

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Lucie Rejmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Životní příběh pacienta s ulcerózní kolitidou

Bakalářská práce

2025

Lucie Rejmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lucie Rejmanová**
Osobní číslo: **Z22445**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Životní příběh pacienta s ulcerózní kolitidou**
Téma práce anglicky: **The life story of a patient with ulcerative colitis**
Zadávající 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: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-5376-8.
PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-6179-4.
SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2019. 463 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
VORUDOVÁ, Jana a Katarína MITROVÁ. *Výživa a diety při idiopatických střevních zánětech*. Praha: Pacienti IBD, 2021. 53 s. ISBN 978-80-907566-4-9.
ZBOŘIL, Vladimír. *Idiopatické střevní záněty*. Ilustroval Jiří HLAVÁČEK. Praha: Mladá fronta, 2018. Aeskulap. 575 s. ISBN 978-80-204-4720-3.
ZBOŘIL, Vladimír. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2022]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-718-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

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

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

V Pardubicích dne 10. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem **Životní příběh pacienta s ulcerózní kolitidou** jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen 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

Lucie Rejmanová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Michalovi Kopeckému za jeho pozitivní přístup, ochotu a za všechny odborné rady, které mi dal.

Taktéž bych chtěla poděkovat pacientce, její rodině a blízkým, že se podíleli na vzniku této bakalářské práce, umožnili mi nahlédnout do jejich životů a byli ochotní věnovat mi svůj čas.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá životním příběhem pacientky s ulcerózní kolitidou a kvalitou jejího života. Zaměřuje se i na kvalitu života rodiny pacientky a jejích blízkých přítelkyň a zjišťuje jakým způsobem mělo onemocnění pacientky vliv na jejich životy. V průzkumu jsou využívány prvky případové studie. První část průzkumného šetření obsahuje rozhovory s pacientkou, jejím manželem, jejími rodiči a dvěma blízkými přítelkyněmi. Ve druhé části průzkumu byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Bakalářská práce poukazuje na fyzickou i psychickou zátěž, které je pacientka každý den vystavována v důsledku onemocnění. Ulcerózní kolitida přináší řadu omezení především v oblasti stravy, pohybu a společenského života. Důsledky těchto omezení mají mnohdy vliv i na její rodinu a blízké. Zároveň byla posouzena kvalita života všech respondentů a bylo vyhodnoceno, že se pohybuje lehce nad průměrem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Životní příběh, ulcerózní kolitida, rozhovor, kvalita života, WHOQOL-BREF, omezení, vztahy, léčba

TITLE

The life story of a patient with Ulcerative Colitis

ANNOTATION

The bachelor's thesis deals with the life story of a patient with Ulcerative Colitis and her quality of life. It also focuses on the quality of life of the patient's family and her close friends and finds out how the patient's illness affected their lives. The survey uses elements of a case study. The first part of the survey includes interviews with the patient, her husband, her parents and two close friends. The second part of the survey used the standardized WHOQOL-BREF questionnaire. The bachelor's thesis points out the physical and psychological burden that the patient is exposed to every day as a result of the disease. Ulcerative colitis brings a number of restrictions, especially in the areas of diet, exercise and social life. The consequences of these restrictions often also affect her family and close friends. At the same time, the quality of life of all respondents was assessed and it was assessed that it is slightly above average.

KEYWORDS

life story, Ulcerative Colitis, interview, quality of life, WHOQOL-BREF,
limitations, relations, therapy

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	14
1.1 Cíl práce	14
1.2 Podkapitola cíle práce	14
Teoretická část	15
2 Ulcerózní kolitida	15
2.1 Rozdíl mezi ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou	15
2.2 Etiologie a genetické faktory	16
2.3 Prevalence a incidence	16
2.4 Klinická symptomatologie	17
2.4.1 Muskoskeletární systém	17
2.4.2 Oční symptomy	18
2.4.3 Kožní symptomy.....	18
2.4.4 Hepatobiliární systém	19
2.4.5 Plicní systém	19
2.4.6 Renální systém.....	20
2.4.7 Hematologický a kardiovaskulární systém.....	20
2.5 Diagnostické metody.....	21
2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření.....	21
2.5.2 Laboratorní metody.....	21
2.5.3 Endoskopické metody.....	21
2.5.4 Histologické metody.....	22
2.5.5 Radiologické a zobrazovací metody.....	22

2.6	Léčba UC.....	24
2.6.1	Farmakoterapie.....	24
2.6.2	Biologická léčba.....	25
2.6.3	Chirurgická léčba.....	27
2.7	Výživa a dieta.....	27
3	Kvalita života.....	30
3.1	Kvalita života s diagnózou UC.....	30
4	Funkční vzorce zdraví Marjory Gordonové.....	32
4.1	Funkční typy zdraví.....	32
4.2	11 oblastí funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové.....	33
5	Životní příběh.....	34
	Průzkumná část.....	35
6	Metodika průzkumné části.....	36
7	Výsledky.....	38
7.1	Životní příběh pacientky s ulcerózní kolitidou.....	38
7.2	Kódy.....	41
7.2.1	Schéma kvalitativního průzkumu.....	50
7.3	Vyhodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.....	51
8	Diskuze.....	60
9	Závěr.....	65
9.1	Závěr - doporučení.....	66
10	Použitá literatura.....	67
11	Přílohy.....	76

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 – Mayo endoscopic subscore (Daperno, 2023)	22
Tabulka 2 - Diagnostická vyšetření vedoucí ke stanovení diagnózy ulcerózní kolitidy (Segal et al., 2021)	23
Tabulka 3 - Perorální aminosalicyláty (Zbořil et al., 2018, s. 274)	24
Tabulka 4 - Léčiva využívaná pro biologickou léčbu (Zbořil, 2022)	26
Obrázek 1 – schéma kvalitativního průzkumu.....	50
Graf 1 – Q1.....	51
Graf 2 – Q2.....	52
Graf 3 – Doména fyzického zdraví.....	53
Graf 4 – Doména prožívání.....	55
Graf 5 – Doména sociálních vztahů.....	57
Graf 6 – Doména prostředí.....	58

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

5-ASA	Kyselina 5-aminosalicylová
AIH	Autoimunitní hepatitida
COX2	Cyklooxygenáza 2
CRP	C – reaktivní protein
CT	Computed Tomography (Počítačová tomografie)
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
EIM	Extraintestinal manifestations (extraintestinální projevy)
EN	Erythema nodosum
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus)
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
I.V.	Intravenózně
IBD	Inflammatory Bowel Disease (Idiopatické střevní záněty)
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (Dotazník pro zánětlivé onemocnění střev)
MC&S	Microscopy, Culture and Sensitivity (mikroskopie, kultivace a citlivost)
MES	Mayo endoscopic subscore
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Magnetická rezonance)
NANDA	The North American Nursing Diagnosis Association
NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (nesteroidní protizánětlivé léky)
PER OS	Perorální podání léků
PG	Pyoderma gangrenosum
PPAR gama	Peroxisome Proliferator-Activated Receptor Gamma

PSC	Primární sklerotizující cholangitida
RP-IPAA	Restorativní proktokolektomie s ileální pouch-anální anastomózou
RTG	Rentgen
STC	Subtotální kolektomie
TPC	Totální proktokolektomie
UC	Ulcerózní kolitida
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Ulcerózní kolitida (dále jen UC) je idiopatické zánětlivé střevní onemocnění postihující tlusté střevo. Nejčastěji se projevuje bolestí břicha, těžkými průjmy a následným vyčerpáním. Pro pacienty léčící se s UC může být život velmi náročný po fyzické i psychické stránce. Výskyt UC stále narůstá a postihuje především lidi žijící ve vyspělých zemích. Cíl této bakalářské práce je v teoretické části popsat a shrnout dostupné informace o UC z odborných publikací a v praktické části popsat životní příběh pacientky a zhodnotit kvalitu života všech respondentů pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Bakalářská práce je rozdělená na dvě části (teoretickou a praktickou). Tyto části jsou dále rozděleny do jednotlivých kapitol a podkapitol. Teoretická část bakalářské práce se v prvním celku zabývá etiologií a genetickými faktory, prevalencí a incidencí, klinickou symptomatologií, extraintestinálními projevy (muskoskeletárním systémem, očními symptomy, kožními symptomy, hepatobiliárním systémem, plicními symptomy, ledvinnými symptomy, hematologickým a kardiovaskulárním systémem), diagnostickými metodami, léčbou (farmakologickou, biologickou a chirurgickou) a výživou. Ve druhém celku se zabývá kvalitou života, 11 oblastmi funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové a životním příběhem.

V praktické části bakalářské práce je zpracován životní příběh pacientky, který mapuje, jaké dopady má UC na její život i na životy jejích blízkých. Pro zpracování byl zvolen kvalitativní průzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s pacientkou a jejími nejbližšími (manželem, rodiči, dvěma přítelkyněmi). Druhou součástí praktické části je vyhodnocení kvality života pacientky, její rodiny a dvou přítelkyň pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí dotazníku WHOQoL-100 od Světové zdravotnické organizace.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

Cíle práce jsou rozděleny na tři spolu související části.

První cíl je prozkoumat životní příběh pacientky léčící se s ulcerózní kolitidou a zároveň zjistit, jak probíhala léčba a jakým způsobem onemocnění změnilo její život.

Druhým cílem je zjistit a popsat, jakým způsobem ovlivnilo onemocnění pacientky její rodinu a blízké přítelkyně. Zabývá se především tím, jestli došlo nějakým způsobem k ovlivnění vzájemných vztahů a ke změně kvality společně stráveného času v důsledku onemocnění pacientky.

Třetí cíl je zhodnotit úroveň kvality života všech respondentů podle standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Všechny získané výsledky následně přenést do grafů a grafy popsat.

1.2 Podkapitola cíle práce

Bakalářská práce má nabídnout lidem léčícím se s ulcerózní kolitidou možnost porovnat svůj průběh onemocnění s průběhem onemocnění jiné osoby. Mohou z ní vyčíst cenné informace a inspirovat se metodami léčby, které pacientce pomohly. Zároveň může pomoci členům rodiny pacientů s UC, ale i zdravotnickému personálu lépe porozumět pocitům nemocného a pochopit tak některé situace, které se v důsledku onemocnění mohou v životě odehrávat.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je zánětlivé onemocnění sliznice tlustého střeva začínající v rektu a postupně se šířící na určitou proximální část tlustého střeva nebo na celé tlusté střevo. Jedná se o hemoragicko-katarální zánět. Pro onemocnění je typické střídání období relapsů a remisí, ale u jedné třetiny pacientů má onemocnění trvalé projevy zánětlivé aktivity (tzv. chronický aktivní průběh). Prakticky všichni pacienti mají velmi podobné klinické symptomy ulcerózní kolitidy. Jde o bolestivé nucení na stolicí (tenesmy), které je doprovázené vylučováním krve a hlenu. Tento stav se nazývá rektální syndrom (Lukáš a Vašáková, 2016, s. 188). Ulcerózní kolitida se společně s Crohnovou chorobou řadí mezi idiopatické střevní záněty (ISZ), v angličtině nazývány Inflammatory Bowel Disease (IBD). Jak uvádí Kučerová a Zbořil (2018, s. 16), ulcerózní kolitida postihuje nejčastěji mladé osoby ve věku dvaceti až čtyřiceti let a její výskyt je vyšší v ekonomicky vyspělých zemích oproti zemím s nižší životní úrovní.

2.1 Rozdíl mezi ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou

Ulcerózní kolitida a Crohnova jsou podtypy idiopatických střevních zánětů, které vykazují velmi podobné znaky v klinických a histopatologických projevech. Určení, zda se jedná o ulcerózní kolitidu nebo Crohnovu chorobu závisí především na anatomické lokalizaci a závažnosti projevů onemocnění. Ulcerózní kolitida postihuje pouze tlusté střevo a konečník. Zánět postihuje jen povrchovou vrstvu střeva (epiteliální), případně podslizniční vrstvu střeva (submukózní) a je kontinuální, nikoli segmentální. Crohnova choroba může postihovat celý gastrointestinální trakt. Zánět zasahuje všechny střevní vrstvy (transmurální zánět), což může způsobit píštěle, které potom postihují další orgány. Zánět je segmentální (M'Koma, 2022). Crohnova choroba i ulcerózní kolitida jsou onemocnění celoživotní a nevléčitelné (Zbořil et al., 2018, s. 57).

