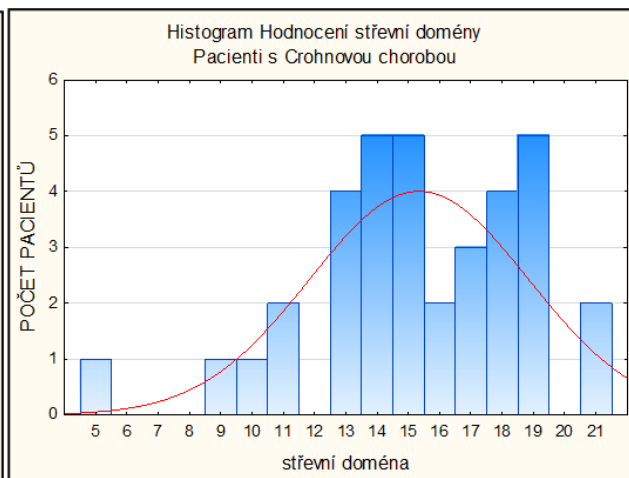
Tabulka 12 Popisná statistika v systémové doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění

Proměnná	SIBDQ- systémová doména							
	n_1	min	max	\bar{O}	smd.o	med	Q25	Q75
Muži s Crohnovou chorobou	19	3	14	10,4	2,9	11	9	12
Muži s Ulcerózní kolitidou	19	7	13	10,8	1,6	11	10	12
Ženy s Crohnovou chorobou	16	6	14	10,9	2,3	11	10	12,5
Ženy s Ulcerózní kolitidou	19	3	14	10,7	2,9	11	8	13

Tabulka 12 je znázorňuje popisnou statistiku v systémové doméně dotazníku SIBDQ v porovnání vůči pohlaví pacientů a jejich onemocnění.



Obrázek 7 Střevní doména - ulcerózní kolitida



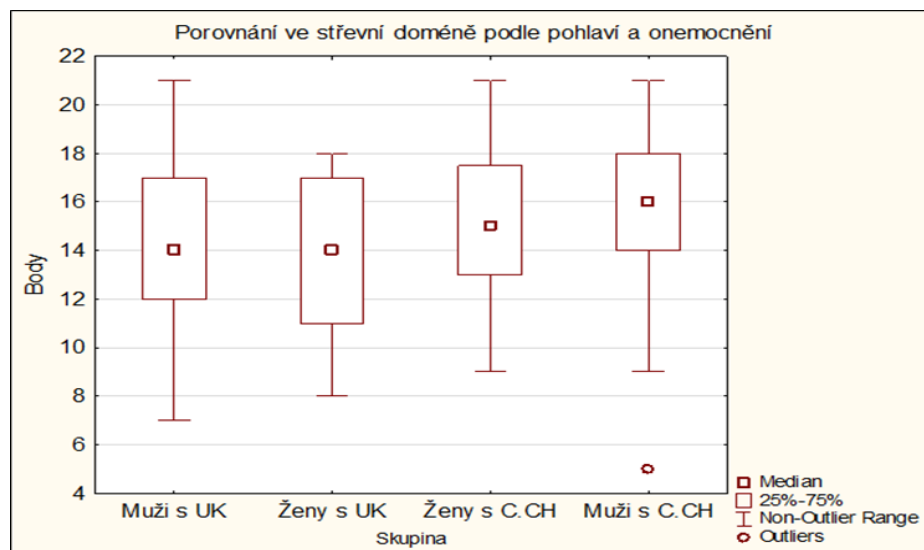
Obrázek 8 Střevní doména Crohnova choroba

Ve střevní doméně jsou zahrnuty otázky 4; 6 a 9. Otázky se týkají přímých příznaků nemoci, jako je frekvence bolestí břicha, plynatost nebo nutkání na stolici i v případě, že jsou střeva prázdná. Tyto položky zachycují míru, s jakou střevní symptomy ovlivňují každodenní život pacienta.

Výsledné skóre u této domény se u jednoho pacienta pohybuje od 3 - 21 bodů.

Obrázek 7 znázorňuje hodnocení kvality života ve střevní rovině u pacientů s ulcerózní kolitidou. Minimální počet bodů 7. Maximální počet bodů 21. Průměrné skóre $14,13 \pm 3,18$ bodů.

Obrázek 8 znázorňuje hodnocení kvality života ve střevní rovině u pacientů s Crohnovou chorobou. Průměrné skóre $15,26 \pm 3,53$ bodů. Minimální počet bodů byl 5. Maximální počet bodů byl 21.



Obrázek 9 Porovnání ve střevní doméně dle pohlaví

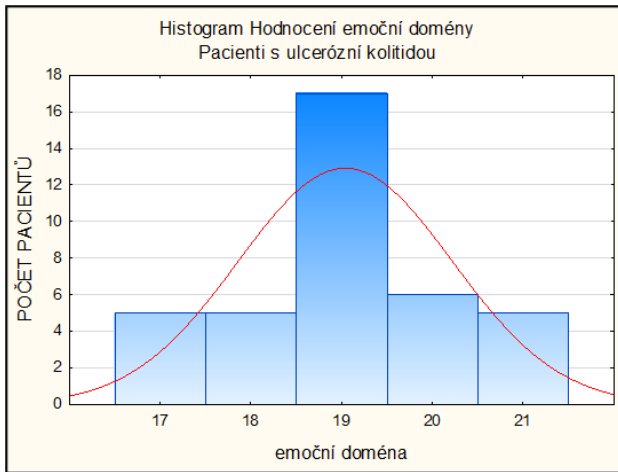
*vysvětlivky UK= ulcerózní kolitida, C.CH=Crohnova choroba

Na obrázku 9 je grafické znázornění hodnocení kvality života ve střevní doméně dotazníku SIBDQ. pacientů s IBD rozdělených dle pohlaví a onemocnění.

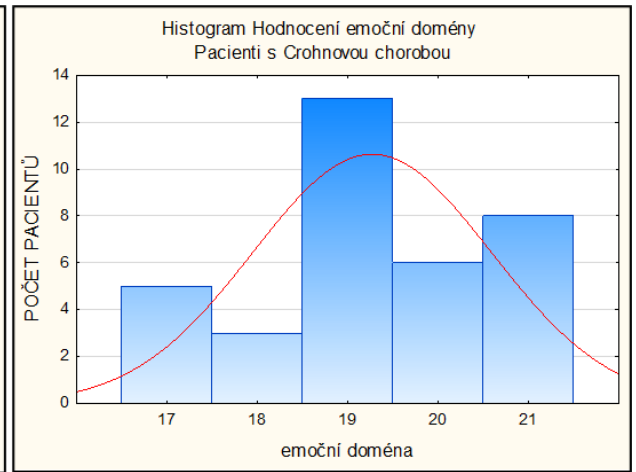
Tabulka 13 Popisná statistika ve střevní doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění

Proměnná	SIBDQ- střevní doména							
	n_1	min	max	\bar{x}	smd.o	med	Q25	Q75
Muži s Crohnovou chorobou	19	5	21	15,4	3,9	16	14	18
Muži s Ulcerózní kolitidou	19	7	21	14,5	3,3	14	12	17
Ženy s Crohnovou chorobou	16	9	21	15,1	3,1	15	13	17,5
Ženy s Ulcerózní kolitidou	19	8	18	13,7	3,1	14	11	17

V tabulce 13 je znázorněna popisná statistika ve střevní doméně dotazníku SIBDQ v porovnání vůči pohlaví pacientů a jejich onemocnění. Je patrné, že ženy s ulcerózní kolitidou dosahují nižšího průměrné skóre v této doméně.



Obrázek 11 Emoční doména - ulcerózní kolitida

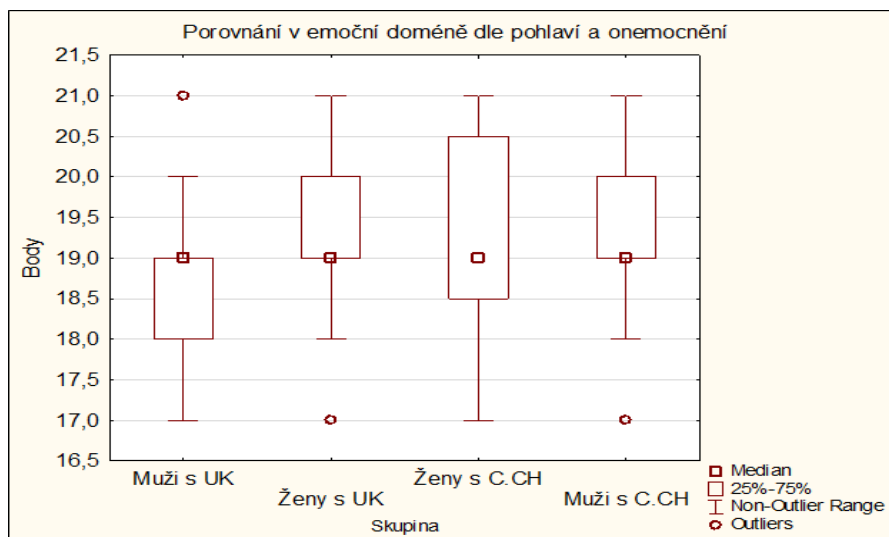


Obrázek 10 Emoční doména - Crohnova choroba

V emoční doméně jsou zahrnuty otázky 5; 8 a 10. Doména hodnotí psychickou pohodu nemocného. Pacienti popisují, jak často se cítili sklíčeně nebo depresivně, zda pociťovali napětí či naopak psychické uvolnění, a jak často se objevoval hněv v důsledku střevních obtíží. Výsledné skóre u této domény se pohybuje od 3-21 bodů.

Obrázek 10 znázorňuje hodnocení kvality života v emoční rovině u pacientů s ulcerózní kolitidou. Průměrné skóre $19,08 \pm 1,12$ bodů. Minimální počet bodů 17. maximální počet dosažených bodů 21.

Obrázek 11 znázorňuje hodnocení kvality života v emoční rovině u pacientů s Crohnovou chorobou. Průměrné skóre $19,26 \pm 1,31$ bodů. Minimální skóre 17 bodů a maximální 21 bodů.



Obrázek 12 Porovnání v emoční doméně dle pohlaví

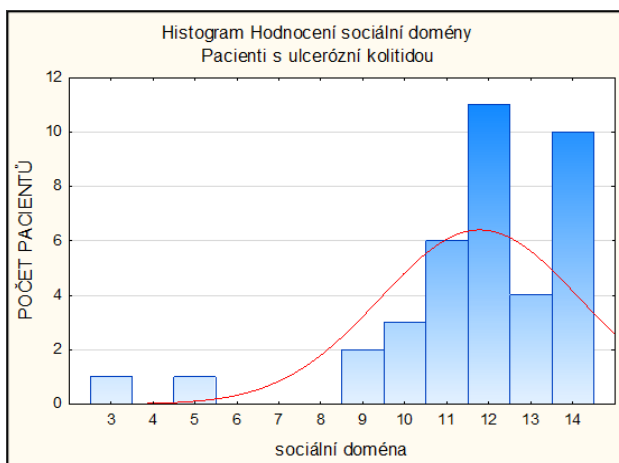
*vysvětlivky UK= ulcerózní kolitida, C.CH=Crohnova choroba

Na obrázku 12 je grafické znázornění hodnocení kvality života v emoční doméně dotazníku SIBDQ. pacientů s IBD rozdělených dle pohlaví a onemocnění.

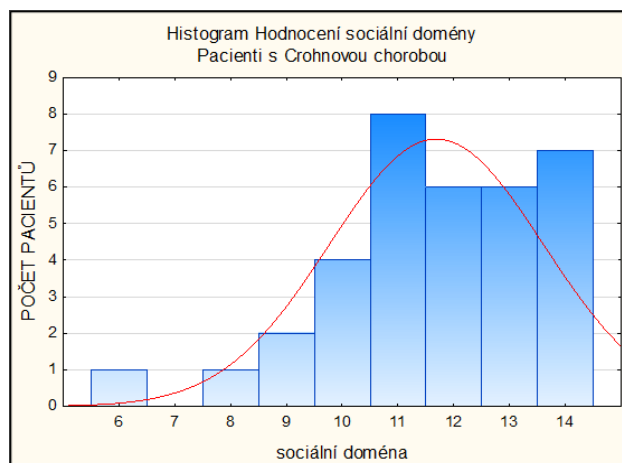
Tabulka 14 Popisná statistika v emoční doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění

Proměnná	SIBDQ- emoční doména							
	n_1	min	max	\bar{O}	smd.o	med	Q25	Q75
Muži s Crohnovou chorobou	19	17	21	19,3	1,3	19	19	20
Muži s Ulcerózní kolitidou	19	17	21	18,9	1,1	19	18	19
Ženy s Crohnovou chorobou	16	17	21	19,3	1,3	19	18,5	20,5
Ženy s Ulcerózní kolitidou	19	17	21	19,2	1,2	19,2	19	20

V tabulce 14 je znázorněna popisná statistika v emoční doméně dotazníku SIBDQ v porovnání vůči pohlaví pacientů a jejich onemocnění. Všichni pacienti dosahují vysokého průměrného skóre v emoční doméně.



Obrázek 13 Sociální doména - ulcerózní kolitida



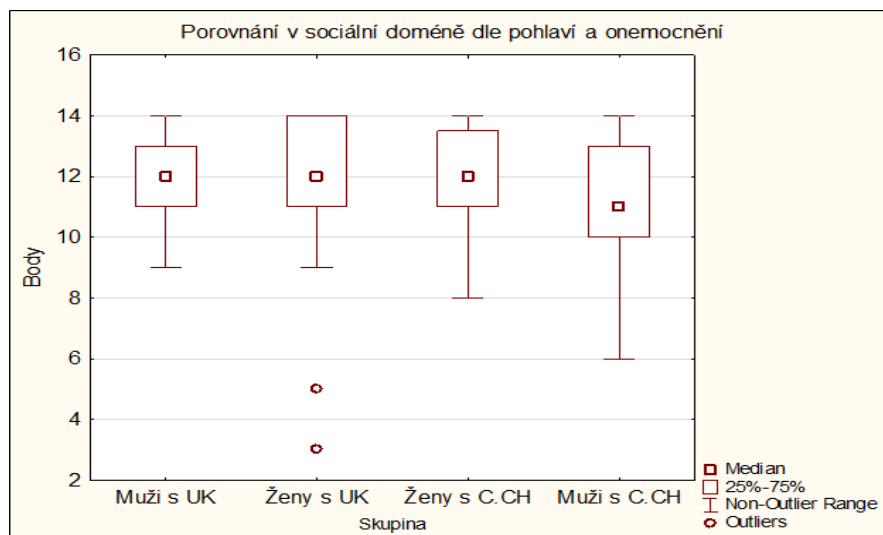
Obrázek 14 Sociální doména Crohnova choroba

V sociální doméně jsou zahrnuty otázky 2 a 3. Tato doména se zaměřuje na dopad onemocnění na společenský život a volnočasové aktivity. Pacienti například uvádějí, jak často museli kvůli střevním potížím rušit plánované společenské akce, nebo jak velké obtíže jim nemoc způsobuje při zapojení do aktivit, kterým by se rádi věnovali.

Výsledné skóre u této domény se pohybuje od 2-14 bodů.

Na obrázku 13 je znázorněno hodnocení kvality života v sociální doméně u pacientů s ulcerózní kolitidou. Průměrné skóre $11,74 \pm 2,37$ bodů. Minimální skóre 3 body. Maximální 14 bodů.

Obrázek 14 znázorňuje hodnocení kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou. Průměrná naměřená hodnota byla $11,66 \pm 1,91$ bodů. Minimální skóre 6 bodů a maximální 14 bodů.



Obrázek 15 Porovnání v sociální doméně dle pohlaví a typu onemocnění

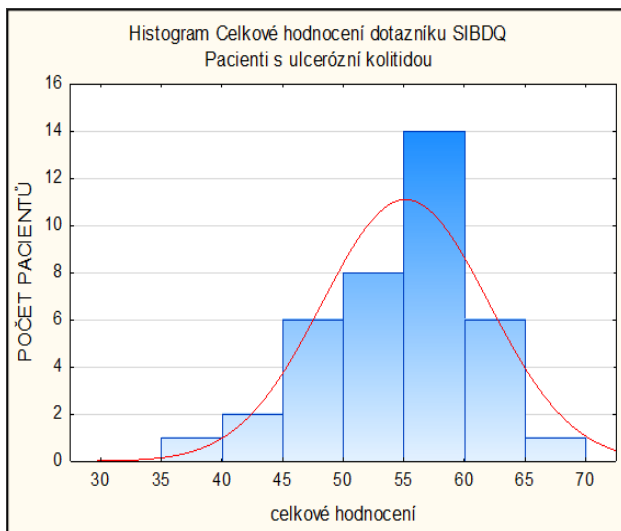
*vysvětlivky: UK =ulcerózní kolitida, C. CH. = Crohnova choroba

Na obrázku 15 je graficky znázorněno porovnání hodnocení kvality života v sociální doméně dle pohlaví a typu onemocnění.

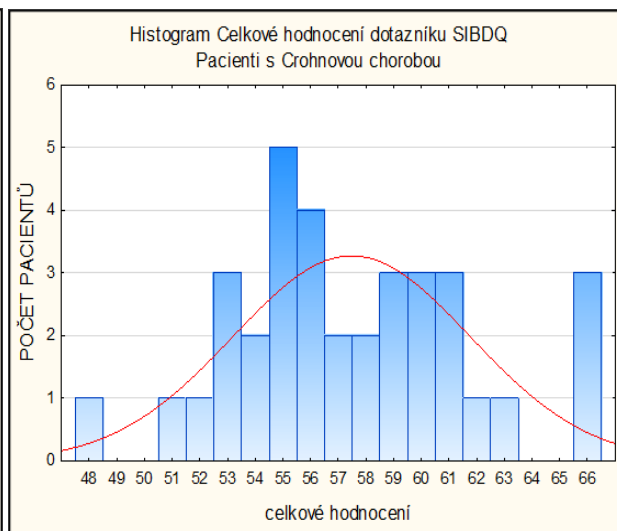
Tabulka 15 Popisná statistika v sociální doméně dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění

Proměnná	SIBDQ- sociální doména							
	n_1	min	max	\bar{O}	smd.o	med	Q25	Q75
Muži s Crohnovou chorobou	19	6	14	11,3	2,1	11	10	13
Muži s Ulcerózní kolitidou	19	6	14	11,9	1,5	12	11	13
Ženy s Crohnovou chorobou	16	8	14	12,1	1,7	12	11	13,5
Ženy s Ulcerózní kolitidou	19	3	14	11,5	3	12	11	14

V tabulce 15 je znázorněna popisná statistika v sociální doméně dotazníku SIBDQ v porovnání vůči pohlaví pacientů a jejich onemocnění. Muži s Crohnovou chorobou dosahují v sociální doméně nižšího průměrného skóre. I přesto se jedná o zanedbatelný rozdíl.



Obrázek 17 Celkové hodnocení dotazníku SIBDQ – ulcerózní kolitida

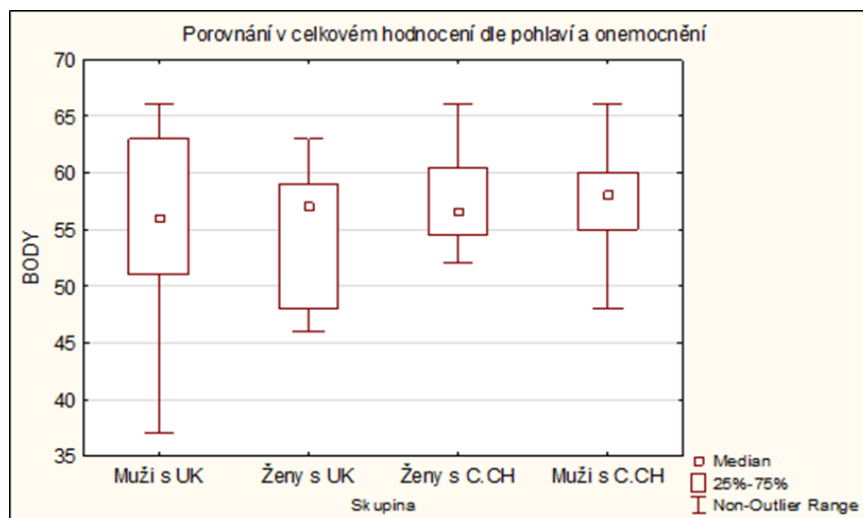


Obrázek 16 Celkové hodnocení dotazníku SIBDQ – Crohnova choroba

Celkové hodnocení dotazníku SIBDQ vzniká součtem bodových hodnocení všech deseti položek. Výsledné skóre se tak může pohybovat v rozmezí 10 až 70 bodů, kde vyšší celkové skóre odpovídá vyšší kvalitě života pacienta s IBD.

Obrázek 16 graficky znázorňuje celkové hodnocení dotazníku SIBDQ u pacientů s ulcerózní kolitidou. Pacienti s ulcerózní kolitidou dosahují průměrného celkového skóre $55,11 \pm 6,69$ bodů. Maximálním počtem bodů bylo 66. Minimální 37 bodů.

Obrázek 17 graficky znázorňuje celkové hodnocení dotazníku SIBDQ. U pacientů s Crohnovou chorobou bylo průměrné celkové skóre u dotazníku SIBDQ $57,43 \pm 4,27$ bodů. Maximální počet 66 bodů. Minimální 48 bodů.



Obrázek 18 Porovnání celkové hodnocení dle pohlaví a typu onemocnění

Obrázek 18 graficky znázorňuje porovnání v celkovém hodnocení dotazníku SIBDQ dle pohlaví a typu onemocnění.

Tabulka 16 Popisná statistika celkové hodnocení dotazníku SIBDQ

Proměnná	SIBDQ- celkové hodnocení							
	n_1	min	max	\bar{x}	sm. o	med	Q25	Q75
Muži s Crohnovou chorobou	19	48	66	57.4	4.6	56	55	60
Muži s Ulcerózní kolitidou	19	37	66	55.4	7.9	56	51	63
Ženy s Crohnovou chorobou	16	52	66	57.5	3.9	56,5	54,5	60,5
Ženy s Ulcerózní kolitidou	19	46	63	54.8	5.6	57	48	59

V tabulce 16 je znázorněna popisná statistika v celkovém hodnocení kvality života dotazníku SIBDQ v porovnání vůči pohlaví pacientů a jejich onemocnění.

V následující tabulce 17 je uvedeno procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí pomocí Likertovy škály 1-7 dotazníku SIBDQ u pacientů s ulcerózní kolitidou. Dále je v tabulce uvedeno průměrné hodnocení jednotlivých otázek.