2.2 Etiologie a genetické faktory

Příčina nemoci není známá. V současné době se předpokládá, že jde o civilizační nemoc, která vzniká jako důsledek změny životního stylu, uchovávání a přípravy jídel, používání antibiotik a zvýšení míry stresu. Tyto změny se objevily v životě člověka za posledních sto let a imunitní systém na ně reaguje nepřiměřeně agresivně (Lukáš, 2016, s. 8). Vznik ulcerózní kolitidy zřejmě souvisí ještě s dalšími faktory, jakými jsou vrozená dědičnost a složení střevního mikrobiomu. Dalším z faktorů může být nízká hladina vitamínu D, respektive dysfunkce v signální dráze nebo nízká aktivace receptoru pro vitamín D (VDR; Vitamine D Receptor), který zodpovídá za příjem vitamínu D v těle a ten chrání střevní sliznici, ovlivňuje složení střevní mikroflóry a podporuje střevní imunitu (Bioprospect, 2019, s. 7). Ulcerózní kolitida vykazuje známky dědičnosti, maximálně však 10 až 20 %. Je-li jeden z rodičů UC postižen, riziko vzniku nemoci u jejich potomků je 3 - 5x vyšší než u potomků zdravých rodičů. Jsou-li postiženi oba rodiče, je riziko vzniku nemoci u jejich potomků až 50x vyšší v porovnání s dětmi zdravých rodičů (Lukáš, 2016, s. 9).

2.3 Prevalence a incidence

Incidence IBD stále narůstá a k nejvyššímu nárůstu dochází v Evropě a Severní Americe. V současné době je IBD postiženo více než 2 miliony Evropanů a více než 2 miliony lidí v Severní Americe (Mahadea et. al., 2021).

Celosvětově zaznamenáváme narůstající počet nemocných. V roce 2012 byla udávána incidence UC mezi 0,5 a 24,5/100 000 obyvatel, avšak práce Ng et al. z roku 2017 přinesla nové výsledky, a sice nejvyšší celosvětovou incidenci UC až 57,9/100 000. Idiopatické střevní záněty (ISZ), mezi které se ulcerózní kolitida řadí, jsou častější v industrializovaných zemích a městský styl života je rizikovější oproti venkovskému. Rozdíly mezi pohlavími nejsou výrazné. *Nejvyšší počty pacientů jsou zaznamenávány v Severní Americe a v Evropě.* V České republice (ČR) se během let 2007-2013 počet dispenzarizovaných pacientů s UC zvedl z 20 tisíc na 24 tisíc. Při predikci lineárního modelu nárůstu do roku 2015 je vidět, že se incidence UC posunula z 16,6 na 27,6/100 000 obyvatel a prevalence dosáhla 236/100 000 obyvatel (Kučerová a Zbořil, 2018, s. 17-18).

2.4 Klinická symptomatologie

Mezi nejčastější příznaky ulcerózní kolitidy patří únava, bolesti břicha a křeče, průjmy, přítomnost krve ve stolici, ztráta chuti k jídlu a úbytek hmotnosti (Hajhashemy et al., 2022). U ulcerózní kolitidy jsou také běžné extraintestinální projevy (EIM), které se vyskytují u 25 % - 40 % pacientů a postihují klouby, kůži, oči, hepatobiliární cesty, plíce, ledviny, hematologický a kardiovaskulární systém. Extraintestinální projevy se vyskytují kvůli dlouhotrvajícímu systémovému zánětu (Xiao et al., 2023) a mohou významně ovlivňovat průběh a prognózu onemocnění (Mahadea et al., 2021). Pacienti s UC mají také zvýšené riziko střevních malignit, jako je kolorektální karcinom (Wang a Tsai, 2023; Antonelli et al., 2021).

2.4.1 Muskuloskeletální systém

Muskuloskeletální systém zahrnuje tři možné typy onemocnění, a to periferní artritidu prvního typu, periferní artritidu druhého typu a axiální spondylartropatii. **Periferní artritida prvního typu** postihuje většinou méně než pět kloubů a jedná se o velké klouby, jako je koleno nebo kotník. Toto onemocnění vzniká akutně a je často asymetrické a stěhovavé. Děje se tak paralelně s relapsem střevního onemocnění a obvykle odezní v období remise. **Periferní artritida druhého typu** postihuje malé klouby a postihuje jich více než pět. Tento typ artritidy probíhá nezávisle na momentálním stavu střevního onemocnění a může přetrvávat i několik let. **Axiální spondylartropatie** postihuje sakroileální kloub či páteř, může však postihovat i oboje najednou. Lze ji rozdělit na dvě subkategorie, a to na ankylozující spondylitidu a sakroiliitidu. Při ankylozující spondylitidě si pacienti stěžují na zhoršující se bolesti dolní části zad, zhoršující se, pokud je v klidu a na ranní ztuhlost. Ankylozující spondylitida postihuje 5–10 % pacientů s IBD. Sakroiliitida postihuje 25 % pacientů s IBD (Greuter a Vavricka, 2019; Malik a Aurelio, 2023).

2.4.2 Oční symptomy

Oční projevy má 12–35 % pacientů a mezi nejčastější patří episkleritida, skleritida a uveitida (Vera et al., 2023). **Episkleritida** je zánět episkléry (tkáň pokrývající skléru) a je nejčastějším očním projevem způsobujícím diskomfort a zarudnutí oka. K léčbě se používají topické kortikosteroidy a vedou k rychlému zlepšení, ale mohou mít i nežádoucí účinky jako je šedý zákal nebo zvýšení nitroočního tlaku, zvláště při dlouhodobém užívání. **Skleritida** je zánět postihující skléru a vyskytuje se méně často než episkleritida, ale může přejít až k trvalé ztrátě zraku. Při léčbě skleritidy jsou preferovány inhibitory COX2, protože NSAID jsou u pacientů s IBD často kontraindikována (Rogler et al., 2021). **Uveitida** je zánět střední vrstvy oka (uveálního traktu) zahrnující duhovku, řasnaté tělísko a cévnatku, projevující se bolestí a zarudnutím oka, rozmazaným viděním a fotofobií. Léčí se lokálními a cykloplegickými kortikosteroidy a pokud není léčba úspěšná, jsou použity systémové steroidy, anti-TNF látky nebo imunosupresiva (Vera et al., 2023).

2.4.3 Kožní symptomy

Kožní projevy mohou být přítomny až u 10 % pacientů a mezi nejčastější patří erythema nodosum, aftózní stomatitida a pyoderma gangrenosum. **Erythema nodosum (EN)** je akutní zánětlivé kožní onemocnění, které začíná náhlým nástupem symetrických, erytematózních, bolestivých a neulcerózních uzlin velkých 1-5 cm, které se vyskytují především na extenzorových plochách dolních končetin, ale mohou se vyskytnout na jakémkoli jiném místě po těle (Rogler et al., 2021). EN postihuje 3–10 % pacientů s ulcerózní kolitidou a je nejčastějším kožním projevem objevujícím se častěji u žen než u mužů. Obvykle se objevuje současně s artritidou a při relapsu onemocnění. Nástup EN je přibližně po pěti letech od stanovení diagnózy UC (Antonelli et al., 2021). Pokud nestačí pouze léčba střevního zánětu mají skvělou účinnost kortikosteroidy a anti-TNF protilátky (Rogler et al., 2021). **Aftózní stomatitida** postihuje okolo 10 % pacientů a projevuje se bolestivými kulatými či oválnými vředy se žlutou pseudomembranózní spodinou a erytematózními okraji. Vředy se obvykle vyskytují na sliznici rtů nebo v dutině ústní. Může být způsobena nedostatkem vitamínu B12, kyseliny listové a železa v důsledku malabsorbce nebo nutričního deficitu, kterým pacienti s IBD často trpí (Alvares-Payares et al., 2021). **Pyoderma gangrenosum (PG)** se vyskytuje přibližně u 2 % pacientů. V počátku se projevuje bolestivým erytémem, noduly a nekrotickými oblastmi rychle se vyvíjející v destruktivní a nekrotické vředy, které mají hrubé

a fialové okraje (Mastonardi et al., 2023). Častěji postihuje ženy a pacienty černošského původu. PG se objevuje především na nohách a v oblastech peristomální kůže, ale může postihovat kteroukoliv část těla (Antonelli et al., 2021). K léčbě jsou používány perorální steroidy, cyklosporin, takrolimus a anti-TNF protilátky (Rogler et al., 2021).

2.4.4 Hepatobiliární systém

Mezi nejčastější EIM hepatobiliárního systému patří primární sklerotizující cholangitida (PSC) a autoimunitní hepatitida (AIH). **Primární sklerotizující cholangitida** vede k zánětu a fibróze žlučových cest. Projevuje se bolestí lokalizovanou v pravém horním kvadrantu břicha, ikterem, horečkou, svěděním, únavou a ztrátou hmotnosti. Vhodná léčba je kyselinou ursodeoxycholovou a endoskopickou dilatací žlučových cest (Malik a Aurelio, 2023). PSC ve velké míře přispívá k mortalitě pacientů s UC, protože časem se z PSC může rozvíjet jaterní cirhóza, cholangiokarcinom a riziko kolorektálního karcinomu je u nich až desetinásobně vyšší než u pacientů, které PSC nepostihla. Léčba střevního zánětu průběh PSC nezlepšuje a zhoršení bylo pozorováno u pacientů, kteří podstoupili kolektomii kvůli UC. V důsledku toho dochází k nutné transplantaci jater, bez které je medián přežití uváděn v rozmezí 10 až 12 let. Zánět tlustého střeva se ale po transplantaci jater u pacientů často zhoršuje (Rogler et al., 2021; Greuter a Vavricka, 2019). **Autoimunitní hepatitida** je dalším EIM hepatobiliárního systému. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění jater, které je charakterizované zvýšeným imunoglobulinem G (IgG), sérovými aminotransferázami a pozitivními nálezy antinukleárních protilátek (Suzuki et al., 2022). Existuje mnoho druhů léčby IBD, které mohou negativně působit na játra a způsobit tak hepatitidu. Jedná se například o thiopuriny, protilátky proti TNF, metotrexát a inhibitory JAK (Rogler et al., 2021).

2.4.5 Plicní systém

Onemocnění dýchacích cest se rozvine přibližně u 6-47 % pacientů. Nejčastěji se vyskytuje **bronchiektázie**, a to až ve 22 % symptomatických případů (Vutcovici et al., 2016). Bronchiektázie se charakterizuje jako nevratné rozšíření bronchů v plicích, kde v důsledku toho vznikají záněty, destrukce bronchiálních stěn a dochází k častému osídlení bakteriemi. Symptomatické projevy bronchiektázie jsou chronický kašel a produkce velkého množství sputa, které je mnohdy hnisavé (Magis-Escurra a Reijers, 2015). Jako druhé nejčastější EIM

dýchacích cest po bronchiektázii se vyskytuje **bronchitida**, až ve 20 % případů a epidemiologické studie také naznačují souvislost s astmatem a CHOPN (Vutcovici et al., 2016).

2.4.6 Renální systém

Onemocnění ledvin a močových cest se vyskytuje u 4-23 % pacientů a primárně se projevují tvorbou močových kamenů, obstrukcí močovodů a vznikem píštělí. Nejčastější komplikací je **nefrolitiáza**, která vzniká v důsledku anatomických a metabolických dysfunkcí souvisejících s onemocněním střev. Recidivující nefrolitiáza a její opakovaná léčba jsou dva rizikové faktory pro vznik chronického onemocnění ledvin, proto je důležité její včasné rozpoznání a zahrnutí dietních opatření, medikace, případně chirurgický zákrok. Další komplikací je **akutní tubulární poškození** projevující se proteinurií a enzymurií. Akutní tubulární poškození může souviset jak se samotnou ulcerózní kolitidou, tak i s její léčbou (Ambruzs a Larsen, 2018).

2.4.7 Hematologický a kardiovaskulární systém

Extraintestinální projevy srdečního selhávání jsou poměrně vzácné a je mezi ně řazena perikarditida, myokarditida a arytmie (Xiao et al., 2023). **Perikarditida** tvoří 70 % kardiovaskulárních komplikací a je nejčastějším kardiovaskulárním EIM. V současnosti není patogeneze perikarditidy zcela jasná. U pacientů může vzniknout spíše v důsledku medikamentózní terapie. Jako extraintestinální projev se objevuje méně často. Většina pacientů dobře reaguje na vysazení léků 5-ASA (5-aminosalicylová kyselina) a na léčbu kortikosteroidy (Patel et al., 2021). **Myokarditida** tvoří 10 % kardiovaskulárních komplikací a stejně jako perikarditida vzniká spíše v důsledku medikamentózní terapie. Pro léčbu myokarditidy jsou používány imunosupresivní činidla, která se též používají k léčbě IBD (Bhardwaj et al., 2023). **Arytmie** se může vyskytovat zejména během aktivního vzplanutí ulcerózní kolitidy a nejčastější arytmií je fibrilace síní (Xiao et al., 2023).

Jedním z nejčastějších EIM chronického zánětlivého onemocnění střev je **anémie** z nedostatku železa, proto by měl být prováděn screening nedostatku železa u pacientů přibližně jednou ročně včetně těch, kteří jsou v remisi (Kucharzik et al., 2020).