Tabulka 17 Výsledky jednotlivých odpovědí dotazníku SIBDQ – ulcerózní kolitida (procenta, průměr)

SIBDQ		1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	Ø
Q1	Únava, vyčerpanost	5,3	0	10,5	7,9	28,9	10,5	36,8	5,3
Q2	Odkládání závazků	2,6	0	2,6	18,4	7,9	18,4	50	5,8
Q3	Problémy s činnostmi ve volném čase	0	5,3	0	2,6	26,3	28,9	39,5	5,9
Q4	Bolesti břicha	2,6	2,6	10,5	28,9	26,3	7,9	21	4,8
Q5	Deprese, malomyslnost	0	0	0	0	0	0	100	7
Q6	Silné uvolňování plynů	0	0	2,6	36,8	42,1	0	18,4	4,9
Q7	Udržování stanovení tělesné hmotnosti	0	2,6	21	2,6	13,1	26,3	34,2	5,4
Q8	Pocit uvolnění, bez napětí	0	0	2,6	0	39,5	26,3	31,6	5,8
Q9	Nutkání jít na toaletu	0	10,5	26,3	7,9	34,2	13,1	7,9	4,4
Q10	Pocit rozzlobenosti	0	0	0	0	26,3	23,7	50	6,2

V následující tabulce 18 je uvedeno procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí pomocí Likertovy škály 1–7, dotazníku SIBDQ u pacientů s Crohnovou chorobou. Dále je v tabulce uvedeno průměrné hodnocení jednotlivých otázek.

Tabulka 18 Výsledky jednotlivých odpovědí dotazníku SIBDQ – Crohnova choroba (procenta, průměr)

SIBDQ		1b	2b	3b	4b	5b	6b	7b	Ø
Q1	Únava, vyčerpanost	2,9	0	14,3	14,3	25,7	8,6	34,3	5,2
Q2	Odkládání závazků	0	0	2,9	28,6	14,3	11,4	42,9	5,6
Q3	Problémy s činnostmi ve volném čase	0	0	5,7	2,9	17,1	31,4	42,9	6
Q4	Bolesti břicha	2,9	5,7	2,9	8,6	25,7	11,4	42,9	5,5
Q5	Deprese, malomyslnost	0	0	0	5,7	0	0	94,3	6,8
Q6	Silné uvolňování plynů	2,9	2,9	2,9	40	31,4	0	20	4,7
Q7	Udržování stanovení tělesné hmotnosti	0	5,7	14,2	2,9	17,1	34,3	25,7	5,4
Q8	Pocit uvolnění, bez napětí	0	0	2,9	0	37,1	22,3	37,1	5,9
Q9	Nutkání jít na toaletu	0	2,9	28,6	5,7	22,9	11,4	28,6	4,9
Q10	Pocit rozzlobenosti	0	0	0	0	22,9	2,9	74,3	6,5

Tabulka 19 Test normálního rozdělení dat

	Kolgomorův – Smirnovův test normality dat (hodnota p)	
	Ulcerózní kolitida	Crohnova choroba
Celkové hodnocení SIBDQ	0,3556	0,9809
Systémová doména SIBDQ	0,1772	0,2898
Střevní doména SIBDQ	0,7482	0,6642
Emoční doména SIBDQ	0,0219	0,1258
Sociální doména SIBDQ	0,0774	0,4874

Jak zobrazuje předchozí tabulka 19, Kolgomorův – Smirnovův test, který byl proveden na hladině významnosti, kdy je hodnota $p > 0,05$, potvrdil, že téměř všechna analyzovaná data se řídí normálním rozložením, s výjimkou emoční domény u pacientů s ulcerózní kolitidou, kde byla

zjištěna statisticky významná odchylka. To naznačuje, že emoční vnímání kvality života v emoční doméně u těchto pacientů je méně variabilní než u jiných domén.

Z důvodu, že Kolmogorov-Smirnovův test ukázal, že p hodnota u emoční domény u nemocných s ulcerózní kolitidou není normálně rozložená ($p = 0.0219$), byl použit Mann-Whitney U test. Tento test byl vybrán, protože nevyžaduje normalitu dat a umožňuje porovnat rozdíly mezi dvěma nezávislými skupinami.

Výsledek ukázal, že mezi skupinami v emoční doméně není statisticky významný rozdíl ($p = 0.473$).

Pro zhodnocení vzájemných vztahů mezi jednotlivými doménami dotazníku SIBDQ byl použit Pearsonův korelační koeficient. Tento statistický nástroj umožňuje posoudit míru lineární závislosti mezi dvěma spojitými proměnnými. Pearsonův korelační koeficient nabývá hodnot z intervalu -1 až $+1$, tyto hodnoty ukazují na silnou negativní, resp. pozitivní, zatímco hodnoty kolem nuly naznačují slabý nebo žádný lineární vztah. Výpočty byly provedeny pro všechny možné dvojice proměnných.

Analýza byla provedena samostatně pro dvě skupiny – pacienty s ulcerózní kolitidou a s Crohnovou chorobou. V každé skupině byly porovnány všechny možné dvojice domén, aby bylo zjištěno, zda se v hodnocení některé oblasti výrazně liší od jiné. Pro každou dvojici domén byla vypočítaná kromě samotného koeficientu r vypočtena také p – hodnota, která určuje, zda je nalezený vztah statisticky významný či nikoli. Výsledky byly zaokrouhleny na tři desetinná místa. Jako hladina statistické významnosti byla zvolena hladina $p > 0,05$.

Výsledky jsou zobrazeny v následující tabulce 20.

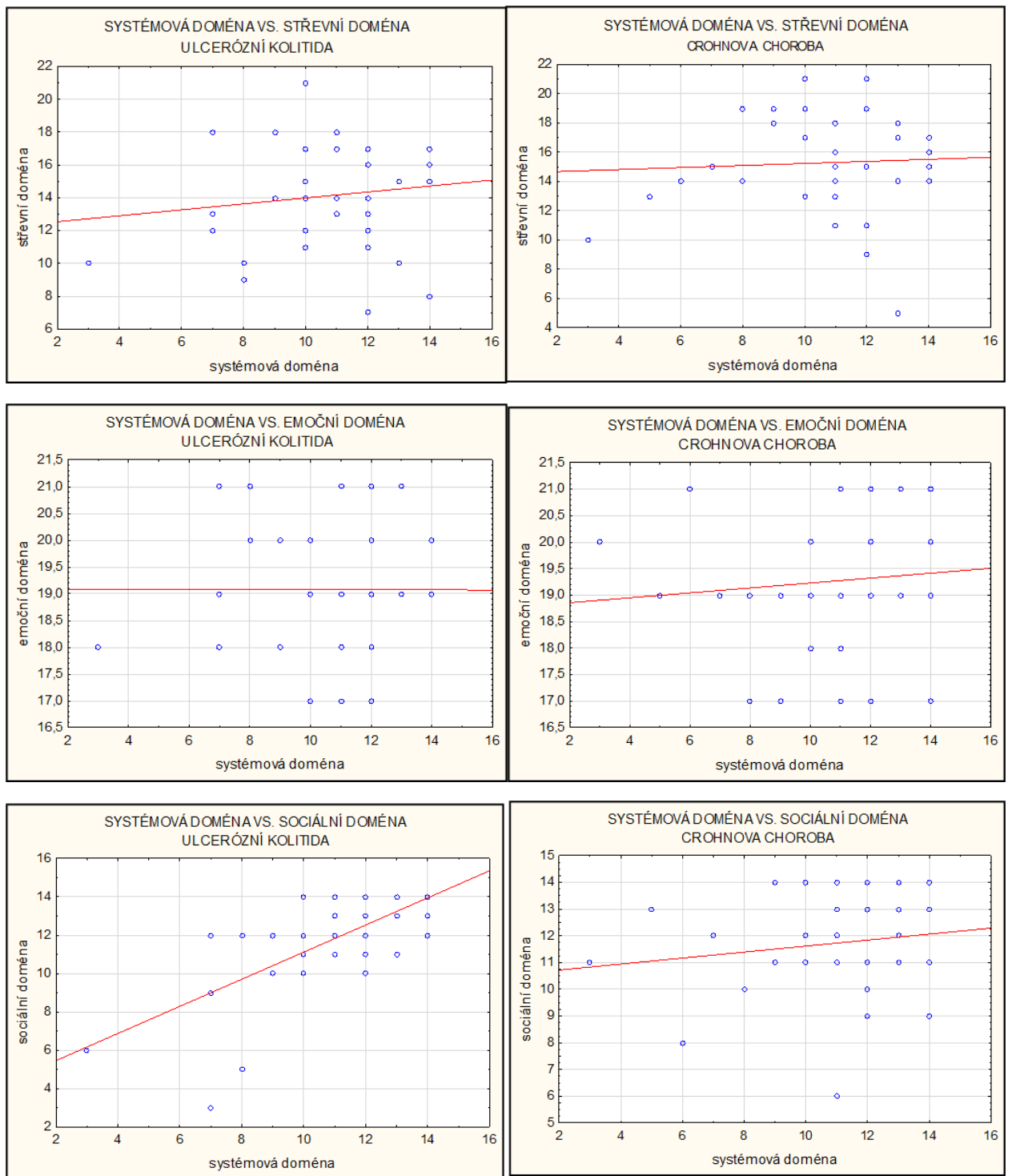
Tabulka 20 Korelační matice vztahu mezi pozorovanými doménami

Porovnávané proměnné	Pearsonův korelační koeficient			
	Ulcerózní kolitida		Crohnova choroba	
	r	p	r	p
Systémová doména-střevní doména	0,134	0,422	0,052	0,766
Systémová doména – emoční doména	0,071	0,673	0,092	0,601
Systémová doména-sociální doména	0,707	0,001	0,197	0,256
Střevní doména – emoční doména	-0,240	0,147	-0,203	0,243
Střevní doména – sociální doména	0,245	0,138	-0,038	0,829
Emoční doména – sociální doména	0,080	0,631	-0,046	0,793

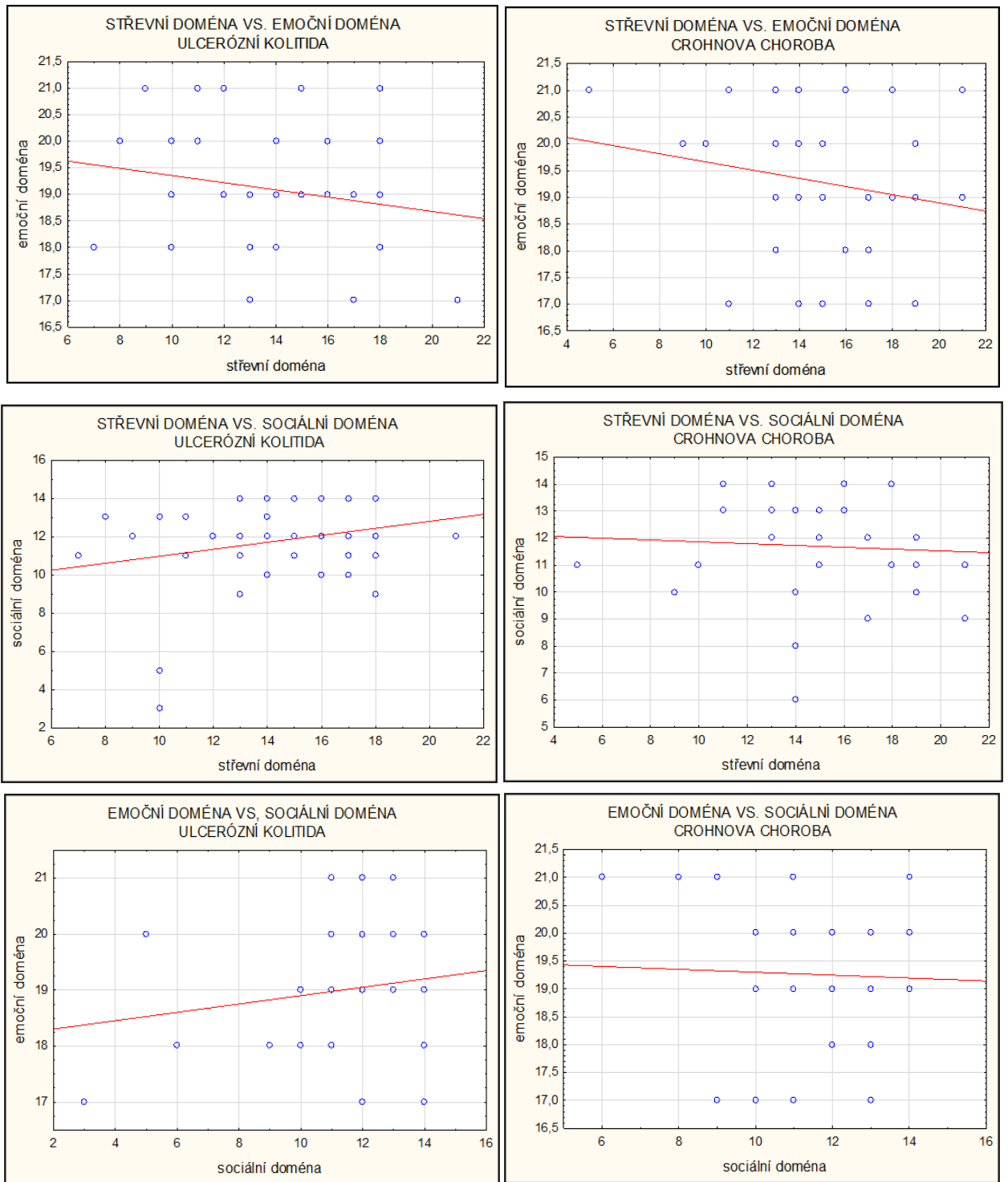
Z tabulky 20 je možné vyčíst, že u pacientů s ulcerózní kolitidou byla zjištěna jediná statisticky významná korelace, a to mezi systémovou a sociální doménou. ($r=0,707$, $p=0,001$). Tato silná pozitivní korelace naznačuje, že čím více jsou pacienti postižení systémovými příznaky (únava, ztráta hmotnosti), tím výraznější dopad to má i na jejich sociální fungování. Ostatní korelace mezi doménami byly u této skupiny pacientů většinou mírně pozitivní, avšak statisticky nevýznamné.

U pacientů s Crohnovou chorobou nebyla zjištěna žádná statisticky významná vzájemná korelace, mezi žádnou z hodnocených domén. Korelační koeficienty se pohybovali blízko nuly, což naznačuje velmi slabé či zanedbatelné vztahy mezi systémovými, střevními, emočními a sociálními aspekty onemocnění.

Pro lepší přehlednost byly vytvořeny následující bodové grafy (obrázek 19 a 20), znázorňující vztahy mezi jednotlivými doménami u pacientů ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou.



Obrázek 19 Grafické znázornění vztahu mezi doménami dotazníku SIBDQ (systémová VS. střevní, emoční, sociální)



Obrázek 20 Grafické znázornění vztahu mezi doménami dotazníku SIBDQ (střevní VS. emoční, sociální a emoční VS. sociální)

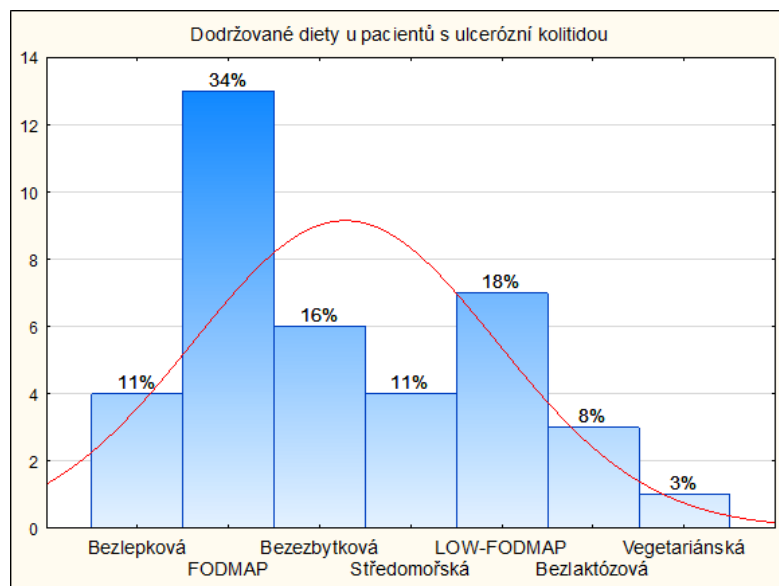
6.3 Interpretace výsledků – stravovací návyky

V této kapitole jsou výsledky získaných dat z dotazníku vlastní tvorby týkající se stravovacích návyků pacientů s IBD.

Tabulka 21 Získávání informací o stravování

Získávání informací o stravování	Ulcerózní kolitida	Crohnova choroba
Gastroenterolog	13,2 %	8,6 %
Praktický lékař	5,3 %	2,9 %
Nutriční terapeut	44,7 %	48,6 %
Internet	26,3 %	25,7 %
Podpůrná skupina	7,9 %	11,5 %
Odborná literatura	2,6 %	2,9 %

V tabulce 21 je zobrazené procentuální zastoupení odpovědí pacientů o získávání informací o stravování. Nejčastějším zdrojem informací o stravování byl u obou skupin nutriční terapeut (ulcerózní kolitida 44,7 %, Crohnova choroba 48,6 %), následovaný internetem (26,3 % a 25,7 %). Gastroenterolog a praktický lékař byli uváděni méně často, zejména u Crohnovy choroby. Podpůrné skupiny byly častěji využívány pacienty s Crohnovou chorobou (11,5 % vs. 7,9 %). Odbornou literaturu uvádělo minimum pacientů v obou skupinách.



Obrázek 21 Dodržované diety pacientů s ulcerózní kolitidou

Na obrázku 21 jsou graficky znázorněny diety, které dodržují dotazovaní pacienti s ulcerózní kolitidou. Nejčastější dodržovanou dietou u těchto pacientů je FODMAP dieta, která je zastoupená u 34,2 % pacientů. Nejméně častou dietou dodržovanou pacienty s ulcerózní kolitidou je dieta vegetariánská, kterou dodržuje 2,6 % dotazovaných pacientů.

Tabulka 22 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 1

Otázka	Ano	Občas	Ne
Snídáte ráno?	50 %	18,4 %	31,6 %
Zažíváte v průběhu dne pocity hladu?	42,1 %	18,4 %	39,5 %
Jíte maso?	89,5 %	7,9 %	2,6 %
Jíte zeleninu?	100 %	0	0
Jíte ovoce?	100 %	0	0
Jíte mléčné výrobky?	73,7 %	18,4 %	7,9 %
Jíte sladkosti?	78,9 %	21,1 %	0

Jak uvádí předchozí tabulka 22, polovina pacientů (50 %) pravidelně snídá každé ráno, zatímco 18,4 % snídá pouze občas a 31,6 % snídání zcela vynechává. Pokud jde o pocity hladu během dne, 42,1 % pacientů uvádí, že hlad pociťují, zatímco 18,4 % pouze občas a 39,5 % tento pocit nemá. V otázce konzumace základních potravinových skupin bylo zjištěno, že maso jí 89,5 % pacientů, zatímco 7,9 % jej konzumuje pouze občas a 2,6 % maso nejí vůbec. Zelenina i ovoce jsou součástí stravy všech pacientů (100 %). Mléčné výrobky jsou konzumovány 73,7 % pacientů, zatímco 18,4 % je zařazuje do jídelníčku pouze občas a 7,9 % se jim vyhýbá. Co se týče sladkostí, jejich konzumaci přiznává 78,9 % pacientů, zatímco 21,1 % je konzumuje pouze občas.

Tabulka 23 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 2

	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
Sladkosti? (bonbóny, zákusky,...)	0	2,6 %	39,5 %	31,6 %	26,3 %
Slané? (brambůrky, křupky,...)	0	0	2,6 %	57,9 %	39,5 %
Ovoce?	7,9 %	89,5 %	2,6 %	0	0
Zeleninu?	7,9 %	89,5 %	2,6 %	0	0
Kávu?	7,9 %	89,5 %	0	0	2,6 %
Alkohol?	0	0	2,6 %	89,5 %	7,9 %

Jak ukazuje tabulka 23, frekvence konzumace konkrétních potravin se mezi pacienty s ulcerózní kolitidou liší. Sladkosti, jako jsou bonbóny a zákusky, jí 39,5 % pacientů několikrát týdně, zatímco 31,6 % je jí méně často a 26,3 % je zcela nekonzumuje. Konzumace slaných pochutin (například brambůrky, křupky) je minimální, pouze 2,6 % pacientů je konzumuje několikrát týdně, přičemž 57,9 % je jí méně často a 39,5 % je zcela vynechává. Naopak čerstvé ovoce a zelenina jsou pravidelnou součástí jídelníčku u 89,5 % pacientů, kteří je konzumují každý den, přičemž 7,9 % je jí dokonce několikrát denně. Pouze 2,6 % pacientů je jí méně často.

Káva je pravidelně konzumována 89,5 % pacientů jednou denně, zatímco 7,9 % ji pije několikrát denně. Pouze 2,6 % pacientů kávu vůbec nepije.

Alkohol konzumuje pouze 2,6 % pacientů několikrát týdně, přičemž 89,5 % jej pije výjimečně a 7,9 % jej vůbec nepožívá.