2.5 Diagnostické metody

Diagnostické metody slouží k rozpoznání choroby, určení správné diagnózy a jsou nezbytné pro stanovení správného postupu léčby. K diagnóze dospívá lékař po vyšetření nemocného (Souček et al., 2019, s. 24). Ulcerózní kolitidu nelze stanovit pouze jednou diagnostickou metodou, ale na základě kombinace klinických projevů, laboratorních metod, endoskopických nálezů, histologických nálezů a radiologických nálezů (Kucharzik et al., 2020).

2.5.1 Anamnéza a fyzikální vyšetření

Při diagnostice UC je důležitá osobní anamnéza, ve které více než 90 % pacientů uvádí krvavý průjem. Tenesmus uvádí více než 70 % pacientů. Oba tyto projevy jsou spojené s křečovými bolestmi, které mohou být přítomny po celé délce tlustého střeva. U pacientů s těžkou kolitidou může být přítomna i febrilie a peritoneální příznaky (Kucharzik et al., 2020). V úvahu musí být brány také genetické faktory, proto je důležitá i rodinná anamnéza (Seyedian et al., 2019).

2.5.2 Laboratorní metody

Laboratorní metody poskytují informace o míře zánětlivé aktivity a nutričním stavu. Při zánětlivých změnách se zvyšuje CRP, sedimentace a trombocytóza, případně proteiny akutní fáze. V současnosti jsou nejlepšími prediktory aktivity fekální markery (kalprotektin a laktoferin). Při posuzování nutričního stavu se sleduje hladina celkových bílkovin, albuminu a makro i mikro elementů. Tyto nutritivní ukazatele poukazují na závažnost UC. Čím závažnější je UC, tím nižší jsou nutritivní ukazatele z důvodu malabsorpce (Souček et al., 2019, s. 214 a 216).

2.5.3 Endoskopické metody

Kolonoskopie s ileoskopií umožňují prohlédnutí celého tlustého střeva, terminálního ilea a provedení biopsie. Kombinace endoskopických a histologických metod je velmi důležitá při diagnostice IBD a kolonoskopie je klíčová metoda pro určení, zda se jedná o ulcerózní kolitidu nebo Crohnovu chorobu. Sigmoidoskopie je indikována jako méně invazivní alternativa v případech, kdy má pacient těžkou kolitidu nebo toxický megacolon (Spiceland a Lodhia, 2018). Dle endoskopického nálezu je možné ulcerózní kolitidu klasifikovat podle jejího

rozšíření na proktitidu (zánět je omezený pouze na konečník) – E1, levostrannou kolitidu (zánět se nerozšířil za flexuru splenicu) – E2 a kolitidu (zánět se rozšířil za flexuru splenicu) – E3 (Kucharzik et al., 2020). Stav ulcerózní kolitidy lze sledovat endoskopicky pomocí nejběžněji používaného skórovacího systému MES (Mayo endoscopic subscore) (Daperno, 2023).

Tabulka 1 – Mayo endoscopic subscore

MES0	Normální vzhled sliznice střeva, oblasti hojení (mohou být jizvy), pozánětlivé polypy
MES1	Vyšší množství slizničního edému, rozmazání a částečná obliterace vaskulárního vzoru, hrubší sliznice, více fragmentovaný rozptyl světla, mírný distribuovaný erytém
MES2	Difúzní erytém s drobivostí, eroze
MES3	Vředy, spontánní krvácení

Zdroj: (Daperno, 2023)

2.5.4 Histologické metody

Histologie může poskytnout informace o stupni změn ve střevě a zároveň do určité míry i informace o aktivitě střevního zánětu nebo o preneoplastických změnách. Histologie je důležitá metoda v procesu diagnostiky, ale samotnou diagnózu na ni nelze postavit (Souček et al., 2019, s. 2015).

2.5.5 Radiologické a zobrazovací metody

MRI se využívá pro průkaz píštělí a abscesů, přičemž v závažnějších případech může být pro diagnostiku využito i CT. Také se pomocí MRI hodnotí stenózy. Hodnotí se jejich rozsah, prestenotická dilatace a ztluštění a prokrvení stěny střeva, což může pomoci rozlišit, zda se jedná o zánětlivé stenózy či fibrotické stenózy. To je důležité pro plánování léčby a rozhodování, jestli léčit protizánětlivými léky nebo jestli provést dilataci. RTG se používá k diagnostice při podezření na toxický megakolon, což je závažný a akutní projev ulcerózní kolitidy (Wehkamp et al., 2016).

Tabulka níže přehledně zobrazuje všechny diagnostické metody vedoucí ke stanovení UC.

Tabulka 2 – Diagnostická vyšetření vedoucí ke stanovení diagnózy ulcerózní kolitidy

Vyšetření	Typ vyšetření	Běžné nálezy u UC
Krevní testy	Kompletní krevní obraz Močovina a elektrolyty C – reaktivní protein Vitamin D a kostní profil Hematatika Biochemie jater	Anémie, trombocytóza, nízký obsah vitamínu D, zvýšené zánětlivé markery Primární sklerotizující cholangitida může být spojena s UC a může se projevit narušenou biochemií jater.
Kultury stolice	Test toxinu Clostridioides difficile MC&S	Pokud se jedná o UC jsou negativní. Pozitivní jsou při infekci. Pacient, ale může mít infekci i UC zároveň.
Fekální kalprotektin		Pokud je hladina v rozmezí 50–100 µg/g má vysokou negativní prediktivní hodnotu UC na 98–99 %.
Endoskopie	Sigmoidoskopie Ileokolonoskopie	Edém, erytém, krev a vředy, eroze, ztráta vaskulárního vzoru
Histologie		Histologie nediodagnostikuje UC, ale bazální plazmocytoza, atrofie či deformace krypt a nepravidelnost povrchu klků pro ni svědčí.
Zobrazovací metody	RTG břicha Zobrazení příčných řezů: CT/MRI	Edém, toxické megakolon, otisky prstů, olovo Edém střešní stěny, zánětlivé pseudopolypy

Zdroj: (Segal et al., 2021)

2.6 Léčba UC

Léčba ulcerózní kolitidy zahrnuje léčbu farmakologickou, biologickou, nutriční, endoskopickou a chirurgickou. Hlavním cílem léčby je navození a co nejdelší udržení remise onemocnění a terapie možných komplikací spojených s průběhem onemocnění (Zbořil et al., 2018).

2.6.1 Farmakoterapie

K léčbě ulcerózní kolitidy je v současnosti k dispozici rozsáhlý výběr léků a tím je umožněn nejvhodnější výběr léčby individuálně pro každého pacienta. Aminosalicyláty (5-ASA) jsou nejčastěji využívané léky při léčbě ulcerózní kolitidy a mezi nejvíce indikované patří mesalazin, který se podává ve formě per os, per rektum, klystýru nebo pěny (Kucharzik et al., 2020). Mesalazin potlačuje mediátory zánětu jako jsou reaktivní formy kyselíku, leukotrieny, interleukin 1 a tumory nekrotizující faktor alfa a působí jako agonista na receptory PPAR gama, které pomáhají zánět zmírnit. Účinek na IBD tedy není systémový, ale přímo ovlivňuje lokální zánět (Slíva, 2019, s. 1).

Mezi další indikované léky patří sulfasalazin, který je předchůdce mesalazinu, ale při užívání sulfasalazinu se u 10-45 % pacientů objevují nežádoucí účinky v korelaci s rostoucí dávkou. Mezi nejčastější patří nauzea, zvracení, plynatost, průjem, subfebrilie a bolest hlavy. I přes nežádoucí účinky je ale látkou, která pravděpodobně pozitivně působí na EIM kloubů (Zbořil et al., 2018, s. 273 a 276). Tabulka níže shrnuje perorální aminosalicyláty.

Tabulka 3 – Perorální aminosalicyláty

Generický název	Obchodní název
Mesalazin	Asacol, Salofalk, Mesasal, Claversal, Pentasa, Lialda, Mezavant
Sulfasalazin	Sulfasalazin, Azulfidine
Olsalazin	Dipentum
Balsalazid	Colazide, Colazal

Zdroj: (Zbořil et al., 2018, s. 274)

2.6.2 Biologická léčba

Biologická léčba funguje na principu látek tělu přirozených nebo molekul, od těchto látek odvozených. Tyto látky či molekuly se běžně vyskytují v lidském organismu a potlačují určitá místa zánětu v těle. Jsou vyrobeny biotechnologickými postupy a jedná se o různé druhy protilátek molekul bílkovinné povahy. Úkolem těchto molekul je interakce s látkami vyvolávajícími či podporujícími zánětlivý proces. Tato interakce snižuje aktivitu zánětu a všechny další obtíže, které jsou se zánětem spojené (Bortlík, 2019, s. 12). K biologické léčbě jsou indikováni především pacienti, kteří nereagují na léčbu farmakoterapeutickou. V současné době jsou pro léčbu schváleny tři druhy léčiv: anti-TNF protilátka (infliximab, adalimumab a golimumab), antiintegrinová protilátka (vedolizumab) a protilátka proti IL-12/23 (ustekinumab) (Chao a Loshak, 2019). Biologická léčba je nejúčinnějším typem medikamentózní terapie při léčbě střevních zánětů. Její účinek může nastupovat velmi rychle během několika hodin, ale může být i pozvolný a projevit se až za několik měsíců. Existují však i rizika biologické léčby a mezi nejčastější patří infekce (především dýchacích a močových cest), alergická reakce a kožní změny připomínající psoriázu nebo atopický ekzém. Biologická léčiva nelze podávat per os, protože by ztratily velkou část své funkce v žaludku a tenkém střevě, proto jsou aplikovány formou infuzí nebo podkožních injekcí (Bortlík, 2019, s. 15,19,20). Tabulka na druhé straně přehledně zobrazuje léčiva využívaná pro biologickou léčbu, způsob aplikace a obvyklé dávkování.

Tabulka 4 – Léčiva využívaná pro biologickou léčbu

Léčivo	Obvyklé dávkování	Způsob aplikace	Poznámky
Infliximab	Dávka: 5mg/kg hmotnosti Podání infuze v týdnech 0-2-6. Poté cyklická terapie po 8 týdnech.	i.v.	Lék první volby.
Adalimumab	Dávka: první 80-160 mg, druhá 40-80 mg, pokračování 40 mg. Podávání po 14 dnech.	s.c.	Lék první volby rovnocenně s infliximabem.
Golimumab	Indukční terapie: 400/200 mg nebo 200/100 mg, podána v odstupu 4 týdnů. Udržovací terapie: 10 mg nebo 50 mg à 4 týdny	i.v. s.c.	Oproti infliximabu vykazuje vyšší stabilitu a je více odolný vůči teplotám.
Vedolizumab	Podání infuze 300 mg v týdnech 0-2-6. Poté cyklická terapie po 8 týdnech (možno zkrátit na 4 týdny).	i.v.	Schválen pro léčbu středně těžké až těžké UC.
Ustekinumab	Indukční terapie: 6mg/kg hmotnost nebo 130mg à 8 týdnů Udržovací terapie: 90mg à 8 týdnů nebo 12 týdnů	i.v. s.c.	Schválen pro léčbu středně těžké až těžké UC.

Zdroj: (Zbořil, 2022)

2.6.3 Chirurgická léčba

Při léčbě ulcerózní kolitidy se nejprve zahajuje léčba konzervativní až po ní léčba chirurgická. Situace, kdy je chirurgická léčba nutná již na počátku onemocnění jsou spíše výjimečné, protože jsou v současné době rozsáhlé možnosti konzervativní léčby (Zbořil et al., 2018, s. 474). Přestože nutnost chirurgické léčby díky léčbě biologické stále klesá, značná část pacientů stále potřebuje operační řešení (Hennessy et al., 2021). Může se jednat o operace akutní nebo plánované. Akutní výkon se provede z důvodu závažného akutního průběhu UC, rozvoje toxického megakolon a perforací či masivním krvácením. V případě plánovaného výkonu bude důvodem k provedení operace prevence vzniku kolorektálního karcinomu nebo jeho odstranění. Chirurgická léčba má za cíl zlepšit kvalitu pacientova života, zbavit ho potíží a závislosti na medikamentech (Zbořil et al., 2018, s. 474). Nejčastěji prováděným výkonem je restorativní proktokolektomie s ileální pouch-anální anastomózou (RP-IPAA). RP-IPAA umožňuje, aby byl pacientovi zachován nezměněný obraz těla bez stomie a zachování přirozené defekace. Operace se může provádět laparoskopicky i otevřeným přístupem (Sofa et al., 2016). Dalšími možnostmi chirurgického řešení jsou totální proktokolektomie (TPC) s terminální ileostomií a subtotální kolektomie (STC) s terminální ileostomií. TPC s terminální ileostomií je výkon technicky jednodušší a dávají mu přednost pacienti vyššího věku se špatnou funkcí análních svěračů. STC s terminální ileostomií může být indikována jako neodkladný zákrok při akutních případech nebo jako první fáze vícestupňového plánovaného výkonu (Zbořil et al., 2018, s. 474).

2.7 Výživa a dieta

Výživa zajišťuje tělu látky nezbytné pro správný růst, tvorbu a regeneraci tkání a je zdrojem energie pro veškeré denní aktivity. Z hlediska výživy není důležitá pouze její kvantita, ale především její kvalita. Energetické potřeby jednotlivců se liší v závislosti na věku, pohlaví, váze, výšce, zdravotním stavu a množstvím svalové hmoty (Vorudová a Mitrová, 2021, s. 10). Zhoršený stav výživy se nazývá malnutrice. U pacientů s ulcerózní kolitidou dochází ke zvýšenému riziku malnutrice v 16-62 %. Pacienti se snaží eliminovat příznaky onemocnění jako je bolest břicha či průjem po jídle a často mění své stravovací návyky. Ze své stravy odstraňují různé potraviny a dodržují zbytečně přísnou dietu, která je pak může ohrozit vznikem energetické či proteinové malnutrice. Mezi další nejčastější příčiny vzniku malnutrice patří snížený příjem potravy, poruchy střevní motility – zpomalení či zrychlení tranzitního času,

stenózy, mechanické obstrukce, zvýšený energetický výdej, zvýšený katabolismus (febrilie, zánět), snížená absorpce živin, ztráty tekutin, elektrolytů, bílkovin a krve, deprese a vedlejší účinky farmakoterapie. Další možný následek je rozvoj hypovitaminózy nebo karence stopových prvků (Zbořil et al., 2018, s. 169). V následujících větách jsou vyjmenovány vitaminy a stopové prvky, jejichž nedostatkem lidé s ulcerózní kolitidou často trpí. Prvním z nich je **vitamin D**. Lidé s IBD jsou vystaveni vysokému riziku nedostatku vitamínu D z několika důvodů. Střevní zánět vede ke snížené absorpci živin a žlučových kyselin. Dále kvůli omezenému příjmu potravy a možnému omezenému pobytu na slunci, nebo v důsledku imunosupresivní léčby thiopuriny (Vernia et al., 2022). Nedostatek vitamínu D má za následek sníženou hustotu kostních minerálů, ovlivňuje modulaci zánětlivých odpovědí a zvyšuje riziko deprese o 8-14 % (Vernia et al., 2023; Zielińska et al., 2023). Může vzniknout i nedostatek **vitamínu B12 a kyseliny listové**. Primárním místem absorpce vitamínu B12 je ileum, a proto se jeho deficit objevuje pouze u 4,3 % lidí s UC. Erytroblasty při své diferenciaci vyžadují k proliferaci vitamin B12 i kyselinu listovou a jejich nedostatek vede k makrocytóze, apoptóze erytroblastů, anémii, má vliv na erytropoézu a syntézu nukleových kyselin (Khishan a Kiela, 2017). Vitaminy skupiny B jsou nezbytné pro normální fungování nervového systému a nedostatek vitamínu B12 (ale i B1, B6 a B9) je spojován s depresí (Zielińska et al., 2023). Deficit vzniká také u **vitamínu K**, který se získává z velké části ze stravy. Stravu mají lidé s UC upravenou a mohou ji mít velmi omezenou, proto může docházet k nedostatku vitamínu K. Vitamin K se podílí na zdraví kostí a jeho nedostatek má vliv na sníženou hustotu kostních minerálů a ovlivňuje také modulaci zánětlivých odpovědí (Vernia, et al., 2023). **Vitamin E** se získává ze stravy a jeho nedostatek je častým problémem, obzvláště pokud tělo nevstřebává dostatek tuku. Lidé s IBD často nejsou schopni přijímat běžnou stravu kvůli bolestem břicha, systémovému zánětu, hypermetabolismu a nežádoucím účinkům léků. Nedostatek vitamínu E také způsobuje průjem. Bylo však prokázáno, že vitamin E je velmi důležitý při snižování oxidačního poškození střeva, integrity slizniční bariéry, udržování střevní homeostázy, regulaci zánětlivé imunitní reakce a regulaci střevní mikroflóry (Qi et al., 2024). Pacienti s IBD se mohou dále potýkat s nedostatkem železa. **Železo** je základní prvek potřebný pro tvorbu krve a zodpovídá za reverzibilní vazbu kyslíku v hemoglobinu. Nedostatek železa způsobuje anemii a s tím související únavu pacientů s IBD. Jeho nedostatek je způsoben neadekvátním příjmem potravy, chronickou ztrátou krve, která je způsobena slizničními ulceracemi a poruchou transepitální absorpce železa ve střevě (Khishan a Kiela, 2017).

Mohou se potýkat i s nedostatkem vápníku. **Vápník** se získává především z mléka a mléčných výrobků, které pacienti ze své stravy často vyřazují, kvůli strachu z konzumace laktózy a jsou tak ohroženi rozvojem osteoporózy. Nedostatek vápníku souvisí také s malnutricí, se zhoršeným vstřebáváním živin a také v důsledku užívání glukokortikosteroidů. Denní příjem vápníku ve stravě by měl být 1000-1500 mg (Owczarek et al., 2016). Vyskytuje se i deficit zinku. **Zinek** je základní minerál důležitý pro podporu katalické aktivity, hojení ran, úpravu imunitní funkce, syntézu proteinů, syntézu DNA, buněčné dělení a zlepšení funkce střevní bariéry. Nedostatek zinku u lidí s UC je spojován s hospitalizacemi, operacemi a komplikacemi souvisejícími s onemocněním. Suplementace zinkem by měla být prováděna s opatrností, protože překročení jeho denní dávky (40 mg /24 h) může vést k toxicitě a narušení vstřebávání železa a mědi. Suplementace vápníkem a folátem zase může snížit absorpci zinku (Khishan a Kiela, 2017).

Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus (ESPEN) doporučuje pro pacienty léčící se s ulcerózní kolitidou jako jednu z nejbezpečnějších a nejvhodnějších diet středomořskou dietu. Středomořská dieta se vyznačuje vysokým příjmem ovoce a zeleniny, luštěnin a celozrnných výrobků, které obsahují vysoké množství antioxidantů a vlákniny. Konzumují se v ní ve vyšším množství ryby, olivový olej a ořechy bohaté na mononenasycené a polynenasycené mastné kyseliny. Středomořská strava je obohacena bylinkami a kořením jako je petrželka, tymián, oregano, bazalka, kmín, skořice a kurkuma, které mají vědecky potvrzené antioxidační účinky. Konzumace mléčných výrobků a červeného masa je ve středomořské stravě snížena a je nahrazena především krůtou, kuřetem nebo králíkem (Radziszewska et. al., 2022).

3 Kvalita života

Pojem kvalita života označuje, jak člověk subjektivně vnímá svou realitu. Subjektivní hodnocení reality závisí na tom, jaké má člověk osobní cíle a na hodnotovém systému dané kultury. Kvalita života zachycuje pohodu, pozitivní i negativní pocity v určitém časovém momentu a dá se měřit u jednotlivců i u různých skupin v populaci. Mezi sledované aspekty kvality života patří fyzické a duševní zdraví, vztahy s okolím, společenský status, vzdělání, pracovní prostředí, sociální jistoty, pocit bezpečí, sounáležitosti a svobodné rozhodování (Teoli a Bhardwaj, 2023).

V souvislosti s kvalitou života jsou často zaměňovány tři rozdílné pojmy – zdravotní stav, kvalita života a kvalita života související se zdravím. Zdravotní stav je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci a vady“. Kvalita života je založená na potřebách daného člověka a jeho subjektivním pocitu pohody (viz. odstavec výše) a kvalita života související se zdravím zahrnuje pouze životní aspekty, které přímo souvisí se zdravím člověka, přítomností onemocnění nebo léčby. Nezahrnuje například ekonomické, sociální či politické faktory (Karimi a Brazier, 2016).

Pro zjištění kvality života se používají standardizované dotazníky a mezi nejčastější patří SF-36 a WHOQoL-BREF. Dotazník SF-36 obsahuje 36 otázek rozdělených do osmi kategorií – fyzické funkce, obecné zdraví, fyzická role, tělesná bolest, sociální fungování, vitalita, emoční role a duševní zdraví. Dotazník WHOQoL-BREF je zkrácená verze dotazníku WHOQoL-100, který obsahuje 100 otázek a umožňuje náhled do 24 aspektů kvality života. Vzhledem k jeho přílišné délce (která není vždy vhodná pro všechny typy výzkumů), byla vytvořena jeho zkrácená verze dotazník WHOQoL-BREF, který je rozdělen do čtyř oblastí – fyzické zdraví (7 otázek), psychická pohoda (6 otázek), sociální vztahy (3 otázky) a zdravé životní prostředí (8 otázek) (Abbasi-Ghahramanloo et al., 2020).

3.1 Kvalita života s diagnózou UC

Symptomy ulcerózní kolitidy mají velmi negativní dopad na kvalitu života pacienta. Pacienti léčící se se zánětlivým onemocněním střev mají často problémy po stránce psychické, fyzické, sociální i sexuální, a v důsledku toho mohou vnímat určitou míru sociální stigmatizace. Pacienti se středně těžkou až těžkou ulcerózní kolitidou bývají více nemocní, což vede k vyhýbání se

volnočasovým aktivitám a k pracovní neschopnosti, která v dlouhodobějším horizontu vede k nezaměstnanosti. Psychiatrické poruchy jsou potom udávány u více než 40 % pacientů a mezi nejčastější patří úzkost, deprese, poruchy spánku a únava (Armuzzi a Liguori, 2021). Nečastější problém, který vede k sociální izolaci je, že se ulcerózní kolitida vyznačuje nepravidelnými pohyby střev a náhlým průjmem. Pacient má z tohoto důvodu strach, že nebude mít okamžitý přístup k toaletě a přestává chodit do společnosti (Lee, 2022). Ulcerózní kolitida také vede ke snížené sebeúctě kvůli změnám ve funkci střeva, chirurgickým jizvám a stomiím. Všechny tyto faktory způsobují nespokojenost s vlastním tělem, která je pak důsledkem zhoršení kvality sexuálního života a depresí (Armuzzi a Liguori, 2021). Ženám nejvíce snižují sebevědomí kožní projevy, které zasahují obličej a ruce, protože z hlediska atraktivity je u žen preferovaná pleť bez vrásek a nedokonalostí, jako důkaz mládí, krásy a zdraví. Ženy s kožními projevy ztrácejí pocit atraktivity a stávají se nesebevědomé, neprůbojné, uzavřené a úzkostné. Mužům nejvíce snižuje sebevědomí, pokud jim onemocnění ovlivňuje schopnost výkonu pracovního, sportovního či sexuálního a znemožňuje jim tak zastávat jejich přirozenou roli ve společnosti, což se potom odráží v jejich sebepojetí i v jednání (Zbořil et al., s. 511).

Kvalita života u pacientů s ulcerózní kolitidou se zjišťuje a hodnotí pomocí dotazníků. Mezi nejčastější patří dotazník IBDQ, který má 32 položek a měří 4 aspekty života – fyzické symptomy související s poruchou střev, emoční funkce, sociální funkce a systémové symptomy (Dubinski et al., 2022).

4 Funkční vzorce zdraví Marjory Gordonové

Marjory Gordonová pocházela z Clevelandu a po přestěhování do New Yorku začala studovat ošetřovatelství. Získala tituly bakalář, magistr a doktorský titul. Počátkem 70. let se aktivně podílela na aktivitách pracovních výborů, které se zabývaly ošetřovatelskou terminologií a diagnostikou. Ty byly nutné kvůli vznikajícím elektronickým informačním systémům ve zdravotnictví. Byla profesorkou na fakultě ošetřovatelství Boston College Connell 23 let a v roce 2009 při příležitosti konání výročního zasedání Americké akademie ošetřovatelství byla oceněna uznáním „Žijící legenda“. Marjory Gordonová je ale nositelkou i mnoha dalších ocenění. V roce 1982 byla zvolena prezidentkou Severoamerické asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku (NANDA) a vydala čtyři knihy, které jsou dostupné ve více než 40 zemích napříč kontinenty (Mastiliaková, 2014, s. 58-60).

4.1 Funkční typy zdraví

Marjory Gordonová vytvořila systémovou strukturu, která posuzuje zdravotní stav jednotlivce, rodiny i komunity. Strukturu tvoří 11 oblastí a každá oblast obsahuje možné varianty chování, jež jsou ovlivňovány životním stylem. Tato struktura umožnila sestřám stanovit výchozí rámec pro ošetřovatelský plán, popsat zjištěné výsledky a přispěla k přijetí ošetřovatelské terminologie ve vznikající oblasti elektronického vedení zdravotnické dokumentace. Stala se díky tomu mezinárodně uznávanou osobností. Podle Marjory Gordonové mají všichni lidé společné určité druhy chování, a to souvisí s jejich zdravím, kvalitou života a s možností dosažení plného potencionálu. Kompletní zdraví člověka je hodnoceno z pohledu bio-psycho-sociálního a narušení jedné oblasti ovlivňuje celkovou rovnováhu a zdraví. Zdravotní stav pacienta je potom hodnocen jako funkční nebo dysfunkční v každé oblasti 11 funkčních vzorců zdraví. Sestra musí mít ke správnému vyhodnocení adekvátní úroveň znalostí a dovedností. Musí dobře ovládat komunikaci, využívat poznatky z psychologie a používat správné nástroje hodnocení (Mastiliaková, 2014, s. 59-64).