Tabulka 24 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 3

	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
Bílé pečivo	0	89,5 %	7,9 %	2,6 %	0
Celozrnné pečivo	0	0	29 %	0	71 %
Trvanlivé pečivo	0	0	89,5 %	0	10,5 %
Sladké pečivo	0	2,6 %	89,5 %	7,9 %	0
Bezlepkové pečivo	0	34,2 %	10,5 %	55,3 %	0

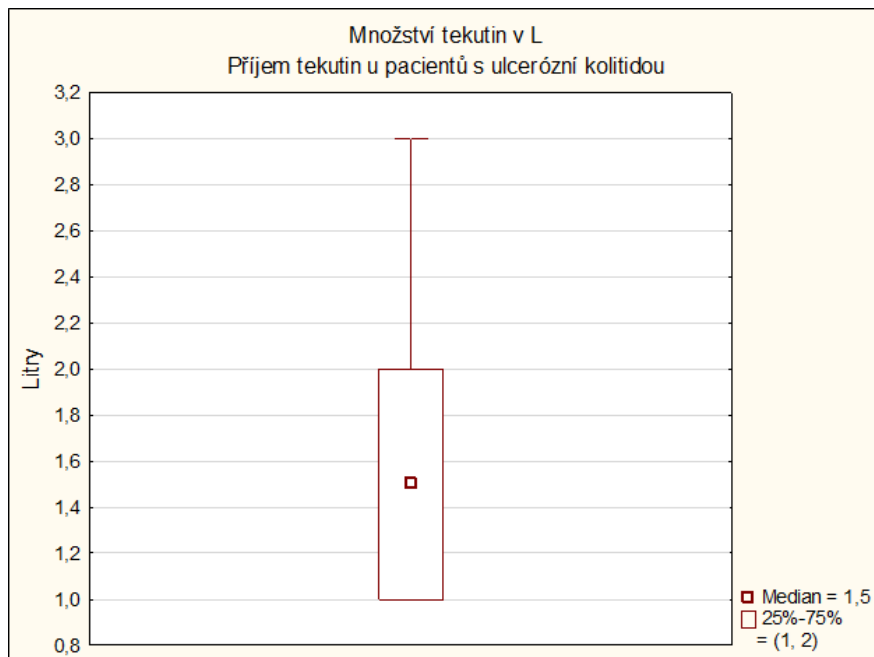
V tabulce 24 je zaznamenána konzumace pečiva u pacientů s ulcerózní kolitidou. Tito pacienti konzumují pečivo ve zmenšené míře, přičemž preference se liší podle typu. Bílé pečivo jí 89,5 % pacientů alespoň jednou denně. Celozrnné pečivo je méně oblíbené, pouze 29 % jej zařazuje do stravy několikrát týdně, zatímco 71 % jej nekonzumuje vůbec. Trvanlivé pečivo je konzumováno u 89,5 % pacientů s ulcerózní kolitidou několikrát týdně, u 10,5 % vůbec. Sladké pečivo konzumuje 89,5 % několikrát týdně a pouze 7,9 % jej omezuje. Bezlepkové pečivo konzumuje jednou denně 34,2 % pacientů alespoň jednou denně, 55,3 % méně často a 10,5 % několikrát týdně.

Tabulka 25 Stravovací návyky pacientů s ulcerózní kolitidou část 4

Jak velkou část Vašeho jídelníčku tvoří	90 % víc	75%	50%	25%	Méně než 25%
Maso a masné výrobky?	0	0	42,1 %	55,3 %	2,6 %
Mléko a mléčné výrobky?	0	42,1 %	5,4 %	44,6 %	7,9 %
Zelenina, ovoce a neживočišné výrobky?	0	7,9 %	34,2 %	18,4 %	39,5 %

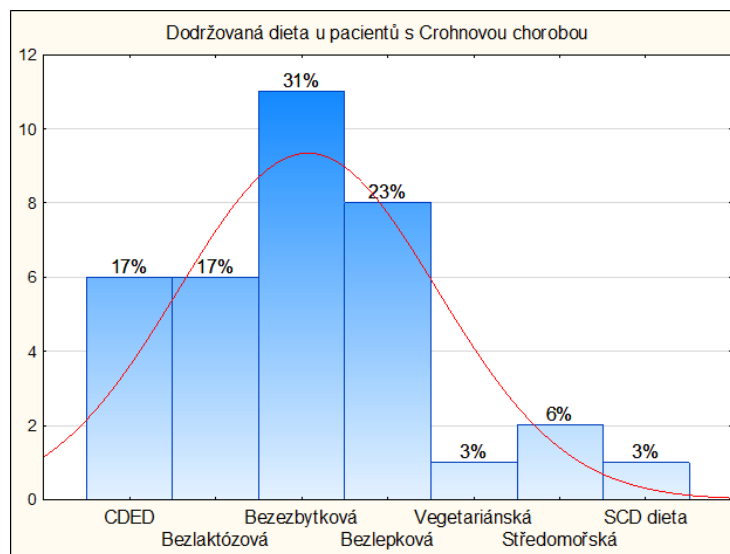
Tabulka 25 ukazuje zastoupení jednotlivých složek potravy v jídelníčku pacientů s ulcerózní kolitidou. Maso tvoří až 50 % jídelníčku u 42,1 % pacientů, 25 % jídelníčku tvoří maso u 55,3 %

pacientů a méně než 25 % uvádí 2,6 % pacientů. Mléčné výrobky mají v jejich stravě větší zastoupení, přičemž 42,1 % pacientů uvádí podíl 75 % a 44,6 % podíl 25 % z celkového jídelníčku. Zelenina a neživočišné výrobky jsou často méně zastoupeny – 39,5 % pacientů je konzumuje v menším množství (méně než 25 %). 34,2 % pacientů uvádí až 50% zastoupení zeleniny v jídelníčku. U 7,9 % pacientů má zelenina 75% zastoupení.



Obrázek 22 Příjem tekutin u pacientů s ulcerózní kolitidou

Jak je zobrazeno na obrázku 22, průměrné množství přijatých tekutin u pacientů s ulcerózní kolitidou je 1,5 litru. Do tohoto množství jsou započítané nealkoholické nápoje a nápoje bez obsahu kofeinu.



Obrázek 23 Dodržované diety pacientů s Crohnovou chorobou

Jak bylo znázorněno na obrázku 23 nejčastěji volenou dietou u pacientů s Crohnovou chorobou je bezzezbytková strava, kterou uvádí 31 % pacientů. Bezlepkovou dietu dodržuje 23 % pacientů, čímž se řadí na druhé místo mezi nejčastějšími dietními režimy. CDED dieta (Crohn's Disease Exclusion Diet) a bezlaktózová dieta jsou stejně rozšířené, každou z nich dodržuje 17 % pacientů. Středomořská dieta je méně zastoupená, přičemž ji preferuje pouze 6 % pacientů. Nejmenší podíl mají vegetariánská a SCD dieta (Specific Carbohydrate Diet), které dodržují shodně pouze 3 % pacientů.

Tabulka 26 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 1

Otázka	Ano	Občas	Ne
Snídáte ráno?	54,3 %	14,3 %	31,4 %
Zažíváte v průběhu dne pocity hladu?	42,9 %	22,8 %	34,3 %
Jíte maso?	97,1 %	0	2,9 %
Jíte zeleninu?	100 %	0	0
Jíte ovoce?	100 %	0	0
Jíte mléčné výrobky?	68,6 %	14,3 %	17,1 %
Jíte sladkosti?	94,3 %	0	5,7 %

Jak ukazuje předchozí tabulka 26, více než polovina pacientů (54,3 %) snídá pravidelně každé ráno, zatímco 14,3 % snídá pouze občas a 31,4 % snídání zcela vynechává. Pocity hladu během dne zažívá 42,9 % pacientů, 22,8 % občas, zatímco 34,3 % tento problém neuvádí.

Většina pacientů konzumuje maso (97,1 %) a všichni zařazují do své stravy ovoce a zeleninu (100 %), což naznačuje, že si uvědomují jejich zdravotní přínosy. Mléčné výrobky jí 68,6 % pacientů, zatímco 14,3 % je zařazuje jen občas a 17,1 % se jim zcela vyhýbá. Sladkosti konzumuje 94,3 % pacientů, přičemž 5,7 % je ve své stravě vůbec nemá.

Tabulka 27 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 2

	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
Sladkosti? (bonbóny, zákusky,...)	0	31,4 %	40,2 %	22,8 %	5,7 %
Slané? (brambůrky, křupky,..)	0	0	0	94,3 %	5,7 %
Ovoce?	0	100 %	0	0	0
Zeleninu?	42,9 %	34,3 %	22,8 %	0	0
Kávu?	11,4 %	68,6 %	0	14,3 %	5,7 %
Alkohol?	0	0	0	94,3 %	5,7 %

Jak znázorňuje tabulka 27, frekvence konzumace vybraných potravin se mezi pacienty s Crohnovou chorobou výrazně liší. Sladkosti (bonbóny, zákusky) jí jednou denně 31,4 % pacientů, 42,9 % několikrát týdně, ale 22,8 % pouze výjimečně a 2,9 % je nekonzumuje vůbec. Spotřeba slaných pochutin je minimální – 94,3 % pacientů je jí pouze výjimečně a 5,7 % se jim vyhýbá zcela. Čerstvé ovoce je pravidelně zařazováno do stravy všech pacientů (100 %) alespoň jednou denně, podobně jako zelenina, kterou 42,9 % pacientů konzumuje několikrát denně, 34,3 % jednou denně a 22,8 % několikrát týdně.

Mezi nápoji je káva oblíbená, pravidelně ji pije pacientů 11,4 % několikrát denně a 68,6 % jednou denně. Alkohol však nekonzumuje 94,3 % pacientů vůbec nebo jen výjimečně.

Tabulka 28 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 3

	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
Bílé pečivo	2,9 %	42,9 %	31,4 %	0	22,8 %
Celozrnné pečivo	0	0	5,7 %	68,6 %	25,7 %
Trvanlivé pečivo	5,7 %	68,6 %	0	5,7 %	20 %
Sladké pečivo	0	0	31,4 %	68,6 %	0
Bezlepkové pečivo	0	22,8 %	54,2 %	0	23 %

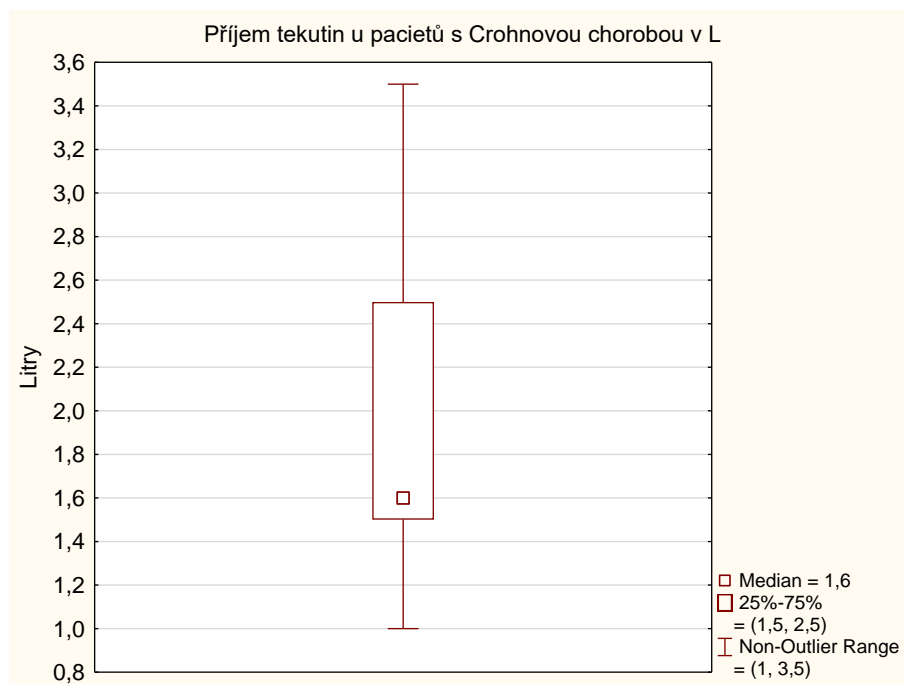
Tabulka 28 zobrazuje konzumaci pečiva u pacientů s Crohnovou chorobou. Bílé pečivo konzumuje 42,9 % pacientů denně a 31,4 % několikrát týdně, zatímco 22,8 % jej zcela vyřadilo. Celozrnné pečivo je omezené, pouze 5,7 % jej jí několikrát týdně, zatímco 68,6 % pouze výjimečně a 25,7 % jej nekonzumuje vůbec. Trvanlivé pečivo je běžnou součástí stravy. 68,6 % pacientů jej konzumuje denně, ale 20 % jej úplně vyřazuje. Naopak sladké pečivo je konzumováno méně často – 31,4 % pacientů jej jí několikrát týdně, ale 68,6 % pouze výjimečně. Bezlepkové pečivo jí několikrát týdně 54,2 % pacientů s Crohnovou chorobou. Jednou denně ho jí 22,3 % pacientů

Tabulka 29 Stravovací návyky pacientů s Crohnovou chorobou část 4

Jak velkou část Vašeho jídelníčku tvoří	90% a více	75%	50%	25%	Méně než 25%
Maso a masné výrobky?	0	0	20 %	74,3 %	5,7 %
Mléko a mléčné výrobky?	0	0	31,4 %	42,9 %	25,7 %
Zelenina ovoce a neživočišné výrobky?	0	2,9 %	34,6 %	42,9 %	19,6 %

Tabulka 29 ukazuje zastoupení jednotlivých složek potravy v jídelníčku pacientů s Crohnovou chorobou. Maso tvoří až 50 % jídelníčku u 20 % pacientů, 25 % jídelníčku tvoří maso u 74,3 % pacientů a méně než 25 % uvádí 5,7 % pacientů. Mléčné výrobky mají v jejich stravě větší zastoupení, přičemž 31,4 % pacientů uvádí podíl 50 % a 42,9 % podíl 25 % z celkového jídelníčku.

Zelenina, ovoce a neživočišné výrobky tvoří u 34,6 % pacientů 50 % z jídelníčku. 42,9 % pacientů uvádí až 25% zastoupení zeleniny a ovoce v jídelníčku. U 2,9 % pacientů má zelenina a ovoce 75% zastoupení v jejich jídelníčku



Obrázek 24 Přijem tekutin u pacientů s Crohnovou chorobou

Na obrázku 24 je graficky znázorněno množství tekutin přijímaných za den. Průměrné množství tekutin za den je u pacientů s Crohnovou chorobou 1,6 litru, v tomto množství jsou zahrnuty nealkoholické nápoje a nápoje bez obsahu kofeinu.

Tabulka 30 Potraviny přinášející úlevu pacientům s IBD

Potravina	% zastoupení	Potravina	% zastoupení
Mrkev	95,7	Vejece	34,6
Rýže	98,7	Tepelně zpracované ovoce a zelenina	55
Toustový chléb	71,6	Pohanka	17,8
Vývar	95,7	Mořské plody	17,8
Heřmánek	45,7	Ovesné vločky	26,7
Nutridrinky	45,7	Okurky salátové	45,7
Šunka (vysoko%)	52	Jogurty s kulturou	26,3
Avokádo	17,8	Kukuřičný chléb	34,6
Potraviny bez lepku a laktózy	58	Tvaroh	47,9
Jogurt s probiotiky	26,3	Pečivo bez semínek	13,7
Jablko oloupané	52	Hruška	26,3
Potraviny bez cukru	13,7	Polévky	97,3
Kefír	5,2	Rajská polévka	13,7
Banán	68,8	Ovocné pyré	52
Borůvky	23,3	Těstoviny	47,9
Piškoty	54,3	Kuřecí maso	52
Žlutý meloun	27,4	Broskev	27
Olivový olej	47,9	Tofu	54,7
Ryby	52	Dýně	44,6
Kokosový olej	27,4	Cuketa	52

V tabulce 30 jsou uvedeny potraviny přinášející úlevu pacientům s IBD a jejich % výskyt ve vybraných dotaznících.

Tabulka 31 Potraviny zhoršující příznaky pacientům s IBD

Potravina	% zastoupení	Potravina	% zastoupení
Zelí	86,3	Mák	54,8
Kapusta	100	Kari	38,4
Alkohol	60,3	Ořechy	24,7
Semínka	53,4	Špenát	19,2
Česnek	37,4	Uzené maso	21,9
Koření	68,5	Tučné maso	35,6
Uzeniny	41,1	Smetana	32,8
Smažené jídlo	80,8	Ovoce se slupkou	52
Průmyslově zpracované potraviny	35,6	Pikantní jídla	41,1
Luštěniny	97,3	Káva	63
Zázvor	41,1	Houby	32,9
Paprika	53,4	Rajčata	63,1
Potraviny obsahující lepek	35,6	Chilli	76,7
Potraviny obsahující laktózu	31,5	Topinky	49,3
Fast food	36,4	Cibule	27,4
Slazené limonády	86,3	Brokolice	54,8

V tabulce 31 jsou uvedeny potraviny zhoršující příznaky onemocnění pacientů s IBD a jejich % výskyt ve vybraných dotaznících.

Tabulka 32 Zařazované druhy zeleniny a ovoce do jídelníčku pacientů s IBD

Druhy zařazované zeleniny	% zastoupení	Druhy zařazovaného ovoce	% zastoupení
Avokádo	52	Jablka	60,3
Kořenová zelenina	84,9	Banán	86,3
Salátová okurka	56,2	Hruška	54,7
Ledový salát	49,3	Borůvky	39,7
Cuketa	31,5	Papája	21,9
Dýně	35,6	Mango	37
Brambory, batáty	80,8	Broskev	68,5
Řepa	24,9	Meruňky	20,5
Vařený špenát	20,5	Meloun	94,5

V tabulce 32 je % zastoupení nejčastěji zodpovězených druhů zeleniny a ovoce u pacientů s IBD. Pacienti také uvedli, že preferují jak ovoce a zeleninu v syrové formě tak i ve formě vařené.

Tabulka 33 Užívání sippingu k dietě za den

Počet sippingů	Pacienti s ulcerózní kolitidou	Pacienti s Crohnovou chorobou
0	31,6 %	45,7 %
1	52,6 %	45,7 %
2	15,8 %	0
3	0	8,6 %

Z tabulky 33 je patrné, že pacienti s ulcerózní kolitidou užívají v 52,6 % alespoň jeden sipping denně ke své dietě. 31,6 % pacientů sipping neužívá vůbec. U pacientů s Crohnovou chorobou je potřeba 1 sippingu ve 45,7 %. Stejný počet pacientů sippingy neužívá. 8,6 % pacientů s Crohnovou chorobou užívá až 3 sippingy denně.

7 Diskuze

Nespecifické střevní záněty (IBD), mezi které se řadí Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, představují chronická onemocnění trávicího traktu s významným dopadem na fyzické i psychické zdraví pacientů včetně jejich sociálního a pracovního života.

Tato diplomová práce na téma kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty a jejich stravovací návyky byla zaměřena na hodnocení kvality života pacientů s IBD pomocí kvantitativního dotazníkového šetření za použití standardizovaného dotazníku SIBDQ. Stravovací návyky byly zmapovány pomocí dotazníku vlastní tvorby.

Diskuze je rozdělena na dvě části. První část se zaměřuje na analýzu výsledků kvantitativního výzkumu dotazníku SIBDQ. Druhá část je věnována stravovacím návykům. V úvodu první části je prezentována charakteristika vzorku pacientů.

7.1 Diskuze k výsledkům dotazníku SIBDQ

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 73 pacientů, z toho 38 (52 %) mužů a 35 (48 %) žen. S ulcerózní kolitidou bylo 19 mužů (50 %) a 19 žen (54,3 %). Z pacientů s Crohnovou chorobou se dotazníkového šetření zúčastnilo 19 mužů (50 %) a 16 žen (45,7 %). Ochtinská (2021) ve své disertační práci zaměřené na sledování kvality života pacientů s Crohnovou chorobou tvrdí, že nejčastější sledovanou skupinou jsou v gastroenterologických poradnách a ambulancích právě pacienti ve věku mezi 30 až 40 let. Rovněž Sayegh et al. (2024) ve své studii uvádí průměrný věk pacientů s IBD 40 ± 14 let. Toto tvrzení je možné srovnat i s výsledky mého výzkumu, kdy průměrný věk u mužů byl 38,9 let a u žen 39,7 let. Průměrný věk u obou pohlaví byl 39 let. Průměrná délka trvání nemoci činila 13,3 let.

Ochtinská a kol. (2018) v přehledovém článku uvádí, že kvalitu života významně zhoršuje aktivní fáze onemocnění, užívání opioidních analgetik a také nepříznivé sociální faktory, jako je nezaměstnanost.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že pacienti s IBD častěji pracují na nižší úvazek (31,5 %) nebo mění zaměstnání (23,3 %). Ve stejném zaměstnání zůstává 17,8 % pacientů. Což potvrzuje i disertační práce Ochtinské (2021), kdy ve stejném zaměstnání zůstává 46,3 % pacientů a 11,6 % pacientů muselo úvazek z důvodu onemocnění snížit. Podle italské studie Leso et al. (2024), která byla zaměřená na zkoumání vlivu zánětlivých střevních onemocnění na kvalitu života a pracovní

funkčnost pacientů až 80 % pacientů s IBD pracuje na plný úvazek, 20 % na nižší úvazek. Roseira et al. (2021) ve své studii popisuje až 76,09 % zaměstnaných pacientů s IBD.

Podíl pacientů na mateřské dovolené je u obou dotazovaných skupin stejný, zatímco invalidní důchod je mírně častější u pacientů s Crohnovou chorobou. Nejmenší podíl v obou skupinách tvoří studenti.

Na základě těchto zjištění lze navrhnout možnosti podpory pacientů s IBD v pracovním prostředí. Tyto možnosti zahrnují například flexibilní pracovní dobu, nebo možnost práce z domova. Osvětu mezi zaměstnavateli o potřebách lidí s chronickými nemocemi.

Pacienti s IBD nejčastěji získávají informace o onemocnění z internetu. Jak vyplývá z provedeného výzkumu (28 pacientů, 38,3 %), což potvrzuje význam digitálních zdrojů. Fortinsky et al. (2012) ve své studii uvádí, že až 75 % pacientů aktivně vyhledává informace ohledně svého onemocnění na internetu. Až 84 % pacientů by ocenilo, kdyby jim lékaři doporučovali kvalitní a důvěryhodné webové stránky. Dle Cima et al. (2007) až 54 % pacientů s IBD využívá internet k vyhledání informací o svém onemocnění. Gastroenterologové jsou druhým nejčastějším zdrojem (25 pacientů, 34,2 %). Dle Cima et al. (2007) až 59 % pacientů získává informace o IBD od svého gastroenterologa. Následování praktickými lékaři (18 pacientů, 24,7 %). Odbornou literaturu využívají pouze 2 pacienti (2,7 %). Na rozdíl od Cima et al. (2007) využívá odbornou literaturu a brožury 50 % pacientů.

Ochtinská a kol. (2020) ve svém výzkum uvádí, že nemocní v relapsu vnímají kvalitu života výrazně negativněji než ti v remisi a běžná populace. A i přesto, že se pacienti v remisi cítí lépe, zůstávají určité oblasti (zejména fyzické zdraví a spokojenost se zdravím), kde je jejich kvalita života stále nižší než u zdravé populace. To potvrzuje význam dlouhodobého sledování kvality života i v klidových fázích nemoci.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů s IBD v severních Čechách pomocí standardizovaného nástroje SIBDQ, a to v jednotlivých doménách i v celkovém hodnocení.