4.2 11 oblastí funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové

První oblastí funkčních vzorců zdraví je **vnímání zdraví – udržení zdraví**. Tato oblast se zaměřuje na to, jak pacient subjektivně vnímá své zdraví, pocit pohody a jaké jsou jeho způsoby starání se o své zdraví. Druhou oblastí je **výživa – metabolismus**, která zjišťuje, jakým způsobem pacient přijímá stravu a tekutiny s ohledem na jeho metabolické potřeby organismu a jaké jsou jeho stravovací návyky. Třetí oblastí je **vylučování**. V této oblasti se sleduje funkce střeva (např. průjem, obstipace, bolesti břicha, vzhled stolice), močového měchýře (počítá se bilance, hodnotí se vzhled moče, příměsi, zápach) a kůže. Čtvrtá oblast se zabývá **aktivitou – cvičením**. Zkoumá, jakým způsobem si pacient udržuje fyzickou aktivitu, jaké má aktivity a cvičení během běžného dne a jak tráví svůj volný čas. Pátou oblastí je **spánek – odpočinek**. Tato oblast zjišťuje, jaké jsou pacientovy návyky týkající se spánku, jaká je jeho kvalita a zda jsou přítomné jeho poruchy. Dále zjišťuje pacientovy způsoby relaxace a odpočinku. Šestou oblastí je **citlivost (vnímání) – poznávání**. Zabývá se smyslovými funkcemi a poznávacími schopnostmi. Zkoumá, jak pacient zvládá orientaci v prostoru a čase, jaká je jeho paměť, abstraktní myšlení a schopnost rozhodování. Šestá oblast se zaměřuje i na vnímání bolesti. Sedmá oblast je zaměřena na **sebepoznání – sebeúctu**. Posuzuje se zde subjektivní vnímání pacienta jako sebe samého a utváří se obraz o pacientově sebevědomí, sebepojetí a sebeúctě. Osmá oblast se zabývá **úlohou – vztahy**. Zjišťuje, do jaké míry zvládá pacient naplňovat svou životní roli a jak jsou funkční či nefunkční jeho vztahy v životě. Devátou oblastí je **reprodukce – sexualita**. Tato oblast vyhodnocuje spokojenost či nespokojenost s pacientovým sexuálním životem a sexualitou. Zabývá se jeho reprodukčním obdobím a zdravím v této oblasti. Desátá oblast se zabývá **stresem, zátěžovými situacemi – zvládáním a tolerancí**. Zjišťuje, do jaké míry pacient zvládá stresové a zátěžové situace, jaké jsou jeho metody zvládání stresu a zátěže. Jedenáctou a zároveň poslední oblastí funkčních vzorců zdraví je **víra – životní hodnoty**. Zjišťuje pacientovo vnímání životních hodnot a přiřkládání důležitosti těmto hodnotám, jeho víru (náboženství, vyšší moc) a zkoumá, jak tato oblast ovlivňuje život pacienta (Pavlíková, 2006, s. 94-95).

5 Životní příběh

Vyprávění životního příběhu umožňuje člověku rozhodnout se jaké události do něj zahrne a na jaké situace zaměří svou pozornost. Existuje mnoho možností, jak může být životní příběh vyprávěn, a právě proto vyprávění daného člověka odráží skutečnost, jak se na svůj život dívá a jak ho vnímá. V životě každého člověka je vždy více událostí, které nevypráví, než těch, které vypráví. Proto je dobré vyprávět svůj životní příběh znovu a oprostít se od zafixovaného vnímání události. Člověk tak získá možnost objevit opomíjené části svého života, začít vidět sebe i události v jiném světle a třeba v důsledku toho změnit svůj život (Creighton, 2019).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část bakalářské práce se zabývá kvalitativním průzkumem s prvky případové studie. Tato část bakalářské práce je složena z metodiky práce, výsledků, diskuse a závěru.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaký je životní příběh pacientky?
2. Jaké životní oblasti respondentů byly ovlivněny onemocněním pacientky?
3. Jaká je kvalita života všech respondentů?

6 Metodika průzkumné části

Průzkumná část bakalářské práce je zaměřena na kvalitativní průzkum života pacientky, které byla v roce 2022 diagnostikována ulcerózní kolitida. Smíšený průzkum s prvky případové studie a dotazníkového šetření je rozdělen do tří samostatných částí. První část popisuje životní příběh pacientky. Druhá část zkoumá, jaký dopad mělo onemocnění pacientky na její život, na rodinné příslušníky a na blízké přítelkyně. Třetí část se zabývá kvalitou života všech respondentů. Průzkum probíhal za účasti pacientky, jejího manžela, jejich rodičů a dvou blízkých přítelkyň (ve druhé části budou označovány jako: „*první blízká přítelkyně*“ a „*druhá blízká přítelkyně*“), se kterými se zná již přes 20 let. Všichni respondenti byli obeznámeni s tím, že veškeré získané informace budou anonymizovány. Případová studie se zabývá zkoumáním jednoho či několika případů. Kvantitativní šetření sbírá menší množství informací od mnoha lidí, avšak případová studie se zaměřuje na jednoho či více jedinců, od kterých pojímá velké množství dat. Případová studie slouží ke zkoumání komplikovanosti případu a charakteristice vztahů. Pokud bude studie provedena precizně, je možné z ní čerpat a zároveň můžeme lépe porozumět ji podobným případům a také ji s nimi porovnávat. Analýza dat probíhala s využitím prvků tematické analýzy. Tematická analýza se používá k identifikaci datových vzorců, konfigurací a témat v kvalitativních datech. Její výhodou je pružnost, protože postupy nejsou vázány na žádnou teorii nebo typ epistemologie. Skvěle se proto hodí pro získání odpovědí na výzkumné otázky ohledně lidských zkušeností a názorů. (Hendl, 2023, s. 104 a 268).

Osobní setkání proběhlo se všemi respondenty na předem domluveném místě a v předem domluvený čas. Před začátkem průzkumného šetření byli všichni respondenti informováni, že rozhovor bude probíhat za účelem zpracování praktické části bakalářské práce. Bylo jim blíže specifikováno, že první část rozhovoru bude zaměřena na životní příběh pacienty a v druhé části rozhovoru budou následovat strukturované otázky, které se budou zaměřovat na konkrétní témata. Strukturované otázky byly všem respondentům předem poslány, aby se na ně mohli připravit. Dále bylo respondentům sděleno, že celý rozhovor bude nahráván na diktafon, který bude ihned po dokončení rozhovoru zaheslován a záznam bude po úspěšné obhajobě bakalářské práce ještě ten den smazán. Všichni respondenti byli dotázáni, zda s tímto postupem souhlasí a všichni odpověděli, že ano.

V první části bylo použito kvalitativní průzkumné šetření s prvky případové studie. Se všemi respondenty byl proveden narativní rozhovor. V kvalitativním sběru dat tvoří hlavní skupinu metod naslouchání, vyprávění, kladení otázek a získávání odpovědí na ně. Tyto metody lze aplikovat formou rozhovoru. Rozhovory mohou být strukturované, polostrukturované nebo volné. Narativní rozhovor nevyužívá standardizované otázky, ale naopak povzbuzuje jedince k volnému vyprávění a umožňuje tak přirozený vývoj získání informací o určitých událostech. Rozhovor lze rozdělit na čtyři fáze. První fází je stimulace. V této fázi je danému jedinci vysvětleno, za jakým účelem bude rozhovor probíhat a buduje se důvěra mezi tazatelem a vypravěčem. Druhou fází je vyprávění. Třetí fází je kladení otázek a objasnění nejasností a ve čtvrté fázi tazatel může využít otázky typu „Proč.“ Čtvrtá fáze se používá z důvodu vyjasnění některých významových struktur, které vypravěč ve svém vyprávění neobjasnil (Hendl, 2023, s. 182 a 183). Po ukončení rozhovorů byly všechny rozhovory důkladně analyzovány a následně z nich byl vytvořen životní příběh pacientky.

Ve druhé části byl použit polostrukturovaný rozhovor se všemi respondenty. Byly vytvořené okruhy témat a ke každému tématu náleželo několik otázek, které byly důležité pro vznik této bakalářské práce. Otázky byly sestaveny dle 11 funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové. Rozhovory poté byly přepsány do elektronické verze a následně z nich byly vybrány podstatné myšlenky, ze kterých byly metodou otevřeného kódování vytvořeny hlavní kódy. Kódování se dělí na tři typy, a to na otevřené, axiální a selektivní. Otevřené kódování se používá k odhalení určitých témat v datech. Postupně se vytváří seznam témat, které umožňují výzkumníkovi vidět témata v celku a inspirují ho k hledání dalších témat. V textu se označují jednotlivé úryvky, které jsou pak pojmenovány jedním slovem, obvykle podstatným jménem nebo slovesem a tím se vytvoří kód (Hendl, 2023, s. 255). Na závěr je vytvořeno schéma, které znázorňuje vzájemné vztahy mezi kódy.

Ve třetí části byli všichni respondenti požádáni o vyplnění standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Dotazník vyhodnocuje kvalitu života a je určen pro osoby do 65 let. Obsahuje 2 samostatné otázky a 24 otázek je rozděleno do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí). Celkem tedy dotazník tvoří 26 otázek. WHOQOL-BREF je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, který tvoří 100 otázek. Pro praxi je vhodnější a častěji využívaná zkrácená verze dotazníku WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Dotazníky byly od všech respondentů vybrány a následně vyhodnoceny.

7 Výsledky

Tato kapitola je rozdělena do tří částí. V první části je popsán životní příběh pacientky. Část druhá je zaměřena na výsledky získané metodou otevřeného kódování a třetí část vyhodnocuje standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF.

7.1 Životní příběh pacientky s ulcerózní kolitidou

Životní příběh byl zpracován podle vyprávění pacientky a jejích blízkých. Jména a iniciály všech zúčastněných respondentů a lidí objevujících se ve vyprávění životního příběhu jsou z důvodu zachování anonymity změněny.

Paní M. se narodila v roce 1978. Vyrůstala v úplné rodině s matkou i s otcem a s mladší sestrou. Vztahy v rodině paní M. hodnotí jako dobré a na své dětství vzpomíná hezky. Dnes si myslí, že měla o trochu přísnější výchovu než ostatní děti, ale tenkrát ji to tak nepřišlo a je za to rodičům i vděčná. První větší stres v životě paní M. přišel při podávání přihlášek na střední školu a při přípravě na přijímací zkoušky. Paní M. patří mezi silné ročníky, proto se obávala, aby se na střední školu dostala a byl na ni kvůli tomu vyvíjen i doma větší tlak. V tomto období se u paní M. začaly objevovat častěji průjmy, ale tenkrát tomu nikdo nepřikládal žádný důraz, ani ona sama ne. Paní M. se na střední školu úspěšně dostala, byla spokojená a škola ji bavila. Po pár týdnech nastala ale situace, že si na paní M. zasedla její třídní učitelka a tento stav trval celé čtyři roky. Paní M. toto do dnes vnímá jako velkou nespravedlnost: „*Já měla vždy samé jedničky, maximálně nějakou dvojku, byla jsem tichá, nikomu jsem nikdy neubližovala, účastnila jsem se školních olympiád, vůbec nevím, čím jsem si to zasloužila.*“ Paní M. vypráví některé situace ze střední školy a při jedné vzpomínce se i po dlouhých letech rozpláče. Matka paní M. dodává, *tenkrát s tím bohužel nešlo nic dělat, to byla úplně jiná doba a člověk by tu situaci jen zhoršil, kdyby si stěžoval.*“ Během střední školy se u paní M. často vyskytovaly potíže gastrointestinálního charakteru (průjmy, nevolnost, zvracení). Paní M. to ale považovala za normální a rodičům to většinou ani neříkala, byla to doba, ve které se o takových věcech příliš nemluvalo. Po úspěšně složené maturitní zkoušce se paní M. hlásila na vysokou školu, ale nebyla přijatá kvůli nehezkému posudku ze střední školy, který napsala její třídní učitelka. Paní M. to zamrzelo, ale už se tím příliš netrápila. Našla si práci, ve které byla spokojená, osamostatnila se od rodičů, začala se naplno věnovat svým koníčkům šití a horolezectví a vdala se za svého prvního manžela. Následující roky v životě paní M. probíhaly docela klidně a paní

M. si nevzpomíná, že by v tomto období měla nějaké střevní obtíže, ale připouští, že to možná jen nevnímala. Když paní M. bylo 30 let, narodila se jí dcera a po jejím narození nastaly problémy v manželství, které o dva roky později skončily rozvodem. Paní M. se ale po rozvodu ulevilo a v následujících letech se neměla vůbec špatně. Měla dobrou práci i své podnikání a užívala si s dcerou a přáteli cestování, sportování a nejrůznější společenské akce. Svůj zdravotní stav v tomto období hodnotí jako velmi dobrý, až na astma a alergii na pyly, které jí byly diagnostikovány ve 33 let. Vzpomíná však, že kolem 35 roku života se jí začaly objevovat potíže v souvislosti s pitím alkoholu, kdy se po konzumaci třeba i jen jedné sklenice vína dostavily bolesti a křeče v břiše. V roce 2015 prodělala paní M. závažnou plicní embolii, která jí málem stála život a poškodila ji srdeční chlopeň. Po stabilizaci stavu po plicní embolii paní M. poznala v roce 2016 svého současného manžela a vzpomíná na toto období jako na jedno z nešťastnějších ve svém životě.