První testovanou doménou byla systémová doména. Do této domény jsou zahrnuty otázky týkající se únavy a udržení tělesné hmotnosti. Při porovnání pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou se ukazuje, že pacienti s ulcerózní kolitidou mají vyrovnanější výsledky než pacienti s Crohnovou chorobou. I přesto je průměrné skóre v této doméně u obou skupin pacientů poměrně

vyrovnané. U celkové skupiny pacientů bylo průměrné naměřené skóre $10,65 \pm 2,4$. U pacientů s ulcerózní kolitidou bylo průměrné skóre $10,7 \pm 2,35$ bodů. U pacientů s Crohnovou chorobou $10,6 \pm 2,59$. Dle tohoto skóre lze usuzovat, že pacienti pravděpodobně potřebují více odpočinku, ale zvládají každodenní život. Ve studii Roseira et al. (2021) bylo průměrné skóre v systémové doméně u pacientů s IBD $9,16 \pm 2,72$ bodů. Jak uvádí Steiner, Bokemeyer & Stargardt (2024) systémová doména byla nižší u pacientů s Crohnovou chorobou, což potvrzuje, že systémová zánětlivá aktivita hraje důležitou roli v celkové kvalitě života těchto pacientů. Autoři Steiner, Bokemeyer & Stargardt (2024) zjistili, že průměrné skóre právě v systémové doméně u pacientů s IBD se pohybuje okolo $9,16 \pm 2,9$ bodů. U pacientů s ulcerózní kolitidou je to $9,44 \pm 2,9$ bodů a u pacientů s Crohnovou chorobou je toto skóre $8,96 \pm 2,86$ bodů. Christiansen et al. (2019) ve své studii provedené v Dánsku, která čítala 185 pacientů s IBD, uvádějí průměrné skóre u pacientů s ulcerózní kolitidou v systémové doméně $10,9 \pm 2,7$ bodů. U pacientů s Crohnovou chorobou o něco nižší průměrné skóre $9,8 \pm 3,2$ bodů.

Ve střevní doméně jsou zahrnuty otázky týkající se bolesti břicha, častého uvolňování plynů a pocitu nutkání jít na toaletu. V této doméně je maximální možné získatelné skóre 21 bodů. Průměrné skóre dotazovaných pacientů s ulcerózní kolitidou bylo $14,13 \pm 3,18$ bodů. U pacientů s Crohnovou chorobou $15,26 \pm 3,53$ bodů. Kakodkar et al. (2015) ve svém výzkumu uvádějí průměrné skóre ve střevní doméně $18,9 \pm 2,4$ bodů. Takto vysoké skóre naznačuje pouze mírné problémy střevní jako mírné bolesti břicha, plynatost i méně časté nucení na toaletu. Vzhledem k tomu, že Kakodkar et al. (2015) uvádí, že provedli výzkum pouze u pacientů v remisi, jsou další výzkumu nutné. Steiner Bokemeyer & Stargardt (2024) uvádějí průměrné skóre u pacientů s ulcerózní kolitidou $15,54 \pm 4,17$ bodů, u pacientů s Crohnovou chorobou $15,57 \pm 3,78$ bodů. Ve střevní doméně uvádí Christiansen et al. (2019) průměrné skóre u pacientů s ulcerózní kolitidou $16,8 \pm 3,7$ bodů. U pacientů s Crohnovou chorobou $16,6 \pm 4,0$ bodů. Podle studie zaměřené na zkoumání vztahů mezi kognitivními funkcemi, psychickými poruchami, copingovými strategiemi a kvalitou života (QoL) u pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD) provedené autory Almarzouki et al. (2024) měly symptomy nemoci zásadní vliv na kvalitu života v této doméně, především u pacientů s IBD v období remise nebo zvýšenou úzkostí.

V emoční doméně dotazníku SIBDQ jsou zahrnuty 3 otázky týkající se pocitu deprese a sklíčenosti, pocitu uvolnění a pocitu rozzlobenosti. Z provedeného výzkumu dotazovaní pacienti s IBD dosahují v této doméně poměrně vysokého skóre. U pacientů s ulcerózní kolitidou je to $19,08 \pm$

1,12 bodů a u pacientů s Crohnovou chorobou $19,26 \pm 1,31$ bodů. Pacienti tak vykazují minimální emoční zátěž spojenou s IBD. Získaná data naznačují, že se cítí emočně vyrovnaní, což podporuje celkovou kvalitu života. Naopak ze studie Steiner Bokemeyer & Stargardt (2024) vyplývá, že v emoční doméně bylo skóre nejnižší, což ukazuje, že psychická pohoda je výrazně ovlivněna onemocněním. Průměrné skóre v této doméně bylo dle jejich studie u pacientů s ulcerózní kolitidou $14,67 \pm 4,11$ bodů. U pacientů s Crohnovou chorobou bylo průměrné získané skóre $14,1 \pm 4,26$ bodů. Taylor et al. (2023) ve své studii, které se zúčastnilo 502 pacientů a byla zaměřená na emocionální a sociální dopad onemocnění na život pacientů s IBD, tvrdí, že více než 70 % pacientů zažívá depresi, úzkost nebo stud kvůli své nemoci. Přibližně 50 % pacientů má nízké sebevědomí pouze 25 % pacientů vnímalo nemoc jako zdroj odhodlání a síly. Roseira et al. (2021) uvádí u IBD pacientů v remisi průměrné skóre v emoční doméně $16,8 \pm 3,3$. U pacientů s aktivním onemocněním $10,5 \pm 4,8$. Pacienti s aktivním onemocněním tedy vykazovali více stresu a vyšší míru úzkosti, což vede k výrazně nižšímu hodnocení v této oblasti. Straume et al. (2024) ve svém výzkumu zdůrazňují potřebu zaměřit se na psychickou podporu pacientů s IBD, zejména v obdobích zvýšeného stresu, jako byla pandemie COVID -19.

V sociální doméně, zahrnující 2 otázky týkající se účasti na společenských akcích a sportovních aktivitách, dosahují dotazovaní pacienti s ulcerózní kolitidou průměrně $11,74 \pm 2,37$ bodů, pacienti s Crohnovou chorobou $11,66 \pm 1,91$ bodů z maximálního možného skóre 14 bodů v této doméně. Což znamená, že dotazovaní pacienti mají mírná až střední omezení v sociálních aktivitách. Výsledek také naznačuje, že onemocnění má určitý vliv na jejich onemocnění, ale nevede k úplné sociální izolaci. Taylor et al. (2023) zjistili, že až 77 % pacientů s Crohnovou chorobou a 71 % pacientů s ulcerózní kolitidou pociťuje omezení v sociálních aktivitách, včetně účasti na společenských akcích. Studie také uvádí, že 69 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 66 % pacientů s Crohnovou chorobou omezuje cestování, přičemž hlavními důvody jsou obavy ze vzplanutí nemoci a častější potřeba návštěvy toalety. Roseira et al. (2021) uvádí v sociální doméně u IBD pacientů v remisi průměrné skóre $10,8 \pm 2,4$. u pacientů s aktivním onemocněním $7,6 \pm 3$ body. Pacienti z jejich studie tedy měli omezené sociální aktivity. Steiner Bokemeyer & Stargardt (2024) uvádějí průměrné skóre u pacientů s ulcerózní kolitidou $11,18 \pm 3,3$ bodů a u pacientů s Crohnovou chorobou $11,08 \pm 3,16$ bodů. Také uvádějí, že sociální doména dosahovala nejvyšších hodnot, což naznačuje, že dopad na společenský život pacientů s IBD není tak výrazný jako jiné aspekty.

Z maximálního možného skóre 70 bodů v celkovém hodnocení dotazníku SIBDQ dosahují dotazovaní pacienti s ulcerózní kolitidou průměrně $55,11 \pm 6,69$ bodů. Pacienti s Crohnovou chorobou průměrně $57,43 \pm 4,27$ bodů. Maximálního možného skóre nedosáhl ani jeden z dotazovaných pacientů, přesto 23,7 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 25,7 % pacientů s Crohnovou chorobou dosahují hodnot v rozmezí od 61-70 bodů, což naznačuje výbornou kvalitu života. Žádný z pacientů nedosáhl ani minimálního možného skóre, přesto střední omezení kvality života bylo zaznamenáno u 10,5 % dotazovaných pacientů s ulcerózní kolitidou a u 14,3 % pacientů s Crohnovou chorobou. Dobrou kvalitu života uvedlo 63,2 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 60 % s Crohnovou chorobou. Střední nebo výrazné omezení kvality života bylo o něco častější u pacientů s Crohnovou chorobou, přičemž velmi špatná kvalita života nebyla zaznamenána u žádné skupiny. Výrazné omezení kvality života bylo zjištěno pouze u 2,6 % pacientů s Crohnovou chorobou. Wasserbauer (2024) ve své disertační práci uvádí průměrné skóre 54,1 bodů u pacientů s Crohnovou chorobou, což značí dobrou kvalitu života. Francouzská průřezová studie Williet et al. (2017) uvádí průměrné skóre SIBDQ u dotazovaných pacientů 44 bodů. U 53,3 % pacientů bylo průměrné skóre <45 bodů, což naznačuje špatnou kvalitu života. U 46,7 % pacientů bylo průměrné skóre mezi 45-60, odpovídající normální až dobré kvalitě života. Žádný pacient ze studie Williet et al. (2017) nedosáhl skóre > 61 , což znamená, že neudával výbornou kvalitu života. Oliveira et al. (2024) ve své studii zaměřené na kvalitu života související se stravováním u pacientů s IBD uvádí průměrné skóre získané dotazníkem SIBDQ 54,47 bodů u pacientů s IBD. K podobným výsledkům došli i autoři Roseira et al. (2021). Dle jejich studie provedené v Portugalsku u 92 s IBD je průměrné celkové skóre $52,8 \pm 9,45$ bodů. Ve výzkumu Almarzouki et al. (2024) provedeném v Saúdské Arábii, bylo zjištěno celkové skóre podle dotazníku SIBDQ u pacientů s IBD $51,5 \pm 10$. Sun et al. (2021) ve své studii zaměřené na validaci dotazníku SIBDQ v čínském jazyce a na hodnocení jeho měřící invariance mezi pohlavími uvádí průměrné $46,96 \pm 12,52$ bodů. Dále uvádí, že ženy s IBD dosahují vyššího průměrného skóre než muži s IBD. U žen je to v celkovém skóre $49,39 \pm 12,07$ bodů. U mužů $45,46 \pm 12,59$ bodů. V porovnání u dotazovaných pacientů v této diplomové práci je hodnota v celkovém hodnocení u žen s IBD podobná hodnotám u mužů. U žen 56,15 bodů a u mužů 56,4 bodů. Steiner Bokemeyer & Stargardt (2024) tvrdí, že celkové skóre dotazníku SIBDQ bylo mírně vyšší u pacientů s ulcerózní kolitidou, což naznačuje, že pacienti s ulcerózní kolitidou mají mírně lepší kvalitu života než pacienti s Crohnovou chorobou. Ve studii Witges et al. (2022) průměrné skóre SIBDQ bylo u

pacientů se vzplanutím onemocnění nižší ($43,9 \pm 11,1$) než u kontrol ($58,3 \pm 8,5$), což naznačuje horší kvalitu života v období aktivní nemoci. V celkovém skóre dosahují pacienti s ulcerózní kolitidou ve studii Steiner Bokemeyer & Stargardt (2024) $50,8 \pm 12,4$ bodů. Oproti tomu pacienti s Crohnovou chorobou $49,7 \pm 11,8$ bodů. Christiansen et al. (2019) uvádí ve své studii průměrné celkové skóre u pacientů s ulcerózní kolitidou $57,9 \pm 10,3$ a u pacientů s Crohnovou chorobou $55,6 \pm 11,9$ bodů. Ačkoli 80 % pacientů vykazovalo „dobrou“ kvalitu života (hodnota získaných bodů SIBDQ ≥ 50 bodů), stále čelili sociálním a pracovním problémům, což naznačuje, že dotazník SIBDQ nemusí být dostatečný pro plné zhodnocení dopadu IBD na život pacienta. Proto je potřeba dalších výzkumu v této oblasti.

7.2 Diskuze ke stravovacím návykům pacientů s IBD

Strava hraje významnou roli v životě každého jedince. U pacientů s nespecifickými střevními záněty je její důležitost ještě významnější, jelikož strava u nich ovlivňuje průběh onemocnění. Správné dietní nastavení může pomoci příznaky zmírnit a tím i zlepšit kvalitu života. Důležitá je ovšem spolupráce. Kakodkar et al. (2015) uvádí ve svém výzkumu průměrnou míru dodržování diety SCD až 95 % u pacientů s IBD. Z provedeného výzkumu vyplývá, že dotazovaní pacienti s ulcerózní kolitidou pravidelně dodržují předepsanou dietu z 34,2 % a pacienti s Crohnovou chorobou dodržují svou dietu z 37,1 %. 10,5 % pacientů s ulcerózní kolitidou předepsanou dietu nedodržuje stejně jako 8,5 % pacientů s Crohnovou chorobou. Zbytek pacientů z toho výzkumu uvádí občasné porušení diety.

Andersen et al. (2025) tvrdí, že neexistuje jednotná IBD dieta, která by fungovala u každého. Stravovací návyky se proto liší nejen podle fáze, ale i podle typu onemocnění, individuální tolerance nebo poruchy vstřebávání živin. Přísná dietní omezení mohou vést až k malnutrici. Dle studie De Vries et al. (2019) zabývající se stravovacími návyky, postoji a znalostmi pacientů s IBD, se ukazuje, že většina pacientů považuje stravu za důležitý nástroj v boji s příznaky onemocnění, často dokonce důležitější než samotnou medikaci.

Prvním dílčím cílem této diplomové práce bylo zmapování stravovacích návyků zjištěných u dotazovaných pacientů. Tomuto cíli je věnovaná tato část diskuze.

Nejčastěji pacienti s IBD získávají informace o správném stravování od nutriční terapeutky, a to ve 44,7 % případů pacientů s ulcerózní kolitidou a u 48,6 % pacientů s Crohnovou chorobou. Internet jako zdroj informací o vhodném stravování používá 26,3 % dotazovaných pacientů

s ulcerózní kolitidou a 25,7 % pacientů s Crohnovou chorobou. Pacienti se tak velmi často řídí neověřenými radami, což může negativně ovlivnit jejich zdraví. (2019) ve své diplomové práci uvádí, že 40 % pacientů si informace o vhodném stravování vyhledává na internetu a pouze 10 % pacientů se řídí radami od nutriční terapeutky. Gu a Feagins (2020) ve své publikaci uvádí, že pacienti nejčastěji vyhledávají informace o vhodném stravování na internetu, ale často nedokáží rozlišit validní informace. Dle Verdina et al. (2023) je toto velkým problémem, protože pokud pacienti hledají informace na internetu a experimentují bez odborného dohledu, může vést k nutričním deficitům. Jejich výzkum také zdůrazňuje potřebu lepší komunikace mezi lékaři a pacienty a zavedení systematického dietního poradenství jako součást léčby. Verdina et al. (2023) také tvrdí, že pokud se podaří integrovat výživová doporučení do léčebného procesu, může to vést k lepší kvalitě života pacientů, efektivnější léčbě a snížení zdravotních komplikací souvisejících s nevhodnou stravou. Dle Fusco et al. (2024) využívá internet jako hlavní zdroj informací až 71,3 % pacientů s Crohnovou chorobou. Kdežto gastroenterologové jsou hlavním off-line zdrojem u 72,8 % pacientů. 61,8 % pacientů se radí s praktickým lékařem. Ze studie Theodoridis et al. (2020) studii zaměřené na využití sociálních médií k analýze stravovacích návyků pacientů s IBD bylo zjištěno, že pacienti s IBD se často zapojují do diskuzí na sociálních sítích jako je Facebook, Twitter nebo Instagram. Z dotazníků vyplývá, že dotazovaní pacienti sociální síť využívají nejen k vyhledávání informací o vhodných potravinách, ale i k inspiraci na recepty. Palugová (2019) uvádí, že 35 % pacientů využívá jako zdroj informací o vhodné stravě lékaře. Z jejího výzkumu také vyplývá, že až 60 % pacientů s IBD nemělo dostatečné znalosti o vlivu výživy na průběh onemocnění. Dle Fusco et al. (2024) až 50 % pacientů zkoušelo dietní změny na základě online rad od jiných pacientů. Fusco et al. (2024) také tvrdí, že nejlépe hodnocené online zdroje byly univerzitní a zdravotnické weby. Naopak nejhůře hodnocenými byly komerční weby s reklamami na doplňky stravy.

V rámci zkoumaného souboru pacientů s ulcerózní kolitidou bylo vysledováno zastoupení dietních režimů. Nejčastěji dodržovanou dietou je FODMAP dieta, tu dodržuje 34,2 % z nich. LOW-FODMAP dietu dodržuje 18,4 % dotazovaných. Dle O'Brien et al. (2024) tato dieta může zmírnit zažívací potíže, i když nemá vliv na samotný zánět je třeba určité opatrnosti, protože u pacientů s IBD je vyšší riziko nutričních deficitů.

Středomořskou dietu dodržuje podle mého výzkumu 10,5 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 6 % pacientů s Crohnovou chorobou. Z výzkumu Celik et al. (2023), který byl proveden v Istanbulu a

byl zaměřený zkoumání vlivu středomořské diety na aktivitu onemocnění u pacientů s IBD vyplývá že, pacienti s ulcerózní kolitidou, kteří dodržovali středomořskou dietu, měli nižší aktivitu onemocnění. Dle Celik et al. (2023) středomořská dieta může pomoci zmírnit symptomy ulcerózní kolitidy. Naik et al. (2025) uvádí ve své studii, zaměřené na využití středomořské stravy v léčbě IBD, že pacienti s IBD, kteří dodržovali středomořskou dietu, hlásili lepší kondici, menší únavu a vyšší psychickou pohodu. Studie tak doporučuje postupné začleňování středomořské stravy do každodenního života pacientů s IBD podle jejich individuálních potřeb a tolerance.

Schreiner et al. (2019) ve své studii uvádí, že 4,1 % dodržovalo vegetariánskou dietu a 4,7 % pacientů s IBD bezlepkovou dietu. Zároveň tvrdí, že pacienti volí restriktivní diety, ačkoliv není dostatek informací o jejich prospěšnosti. Hlavní motivací dodržování bezlepkové diety je podle Schreiner et al. (2019) přesvědčení o příznivém účinku na IBD, přestože výzkum takové výsledky neprokázal. Vegetariánská dieta by mohla mít určitý ochranný účinek proti komplikacím u pacientů s Crohnovou chorobou. Dle Schreiner et al. (2019) vegetariánská ani bezlepková dieta prokazatelně nepřináší zdravotní výhody, ale spíše souvisí s nižší psychickou pohodou a změnami střevního mikrobiomu. Autoři tvrdí, že veškeré restriktce v dietě by měly být zkontrolovány s lékařem. S tvrzením, že vegetariánská a bezlepková dieta souvisí s nižší psychickou pohodou, se tato diplomová práce úplně neshoduje, jelikož dotazovaní pacienti s IBD dosahovali v emoční doméně dotazníku SIBDQ vysokého průměrného skóre.

Principi et al. (2018) ve své studii, která bylo provedena v Itálii a byla zaměřením na výživu a dietu ke vztahu k IBD, tvrdí, že pacienti s IBD mohou mít nevhodné stravovací návyky, které nejsou vždy založené na klinických doporučeních, ale spíše na psychických obavách a vlastních zkušenostech.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že až 17 % dotazovaných pacientů s Crohnovou chorobou dodržuje CDED dietu. Russell et al. (2023) tvrdí ve své studii, že dieta významně podporuje remisi, ale její dlouhodobé dodržování může vést k nutričním deficitům. Bezezbytkovou dietu ze získaných dat dodržuje celkem 46 % pacientů s IBD. U pacientů dlouhodobě dodržující bezezbytkovou dietu dle článku Cassetty & Kennedy (2021) je možný zvýšený výskyt zácpy, z důvodu nízkého obsahu vlákniny, pokud pacienti nedodrží ostatečný příjem tekutin. Z provedeného výzkumu vyplývá, že 11 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 23 % pacientů s Crohnovou chorobou bezlepkovou dietu. Z výzkumu Dahar et al. (2022) vyplývá, že pacienti na

bezlepkové dietě měli prokazatelně nižší hladiny zánětlivých parametrů. Bezlepková dieta může snížit známky zánětu střev u pacientů s IBD, ale je potřeba dalších výzkumů.

Další často zmiňovanou dietou byla dieta bezlaktózová. Tu dodržuje 8 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 17 % pacientů s Crohnovou chorobou. Gubatan et al. (2023) ve své studii uvádí vyšší výskyt intolerance laktózy než u běžné populace. Z jejich analýzy vychází, že laktózová intolerance je častější u pacientů s Crohnovou chorobou než u pacientů s ulcerózní kolitidou. Studie ukázala, že vyřazení laktózy může zmírnit symptomy, ale neovlivňuje přímo zánět. Autoři také tvrdí, že fermentované mléčné výrobky mohou být prospěšné pro střevní mikroflóru a nemusí být nutně ve stravě eliminovány.