Paní M. považuje za klíčovou událost v souvislosti s ulcerózní kolitidou den v červnu roku 2011, kdy se v restauraci otráвила grilovaným lososem a skončila v nemocnici. Půl roku po otravě se u paní M. začaly objevovat časté křeče v břiše a intervaly mezi nimi se zkracovaly. Paní M. vzpomíná, že se křeče objevovaly i třikrát za den. Myslí si, že tahle událost mohla být spouštěčem ulcerózní kolitidy. Když se paní M. v roce 2016 poprvé stalo, že si kvůli ukrutným křečím v břiše musela na ulici sednout na zem a počkat, až ji křeče přejdou, rozhodla se poprvé v životě vyhledat gastroenterologa. Gastroenterolog provedl kolonoskopii a řekl paní M., že má ve střevě 1. stupeň zánětu nejasného původu, ale že zánět zatím není na léčbu. Paní M. velmi pomohlo a ulevilo od symptomů vyprázdnění střeva před kolonoskopií (byl podán Fortrans 4 litry) a od této chvíle po dobu dalších pěti let neměla potřebu vyhledat lékařskou pomoc. To se změnilo koncem roku 2021, kdy se paní M. nechala očkovat na Covid a po očkování se objevily průjemy s příměsí krve, začala pociťovat velkou únavu, časté nevolnosti a všímala si, že toleruje čím dál méně potravin ve stravě. Paní M. absolvovala nejprve dvě návštěvy u praktické lékařky. Ta si ale dle výsledků krevních testů nemyslela, že je s paní M. něco v nepořádku. Teprve při třetí návštěvě byla paní M. odeslána praktickou lékařkou na gastroenterologii, protože zhubla o 10 kilo. V květnu roku 2022 byla paní M. provedena kolonoskopie a byla jí diagnostikována ulcerózní kolitida. Střevo bylo touto dobou již celé v těžkém zánětu. Když paní M. slyšela diagnózu, tak se jí v první chvíli ulevilo a dodává: „*Věděla jsem, že jsem vážně nemocná a bála jsem se rakoviny střev, ale vlastně jsem pořád nevěděla, co přesně mi je. Jednou mi u praktické lékařky vyšly zhoršené jaterní testy, tak dokonce padlo podezření, jestli nejsem alkoholička.*“ Na tuhle chvíli má ale i špatnou vzpomínku při které si vybavuje, jak se lékař během

kolonoskopie bavit se sestrou a oba po celou dobu vyšetření komentovali, jak je střevo ve strašném stavu ještě před tím, než o této skutečnosti informovali paní M., která v tu chvíli vůbec nevěděla, co si má myslet a měla strach. Po ukončení vyšetření lékař paní M. oznámil, že má ulcerózní kolitidu a že to vidí na biologickou léčbu a možnou stomii. S tímto postupem paní M. nesouhlasila a byla odhodlaná udělat vše proto, aby se zánět ve střevě snížil na minimum. Během příštích týdnů byla paní M. poslána ještě na gastrokopii, během které byly udělány i testy na celiakii a intoleranci laktózy, ani jedno nebylo potvrzeno. Dále podstoupila ultrazvuk břicha kvůli vyloučení nádoru a magnetickou rezonanci, která měla za cíl definitivně vyloučit Crohnovu chorobu, což vyloučila. Na gastroenterologii ji byla předepsána Pentasa, což byla a je jediná medikace, kterou užívá. Poté co paní M. podstoupila všechna výše zmíněná vyšetření a svou diagnózu přijala, rozhodla se, že musí nastudovat všechny dostupné informace o ulcerózní kolitidě, aby dosáhla dlouhodobé remise. Zaujala k onemocnění postoj, že se dá velmi dobře upravit stravou, disciplínou a pravidelným režimem. Začala si psát deník, který zahrnoval informace o jídle, stolici a spánku. Psala si do něho, jaké jídlo, v kolik hodin snědla a jak se po něm cítila. Dále kolikrát za den byla na stolici, v kolik hodin a jaký byl její charakter, a nakonec kolik hodin trval spánek a jaká byla jeho kvalita. Z deníku po dvou měsících dokázala vyčíst jaké potraviny a situace ji nedělají dobře a sestavit si dle něho dietu a denní režim, který striktně dodržuje. Během rozhovoru si paní M. velmi chválí aplikaci Monash University FODMAP diet, která podrobně popisuje složení velkého množství potravin a umožňuje tak lidem s gastrointestinálními onemocněními naplánovat pro sebe nejvhodnější dietu. V létě roku 2023 (po roce od stanovení diagnózy) šla paní M. na kontrolu na gastroenterologii, kde ji byla provedená kolonoskopie, která ukázala, že střevo již není v zánětu, ulcerace jsou zhojeny a onemocnění je od této chvíle v remisi. Od léta roku 2023 až do dnes užívá pouze Pentasu 2 g/1x denně, jednou ročně chodí na pravidelnou kontrolu na gastroenterologii a nadále dodržuje denní režim a stravu, která se ji osvědčila pro ni jako nejvhodnější. Paní M. si uvědomuje, že ne každý má takové štěstí jako ona a že existují lidé s mnohem těžšími formami IBD, při kterých je již potřeba daleko více farmaceutických a medicínských zásahů. Přesto by však ráda všem lidem, kteří IBD onemocněli, doporučila: *„Důležité je, začít si po malých kouskách upravovat stravu a přijít na to, co konkrétní osobě svědčí, protože každý organismus je jedinečný. Pokud je to možné, vyhýbat se co nejvíce průmyslově zpracovaným potravinám, vařit doma a nakupovat lokální suroviny, ne dovezené přes půlku světa. Také bych doporučila zamyslet se nad tím, jestli je v jejich životě vše v pořádku po sociální a psychické stránce. Pokud ne, tak je nutné začít tu situaci nějakým způsobem řešit. Léčba IBD vyžaduje klid, pohodu a minimum stresu.“*

7.2 Kódy

V této kapitole je zahrnuto osmnáct kódů, které byly vytvořeny na základě rozhovorů a následně podrobeny analýze a zpracovány do výsledků průzkumu.

Aktivity k udržení zdraví

První oblast funkčních vzorců zdraví, dle M. Gordonové se zabývá aktivitami k udržení zdraví. Pravidelná péče o zdraví je nezbytně důležitá pro udržení kvality života a prevenci nemocí. Každý by měl hledat způsoby, jak své fyzické i psychické zdraví aktivně podporovat a udržovat. První blízká přítelkyně paní M. vzpomíná: *„Když ji diagnostikovali ulcerózní kolitidu, tak se o ni M. začala velmi intenzivně zajímat. Zjišťovala spoustu informací, četla různé články a hledala o ni, kde co. Úplně se do toho ponořila“*. Paní M. souhlasí, že byla rozhodnutá, že si musí pomoci sama a nesmí dovolit, aby se jí onemocnění rozjelo a mělo pak za následek hrozné konce, kterých byla svědkem u jiných lidí se stejným onemocněním: *„Začala jsem se hodně zajímat o výživu. Jsem přesvědčená, že u této nemoci je strava to nejdůležitější. Snažím se dodržovat pravidelný denní režim a trávit hodně času na procházkách v přírodě na čerstvém vzduchu s pejskem, nebo chodím bosa po zahradě. Navštěvuji také saunu, po které se vždy cítím velmi dobře a sprchuji se studenou vodou. Také jsem omezila pití alkoholu na úplné minimum. Časem bych chtěla docílit toho, že ho nebudu pít vůbec, a to ani symbolicky na přípítek.“*

Strava

Strava je druhou oblastí funkčních vzorců zdraví dle M. Gordonové a u pacientů s ulcerózní kolitidou je správné stravování nezbytné pro dlouhodobé udržení remise. Nevhodné potraviny naopak mohou zvyšovat riziko relapsu. Strava je v rodině a okruhu nejbližších přátel paní M. velkým tématem. Otec vzpomíná na její dětství: *„V jejím dětství bylo vše naprosto v pořádku. Jen to její jedení bylo moc špatné. Nikdo si s tím nevěděl rady, protože jedla málo. Od snídaně po večeři, to byl vždy dlouhodobý obřad. Ale nevypadala, že by byla podvyživená.“* První blízká přítelkyně paní M. to potvrzuje: *„Už před onemocněním mluvila o diskomfortu, co se týká zažívání a stravování. Říkala, že po většině jídel je jí špatně. Už dlouhé roky před onemocněním si dávala pozor na jídlo. Pozorovala jsem už dávno, že je na to citlivější.“* Druhá blízká přítelkyně se nevyjadřuje k frekvenci jedení paní M. a dodává: *„Myslím si ale, že její stravovací návyky byly vždy super. Byla to strava hodně bohatá na ryby, ovoce a zeleninu.“* Přestože se

paní M. intenzivně zajímá o stravování hned od počátku jejího onemocnění, tak teprve před rokem udělala dle jejích slov velký objev: „*S manželem jsme odjeli na dovolenou na malý ostrov, kde se lidé živilo pouze lokálními potravinami, protože tam nefungoval dovoz. První dny jsem měla z jídla obavy, ale třetí den jsem si uvědomila, že můžu sníst cokoli a v jakémkoli množství, a to i potraviny, které bych doma vůbec sníst nemohla. Nebylo mi tam vůbec špatně od žaludku, ani od střeva a velmi se mi spravila psychika. V tu chvíli jsem si uvědomila, že mi vadí průmyslově zpracované a chemicky upravené potraviny, a to rádoby i ty zdravé jako je ovoce a zelenina. Když jsme se vrátili domů, začala jsem většinu potravin objednávat od českých farmářů a zemědělců, od té doby mám úplně minimální problémy.*“

Vylučování

Třetí oblastí funkčních vzorců zdraví podle M. Gordonové je vylučování. U pacientů s ulcerózní kolitidou je mnohdy narušeno v důsledku chronického zánětu tlustého střeva a představuje pro ně oblast velmi zatěžující psychiku. Matka paní M. si vybavuje následující událost: „*Vzpomínám si, jak se jí jednou udělalo hrozně špatně, že se nemohla vůbec pohnout, aby si došla na záchod.*“ První blízká přítelkyně, která se také léčí s ulcerózní kolitidou, vzpomíná na situace, když zrovna trpěla těžkými průjmy a na záchod si ani dojít nestihla: „*Jela jsem třeba do práce a už jsem to nestihla na toaletu, takže hned po příchodu jsem se musela jít osprchovat a tam jsem kvůli tomu brečela. Nebo se doma v posteli stačilo otočit z boku na bok a už to také bylo.*“

Aktivita a cvičení

Pravidelný pohyb a fyzická aktivita podporuje celkové zdraví a je proto čtvrtou oblastí funkčních vzorců zdraví. Pacienti s ulcerózní kolitidou často pocítují únavu nebo bolest, což jim může chuť k aktivnímu pohybu snižovat. I přes to je ale důležité najít vhodnou formu fyzické aktivity. Druhá blízká přítelkyně paní M. popisuje následujícími slovy: „*Vždy byla hodně akční a organizovala všechny výlety. Chodili jsme hodně na hory. Byla hodně sportovně a pohybově založená.*“ Stejně vidí paní M. i její matka, která říká: „*I přes to, že od mala špatně jedla, tak měla vždy hrozně moc energie.*“ Její manžel ji také dřív viděl stejně, ale nabízí pohled, jak se to u paní M. v důsledku onemocnění trochu změnilo: „*V nejhroší fázi bylo všechno poznamenané nedostatkem energie, takže všechno bylo takové utlumené. Zůstaly jen procházky*

se psem. Byly omezené lyže, kolo a neměla na nic sílu.“ K tématu se vyjadřuje i první blízká přítelkyně: *„Já myslím, že se aktivní život snaží zachovat i teď po propuknutí nemoci. Chodí se psem na procházky do lesa. Pracuje na zahradě a dbá na to, aby si udržela figuru. Nemyslím si, že by úplně omezila aktivitu, ale možná ji při tom není tak dobře. Ale nevzdala to.“*

Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek je pátá oblast funkčních vzorců zdraví dle M. Gordonové. Tato oblast je nezbytná pro regeneraci těla i mysli a správnou funkci imunitního systému. Pro paní M. problémy se spánkem představovaly velkou zátěž: *„Bylo mi hodně blbě, v noci jsem často nespala a druhý den jsem pak bývala úplně vyčerpaná. Ted' už jsem si ale dokázala pro spaní udělat dobré podmínky, na kterých jsem pracovala a nyní si myslím, že je to ve fázi, že spím docela dobře.“* Za činnosti, u kterých si nejvíce odpočine, považuje procházky se psem, lehkou práci na zahradě a čtení.

Sebepojetí

Sebepojetí je sedmá oblast funkčních vzorců zdraví. Vypovídá o tom, jak jedinec sám sebe vnímá, a to se odráží v interakci s okolím. Pozitivní sebepojetí přispívá k vnitřní pohodě a sebevědomí. Naopak negativní sebepojetí může způsobit úzkost stres a sociální problémy. U pacientů léčících se s UC je důležité věnovat této oblasti pozornost, protože se mohou potýkat s pocitem méněcennosti, s obavami z budoucnosti či se změněným obrazem těla v důsledku stomie. To je možné vidět na příkladu paní M. v den, kdy ji lékař diagnostikoval ulcerózní kolitidu a oznámil ji, že to vidí na biologickou léčbu a možnou stomii: *„Ani jsem nic neřekla, možná jen nashledanou. Vyběhla jsem z ordinace zpět do čekárny, kde jsem se rozbřečela. Přišlo mi hrozné, že už své problémy řeším Bůh ví jak dlouho, všude mě mají za simulanta a najednou, když už je mé střevo v hrozném zánětu, tak mi někdo s ledovým klidem řekne, že mám jít na biologickou léčbu a že pravděpodobně budu mít stomii. Naštěstí za mnou do čekárny přišla sestřička, utěšila mě a přesvědčila, ať se vrátím a že všechno ještě jednou probereme.“* První blízká přítelkyně líčí paní M. jako velmi inteligentní: *„Vždy si se vším věděla rady, pomohla, poradila a byla to taková bojovnice. Najednou ale bylo znát, že ji onemocnění v prvních měsících sebralo a bývala často úzkostná.“* Druhá blízká přítelkyně k tomu dodává: *„Vnímám ji jako velmi sebevědomou a přijde mi, že u ní neexistuje strach z toho, co si pomyslí*

okolí“ a paní M. na závěr uvádí: „*Nakonec si ale myslím, že mi ulcerózní kolitida dodala sebevědomí, protože jsem dokázala pro spoustu pacientů nemožné.*“

Mezilidské vztahy

Osmou oblast funkčních vzorců zdraví představují mezilidské vztahy. Rodinné a přátelské vztahy jsou jednou z nejdůležitějších oblastí v životě každého člověka. Onemocnění je může v některých případech narušit, a proto je důležitá upřímná komunikace. Pokud má nemocný kolem sebe kvalitní a hezké vztahy, může to velmi zjednodušit jeho léčbu a přispět k rychlejší remisi onemocnění. Paní M. v této oblasti pocítovala sebereflexi: „*Cítíla jsem, že manželský vztah ohrožuji svými blbými psychickými stavy, které byly způsobené ulcerózní kolitidou a že to dlouho nemůže nikdo vydržet, a to mě nervovalo. Když jsem se ráno probudila a už jsem cítila, že tohle bude ten blbý den, tak jsme to už dopředu hlásila manželovi, který měl úplné pochopení. Myslím si, že kdybych byla s kýmkoli jiným, tak by to nezvládl.*“ Manžel na počátky onemocnění paní M. vzpomíná následovně: „*Myslím, že se to na našem vztahu trochu podepsalo. My jsme měli sedm let úplně bez problému a vztah jak na obláčku a najednou to skončilo. Také to vedlo k oddělené kuchyni a vaření, protože jsme najednou museli jíst oba něco jiného.*“ Druhá blízká přítelkyně nostalgicky vzpomíná na počátek jejich vztahu: „*Když poznala současného manžela, řekla, že tenhle člověk je tak zajímavý, že si ho nemůže nechat v životě ujít.*“ Je z toho zřejmé, že manžel je pro paní M. v životě velice důležitým člověkem a cítí v něm oporu. Matka paní M. rozhodně říká: „*Myslím si, že to vztahy v naší rodině neovlivnilo*“ a sama paní M. dodává, že největší oporou jí je rodina.

Stres

Stres je desátou oblastí funkčních vzorců zdraví, protože se přirozeně vyskytuje v životě každého člověka. Občasnému stresu není možné se vyhnout, ale pacienti s UC by se mu měli vystavovat co nejméně. Stres je totiž jedním z faktorů, který může vést k relapsu onemocnění. Otec i první blízká přítelkyně paní M. se shodují, že toho neměla v životě málo. Otec hovoří následovně: „*Vím to podle sebe, že dlouhodobý stres může být vždy začátek skoro každého onemocnění a ona byla v psychickém vypětí často. Já bych tomu přikládal velký význam, ale tohle vědí jen lékaři.*“ První blízká přítelkyně konstatuje: „*Nikdy nepůsobila, že by se stresovala, ale vnitřně to v sobě třeba mohla mít. Je pravda, že toho měla v životě hodně. Práci,*

studium, později úplnou změnu oboru, nějaké nevydařené vztahy. A tahle nemoc prostě souvisí se stresem.“ Paní M. se v současné době snaží stresovým situacím co nejvíce vyhýbat. Dnes dá raději přednost svému zdraví a psychické pohodě, než aby se někde „zbytečně rozčilovala“. Sama na sobě totiž cítí, že když ji něco více vyvede z míry, hned se to na jejím onemocnění negativně projeví.

Životní hodnoty

Životními hodnotami se zabývá poslední oblast funkčních vzorců zdraví. Životní hodnoty má každý jedinec nastavené jinak dle svého přesvědčení, zkušeností a prostředí, ze kterého pochází. V důsledku onemocnění se však stávající vytvořené hodnoty často mění za jiné a pacienti díky nim mohou najít nový smysl života. Paní M. po diagnostikování ulcerózní kolitidy začala stavět na první místo své zdraví a psychickou pohodu: *„Jsem toho názoru, že stres nebo pocit štěstí či neštěstí hraje roli ve vzniku mnoha onemocnění. Proto teď už dělám jen věci, které mě baví a těší.*“ Dále konstatuje, že od jisté doby a po různých zkušenostech si ráda nechá poradit, ale zároveň důvěřuje především svému úsudku: *„Myslím si, že jsem svým způsobem náročný a pro někoho obtížný pacient. Ale já potřebuji věci nejprve pochopit a už se nesmírím s tím, že mi někdo řekne, že něco budu dělat a já to budu prostě dělat“.*

Bolest a únava

Ulcerózní kolitida často způsobuje bolest břicha, ale i bolest vycházející z EIM a celkovou únavu, což může ovlivňovat každodenní fungování a kvalitu života. Na tuto oblast nejhůře ze všech vzpomíná manžel: *„Přišlo mi, že každou chvíli umře, zhubla, byla strašně slabá, strašně vyčerpaná, strašně unavená.*“ Paní M. dodává: *„Byly dny, kdy jsem nebyla schopná vůbec vstát z postele a něco dělat. Můj nadživotní výkon třeba byl, že jsem se po několika hodinách přemáhání dokázala přesunout z postele na lehátko na zahradu, když jsem chtěla na sluníčko. Únavu, kterou díky ulcerózní kolitidě pociťuji je to, co vnímám jako nejvíce limitující. Také mě hodně bolívají klouby na ruku. To potom spím třeba v rukavicích na snowboard, protože mi dělá dobře to teplo a také to, že jak jsou rukavice tlusté, tak to zabraňuje pohybu prstů.*“ Paní M. se snaží bolesti a únavě předcházet, ale i když dělá dle jejích slov „vše správně“, jsou dny, kdy se zkrátka bolest a únava v různé podobě dostaví a ona to nemůže ničím ovlivnit. Takových

dní je ale už v současné době mnohem méně, než tomu bývalo v průběhu prvních dvou let od chvíle, kdy jí byla UC diagnostikována.

Dodržování režimu

Dodržování pravidelného režimu je důležitým faktorem při léčbě chronických onemocnění. Pokud se nastavený režim důsledně dodržuje, výrazně snižuje riziko komplikací. Z životního příběhu pacientky je zřejmé, že i ji velmi pomohl k dosažení remise onemocnění: *„Jsem přesvědčená, že za můj momentální dobrý stav může strava a dodržování režimu. Snažím se dodržovat stravovací i denní režim, který mi vyhovuje. Nicméně je pravda, že když už se někdy stane, že si dám něco, u čeho cítím, že mi to nesedlo, tak si řeknu, že už je to stejně jedno, protože vím, že mi bude blbě a dám si třeba ještě skleničku vína, kterou bych neměla.“*

Omezení

Ulcerózní kolitida přináší omezení v podobě stravy, únavy, nutnosti častých návštěv toalety, a to může komplikovat společenský i pracovní život. Je důležité najít způsob, jak veškerá omezení související s onemocněním co nejvíce eliminovat a pokusit se, aby měla jen minimální vliv na život. První i druhá blízká přítelkyně shodně udávají: *„Nemáme M. zafixovanou, že by se někdy nechala něčím omezovat a ani, že by se vzdala nějaké činnosti.“* První blízká přítelkyně ještě podotýká, že jediné, čeho se musela vzdát, byly některé druhy jídel. Paní M. je ale jiného názoru: *„Nejvíce mě limituje únava, ani ne strava, a potom společenský život. Když jdu například s lidmi z práce do hospody, tak tam nemůžu pít. Nemůžu si někdy objednat vůbec žádné jídlo, pokud tam pro mě nic vhodného nemají. Nemohu s nimi sedět třeba až do půlnoci, protože vím, že bych přesáhla dobu, kterou je mé tělo schopné zvládnout. Také mě mrzí, že už nemohu chodit na všechny kulturní nebo sportovní akce, na které bych chtěla, ale musím si z nich vybrat. Protože všechny bych nezvládla, nemám na to energii.“*

Komunikace

Pacienti s UC jsou často vystaveni nepochopení ze strany okolí. Může za tím být neochota pacienta otevřeně o nemoci mluvit z důvodu studu, strachu z reakce okolí, nebo že pacient chce na své onemocnění co nejméně myslet, a tak se o něm odmítá bavit. Také může docházet

k tomu, že okolí situaci pacienta neporozumí, protože onemocnění nezná a není si vědomé toho, co všechno obnáší. Z těchto důvodů je otevřená komunikace velmi důležitá, aby byly zachovány dobré mezilidské vztahy. Dle manžela funguje komunikace ve vztahu tak, jak by měla: *„O nemoci mluvíme pořád, vlastně každý den.“* Paní M. požádá o vstoupení do konverzace: *„Uvědomovala jsem si, jak s tím pořád někoho obtěžuji, protože jsem stále potřebovala někomu říkat, jak mi je blbě, a pak jsem všechny zahlcovala tím, co jsem se o té nemoci dozvěděla. Byla jsem manželovi vždy vděčná, že mě vyslechl. Kolikrát jsme se kvůli tomu pohádali, ale já si pak uvědomila, že to bylo tím, že jsem byla podrážděná z nemoci. Potom jsem se mu vždy snažila popsat, jak se cítím a k čemu u mě dochází. Myslím si, že to dobře pochopil a dobře zvládl, kdyby to tak nebylo, asi už bychom spolu nebyli.“* Manžel v návaznosti pokračuje: *„Ve výsledku byla negativní a musel jsem si dávat pozor, co říct, abych nevyvolal nějaký konflikt. Prostě z toho byla podrážděná.“* Zde se ukazuje, že v důsledku onemocnění docházelo v domácnosti k problémům, ale protože manželé spolu dokázali otevřeně a upřímně komunikovat a sdělit si navzájem své pocity, jejich vztah tím neutrpěl. Ostatní účastníci průzkumu problémy v komunikaci nezaznamenali.