Gu a Feagins (2020) ve své přehledové práci, zaměřené na vliv stravy na vznik, průběh a léčbu IBD tvrdí, že neexistují přímé důkazy, že určitá potravina, která způsobuje zánět, ale složení stravy ovlivňuje střevní mikrobiom a propustnost střevní stěny. Pacienti to často pocítují zhoršení symptomů po určitém jídle, ale neznamená to, že toto jídlo způsobuje zánět. Až 68 % pacientů se tak vyhýbá kořeněným jídlům, mléčným výrobkům, mastným jídlům a čerstvé zelenině. S těmito výsledky souhlasí i se zjištěními v provedeném výzkumu. V případě dotazovaných pacientů v této diplomové práci se kořeněným jídlům vyhýbá 68,5 % pacientů s IBD, smaženým jídlům až 80,8 %, tučnějším mléčným výrobkům jako je například smetana 32,8 % pacientů. Z čerstvé zeleniny měla nejvyšší zastoupení rajčata, kterým se vyhýbá 63,1 % pacientů s IBD, dále pak paprika 53,4 %. Z vařené zeleniny je to kapusta, kterou udává 100 % pacientů a zelí se vyhýbá 86,3 % pacientů s IBD. I Bonsack et al. (2023) tvrdí, že pacienti s IBD si upravují svůj jídelníček na základě tolerance, přičemž některé potraviny bývají vnímány jako výrazně zatěžující. Spousta z nich se pak shoduje s provedeným výzkumem. Mezi nejčastěji vyřazované potraviny patří podle Bonsack et al. (2023) například syrová zelenina, luštěniny a mléčné výrobky, které mohou způsobovat nadýmání, průjem nebo jiné zažívací obtíže. Významný podíl pacient také omezuje čerstvé ovoce, tučná jídla a částečně i maso, a to zejména v období remise. Ze studie Yelencich et al. (2022), zaměřené na poruchy restriktivního příjmu potravy u pacientů s IBD, vyplývá, že pacienti s IBD nejčastěji ze svého jídelníčku vyřazují mléčné výrobky, kvůli laktóze, která může způsobovat nadýmání a průjem, především v období relapsu. Kořeněná jídla jako například chilli nebo kari často dráždí trávicí trakt a zhoršuje bolesti břicha. Alkohol bývá omezován kvůli riziku dehydratace a nevhodným interakcím s léky. Pšeničné výrobky a potraviny obsahující lepek pacienti s IBD často vynechávají, protože vnímají zlepšení příznaků. Smažená a tučná jídla zpomalují trávení a

mohou vyvolat křeče nebo nauzeu. Kofeinové nápoje stimulují střeva, což zhoršuje průjmy nebo křeče u citlivějších jedinců. Naopak potraviny jako vařená zelenina, vařené ovoce, těstoviny, rýže, vejce a ryby jsou vnímány jako lépe tolerované. Jak tvrdí Bonsack et al. (2023) pacient je zpravidla nevylučují z konzumovaných potravin. Z výsledků provedeného výzkumu vyplývá, že mezi nejčastější uváděné potraviny, které dotazovaní pacienti s IBD označují jako dobře tolerované a které pozitivně ovlivňují jejich zdravotní stav, patří především rýže, polévky a vývary, mrkev, banán, piškoty, toustový chléb, potraviny bez lepku a laktózy, dále také ovocné pyré nebo tofu. De Vries et al. (2019) ve své studii zjistili, že pacienti s nespecifickými střevními záněty často uváděli, že se záměrně vyhýbají určitým potravinám, které podle jejich zkušeností zhoršují příznaky onemocnění. Nejčastěji šlo o pálivá a silně kořeněná jídla, sycené a energetické nápoje, mléko a mléčné výrobky, smažená a tučná jídla, alkohol, kávu, citrusové plody, sladkosti, uzeniny, vepřové maso, arašidy, luštěniny, bílé pečivo s nízkým obsahem vlákniny a některé druhy zeleniny jako například zelí. Naopak do jídelníčku pacienti častěji zařazovali potraviny, které na ně působily příznivě – především celozrnný (vysoko vlákninový) chléb, čaj, listovou i ne-listovou zeleninu, tučné i bílé ryby, drůbež, vejce, luštěniny, ořechy, celozrnnou rýži a různé druhy ovoce, například exotické (banány, avokádo), peckové (jablka, hrušky) a měkké plody (jahody, maliny). Přestože více než 70 % dotazovaných uvedlo, že obdrželo odborné nutriční poradenství, většina z nich čerpala své výživové znalosti především z vlastních zkušeností. Autoři studie proto upozorňují na význam individuálního přístupu ke stravě u pacientů s IBD a zároveň zdůrazňují nutnost odborného vedení, které může pomoci předcházet riziku nutričních deficitů a podpořit efektivní zvládnutí onemocnění

Basson et al. (2023) ve svém výzkumu zaměřeném na zkoumání vlivu umělých sladidel na pacienty s IBD uvádí, že 56,9 % pacientů s IBD pravidelně užívá umělá sladidla, jelikož jsou přesvědčeni, že se jedná o zdravější variantu. 23 % pacientů také uvedlo, že sladká jídla jim vyvolávají střevní problémy. Deas (2024) doporučuje pacientům s IBD snížit umělá sladidla a zařadit spíše ovoce. Ze získaných dat v této diplomové práci vyplývá, že sladká jídla a sladkosti občas konzumuje 21,1 % pacientů s ulcerózní kolitidou. Ovoce konzumuje 100 % dotazovaných pacientů. Ze získaných dat bylo zjištěno, že nutriční podporu ve formě sippingů využívá 68,4 % pacientů s ulcerózní kolitidou a 54 % pacientů s Crohnovou chorobou. Ze studie Liu et al. (2022) zaměřené na prevalenci malnutrice u pacientů s IBD, rizikové faktory a využití nutriční podpory, vyplývá, že

40,1 % pacientů využívá nutriční podporu v enterální formě, 32,3 % v parenterální formě a 14 % v kombinované formě.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že pacienti s ulcerózní kolitidou se nejčastěji stravují 4x denně (65,8 %), přičemž hlavním jídlem je pro ně oběd. U pacientů s Crohnovou chorobou je to 5x denně (68,6 %). I u nich je hlavním jídlem dne oběd. Je možné, že pacienti s Crohnovou chorobou si dopřávají více menších svačinek v průběhu dne.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda stravovací návyky ovlivňují rodinný a společenský život pacientů IBD. Z provedeného výzkumu bylo zjištěno, že pacienti s IBD své stravovací návyky v 93,1 % přenášejí i na své rodinné příslušníky. Z provedeného výzkumu tuto 70 % z nich vnímá pozitivně. Tito pacienti pro to uvádějí různé důvody. Ať už jde o úsporu peněz, podporu od rodiny, více času stráveného s rodinou, konzumace jídla u stejného stolu. Pacienti také uvádějí, že celá rodina přestala konzumovat tolik smažených jídel a kupují zdravější potraviny. 35 pacientů použilo slovní spojení „táhneme za jeden provaz“. Zbylým 6,9 % pacientům změna stravování nijak neovlivnila stravování celé rodiny, připravují tak jídla odděleně. 31,5 % pacientů s IBD uvádí ovlivnění i ve společenském životě. Svými způsoby stravování inspirují své přátele ke zdravějšímu životnímu stylu. Metličková (2023) ve své diplomové práci věnované stravovacím návykům pacientů s idiopatickými střevními záněty, uvádí pouze u jednoho pacienta změnu stravování u celé rodiny. U dvou pacientů změna stravování rodinu neovlivnila a u zbylých třech pacientů tuto informaci neuvádí. Roncoroni et al. (2022) tvrdí, že rodiny často mění své vlastní stravovací návyky, což ovlivňuje i nutriční stav ostatních členů domácnosti. Tyto nutriční deficity mohou vzniknout kvůli přizpůsobení se pacientovi bez odborného dohledu. Thapwong et al. (2023) zjistili, že společné rodinné jídlo se může stát problematické, protože pacienti s IBD často nemohou konzumovat stejná jídla jako ostatní členové domácnosti. Autoři také tvrdí, že rodiny se méně stravují mimo domov a také navštěvují méně společenských událostí, které zahrnují jídlo. Jak uvádí Thapwong et al. (2023), rodinní příslušníci často postrádají dostatek informací o tom, jaká strava je pro pacienty vhodná.

U 60,3 % dotazovaných pacientů s IBD bylo zjištěno, že by uvítali, kdyby při návštěvě lékaře dostali informační brožurku, která by obsahovala potřebné informace. Také by ocenili častější konzultace s nutričním terapeutem. Rohatinsky et al. (2024) doporučují zlepšit přístup v multidisciplinární péči. Posílit především komunikaci mezi lékaři a pacienty. Autoři také

doporučují, aby hospitalizovaní pacienti dostávali vhodnou stravu odpovídající jejich dietním potřebám.

Dalším užitečným nástrojem pro pacienty je vedení deníku. Z provedeného výzkumu vyplývá, že 86,7 % pacientů si vede záznamy o potravinách, které jim vyhovují či nikoli. Tato zjištění by mohli konzultovat s lékaři či nutričním specialistou. Pacienti ve věkové skupině od 18–25 let by uvítali mobilní aplikaci, která by jim, po zadání pro ně vhodných potravin, vygenerovala i recepty. Tato aplikace by mohla být propojená s ostatními pacienty, pro poskytnutí vzájemné podpory a sbírání inspirace pro další recepty. Pacienti, především z řad mužů ve věku ≤ 25 let by uvítali kurzy vaření. Starší pacienti ve věkové skupině ≥ 60 by uvítali brožurky nebo letáčky, které by si mohli doma kdykoli otevřít, přečíst a uvařit podle nich „chutná jídla“.

Třetím dílčím cílem bylo vytvoření informační brožury, která je součástí této diplomové práce, a je k nalezení v přílohách. Konkrétně příloha F.

8 Doporučení pro praxi

Dílčím cílem této diplomové práce bylo vytvoření informační brožury pro pacienty s IBD. V brožuře se nachází stručné informace o onemocnění, 13 bodů pro udržení zdraví, tzv. Zdravá třináctka, seznam vhodných a nevhodných potravin, včetně čtyř jednoduchých receptů z vhodných surovin, které jsou vhodné pro pacienty v remisi a relapsu a dvou stran pro poznámky.

Brožura byla vypracována v programu Canva a obsahuje 15 stran včetně strany úvodní a seznamu použitých zdrojů. Myslím si, že tato jednoduchá a přehledná brožura by mohla být přínosem pacientům i jejich rodinným příslušníkům a poskytnout jim potřebné informace. Brožuru najdete v přílohách, na konci této práce a jako volně vloženou přílohu.

Zde jsou další možnosti a návrhy efektivnější edukace pacientů s onemocněním IBD, která vycházejí z provedeného výzkumu.

Systematické hodnocení kvality života pacientů s IBD pomocí standardizovaného dotazníku SIBDQ by mělo být nedílnou součástí běžné klinické praxe. Tento nástroj umožňuje zachytit nejen fyzické obtíže, ale také emoční a sociální dopady onemocnění. Pravidelné sledování kvality života poskytuje zdravotníkům cenné informace pro individuální přístup k pacientovi a umožňuje včas identifikovat oblasti, které vyžadují zvýšenou pozornost.

Základem by měla být individuální konzultace s nutričním terapeutem, který pacientům poskytne personalizovaná doporučení ohledně vhodného stravování. Tato setkání by měla zahrnovat nejen obecné informace o stravě při IBD, ale především konkrétní jídelní plány přizpůsobené aktuálnímu zdravotnímu stavu a potřebám pacienta.

Další užitečnou pomůckou by mohla být interaktivní mobilní aplikace, která by obsahovala informace o výživě, recepty, plánovače jídel a možnost konzultace s odborníkem formou online chatu. Tato forma by byla přínosná zejména pro mladší pacienty a ty, kteří preferují digitální komunikaci.

K posílení motivace a sdílení zkušeností lze doporučit vznik podpůrné skupiny pro pacienty s IBD. Taková skupina by mohla fungovat buď osobně formou pravidelných setkání, nebo online prostřednictvím sociálních sítí, kde by pacienti sdíleli recepty, zkušenosti a vzájemně se motivovali v dodržování dietního režimu.

Pro starší pacienty nebo osoby s omezeným přístupem k technologiím je vhodné připravit informační brožury, letáky a edukační materiály, které budou přehledně shrnovat doporučené i nevhodné potraviny, zásady šetřící diety a praktické rady pro každodenní život.

Součástí podpory by mělo být také vedení stravovacího deníku, kde si pacienti zapisují konzumované potraviny spolu s poznámkami o tom, zda jim dané jídlo vyhovovalo. Tento nástroj může napomoci při identifikaci spouštěčů obtíží a slouží jako podklad pro další konzultace s nutričním terapeutem či lékařem.

Důležité je rovněž pravidelné sledování a vyhodnocování stravovacího režimu. Pacienti by měli být motivováni k aktivnímu zapojení do sledování vlastních symptomů a případné změny ve stravování by měly být prováděny s ohledem na jejich aktuální potřeby.

Jako praktická forma edukace mohou sloužit i kurzy vaření a přípravy pokrmů pro pacienty s IBD, které by poskytly inspiraci pro sestavení chutného a šetrného jídelníčku. Tyto kurzy by mohly přispět ke zvýšení soběstačnosti a větší jistotě při výběru a úpravě potravin.

V neposlední řadě je vhodné zaměřit se i na podporu pacientů s IBD v pracovním prostředí. Mezi doporučená opatření patří možnost flexibilní pracovní doby, práce z domova, zkráceného úvazku či jiných úprav pracovní doby v závislosti na zdravotním stavu. Důležitá je rovněž osvěta zaměstnavatelů a kolegů, která napomáhá vytvoření porozumění a podpůrného pracovního prostředí.

9 Limity výzkumu

Při realizaci výzkumného šetření, získávání a zpracování dat byly zjištěny následující limity výzkumu.

Prvním limitem výzkumu je relativně nízký počet pacientů. Vzhledem k celkovému počtu pacientů s IBD v ČR, je vzorek zúčastněných pacientů pouhým zlomkem, a tudíž se výsledky výzkumu nedají zobecnit na všechny pacienty s IBD.

Druhým limitem výzkumu je sběr dat pouze v ambulantním prostředí, jednoho klinického pracoviště.

Třetím limitem je subjektivní vnímání pacientů. Odpovědi pacientů jsou založené na sebehodnocení, což s sebou nese riziko subjektivního zkreslení. Například někteří pacienti mohou podhodnocovat nebo nadhodnocovat svůj zdravotní stav v závislosti na aktuální náladě nebo osobním postoji k nemoci.

Čtvrtým limitem je krátkodobá perspektivita. SIBDQ hodnotí kvalitu života pacientů v průběhu posledních dvou týdnů, což poskytuje pouze omezený pohled na dlouhodobý dopad IBD na kvalitu života.

Uvedené limity naznačují, že další výzkumy by mohl zahrnovat více klinických pracovišť a různé formy zdravotní péče (např. lůžková oddělení, specializovaná IBD centra). Rovněž by bylo vhodné zvážit alternativní metody sběru dat, například kombinaci dotazníků s hloubkovými rozhovory, což by mohlo přinést ještě detailnější vhled do zkušeností pacientů s IBD a jejich potřeb v rámci multidisciplinární péče.

10 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala kvalitou života pacientů s nespecifickými střevními záněty a jejich stravovacími návyky.

Hlavním cílem bylo zhodnotit kvalitu života pacientů s nespecifickými střevními záněty, pomocí standardizovaného dotazníku SIBDQ, a to jak v celkovém hodnocení, tak i v systémové, střevní, emoční, sociální doméně.

Výsledky výzkumu ukázaly, že kvalita života pacientů s nespecifickými střevními záněty, hodnocená podle dotazníku SIBDQ se mezi jednotlivými skupinami mírně liší. U pacientů s ulcerózní kolitidou bylo průměrné celkové skóre $55,11 \pm 6,69$, přičemž nejvyšší dosažená hodnota byla 66 bodů a nejnižší 37 bodů. U pacientů s Crohnovou chorobou bylo průměrné skóre v celkovém hodnocení kvality života pomocí dotazníku SIBDQ mírně vyšší, konkrétně $57,43 \pm 4,27$. Celkově dosahují obě skupiny pacientů relativně vysokých průměrných hodnot (56,27 bodů), což naznačuje, že vnímaná kvalita života mezi těmito dvěma skupinami pacientů je do jisté míry srovnatelná.

První výzkumná otázka zjišťovala, jak pacienti s IBD hodnotí svou kvalitu života v různých oblastech (systémová, střevní emoční a sociální) podle dotazníku SIBDQ. Druhá otázka potom zjišťovala, zda existují významné rozdíly v hodnocení kvality života. Při vyhodnocení dotazníku SIBDQ hodnotí pacienti s IBD svou kvalitu života poměrně vyrovnaně, přičemž mezi pacienty s ulcerózní kolitidou a pacienty s Crohnovou chorobou lze pozorovat určité rozdíly. V systémové doméně hodnotí pacienti svůj stav podobně s průměrným skóre 10,65 bodů. Ve střevní doméně uvádějí pacienti s Crohnovou chorobou mírně lepší kvalitu života než pacienti s ulcerózní kolitidou. Obě skupiny pacientů hodnotí velmi dobře svou psychickou pohodu. S průměrnými vysokými hodnotami dotazníku SIBDQ 19 bodů v emoční doméně, což naznačuje psychickou stabilitu. Sociální doména je hodnocena u obou skupin pacientů podobně s průměrnými hodnotami 11,7 bodů, což naznačuje jistá omezení ve společenském životě, ale ne úplné vyřazení.

Třetí otázka se ptala, zda existují rozdíly v hodnocení kvality života mezi pohlavími. Bylo zjištěno, že mezi pohlavími výrazné rozdíly nejsou, avšak muži s Crohnovou chorobou mají nejlepší skóre ve střevní doméně, ale zároveň nejhorší v systémové a sociální doméně, což znamená, že je nemoc nejvíce omezuje ve společenském životě. Ženy s Crohnovou chorobou mají nejlepší skóre v sociální a emoční doméně, ale jejich průměrné skóre ve střevní a systémové doméně dotazníku

SIBDQ, což může značit, že mají lepší psychickou odolnost a sociální adaptaci, i když jejich zdravotní stav nemusí být na dobré úrovni. Muži s ulcerózní kolitidou mají nejhorší skóre v emoční doméně, což naznačuje, že onemocnění je pro ně velkou psychickou zátěží. Této skupině pacientů by byla přínosem lepší psychologická podpora. U žen s ulcerózní kolitidou bylo zjištěno nejnižší skóre ve střevní doméně. Což znamená, že jejich vnímání střevních příznaků je silnější než ostatních skupin pacientů. U této skupiny by mohla být vhodná účinnější léčba těchto symptomů.

Čtvrtá výzkumná otázka byla věnována stravovacím návykům pacientů s ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou a potravinám, které pozitivně či negativně ovlivňují jejich potíže.

Na základě výzkumného šetření jsem došla k závěru, že ať už pacienti s IBD dodržují jakoukoli dietu, upravují si jí individuálně dle svých preferencí a dle toho, zda jim zvolená potravinu vyhovuje či nikoli. Pátá a šestá otázka se týkala potravin, které pacientům ulevují a které jim příznaky zhoršují. Výčet těchto potravin zmíněných v dotaznících je zaznamenán v tabulce 30 a 31.

Sedmá výzkumná otázka se ptala, jakým způsobem ovlivňuje stravování pacientů jejich rodiny. 93,1 % uvádí pozitivní ovlivnění. Tvrdí, že jejich rodiny s nimi „táhnou za jeden provaz“ a konzumují to stejné co oni.

Osmá výzkumná otázka se ptala, jaký způsob pacientům s IBD vyhovuje při získávání informací o stravování. Bylo zjištěno, že pacienti upřednostňují různé formy v závislosti na věku. U starších pacientů to byly brožury a letáčky, u mladších pacientů převládala interaktivní mobilní aplikace. Jiní pacienti upřednostňují sociální skupiny.

Při získávání a zpracovávání dat byly zjištěny limity, které byly blíže uvedeny v kapitole 9. Aby se eliminovaly některé z těchto limitů, budoucí studie by mohly buď kombinovat SIBDQ s objektivními klinickými parametry (např. laboratorní testy, hodnotící nutriční škály apod.) anebo doplňovat dotazník o dlouhodobé sledování pacientů s opakovaným vyplňováním SIBDQ v různých časových obdobích.

Tato práce by mohla být přínosem pro pacienty s IBD, poskytuje totiž informace, týkající se jejich onemocnění, o způsobu, jak upravit svůj stravovací režim pro zlepšení kvality života. Rodinným příslušníkům těchto pacientů pomáhá lépe porozumět problematice IBD, významu správné výživy pro své blízké s IBD a podpořit je ve snaze o zlepšení zdravotního stavu. Širší veřejnosti tato práce zvyšuje povědomí o důležitosti správné výživy u pacientů s IBD a může vést k větší podpoře a

porozumění v této oblasti. Gastroenterologickým sestřám může sloužit jako studijní a informační materiál. V neposlední řadě by tato diplomová práce mohla být přínosem studentům zdravotnických oborů, jako je nutriční terapie nebo specializační obory ošetrovatelství. Mohla by jim pomoci získat ucelený pohled na problematiku IBD a nutriční terapie při tomto onemocnění a být také podkladem pro další výzkumy.

Seznam odborných názvů

Absces= chorobná dutina vzniklá zánětem. Bývá vyplněná hnisem.

CRP = C-reaktivní protein – bílkovina přítomná v krvi při některých zánětlivých onemocnění. Přítomný zejména v akutní fázi. Přítomnost CRP v krvi je výrazem nespecifické reakce organismu na zánětlivé nebo nekrotické procesy včetně proces s imunologickou patogenezi, bakteriální záněty, infarkty, pooperační stavy, nádory, autoimunitní onemocnění aj. Jeho koncentrace v séru velmi rychle stoupá a je vhodný pro monitorování vývoje onemocnění a následné léčby.

Exacerbuující průběh= zhoršující se, znovu se objevující

Granulomatózní = souhrnné označení pro onemocnění charakterizované výskytem mnohočetných granulomů ve tkáních

Granulom = nakupení granulační tkáně, občas s velkými mnohojadernými buňkami. Vzniká při chronickém zánětu.

Histologické vyšetření = mikroskopické vyšetření tkáně

Incidence = počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

Intermitentní = symptomy nemoci se objevují a mizí nepravidelně. Pacient může mít období zhoršení následovaná obdobím zlepšení, přičemž tyto změny se opakují nebo se vyskytují zcela náhodně a nepravidelně tento typ průběhu nemoci je obtížný k diagnostice a léčbě, protože symptomy nejsou trvale přítomny a mohou být nepředvídatelné.

Kalprotektin = bílkovina, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě

Kolitida = zánět tlustého střeva

Malabsorbce = stav, při kterém je narušeno vstřebávání absorpce živin

Peritonitida = závažné zánětlivé onemocnění pobřišnice (peritonea)

Píštěl = jakékoliv nepřírozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami; nebo i ven na kůži

Proktitida = zánět sliznice konečníku (rekta)

Tenesmus = pocit neúplného vyprázdnění stolice, nutkání na stolicí

Transmulární = procházející celou stěnou

Seznam použitých českých zdrojů

BORTLÍK, Martin. 2024. Mimostřevní projevy a komplikace IBD. Praha: Pacienti IBD, ISBN 978-80-909122-0-5.

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Parenterální výživa. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/560-parenteralni-vyziva> [cit. 2024-09-04].

DOUDA, Tomáš. 2022 Idiopatické střevní záněty z pohledu praktických lékařů. Medicína pro praxi, 19.4. Dostupné: <https://www.medicinapropraxi.cz/savepdfs/med/2022/04/04.pdf>

DUJSÍKOVÁ, Hana. 2019. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. Solen [online]. Dostupné z.: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2019/01/06.pdf> [cit. 2024-01-14].

ŘURICOVÁ, Dana et al. 2018. Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases in the Czech Republic – a multicentre study. Online. Gastroenterologie a hepatologie. Roč. 72, č. 1, s. 11-19. ISSN 18047874. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amgh201811>. [cit. 2024-01-31].

ŘURICOVA, Dana. 2017. What Can We Learn from Epidemiological Studies in Inflammatory Bowel Disease? Online. Digestive Diseases. Roč. 35, č. 1-2, s. 69-73. ISSN 0257-2753. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000449086>. [cit. 2024-01-17].

EI-LABABIDI, N. 2020. Gastroenterologie a hepatologie. Reprint. Červen, roč. 74, č. 3. 2020. ISSN 1804-7874

EHRMANN, Jiří. 2011. Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů. Medicína pro praxi [online]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/10/09.pdf> [cit. 2024-01-25].

GURKOVÁ, Elena 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3625-9.

IKEM. 2021 Idiopatické střevní záněty. IKEM [online]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/idiopaticke-strevni-zanety-ibd/a-3961/>[cit. 2024-01-10].

- ISCARE, 2024 Biologická léčba [online]. Dostupné z: <https://www.iscare.cz/cs/specializace/gastroenterologie/lecba/biologicka-lecba> [cit. 2024-12-09]
- KLANTE, Dirk. 2020 Léčba Crohnovy nemoci, ulcerózní kolitidy a artritidy: místo kortizonu mrkvová polévka. Olomouc: Fontána,. ISBN 978-80-7336-286-7.
- KOHOUT, Pavel 2004. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Praha: Maxdorf, ISBN 80-7345-023-2.
- KOHOUT, Pavel; RUŠAVÝ, Zdeněk a ŠERCLOVÁ, Zuzana. (2016). Vybrané kapitoly z klinické výživy. Informační servis pro lékaře. Praha: Forsapi, 2010-2016. ISBN 978-80-87250-08-2.
- KOZÁKOVÁ R, JAROŠOVÁ D, ZELENÍKOVÁ R, BOCKOVÁ S. 2011 Nástroje k hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. Hygiena.;56(1):18-21.
- KOŽELUHOVÁ, Jana. 2022. Role výživy u idiopatických střevních zánětů. Gastroenterologické a hepatologické oddělení, 1. Interní klinika FN a LF plzeň. Profi medicína [online]. Dostupné z: <https://profimedicina.cz/role-vyzivy-u-idiopatickych-strevnich-zanetu/> [cit. 2024-01-31].
- LUKÁŠ, Milan, 2020. Idiopatické střevní záněty: Nové trendy a mezioborové souvislosti. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1208-1.
- LUKÁŠ, Milan. 2021. Idiopatické střevní záněty II: nové trendy a mezioborové souvislosti. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-3203-4.
- LUKÁŠ, Milan, a kol., 2019. Pokroky v diagnostice a léčbě idiopatických střevních zánětů. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-453-8.
- MEFANET, Crohnova choroba. In: WikiSkripta (2024). Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Crohnova_choroba&oldid=490519. [cit. 2025-02-05].

METLIČKOVÁ, Aneta. Stravovací návyky pacientů s idiopatickými střevními záněty. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova 1. Lékařská fakulta, 2023.

MILATOVÁ, Růžena a WOHL, Pavel. Bezezbytková dieta při onemocnění střev. V Praze: Vyšehrad, 2023. ISBN 978-80-7601-827-3.

MINÁRIKOVÁ, Petra. Současné možnosti medikamentózní léčby idiopatických střevních zánětů. Online. Medicína po promoci. 2019, roč. 2019, č. 3. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/soucasne-moznosti-medikamentozni-lecby-idiopatickych-strevnich-zanetu/> [cit. 2024-09-12].

MINÁRIKOVÁ, Petra. 2021. Diagnostika idiopatických střevních zánětů. Tribune [online] Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/diagnostika-idiopatickych-strevnich-zanetu/>. [cit. 2024-01-20].

MINÁRIKOVÁ, Petra. (2024). Biologická a inovativní léčba idiopatických střevních zánětů. Vnitřní lékařství, 2024(3), 4-12. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2024/03/04.pdf> [cit. 2025-02-26].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. 2022. Kvalita života. Národní zdravotnický informační portál [online]. 2022 Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691> [cit. 2024-01-30].

OCHTINSKÁ, Hana; GABALEC, Libor; BUREŠ, Jan. (2018). Kvalita života nemocných s Crohnovou chorobou a intervence nelékařského zdravotnického pracovníka. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/10195/72572>

OCHTINSKÁ, Hana, BUREŠ, Jan, GABALEC, Libor a KNOBLOCHOVÁ, Veronika. 2020. Porovnání kvality života nemocných s Crohnovou chorobou s populační normou. Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie [online]., roč. 10, č. 2, s. 37–42 ISSN 1338-6263. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2020-rocnik-10/cislo-2/porovnaní-kvality-zivota-nemocnych-s-crohnovou-chorobou-s-populacni-normou> [cit. 2025-03-29].

OCHTINSKÁ, Hana. Sledování kvality života pacientů s Crohnovou chorobou. Pardubice, 2021. disertační práce (Ph.D.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií

PALUGOVÁ, Natália. Vliv edukace nutričního specialisty na hladinu vitamínů u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF a VFN v Praze, 2019

VAŠÁTKO, M. (2021, květen 3) Ulcerózní kolitida. Pro lékaře
Dostupnéz: <https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/ulcerozni-kolitida-126713/ulcerozni-kolitida> [cit. 2024-09-09]

VORUDOVÁ, Jana a MITROVÁ, Katarína 2021. Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech. Praha: Pacienti IBD,. ISBN 978-80-907566-4-9.

WASSERBAUER, Martin. Periferní (somatický i autonomní) nervový systém a jeho dysfunkce u pacientů s Crohnovou chorobou. Dizertační práce, vedoucí Keil, Radan. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Interní klinika, 2024.

ZBOŘIL, Vladimír. 2018. Idiopatické střevní záněty. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, ISBN 9788020447203.

ZBOŘIL, Vladimír. 2022 Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. 3., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf,. ISBN 978-80-7345-718-1.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš. 2019 Klinická dietologie a výživa. Medicus. Praha: Current media,. ISBN 978-80-88129-44-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

AKUTKO, K., & Stawarski, A. (2021). Probiotics, Prebiotics and Synbiotics in Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of clinical medicine*, 10(11), 2466. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm10112466> [cit. 2024-09-04].

ALMARZOUKI, A., et al. (2024). The impact of cognitive functions, psychological disorders, and coping strategies on quality of life and disease outcomes in patients with inflammatory bowel diseases: A cross-sectional study. *Medicine*, 103, e38982. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038982> [cit. 2025-03-12].

ANDERSEN V., et al. (2025). Food is medicine: diet assessment tools in adult inflammatory bowel disease research. *Nutrients*, 17(2), . <https://dx.doi.org/10.3390/nu17020245> [cit. 2025-03-12].

BABERWAL, Kiran a KRISHNASAMY Vembu. (2024) Relationship Between Subjectively Assessed Physical Activity (GPAQ) and Quality of Life (WHOQOL-BREF) of Aging Employees in JIPMER, Puducherry: A Cross-Sectional Analytical Study. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine* [online]., roč. 28, č. 4, s. 298–303. Dostupné z: https://DOI.10.4103/ijoem.ijoem_231_23 [cit. 2025-04-01]

BARROS, J. R., (2023) PROFILE OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE NURSES IN BRAZIL. *Arquivos de gastroenterologia*, 60(3), 300–308. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.230302023-16> [cit. 2024-11-17].

BASSON, Abigail, et al. (2023). Sweets and Inflammatory Bowel Disease: Patients Favor Artificial Sweeteners and Diet Foods/Drinks Over Table Sugar and Consume Less Fruits/Vegetables. *Inflammatory Bowel Diseases*, 29, 1751-1759. <https://doi.org/10.1093/ibd/izac272> [cit. 2025-09-15].

BISCHOFF, S. C., et al. (2022). Guía ESPEN: Nutrición clínica en la enfermedad inflamatoria intestinal [ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease]. *Nutricion hospitalaria*, 39(3), 678–703. Dostupné z: <https://doi.org/10.20960/nh.03857> . [cit. 2024-11-16].

BOKEMEYER B., et al. (2023). Evaluation of a downstaging, bidirectional version of the Montreal classification of Crohn's disease: Analysis of 5-year follow-up data from the prospective BioCrohn study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*.;58(1):35-47. <https://doi:10.1111/apt.17512> [cit. 2025-03-26].

BONSACK, O., et al, (2023). Food Avoidance and Fasting in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Experience from the Nancy IBD Nutrition Clinic. *United European Gastroenterology Journal*, May 01, vol. 11, no. 4, pp. 361-370 ProQuest Central. ISSN 20506406. DOI <https://doi.org/10.1002/ueg2.12385>. [cit. 2025-03-24].

BRUNER, L. P., White, A. M., & Proksell, S. (2023). Inflammatory Bowel Disease. Primary care, 50(3), 411–427. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.03.009> [cit. 2025-01-31].

CAI, Z., Wang, S., & Li, J. (2021). Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. *Frontiers in medicine*, 8, 765474. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.765474> [cit. 2024-11-16].

CAIO G, Lungaro L, Caputo F, Zoli E, Giancola F, Chiarioni G, De Giorgio R, Zoli G (2021). Nutritional Treatment in Crohn's Disease. *Nutrients*.; 13(5):1628. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu13051628> [cit. 2024-09-04].

CALVIÑO-SUÁREZ, C, et al. (2021). Role of Quality of Life as Endpoint for Inflammatory Bowel Disease Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7159. Published Jul 4. Dostupné z: <https://doi:10.3390/ijerph18137159> [cit. 2024-09-04].

CARON, B., Honap, S., & Peyrin-Biroulet, L. (2024). Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease across the Ages in the Era of Advanced Therapies. *Journal of Crohn's & colitis*, 18(Supplement_2), ii3–ii15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae082> [cit. 2024-11-16].

CASSETTY, S. and KENNEDY, M. (2021). How to Start a Low Residue Diet to Improve Gut Health. US edition ed. New York: Insider, Inc, Jul 16, ProQuest Central. Dostupné z : <https://www.proquest.com/blogs-podcasts-websites/how-start-low-residue-diet-improve-gut-health/docview/2552127363/se-2?accountid=16287> [cit. 2025-09-17].

CELIK K., et al. (2023). The effect of adherence to mediterranean diet on disease activity in patients with inflammatory bowel disease.. Turkish Journal of Gastroenterology, 34(7), 714-719. <https://dx.doi.org/10.5152/tjg.2023.22193> [cit. 2025-02-06]

CHEN, L., Srinivasan, A., & Vasudevan, A. (2024). Examining dietary interventions in Crohn's disease. World journal of gastroenterology, 30(34), 3868–3874. Dostupné z: <https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i34.3868> [cit. 2024-11-16].

CHEN, X. L., et al. (2017). Inflammatory bowel disease-specific health-related quality of life instruments: a systematic review of measurement properties. Health and quality of life outcomes, 15(1), 177. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0753-2> [cit. 2024-11-16].

CHEN, Y. H., Wang, L., Feng, S. Y., Cai, W. M., Chen, X. F., & Huang, Z. M. (2020). The Relationship between C-Reactive Protein/Albumin Ratio and Disease Activity in Patients with Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology research and practice, 2020, 3467419. <https://doi.org/10.1155/2020/3467419> [cit. 2025-02-06]

CHICCO, F., Magri, S., Cingolani, A., Paduano, D., Pesenti, M., Zara, F., Tumbarello, F., Urru, E., Melis, A., Casula, L., Fantini, M. C., & Usai, P. (2021). Multidimensional Impact of Mediterranean Diet on IBD Patients. Inflammatory bowel diseases, 27(1), 1–9. <https://doi.org/10.1093/ibd/izaa097> [cit. 2024-11-20].

CHRISTIANSEN, L., et al. (2019). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease in a Danish population-based inception cohort. United European Gastroenterology Journal, 7, 942-954. <https://doi.org/10.1177/2050640619852532> [cit. 2025-03-16]

CICERO, G., & Mazziotti, S. (2021). Crohn's disease at radiological imaging: focus on techniques and intestinal tract. *Intestinal research*, 19(4), 365–378. Dostupné z: <https://doi.org/10.5217/ir.2020.00097> [cit. 2024-09-29].

CIMA, R.R., et al, (2007). Internet use by Patients in an Inflammatory Bowel Disease Specialty Clinic. *Inflammatory Bowel Diseases*, Oct 01, vol. 13, no. 10, pp. 1266-1270 ProQuest Central. ISSN 10780998. DOI <https://doi.org/10.1002/ibd.20198>. [cit. 2025-03-10].

COHEN, Rane. (2002) The quality of life in patients with Crohn's disease. Online. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.*, roč. 16, č. 9, s. 1603-1609. ISSN 0269-2813. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2002.01323.x> . [cit. 2024-01-31].

DAHAR, Maria, et al. (2022). "Positive Gluten Sensitivity Serologies and the Impact of Gluten-free Diet in Patients With IBD." *Inflammatory Bowel Diseases* 28.8 e122-e123.

Journals@Ovid.FullText.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftz&NEWS=N&AN=00054725-202208000-00028> . [cit. 2025-03-18].

DEAS, J., et al. (2024). Dietary therapies for adult and pediatric inflammatory bowel disease. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 39(3), 530–545. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ncp.11146> [cit. 2024-09-29].

DE VRIES, Jeanne H.M., et al. (2019). Patient's Dietary Beliefs and Behaviours in Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases [online].*, 37(2), 131–139. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000494022> [cit. 2025-04-04].

DOLINGER, M., Torres, J., & Vermeire, S. (2024). Crohn's disease. *Lancet (London, England)*, 403(10432), 1177–1191. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02586-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02586-2) [cit. 2025-01-29].

FAGGIANI, I., et al. (2024). Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease: From Pathophysiology to Treatment. *Biomedicines*, 12(8), 1839. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/biomedicines12081839> [cit. 2024-11-16].

FITZPATRICK, J. A., Melton, S. L., Yao, C. K., Gibson, P. R., & Halmos, E. P. (2022). Dietary management of adults with IBD - the emerging role of dietary therapy. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 19(10), 652–669. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00619-5> [cit. 2025-01-31].

FORTINSKY KJ, Fournier MR & Benchimol EI (2012). Internet and electronic resources for inflammatory bowel disease: a primer for providers and patients.. *Inflammatory Bowel Diseases*, 18(6), 1156-63. <https://dx.doi.org/10.1002/ibd.22834> [cit. 2025-03-10].

FUSCO et al. (2024). Are Internet Information Sources Helpful for Adult Crohn's Disease Patients Regarding Nutritional Advice?. *Journal of clinical medicine*, 13(10), 2834. <https://doi.org/10.3390/jcm13102834> [cit. 2025-03-10].

GARCÍA-MATEO, S et al. (2023). Lifestyle Can Exert a Significant Impact on the Development of Metabolic Complications and Quality Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Nutrients*, 15(18), 3983. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu15183983> [cit. 2025-01-28].

GODALA, M., Gaszyńska, E., Durko, Ł., & Małecka-Wojcieszko, E. (2023). Dietary Behaviors and Beliefs in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of clinical medicine*, 12(10), 3455. <https://doi.org/10.3390/jcm12103455> [cit. 2025-01-31].

GSENGER, V., et al. (2024). A Study of Patient Concerns in the Modern Therapeutic Era of Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory bowel diseases*,. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/ibd/izae197> [cit. 2025-02-10].

GU P, Feagins LA. Dining With Inflammatory Bowel Disease: A Review of the Literature on Diet in the Pathogenesis and Management of IBD. *Inflamm Bowel Dis*. 2020 Jan 6;26(2):181-191..PMID:31670372.

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31670372/> [cit. 2025-03-10].

GUBATAN, J., et al, (2023). Dietary Exposures and Interventions in Inflammatory Bowel Disease: Current Evidence and Emerging Concepts. *Nutrients*, vol. 15, no. 3, pp. 579 ProQuest Central. DOI <https://doi.org/10.3390/nu15030579>. [cit. 2025-03-18].

HANEISHI, Y., Furuya, Y., Hasegawa, M., Picarelli, A., Rossi, M., & Miyamoto, J. (2023). Inflammatory Bowel Diseases and Gut Microbiota. *International journal of molecular sciences*, 24(4), 3817. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijms24043817> [cit. 2024-11-20].

HASHASH, J. G., Elkins, J., Lewis, J. D., & Binion, D. G. (2024). AGA Clinical Practice Update on Diet and Nutritional Therapies in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Expert Review. *Gastroenterology*, 166(3), 521–532. Dostupné z: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.11.303> [cit. 2024-09-12].

He, H. et al., (2023). Effect of Dietary Patterns on Inflammatory Bowel Disease: A Machine Learning Bibliometric and Visualization Analysis. *Nutrients*, 15(15), 3442. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu15153442> [cit. 2024-02-01].

HONG, S. M., & Baek, D. H. (2024). Diagnostic Procedures for Inflammatory Bowel Disease: Laboratory, Endoscopy, Pathology, Imaging, and Beyond. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 14(13), 1384. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/diagnostics14131384> [cit. 2024-09-29].

JOSIAH D. McCain, Shabana F. Pasha, Jonathan A. Leighton, (2021). Role of Capsule Endoscopy in Inflammatory Bowel Disease, *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.giec.2020.12.004> [cit. 2024-09-29].

JOWETT, S.L et al. , (2001) The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire is Reliable and Responsive to Clinically Important Change in Ulcerative Colitis. *The American Journal of Gastroenterology*, 10, vol. 96, no. 10. pp. 2921-2928 ProQuest Central. ISSN 00029270. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.04682.x> [cit. 2025-03-16].

KAKODKAR S, et al. (2015) The Specific Carbohydrate Diet for Inflammatory Bowel Disease: A Case Series. *J Acad Nutr Diet*. Aug;115(8):1226-32. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26210084/> [cit. 2025-04-02].

KEMP, Karen et al. (2018). “Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis.” *Journal of Crohn's & colitis* vol. 12,7 760-776. Dostupné z: <https://doi:10.1093/ecco-jcc/jjy020> [cit. 2025-01-16].

KIM, E. S., & Kim, M. J. (2022). Upper gastrointestinal tract involvement of Crohn disease: clinical implications in children and adolescents. *Clinical and experimental pediatrics*, 65(1), 21–28. Dostupné z: <https://doi.org/10.3345/cep.2021.00661> [cit. 2024-09-29].

LE BERRE, C., Honap, S., & Peyrin-Biroulet, L. (2023). Ulcerative colitis. *Lancet (London, England)*, 402(10401), 571–584. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00966-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00966-2) [cit. 2025-01-30].

LESO, Veruscka, et al. (2024). "The Impact of Inflammatory Bowel Diseases on Patients' Quality of Life and Work Functionality: An Observational Study." *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 66.11 e567-e575. Journals@Ovid Full Text. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003213> [cit. 2025-03-10].

LIN, Y. et al. (2020). Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China: a large sample cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]., 18(360) Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01605-8> [cit. 2025-04-01].

LIU, Jing et al. "Prevalence of Malnutrition, Its Risk Factors, and the Use of Nutrition Support in Patients with Inflammatory Bowel Disease." *Inflammatory bowel diseases* vol. 28, Suppl 2 (2022): S59-S66. <https://doi:10.1093/ibd/izab345> [cit. 2025-03-10].

M'KOMA A. E. (2022). Inflammatory Bowel Disease: Clinical Diagnosis and Surgical Treatment-Overview. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(5), 567. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina58050567> [cit. 2024-11-20].

MALIK TF et al. (2024).. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. [Updated 2023 Mar 6]. In: StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls PublishingJan-. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568797/> [cit. 2024-09-11].

MARTYNIAK, A., et al., (2021). Prebiotics, Probiotics, Synbiotics, Paraprobiotics and Postbiotic Compounds in IBD. *Biomolecules*, 11(12), 1903. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/biom11121903> [cit. 2024-09-11].

MELTON, S. et al. (2024) Revolution in diet therapy for inflammatory bowel disease. *JGH open : an open access journal of gastroenterology and hepatology*, 8(7), e13097. <https://doi.org/10.1002/jgh3.13097> [cit. 2025-01-30].

MIGLIORETTO, C., Beck, E., & Lambert, K. (2024). What do people with inflammatory bowel disease want to know about diet? The dietary information needs of people with inflammatory bowel disease and perceptions of healthcare providers. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*, 37(3), 706–716. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jhn.13297> [cit. 2025-01-30].

NAIK, R. G., et al. (2025). From Evidence to Practice: A Narrative Framework for Integrating the Mediterranean Diet into Inflammatory Bowel Disease Management. *Nutrients*, , roč. 17, č. 3, s. 470. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu17030470> [cit2025-01-30]..

O'BRIEN, L., et al, (2024). Evolution, Adaptation, and New Applications of the FODMAP Diet. *JGH Open*, 05, vol. 8, no. 5 ProQuest Central. DOI <https://doi.org/10.1002/jgh3.13066>. [cit. 2025-03-12].

OLIVEIRA R, et al. (2024). Food-related quality of life and its predictors in inflammatory bowel disease. *Digestive Diseases & Sciences*, 69(5), 1793-1802. <https://dx.doi.org/10.1007/s10620-024-08333-9> [cit. 2025-03-12].

PEQUENO, N.P.F., Cabral, N.L.d., Marchioni, D.M. et al. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes* 18, 208 <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01347-7> [cit. 2025-03-26].

PRINCIPI M, et al. (2018). "Differences in dietary habits between patients with inflammatory bowel disease in clinical remission and a healthy population." *Annals of Gastroenterology* 31.4 469-473. Ovid MEDLINE(R) PubMed-not-MEDLINE. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=pnm4&NEWS=N&AN=29991892> . [cit. 2025-03-15].

RADZISZEWSKA, M., Smarkusz-Zarzecka, J., Ostrowska, L., & Pogodziński, D. (2022). Nutrition and Supplementation in Ulcerative Colitis. *Nutrients*, 14(12), 2469. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu14122469> [cit. 2024-11-17].

RAPČAN, et al. (2023). Endoscopic discectomy of the herniated intervertebral disc and changes in quality-of-life EQ-5D-5L analysis. *Medicine* [online]., roč. 102, č. e34188 Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034188> [cit. 2025-04-01].

RIECKE, Franziska, Leandra BAUER, Hans POLZER, et al. (2024). Effects of medical interventions on health-related quality of life in chronic disease – systematic review and meta-analysis of the 19 most common diagnoses. *Frontiers in Public Health* [online]., vol. 12, č. 1313685 <https://DOI.10.3389/fpubh.2024.1313685> [cit. 2025-04-01].

ROHATINSKY, Noelle, et al. (2024) "Older Adults With Inflammatory Bowel Disease in Canada: A Mixed-Methods Exploratory Study of Care Experiences and Health-Related Quality of Life." *Gastroenterology Nursing* 47.1 41-51. Journals@Ovid Full Text.. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftz2&NEWS=N&AN=00001610-202401000-00006> . [cit. 2025-03-18].

RONCORONI, L., et al. (2022). Nutrition in Patients with Inflammatory Bowel Diseases: A Narrative Review. *Nutrients*, 14(4), 751. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu14040751> [cit. 2024-11-20].

ROSEIRA, J., et al. (2021). Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: translation and validation to the Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 19, 59 <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01698-9> [cit. 2025-03-12].

ROSSO, Chiara et al. (2021). "Inflammatory Bowel Disease Nurse-Practical Messages." *Nursing reports (Pavia, Italy)* vol. 11,2 229-241. 1 Apr., <https://doi:10.3390/nursrep11020023> [cit. 2025-01-30]

RUSSELL EE. et al. (2024). Practical application of the crohn's disease exclusion diet as therapy in an adult australian population. *Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 39(3), 446-456. <https://dx.doi.org/10.1111/jgh.16414>

SAYEGH, L.N., et al. (2024) Nutritional Profile, Disease Severity, and Quality of Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Case–Control Study. *Nutrients*, , vol. 16, no. 12. pp. 1826 ProQuest Central. DOI <https://doi.org/10.3390/nu16121826>.

SCHREINER, P. et al. (2019). Vegetarian or gluten-free diets in patients with inflammatory bowel disease are associated with lower psychological well-being and a different gut microbiota, but no beneficial effects on the course of the disease. *United European Gastroenterology Journal*, 7, 767-781. <https://doi.org/10.1177/2050640619841249>

SIAVASH, S. et al. (2025). Psychometric Properties of the Persian Version of Sickness Impact Profile-30 (SIP-30) in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Aging Research* [online],, 2025, čl. 9959086 Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/jare/9959086> [cit. 2025-04-01].

SINGH, N., & Bernstein, C. N. (2022). Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *United European gastroenterology journal*, 10(10), 1047–1053. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ueg2.12319> [cit. 2024-11-16].

SKEVINGTON, Steven. (2007). Quality of Life. Online. In: *Encyclopedia of Stress*. Elsevier, s. 317-319. ISBN 9780123739476. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00616-4>. [cit. 2024-01-31].

STEINER, I. M., Bokemeyer, B., & Stargardt, T. (2024). Mapping from SIBDQ to EQ-5D-5L for patients with inflammatory bowel disease. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 25(3), 539–548. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10198-023-01603-9> [cit. 2025-03-14].

STRAUME, Z., et al. (2024). Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis during the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study in a Single Centre in Latvia. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences*, , vol. 78, no. 4. pp. 257-265 ProQuest Central. ISSN 1407009X. DOI <https://doi.org/10.2478/prolas-2024-0036>. [cit. 2025-03-14].

SUN, D., Chi, L., Liu, J., Liang, J., Guo, S., & Li, S. (2021). Psychometric validation of the Chinese version of the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire and evaluation of its measurement invariance across sex. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01890-x> [cit. 2025-03-12].

TAYLOR, Lorian. et al., (2023). Using a Patient-Completed Food Frequency Questionnaire to Determine Mediterranean Diet Score in People with Inflammatory Bowel Disease. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 12, vol. 84, no. 4, pp. 247-250 ProQuest Central. ISSN 14863847. DOI <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2023-005>). [cit. 2025-03-12].

TAYYEM, R. F., Qalqili, T. R., Ajeen, R., & Rayyan, Y. M. (2021). Dietary Patterns and the Risk of Inflammatory Bowel Disease: Findings from a Case-Control Study. *Nutrients*, 13(6), 1889. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu13061889> [cit. 2025-01-09].

THANGAVELU, Lakshmi, et al. (2024) "Safety and efficacy of stem cell therapy for Crohn's disease: an umbrella review of systematic reviews." *International Journal Of Surgery* 110.12 7495-7507. Journals@Ovid Full Text. Dostupné z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftz4&NEWS=N&AN=01279778-202412000-00009> . [cit. 2025-03-12].

THAPWONG, Parichat, et al. (2023) "A systematic review of the impact of inflammatory bowel disease (IBD) on family members." *Journal of Clinical Nursing* 32.9-10 2228-2238. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.16446> [cit. 2025-03-18].

THEODORIDIS X, et al. (2020). Social media as tools to study dietary habits of patients with rheumatic diseases: learning from relevant work on inflammatory bowel diseases.. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, 31(4), 382-383. <https://dx.doi.org/10.31138/mjr.31.4.382> [cit. 2025-03-18].

TRIANAFILLIDIS, John K et al. (2020). "Enteral Nutrition Supplemented with Transforming Growth Factor- β , Colostrum, Probiotics, and Other Nutritional Compounds in the Treatment of Patients with Inflammatory Bowel Disease." *Nutrients* vol. 12,4 1048. 10 Apr., Dostupné z: <https://doi:10.3390/nu12041048> [cit. 2024-09-09].

VERDINA, M., et al. (2023): "Survey of dietary beliefs and habits of inflammatory bowel disease patients." *Clinical Nutrition ESPEN* 57 624-629. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.07.090> [cit. 2025-03-09].

WANG Jingzhou, et al., (2024). The practice and perception of low residue diets in adult patients with inflammatory bowel disease, *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 30, Issue Supplement_1, February Pages S17–S18, Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ibd/izae020.041> . [cit. 2024-11-20].

WELDRING, Theresa a SMITH, Sheree M.S. (2013). Article Commentary: Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Online. Health Services Insights*. roč. 6. ISSN 1178-6329. Dostupn z: <https://doi.org/10.4137/HSL.S11093>. [cit. 2024-01-31].

WILLIET, N., et al. (2017). Patient-reported Outcomes in a French Nationwide Survey of Inflammatory Bowel Disease Patients. *Journal of Crohn's & colitis*, 11(2), 165–174. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw145> [cit. 2025-03-15].

WITGES, Kelcie et al. (2022). "What Is a Flare? The Manitoba Living With IBD Study." *Inflammatory bowel diseases* vol. 28,6 862-869. <https://doi:10.1093/ibd/izab192> [cit. 2025-03-15].

WONG, E. C.L., et al. (2024), Predicting Endoscopic Improvement in Ulcerative Colitis using the Ulcerative Colitis Severity Index. *Inflammatory Bowel Diseases*, 03, vol. 30, no. 3. pp. 370-381 ProQuest Central. ISSN 10780998. DOI <https://doi.org/10.1093/ibd/izad074>. [cit. 2025-03-15].

YELENCICH, Emily, et al. (2022), Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Prevalent Among Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Gastroenterology & Hepatology*, roč. 20, č. 6, s. 1282–1289.e1. Dostupné z: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovfty&NEWS=N&AN=01817247-202206000-00015> [cit. 2025-03-15].

ZHOU, S., Chai, P., Dong, X., Liang, Z., Yang, Z., Li, J., Teng, G., Sun, S., Xu, M., Zheng, Z. J., Wang, J., Zhang, Z., & Chen, K. (2023). Drinking water quality and inflammatory bowel disease: a prospective cohort study. *Environmental science and pollution research international*, 30(27), 71171–71183. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11356-023-27460-w> [cit. 2024-11-20]

Seznam příloh

Příloha A Vhodné a nevhodné potraviny při SCD dietě	129
Příloha B Informovaný souhlas	130
Příloha C Dotazník SIBDQ	132
Příloha D Dotazník stravovací návyky.....	135
Příloha E Licenční smlouva k dotazníku SIBDQ	142
Příloha F Informační brožura pro pacienty s IBD	148

Příloha A Vhodné a nevhodné potraviny při SCD dietě

SKUPINA POTRAVIN	VHODNÉ	NEVHODNÉ
Ovoce	veškeré čerstvé ovoce	konzervované ovoce
Zelenina	čerstvá zelenina	konzervovaná a mražená zelenina, brambory, batáty
Semínka a zrna	žádná	všechna zrna obilovin
Luštěniny	čočka, hrách	cizrna, sója, sójové mléko
Mléčné výrobky	bezlaktózové výrobky	mléko a další mléčné výrobky
Nápoje	voda, čaj, víno	instantní čaj, káva, pivo
Ostatní	med	čokoláda

Zdroj: (Vorudová, Mitrová 2021) Vlastní zpracování

Příloha B Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pacienta s účastí na průzkumném šetření k diplomové práci

Název studie: Průzkum kvality života pacientů s onemocněním střev a jejich stravovacích návyků – využití SIBDQ dotazníku v českém prostředí

Vážený(á) paciente(ko),

Jmenuji se Marie Roubalová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a tímto si Vás dovoluji požádat o účast na průzkumném šetření, které je součástí mé diplomové práce zaměřené na hodnocení kvality života pacientů se zánětlivým onemocněním střev (IBD) a jejich stravovacích návyků. Tento průzkum si klade za cíl přispět k lepšímu pochopení problematiky a podpořit zlepšení péče o pacienty s IBD.

1. Účel studie

Cílem tohoto šetření je vyhodnotit praktické využití zkrácené verze dotazníku kvality života pacientů se zánětlivým onemocněním střev (SIBDQ) u českých pacientů. Získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce.

2. Co účast obnáší?

Pokud se rozhodnete účastnit, budete požádán(a) o vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 15–20 minut. Dotazník obsahuje otázky týkající se fyzického, psychického a sociálního aspektu Vašeho života a vašich stravovacích návyků.

3. Dobrovolnost účasti

Vaše účast je zcela dobrovolná. Můžete se kdykoli rozhodnout účast ukončit, a to bez udání důvodu a bez jakéhokoliv dopadu na Vaši zdravotní péči. Odmítavé rozhodnutí nebude mít žádný vliv na Vaši léčbu.

4. Důvěrnost informací

Vaše odpovědi jsou zcela anonymní a nebudou spojovány s Vaší osobou. Veškeré údaje nebudou nikde zveřejněny a budou zpracovány v souladu s právními předpisy na ochranu osobních údajů (GDPR).

5. Možná rizika a přínosy

Vaše účast nepředstavuje žádné zdravotní riziko. Výsledky studie mohou přispět k lepšímu pochopení potřeb pacientů a zkvalitnění zdravotní péče. Přímý prospěch pro Vás se z této účasti neodvozuje.

6. Kontaktní informace

Máte-li jakékoli dotazy nebo připomínky týkající se této studie, můžete se obrátit na:

Jméno autora diplomové práce: Bc. Marie Roubalová

E-mail: roubalovamaja@gmail.com

Obráťte se na mě také v případě, že budete chtít Váš souhlas později odvolat.

7. Souhlas

Svým podpisem potvrzuji, že:

Jsem si přečetl(a) informace uvedené výše a porozuměl(a) jim.

Měl(a) jsem možnost položit otázky a obdržel(a) jsem na ně odpovědi.

Dobrovolně souhlasím s účastí na této studii.

Datum: _____

Rok narození: _____

Jméno a příjmení (hůlkovým písmem): _____

Podpis: _____

Velice děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný tomuto šetření. Vaše účast je pro nás velmi důležitá!

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PŘI ZÁNĚTLIVÉM ONEMOCNĚNÍ STŘEV (SIBDQ)

Tento dotazník nám má pomoci zjistit, jak jste se cítili v posledních 2 týdnech. Budeme se Vás ptát na to, jaké příznaky jste měli v důsledku vašeho zánětlivého onemocnění střev, jak jste se celkově cítili a jakou jste měli náladu.

1. Jak často jste během minulých 2 týdnů pocítovali vyčerpanost nebo jste měli problémy s únavou a pocitem vyčerpání? Vyznačte laskavě zaškrtnutím jedné z uvedených možností, jak často pro vás během posledních 2 týdnů byla problémem únava nebo vyčerpání?

- 1 NEUSTÁLE
- 2 VĚTŠINOU
- 3 POMĚRNĚ ČASTO
- 4 NĚKDY
- 5 MÁLOKDY
- 6 VÝJIMEČNĚ
- 7 NIKDY

2. Jak často jste během posledních 2 týdnů museli v důsledku svých střevních problémů odkládat nebo rušit společenské závazky? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností

- 1 NEUSTÁLE
- 2 VĚTŠINOU
- 3 POMĚRNĚ ČASTO
- 4 NĚKDY
- 5 MÁLOKDY
- 6 VÝJIMEČNĚ
- 7 NIKDY

3. Jaké těžkosti jste během posledních 2 týdnů měli v důsledku svých střevních potíží s prováděním činností spojených s využíváním volného času nebo sportováním, které byste rádi provozovali? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností

- 1 OPRAVDU VELKÉ POTÍŽE; ZNEMOŽŇOVALY MI VÝKON UVEDENÝCH ČINNOSTÍ
- 2 VELKÉ POTÍŽE
- 3 ZNAČNĚ POTÍŽE
- 4 JISTÉ POTÍŽE
- 5 MALÉ POTÍŽE
- 6 TĚMĚŘ ŽÁDNÉ POTÍŽE
- 7 ŽÁDNÉ POTÍŽE; STŘEVNÍ POTÍŽE NIJAK NEOMEZOVALY ČINNOSTI SPOJENÉ S VYUŽÍVÁNÍM VOLNÉHO ČASU NEBO SPORTOVÁNÍ

4. Jak často vás během posledních 2 týdnů trápily bolesti břicha? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností
- 1 NEUSTÁLE
 - 2 VĚTŠINOU
 - 3 POMĚRNĚ ČASTO
 - 4 NĚKDY
 - 5 MÁLOKDY
 - 6 VÝJIMEČNĚ
 - 7 NIKDY
5. Jak často jste během posledních 2 týdnů pocítovali depresi nebo malomyslnost? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností
- 1 NEUSTÁLE
 - 2 VĚTŠINOU
 - 3 POMĚRNĚ ČASTO
 - 4 NĚKDY
 - 5 MÁLOKDY
 - 6 VÝJIMEČNĚ
 - 7 NIKDY
6. Jakým problémem pro vás bylo během posledních 2 týdnů silné uvolňování plynů? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností
- 1 HLAVNÍM PROBLÉMEM
 - 2 VELKÝM PROBLÉMEM
 - 3 ZNAČNÝM PROBLÉMEM
 - 4 JISTÝM PROBLÉMEM
 - 5 MALÝM PROBLÉMEM
 - 6 TĚMĚŘ ŽÁDNÝM PROBLÉMEM
 - 7 ŽÁDNÝM PROBLÉMEM
7. Jakým problémem pro vás bylo během posledních 2 týdnů udržování nebo dosahování vámi požadované tělesné hmotnosti? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností
- 1 HLAVNÍM PROBLÉMEM
 - 2 VELKÝM PROBLÉMEM
 - 3 ZNAČNÝM PROBLÉMEM
 - 4 JISTÝM PROBLÉMEM
 - 5 MALÝM PROBLÉMEM
 - 6 TĚMĚŘ ŽÁDNÝM PROBLÉMEM
 - 7 ŽÁDNÝM PROBLÉMEM

8. Jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili uvolnění a bez napětí? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností

- 1 NIKDY
- 2 MÁLOKDY
- 3 NĚKDY
- 4 POMĚRNĚ ČASTO
- 5 VĚTŠINOU
- 6 TĚMĚŘ NEUSTÁLE
- 7 NEUSTÁLE

9. Jak často vás během posledních 2 týdnů obtěžovalo nutkání jít na toaletu, přestože jste měli prázdná střeva? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností

- 1 NEUSTÁLE
- 2 VĚTŠINOU
- 3 POMĚRNĚ ČASTO
- 4 NĚKDY
- 5 MÁLOKDY
- 6 VÝJIMEČNĚ
- 7 NIKDY

10. Jak často jste se během posledních 2 týdnů cítili rozzlobeně v důsledku svých střevních potíží? Vyberte si laskavě jednu z uvedených možností

- 1 NEUSTÁLE
- 2 VĚTŠINOU
- 3 POMĚRNĚ ČASTO
- 4 NĚKDY
- 5 MÁLOKDY
- 6 VÝJIMEČNĚ
- 7 NIKDY

Příloha D Dotazník stravovací návyky

Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely diplomové práce.

1. Vaše pohlaví

- Žena
- Muž
- Nechci uvádět

2. Kolik je Vám let?

3. Vaše onemocnění

- Crohnova choroba
- Ulcerózní kolitida

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední s výučním listem
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné (Dis.), Vysokoškolské (Bc.)
- Vysokoškolské (Mgr.)
- Vyšší

5. Jaké je Vaše zaměstnání?

- Stejně jako před zjištěním onemocnění
- Jsem zaměstnán, ale změnil jsem práci
- Mám nižší pracovní úvazek
- Plný invalidní důchod
- Částečný invalidní důchod
- Mateřská dovolená
- Student

6. Trpí tímto onemocněním i někdo z Vaší blízké rodiny (děti, rodiče, sourozenci)?

- Ano
- Ne

7. Jak dlouho se s onemocněním léčíte?

Stravovací návyky

8. Kde získáváte informace o stravování?

- Nutriční terapeut
- Praktický lékař
- Gastroenterolog
- Internet
- Podpůrné skupiny
- Odborná literatura
- Jiná (prosím uveďte)

9. Kolikrát denně jíte?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x
- 5x
- 6x
- Vícekrát

10. Odpovězte, prosím, na následující otázky:
(Označte prosím křížkem)

	Ano	Občas	Ne
Snídáte ráno?			
Zažíváte v průběhu dne pocity hladu?			
Jíte maso?			
Jíte zeleninu?			
Jíte ovoce?			
Jíte mléčné výrobky?			
Jíte sladkosti?			

11. Jaké druhy zeleniny konzumujete?

12. Jaké druhy ovoce konzumujete?

13. Jakou zeleninu/ovoce preferujete?

- Čerstvou/syrovou
- Tepelně upravenou

14. Které je Vaše hlavní jídlo dne?

- Snídaně
- Oběd
- Večeře

15. Máte zakázané nějaké potraviny ze zdravotních důvodů?

- Ne
- Ano (prosím, uveďte jaké)

16. Máte alergii na některé potraviny?

- Ne
- Ano (prosím, uveďte jaké)

17. Jak často jíte/pijete:

	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
Sladkosti? (bonbóny, zákusky,...)					
Slané? (brambůrky, křupky,..)					
Ovoce?					
Zeleninu?					
Kávu?					
Alkohol?					

18. Jak velkou část Vašeho jídelníčku tvoří?

	90% a víc	75%	50%	25%	Méně než 25%
Maso a masné výrobky?					
Mléko a mléčné výrobky?					
Zelenina a neživočišné výrobky?					

19. Zařazujete do svého jídelníčku pečivo? Pokud ano jaké a jak často?

Druh pečiva	Několikrát za den	Jednou za den	Několikrát za týden	Méně často	Vůbec
Bílé pečivo					
Celozrnné pečivo					
Trvanlivé pečivo					
Sladké pečivo					
Bezlepkové					

20. Kolik tekutin za den vypijete? (nealkoholické nápoje a nápoje bez kofeinu)

21. Snažíte se v jídelníčku omezit průmyslově zpracované potraviny?

- Ano
- Ne

22. Jakou dodržujete dietu?

- CDED eliminační dieta
- Dieta typu FODMAP
- LOW-FODMAP
- SCD dieta
- Bezezbytková dieta
- Bezlaktózová dieta
- Bezlepková dieta
- Středomořská
- Paleolitická
- Jiná (prosím uveďte)

23. Dodržujete předepsanou dietu?

- Ano
- Ne
- Občas

24. Jaké potraviny u Vás působí negativně na průběh onemocnění?

25. Jaké potraviny působí pozitivně na průběh onemocnění?

26. Užíváte přípravky enterální výživy na doplnění výživy? (sipping) Pokud ano, kolik kusů?

27. Ovlivnila změna stravovacích návyků či dieta stravování celé rodiny? (Pokud ano, jakým způsobem?)

28. Jak a kde hledáte inspiraci na recepty z potravin, které vám vyhovují?

29. Máte nějaké nápady jak vylepšit informovanost o stravování pacientů s IBD? Případně, jakou možnost byste upřednostnil/a při získávání informací o stravování?

30. Vedete si záznamy o potravinách které vám vyhovují/nevhovují?

Ano

Ne

Příloha E Licenční smlouva k dotazníku SIBDQ

ACADEMIC RESEARCH LICENSE AGREEMENT

IMPORTANT - PLEASE READ CAREFULLY

This license ("License") is a legally binding agreement between you (the "Licensee") and McMaster University ("McMaster") for the questionnaire as well as all accompanying documentation and translations (the "Licensed Work").

IF YOU AGREE TO BE BOUND BY THE TERMS OF THIS LICENCE, CLICK THE 'I ACCEPT' BOX AT THE BOTTOM OF THIS AGREEMENT. IF YOU DO NOT AGREE TO THE TERMS OF THIS LICENCE, YOU ARE NOT AUTHORIZED TO USE THE LICENSED WORK.

PARTIES

This is an agreement between McMaster and You and all persons You represent, including any natural persons and any type of incorporated or unincorporated entity (the "Licensee").

By agreeing to the terms of this License, You indicate that You agree, and all persons You represent agree, to be bound by the terms of this License and You represent and warrant that You have the legal authority to enter into this License on behalf of Yourself and all persons You represent.

BACKGROUND

- i. McMaster has researched, developed and owns the copyright in the Licensed Work.
- ii. Licensee desires to acquire a license to use the Licensed Work for the following purpose ("Permitted Purpose"): ACADEMIC by STUDENT/RESEARCHER - the use of the Licensed Work in connection with the Licensee's Academic study including use of the Licensed Work at Licensee corporate locations and all other uses of the Licensed Work reasonable or necessary for the performance of the Academic study, including uses by Licensee and its subcontractors, representatives and agents in connection with the Academic study for the analysis and use of the data.

Name of Academic Study ("Academic Study"), Contact information for Study Coordinator and Total Number of Patients (together, the "Academic Study Information") to be disclosed by Licensee to McMaster.

Academic Research: For use in one academic study by a student/ researcher for administration to no more than 500 individual subjects.

AGREEMENT

In consideration of the benefits that the Parties will receive from this Agreement and for other good and valuable consideration (the receipt and sufficiency of which is hereby acknowledged by each of the Parties), the Parties agree as follows:

1. GRANT OF LICENSE

Subject to the terms and conditions of this Agreement and effective as of the Effective Date hereof, McMaster hereby grants to Licensee and Licensee hereby accepts a non-exclusive license to use the Licensed Work for the Permitted Purpose at the location indicated as Licensee's address for the specific use and at the specified license fee. Licensee must notify McMaster in writing if any details of the Academic Study Information change. Changes may be emailed to milo@mcmaster.ca.

2. PROHIBITED USES

Licensee must not make any other use of the Licensed Work except as provided for in this Agreement or in a separate license agreement with McMaster. In particular, but without limitation, Licensee must not:

- i. Administer the Licensed Work to more than 500 patients;
- ii. Modify, adapt or create any other derivative work of the Licensed Work;
- iii. Sell, sublicense, rent, loan, transfer or otherwise distribute the Licensed Work to any other person other than as required in connection with the Permitted Purpose;
- iv. Publicly perform or display the Licensed Work or any part of the Licensed Work, except for the administration of the Licensed Work, in connection with the Permitted Purpose; or
- v. Remove or obscure any copyright, trade-mark or other proprietary notices contained in or associated with the Licensed Work.

3. LICENSE FEE (if applicable)

In consideration of the right granted to the Licensee under this License, the Licensee must pay McMaster the license fee and any applicable taxes set out on the Order Screen ('License Fee') which is due and payable upon acceptance of the terms of this Agreement. Neither all nor any portion of the License Fee will be refundable to the Licensee under any circumstances.

4. DELIVERY OF LICENSED WORK

After the Licensee has executed this Agreement and McMaster has received payment of the License Fee from the Licensee, McMaster will provide licensee with the Licensed Work by email.

5. ACKNOWLEDGMENT OF COPYRIGHT

Licensee acknowledges that the Licensed Work is protected by copyright and other intellectual property rights. Licensee acknowledges that McMaster owns all rights in the Licensed Work that Licensee has no right to use the names, "McMaster"; "McMaster University"; "Title of Licensed Work" except as is incidental to the purposes of this Agreement.

6. PUBLICATION

Licensee may publish research and other articles based on data obtained using the Licensed Work provided that Licensee does not publish any part of the Licensed Work and that all publications include

the following statement: "Use of the [TITLE OF LICENSED WORK], authored by [AUTHOR(S)], was made under license from McMaster University, Hamilton, Canada".

7. CONFIDENTIALITY

7.1 Licensee acknowledges that the terms negotiated in this Agreement are relevant to this Agreement only and will not be considered as a template or precedent for any future agreements. Except as required by law, neither party will disclose the terms of this Agreement to any third party without the prior written consent of the other party. Neither party will use the name of the other party in any publicity, advertising or announcement without the prior written approval of the other party.

7.2 McMaster will keep confidential any information submitted to it by the Licensee under this Agreement, including, but not limited to any information contained in the attached Schedules, and will use due diligence to prevent disclosure of it except to its employees necessary for the conduct of its obligations under this Agreement who are bound by similar written obligations of confidentiality for a period of five (5) years after the execution of this Agreement.

8. TRANSLATIONS

8.1 Licensee may use the Licensed Work in any of the languages available from McMaster which have been linguistically validated and for which a Certificate of Translation is available.

8.2 Licensee may not translate the Licensed work into any new languages, not available through McMaster, when licensing the Licensed Work using this license. If Licensee wishes to perform a new translation, complete the request form found at <https://research.mcmaster.ca/industry-and-investors/technologies-available-for-licensing/questionnaire-request-form/> and do not move forward with this license.

8.3. In no event will McMaster be liable for any use by Licensee or any of the Sites of any translation prepared without the approval and consultation of McMaster or received from any source other than McMaster. Licensee will indemnify McMaster against any actions for damages, losses, costs and claims arising from Licensee's use of any translation not provided by McMaster. The data from such translations may jeopardize Licensee's study data and/or results. Where Licensee is prohibited or restricted by law to indemnify or hold harmless McMaster, Licensee shall be responsible to the full extent permitted by the laws and procedures of their governing state or body for any actions for damages, losses, costs and claims arising from any use by Licensee of any translation not provided by McMaster.

9. DISCLAIMER OF WARRANTIES

Except for the representations and warranties expressly set forth herein, McMaster disclaims all other warranties, express or implied. In particular, but without limitation, the Licensed Work is provided by McMaster WITHOUT WARRANTY OF MERCHANTABILITY OR FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, EITHER EXPRESSED OR IMPLIED. Licensee acknowledges that it has had the opportunity to review the Licensed Work and has determined that its form is acceptable for use by Licensee.

10. INDEMNITY AND LIMITATION OF LIABILITY

10.1 In no event will McMaster be liable for any use by Licensee of the Licensed Work and all related translations for any losses, costs, claims, damages or liability of any kind whatsoever which may arise from Licensee's use of the Licensed Work, including all translations and/or electronic conversions, or this Agreement;

10.2 Licensee will indemnify, defend and hold harmless McMaster, its directors, officers, employees, agents and affiliates from and against any liability, loss, costs, damages or expenses of any kind (including, but not limited to, reasonable legal, expert and consultant fees) causes of action, actions, claims, demands, lawsuits or other proceedings, (collectively, "Claims") arising directly or indirectly from any use of the Licensed Work and all related translations and/or electronic conversions used by Licensee or otherwise attributable to this Agreement.

11. INSURANCE

Licensee shall maintain liability insurance sufficient to cover its potential liabilities hereunder.

12. TERMINATION

12.1 This Agreement commences on the Effective Date and terminates twelve (12) months after the conclusion of the Academic study by student/researcher; provided that the license granted by McMaster hereunder shall continue until the completion of the Permitted Purpose.

12.2 Either party may terminate this Agreement for a material breach of this Agreement, provided that the breaching party fails to cure such material breach within sixty (60) days after receipt of written notice specifying such material breach.

12.3 In the event that a party becomes insolvent, makes an assignment for the benefit of creditors, files for bankruptcy, or ceases or threatens to cease to carry on the whole or any relevant part of its business or trade (hereafter an "Insolvent Party"), the other party may terminate this Agreement effective upon delivery of a written notice to the Insolvent Party; provided that if Licensee has paid the License Fees in full.

12.4 Notwithstanding the termination or expiration of this Agreement, the rights and obligations in Articles 3, 5, 6, 7, 9, 10 and 11 will survive and continue to bind the parties and each of their successors and assigns.

13. GENERAL PROVISIONS

13.1 Assignment and Subcontracting

Neither party shall sublicense or assign this Agreement to any third party without receiving prior written permission from the other party, provided that a party shall be entitled to assign its rights and obligations hereunder in connection with the sale of all, or substantially all, of its business related to the Permitted Purpose or its obligations under this Agreement.

13.2 Taxes

Licensee will pay all sales, use and other taxes imposed by any applicable laws and regulations as a result of the payments (if applicable) under this Agreement, other than taxes based upon Licensor's net income.

License fees (if applicable) which are payable by Licensee to Licensor hereunder will not be reduced by any tax withholding.

13.3 Entire Agreement

This Agreement contains the entire agreement between the Parties with regard to the Licensed Work and supersedes all prior oral or written communications or understandings between the Parties. No amendments to this Agreement shall be valid or enforceable unless in writing and signed by all Parties.

13.4 Severability

If any provision of this Agreement is wholly or partially invalid, illegal or unenforceable for any reason, all other provisions will continue in full force and effect.

13.5 Binding Effect

This Agreement enures to the benefit of and is binding upon the Parties and their respective successors, executors, administrators or other legal representatives and permitted assigns.

13.6 Notices

All notices or other communications to be given under this Agreement by one party to the other shall be in writing and shall be delivered in one of the following formats: electronically, by prepaid courier, by registered prepaid mail or by hand. Such notices are deemed received after verification of such receipt or seven (7) days, whichever is lesser. Notices to McMaster must be addressed to:

McMaster University

MIP, Suite 305, 1280 Main Street West
Hamilton, ON L8P 0A1
Fax: 905-546-1372
Attention: Executive Director
McMaster Industry Liaison Office

13.7 No Waiver

Failure of a party to enforce its rights on one occasion will not result in a waiver of those rights on any other occasion.

13.8 Applicable law and jurisdiction

This Agreement is to be interpreted in accordance with the laws of the Province of Ontario and the applicable federal laws of Canada and the Parties attorn to the exclusive jurisdiction of the courts of the Province of Ontario.

13.9 Copy of Agreement

Licensee should print out or download a copy of this Agreement and retain it for their records.

13.10 Language

Licensee consents to the use of the English language in this Agreement.



INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ

Co je to IBD? (Zánětlivé onemocnění střev)

Zánětlivé onemocnění střev (IBD) je chronické onemocnění trávicího traktu, které způsobuje dlouhodobý zánět ve střevech. Mezi hlavní formy IBD patří:

1. Crohnova choroba – může postihnout jakoukoli část trávicího traktu (od úst až po konečník), často se vyskytuje ve skvrnitých úsecích.
2. Ulcerózní kolitida – postihuje pouze tlusté střevo a konečník, kde způsobuje souvislý zánět a vředy.

Jaké jsou příznaky IBD?

Příznaky se mohou lišit podle závažnosti nemoci a fáze (klidová fáze vs. vzplanutí). Mezi nejčastější patří:

- ✓ Časté průjmy (někdy s příměsí krve nebo hlenu)
- ✓ Bolesti břicha a křeče
- ✓ Únava a vyčerpání
- ✓ Nechtěný úbytek hmotnosti
- ✓ Snížená chuť k jídlu
- ✓ Teplota a noční pocení (zejména při vzplanutí)

✚ IBD je autoimunitní onemocnění, což znamená, že imunitní systém napadá vlastní střevní tkáň a způsobuje zánět.

Jaká je příčina IBD?

Přesná příčina není zcela jasná, ale vědci se shodují na několika faktorech:

- Genetika – pokud má někdo v rodině IBD, existuje vyšší riziko onemocnění.
- Imunitní systém – přehnaná reakce imunitního systému na střevní bakterie.
- Životní prostředí – některé faktory jako stres, kouření, nezdravá strava, infekce nebo užívání antibiotik mohou přispět ke vzniku nemoci.

INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ

Jak se IBD léčí?

- IBD nelze zcela vyléčit, ale existují účinné způsoby, jak zvládnout příznaky a dosáhnout remise (klidového období).
- Léčba zahrnuje:
- Léky 💊 (antibiotika, kortikosteroidy, imunosupresiva, biologická léčba)
- Stravování a dieta 🍏 (vyhýbání se dráždivým potravinám, dostatečný příjem živin)
- Změna životního stylu 🚶 (snížení stresu, pravidelný pohyb, dostatek spánku)
- V některých případech operace 🏥 (odstranění poškozené části střeva)

✦ Pravidelné kontroly u gastroenterologa jsou důležité pro sledování průběhu onemocnění a přizpůsobení léčby.

Jak žít s IBD?

Život s IBD může být náročný, ale existují způsoby, jak nemoc lépe zvládat:

- ✓ Sledovat, jaké potraviny zhoršují příznaky a vyhýbat se jim.
- ✓ Plánovat si jídlo, odpočinek a aktivity podle aktuálního zdravotního stavu.
- ✓ Mluvit o nemoci s blízkými a nebát se vyhledat podporu (lékaři, skupiny pacientů).
- ✓ Nestresovat se – stres může vyvolat vzplanutí nemoci.

♥ IBD neznamena konec aktivního života! S vhodnou léčbou a zdravým přístupem je možné žít plnohodnotně.

📌 **Pokud máte IBD nebo podezření na něj, kontaktujte svého lékaře, který vám pomůže s léčbou a doporučeními.**

ZDRAVÁ 13

1. Udržujte si přiměřenou stálou tělesnou hmotnost .
2. Denně se pohybujte alespoň 30 minut např. rychlou chůzí nebo cvičením
3. Jezte pestrou a vyváženou stravu rozdělenou do 3-5 jídel denně.
4. Konzumujte dostatečné množství zeleniny (syrové i vařené) a ovoce.
5. Z obilovin preferujte celozrnné výrobky a nezapomínejte na luštěniny.
6. Snižujte příjem cukru, zejména ve formě slazených nápojů, sladkostí, džemů...
7. Denně zařazujte mléko a mléčné výrobky, zejména zakysané (např. jogurty, zakysané mléčné nápoje, kefíry); vybírejte si přednostně polotučné.
8. Předcházejte nákazám a otravám z potravin správným zacházením s potravinami při nákupu a uskladnění. Při přípravě pokrmů omezte smažení a grilování.
9. Sledujte příjem tuku, omezte množství tuku ve skryté formě.
10. Jezte ryby a rybí výrobky alespoň 1× týdně.
11. Omezujte příjem kuchyňské soli a potravin s vyšším obsahem soli.
12. Nezapomínejte na pitný režim, denně vypijte minimálně 1,5 l tekutin.
13. Omezte příjem alkoholu.

VHODNÉ POTRAVINY

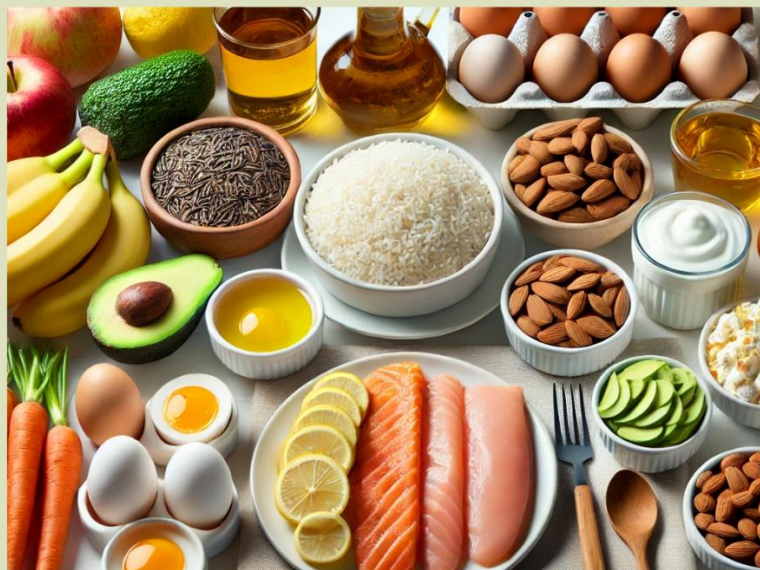
obecně dobře tolerované při IBD

1. Snadno stravitelné sacharidy

- ✓ Bílé pečivo a rýže
- ✓ Brambory (vařené, pečené, bez slupky)
- ✓ Ovesné vločky
- ✓ Banány, jablka bez slupky, hrušky
- ✓ Cuketa, mrkev, dýně (vařené)

2. Bílkoviny s nízkým obsahem tuku

- ✓ Kuřecí a krůtí maso (bez kůže, vařené nebo pečené)
- ✓ Libová ryba (losos, treska, pstruh)
- ✓ Vejce (nejlépe vařená)
- ✓ Měkké sýry s nízkým obsahem laktózy (např. mozzarella)
- ✓ Sójové a rostlinné proteiny



VHODNÉ POTRAVINY

obecně dobře tolerované při IBD

3. Zdravé tuky

- ✓ Olivový olej
- ✓ Kokosový olej (v malém množství)
- ✓ Avokádo
- ✓ Ořechová másla (pokud jsou dobře tolerována)

4. Nízkosacharidové mléčné výrobky

- ✓ Jogurty s probiotiky (bez laktózy)
- ✓ Tvrdé sýry (parmezán, čedar)
- ✓ Rostlinná mléka (mandlové, kokosové, rýžové)

5. Hydratace a tekutiny

- ✓ Čistá voda
- ✓ Heřmánkový nebo mátový čaj
- ✓ Domácí vývary
- ✓ Kokosová voda



NEVHODNÉ POTRAVINY

mohou zhoršit příznaky

1. Nadýmavé a těžko stravitelné potraviny

- ✗ Luštěniny (čočka, fazole, hrách)
- ✗ Brokolice, květák, kapusta, zelí
- ✗ Cibule, česnek, pórek
- ✗ Houby

2. Průmyslově zpracované a mastné potraviny

- ✗ Rychlé občerstvení (hamburgery, hranolky)
- ✗ Smažená jídla
- ✗ Uzeniny (klobásy, párky, slanina)
- ✗ Sladké pečivo a dezerty s vysokým obsahem cukru



NEVHODNÉ POTRAVINY

mohou zhoršit příznaky

3. Kyselé a dráždivé potraviny

- ✗ Citrusové plody (pomeranče, citrony, grep)
- ✗ Rajčata a kečup
- ✗ Ostrá a kořeněná jídla
- ✗ Alkohol

4. Mléčné výrobky s laktózou

- ✗ Plnotučné mléko
- ✗ Smetana a máslo
- ✗ Sladké jogurty

5. Nápoje a kofein

- ✗ Káva (zejména silná)
- ✗ Sycené nápoje (cola, energetické nápoje)
- ✗ Alkohol (pivo, víno, destiláty)



TIP NA RECEPT

Recept pro fázi remise: Jablečný koláč z rýžové mouky 🍏

Ingredience na 4 porce:

- ✓ 400 g jablek
- ✓ 80g rýžové mouky
- ✓ 40 g cukru
- ✓ 2 vejce
- ✓ 40 ml řepkového oleje
- ✓ nastrouhaná citronová kůra

- 1 Předehřejte troubu na 180°C.
- 2 Oloupejte jablka a nastrouháme je nahrubo a dáme do mísy.
- 3 V jiné míse vyšleháme cukry s vejci do pěny.
- 4 Za stálého míchání pomalu přiléváme olej, nastrouhanou citronovou kůru, špetku soli a nakonec mouku
- 5 Když je těsto hladké, jemně do něj vmícháme jablka.
- 6 Můžeme přidat špetku skořice.
- 7 Těsto nalijeme do formy, kterou jsme vyložili pečícím papírem.
- 8 Pečeme při 180°C cca 45 minut.



TIP NA RECEPT

Recept pro fázi relapsu: Rýžová kaše s banánem 🍌
(Lehká, nenadýmavá, uklidňující pro podrážděné střevo)

Ingredience:

- ✓ 50 g bílé rýže (ideálně kulatozrná)
- ✓ 300 ml vody
- ✓ 100 ml mandlového mléka (nebo vody)
- ✓ ½ zralého banánu (rozmačkaný)
- ✓ ½ lžičky javorového sirupu (volitelné)

Postup:

- 1 Rýži propláchněte a dejte vařit do vody na mírném ohni. Vařte cca 20–25 minut, dokud se nerozvaří na kaši.
- 2 Přidejte mandlové mléko a nechte chvíli povařit, aby se směs zahustila.
- 3 Rozmačkejte banán vidličkou a přimíchejte do kaše.
- 4 Pokud chcete lehce osladit, přidejte pár kapek javorového sirupu.
- 5 Podávejte teplé jako snadno stravitelnou snídani nebo lehkou večeři.

✓ Tip: Pokud snášíte skořici, můžete přidat špetku pro lepší chuť a trávení.



TIP NA RECEPT

Recept pro fázi remise: Krémová dýňová polévka 🍲
(Lehce stravitelná, bohatá na živiny, vhodná při klidovém období)

Ingredience:

- ✓ 1 střední dýně Hokkaido (nebo máslová dýně)
- ✓ 1 menší brambora (oloupaná)
- ✓ 1 mrkev (oloupaná)
- ✓ 500 ml zeleninového vývaru (domácí, bez přidané soli)
- ✓ 100 ml rostlinného mléka (mandlové nebo kokosové)
- ✓ 1 lžíce olivového oleje
- ✓ Špetka kurkumy (protizánětlivá)
- ✓ Špetka soli (podle tolerance)

Postup:

- 1** Dýni, bramboru a mrkev oloupejte a nakrájejte na menší kousky.
- 2** Na mírném ohni v hrnci rozehejte olivový olej a lehce orestujte zeleninu.
- 3** Přidejte zeleninový vývar a přiveďte k varu. Vařte cca 20 minut, dokud není zelenina měkká.
- 4** Sundejte z plotny a nechte mírně vychladnout. Poté polévku rozmixujte dohladka.
- 5** Přidejte rostlinné mléko, kurkumu a promíchejte.
- 6** Podávejte teplé s kouskem lehkého pečiva.

✓ Tip: Pokud dobře snášíte, můžete přidat lžící řeckého jogurtu bez laktózy pro jemnější chuť.



TIP NA RECEPT

Hlavní jídlo pro pacienty s IBD: Pečené kuřecí prso s bramborovým pyré a dušenou mrkví 🥕🥕

Tento recept je lehce stravitelný, výživný a nenadýmavý, takže je vhodný pro pacienty s IBD v remisi i relapsu.

🍴 **Ingredience (2 porce):**

- ✓ 2 kuřecí prsa (bez kůže)
- ✓ 4 střední brambory (oloupané)
- ✓ 2 střední mrkve (oloupané a nakrájené na kolečka)
- ✓ 1 lžíce olivového oleje
- ✓ 1 lžička másla (bez laktózy)
- ✓ 50 ml mandlového mléka (nebo vody)
- ✓ ½ lžičky kurkumy (protizánětlivé účinky)
- ✓ Špetka soli (podle tolerance)
- ✓ Špetka sušeného oregana (volitelné)



Postup přípravy:

1 Příprava kuřecího:

Předehřejte troubu na 180 °C.

Kuřecí prsa potřete olivovým olejem, solí a sušeným oreganem.

Pečte 25–30 minut, dokud není maso šťavnaté a měkké.

2 Bramborové pyré:

Brambory uvařte v mírně osolené vodě do měkka (cca 20 minut).

Slijte vodu a přidejte máslo a mandlové mléko.

Rozmačkejte na hladké pyré a dochuťte špetkou kurkumy.

3 Dušená mrkev:

Nakrájenou mrkev dejte do hrnce, přidejte trochu vody a vařte pod pokličkou na mírném ohni 10 minut, dokud nezměkne.

4 Servírování:

Na talíř dejte pečené kuřecí prso, vedle porci bramborového pyré a dušenou mrkev.

Můžete přidat kapku olivového oleje na mrkev pro lepší vstřebávání vitamínů.

✓ Lehké, šetrné k trávení a výživné jídlo pro pacienty s IBD!

🌸 **Tip:** Pokud snášíte dobře zeleninu, můžete přidat i pár listů špenátu nebo cuketu k mrkvi.



ZDROJE

- VORUDOVÁ, Jana a MITROVÁ, Katarína. *Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech*. Praha: Pacienti IBD, 2021. ISBN isbn:978-80-907566-4-9.
- Příručky pro pacienty Nestlé, Modulen, Modulife recepty, E. Weidenthalerová, www.nestlehealthscience.cz

<https://receptydetem.cz/recepty/jablecny-bezlepkovy-kolac/>

Obrázky v této brožuře byly vygenerované pomocí umělé inteligence (chat GPT 4)

KONTAKTNÍ ÚDAJE
Marie Roubalová
roubalovamaja@gmail.com