Zaměstnání

Zaměstnání je důležitou součástí každého člověka. Úspěch v práci, dobrý pracovní kolektiv a finanční ohodnocení přispívají k pocitu důležitosti a sebevědomí lidí. Ulcerózní kolitida ale může práci výrazně komplikovat. U pacientů se mohou vyskytovat náhlé absence, únava, a podrážděnost. Je proto důležité sladění léčby, pracovního režimu a také podpora a pochopení ze strany kolegů a nadřízených. Paní M. si však nemyslí, že by to její práci někdy ovlivnilo ve smyslu častých absencí, nebo že by práci nebyla schopná vykonávat a musela ji dokonce změnit: *„Jediné, na čem jsem se musela se svou nadřízenou domluvit, bylo, aby mi dávala pouze dvě až tři noční v měsíci, protože jsem cítila, že práce přes noc mi nesvědčí. Jinak mi ale zaměstnání paradoxně pomáhá k tomu, abych se nezbláznila.“* Vzpomíná také na to, že nějakou dobu přemýšlela, jestli má o onemocnění říct svým kolegům a vzápětí dodává: *„Pak jsem si ale uvědomila, že jim to říct musím. Stejně by si všimli, že je se mnou něco jinak než s ostatními. Musím si nosit jídlo z domova a jíst ho každý den přesně ve stejnou hodinu. Nemohu si vzít, když třeba někdo něco doma upeče, takže bych ještě mohla urazit. I v práci mi někdy není dobře, tak by mě ještě mohli mít za divnou, pokud bych jim nevysvětlila, co mi je, a s jakou nemocí se léčím. Všichni moji kolegové to naštěstí pochopili a cítím z nich soucit, pochopení a podporu.“*

První blízká přítelkyně v souvislosti se zaměstnáním říká: „*Pro ostatní kolegy asi mohlo být zajímavé, že si nosila svá jídla a trvala na tom, že je bude jíst v pravidelných intervalech a že jedla a pila to, co ostatní ne. Takže se často vyptávali, co to tam má a tak. Neřekla bych, že jí obtěžovalo na to odpovídat, ale jak to bylo časté, tak to byla neustálá připomínka nemoci.*“

Zdravotní stav

Celkový zdravotní stav pacienta s UC není ovlivněn jen samotnou nemocí, ale i dalšími faktory jako je životní styl, imunita, psychická pohoda a souvisí i s minulostí pacienta. Rodina i blízké přítelkyně paní M. se shodují, že by její životní styl zhodnotili jako dobrý. Vždy žila aktivním životem, trávila čas na čerstvém vzduchu, snažila se zdravě jíst a dělat aktivity podporující zdraví. Zároveň se ale všichni shodují na tom, že v osobním životě paní M. byla spousta věcí, které nebyly vůbec jednoduché. Druhá blízká přítelkyně konstatuje: „*V životě toho neměla málo a nic neměla zadarmo. Myslím, že to určitě mohlo ovlivnit její zdravotní stav.*“ Ulcerózní kolitida není prvním vážným onemocněním. Paní M. v roce 2012 měla vyhrzlou ploténku a skoro půl roku proležela. V roce 2015 dostala plicní embolii, v důsledku které došlo k poškození srdeční chlopně. Matka v souvislosti s plicní embolií dodává: „*Prodělala plicní embolii a potom musela dlouho ležet, myslím si, že tam začaly problémy s jejím zažíváním. Začala mít problémy se střevem. Měla často průjem a tlačil jí žaludek. Někdy to tak měla víc a někdy míň. Nikdo se tím ale tenkrát nezabýval, protože se to pořád spojovala s tou embolií.*“

Strach a obavy

Pacienti s UC mnohdy pociťují obavy z komplikací spojených s onemocněním, operací a z vyloučení ze společnosti. V takovém případě je důležitá podpora od okolí a dostatek informací, které mohou pomoci tyto obavy zvládnout. Obavy však nepociťují jen pacienti, ale i lidé, kterým na nich záleží. Otec i matka říkají: „*Máme o ní strach. Nechceme, aby se to nějak zhoršovalo. Přáli bychom si, aby se nemoc ustálila a zlepšila.*“ Matka své obavy dává do souvislosti s vařením: „*Mám vždy obavy, když přijede na návštěvu, abych vařila tak, jak ona potřebuje a nebylo jí špatně.*“ Paní M. kromě toho, že měla strach ze stomie, průběhu onemocnění a léčby, jak vyplývá z životního příběhu, se tak velmi obávala dovolené na ostrově, která se pro ni ale nakonec stala velkým přínosem (tato dovolená je zmíněná v kódu strava): „*Měli jsme jet s manželem po dlouhé době na dovolenou a já měla strašný strach, abych tam*

neskončila v nemocnici s komplikacemi kvůli jiné stravě. “ Manžel však byl pro paní M. oporou a dokázal ji podpořit, takže na dovolenou nakonec odletěli.

Motivace

Motivace je klíčová při zvládnání všech chronických onemocnění. Pacient by měl mít něco, čeho chce dosáhnout, nebo pro co chce žít, aby mu to dodávalo sílu a chuť s nemocí bojovat. Motivací paní M. v první řadě bylo: *„Nechtěla jsem se dostat do nemocnice na resekci střeva, nebo biologickou léčbu a umělou výživu. Chtěla jsem začít přijímat plnohodnotnou stravu a přibrat pár kilo, čehož jsem dosáhla.“* Má však i další cíl: *„Pořád čtu a zjišťuji o nemoci další a další věci. Nestačí mi, že mám UC v remisi, já bych se ji chtěla zbavit úplně. Víím, že je to z lékařského hlediska zatím nevyléčitelné onemocnění, ale já bych chtěla být prvním člověkem, který se vyléčí. Podle mě to musí nějak jít. Zkousím na sobě různé věci, které si zjistím a načtu a třeba se mi to jednoho dne podaří a najde se díky tomu potom způsob, jak UC trvale vyléčit.“* Manžel dodává, že radost a motivaci společně nacházejí v každodenních běžných věcech: *„Snažíme se mít jen radostné dny, protože takhle ten život máme oba nastavený, a proto jsme spolu. Těšíme se na dovolený, na cestování, že zase budeme jezdit více na kole, pokud to síly dovolí, a na důchod plánujeme vlastní baráček.“*

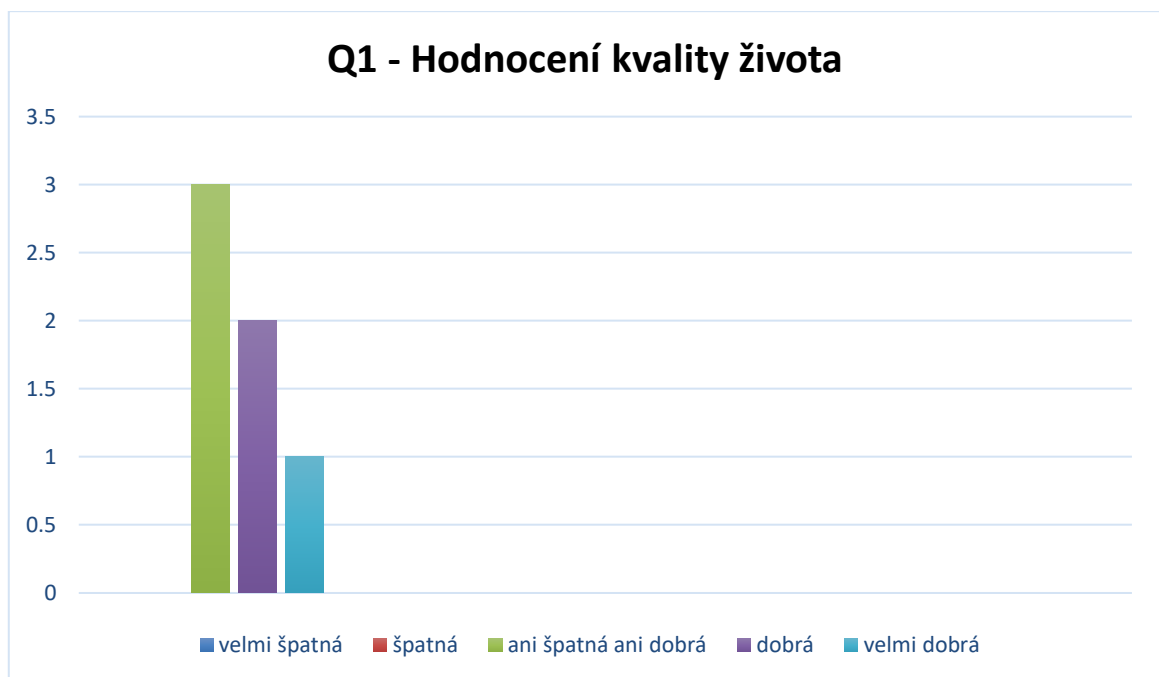
Odhodlání

Poslední kód odhodlání byl zvolen, protože paní M. a její manžel jsou rozhodnutí a odhodláni v případě potřeby pro zásadní životní změnu. Manžel vysvětluje: *„Na dovolené na ostrově jsme byli dvakrát a podruhé jsme začali zvažovat, že bychom se tam chtěli odstěhovat. Byli jsme tak strašně nadšení z jídla a z toho, že manželce po něm nic není. Byli jsme tím natolik ovlivnění, že jsme začali hledat přes realitky dům na ostrově. Zjišťovali jsme, jaká je tam možnost práce a platu. Když jsme se vrátili do ČR uvědomili jsme si, že by nám tu chyběla spousta věcí, ale hlavně manželka začala objednávat potraviny od místních farmářů a její stav se výrazně zlepšil, takže jsme se rozhodli tu prozatím zůstat. Kdyby tu ale nebyli ti farmáři, nebo kdyby nastala situace, že by tady lokální průmyslově nezpracované a chemicky neošetřené potraviny přestaly být dostupné, tak se hned odstěhujeme na ostrov, protože teď už jsem přesvědčený o tom, že manželce by to zachránilo život.“* Paní M. k tomu dodává: *„Je to tak, jak říká manžel.“*

7.3 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF je složený ze čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a hodnotí dvě samostatné otázky, a to, jaká je kvalita života a spokojenost se zdravím dotazovaného (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). U každé odpovědi je nejnižší hodnota 1 bod a nejvyšší hodnota 5 bodů.

Otázka Q1: „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“



Graf 1 – Q1

Graf číslo 1 zobrazuje subjektivní hodnocení respondentů na otázku číslo 1, jak hodnotí kvalitu svého života. Z celkového počtu šesti respondentů tři z nich hodnotili svou kvalitu života jako neutrální. Další dva respondenti zhodnotili svou kvalitu života jako dobrou a jeden uvedl odpověď „velmi dobrá“. U otázky číslo jedna je tedy průměrná hodnota odpovědí od všech respondentů **3,7 bodu**.

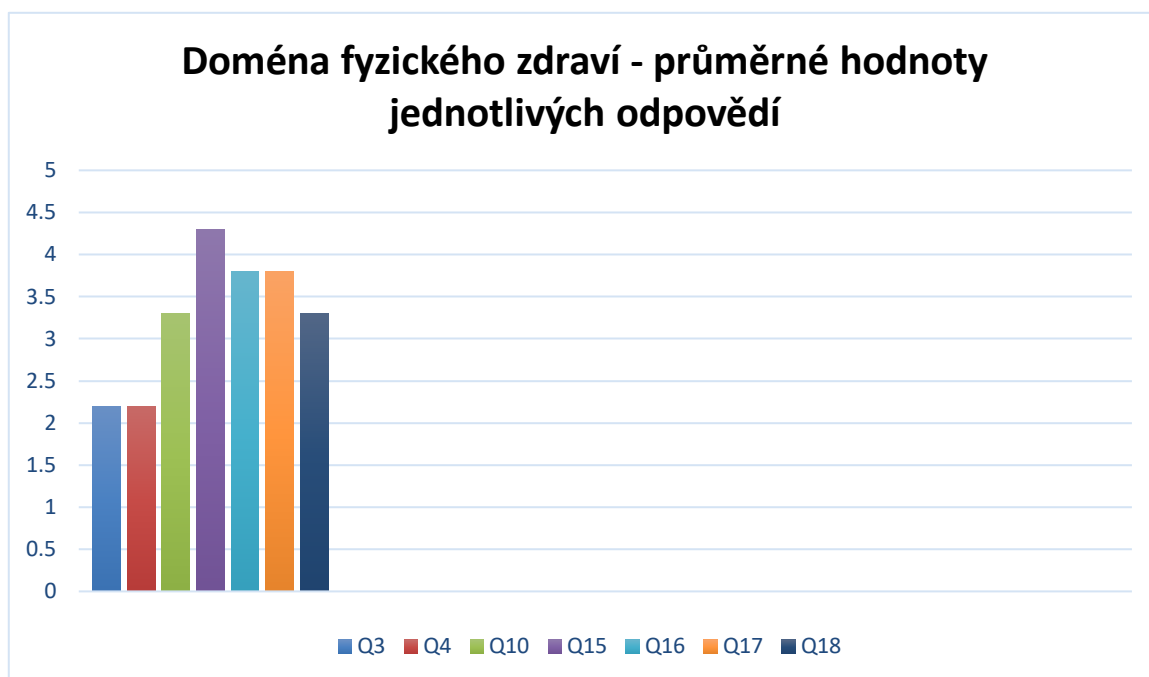
Otázka Q2: „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“



Graf 2 – Q2

Druhý graf zobrazuje výsledky otázky číslo 2, která se zabývá tím, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. Jeden respondent odpověděl, že je se svým zdravím „nespokojen“. Dva respondenti zvolili odpověď „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ a tři udávají, že jsou se svým zdravím „spokojeni“. Průměrná hodnota odpovědí je **3,3 bodu**. Na této otázce lze vidět, že ani jeden z respondentů není se svým zdravím stoprocentně spokojen (neboli „velmi spokojen“).

Doména č. 1: Fyzické zdraví



Graf 3 – Doména fyzického zdraví

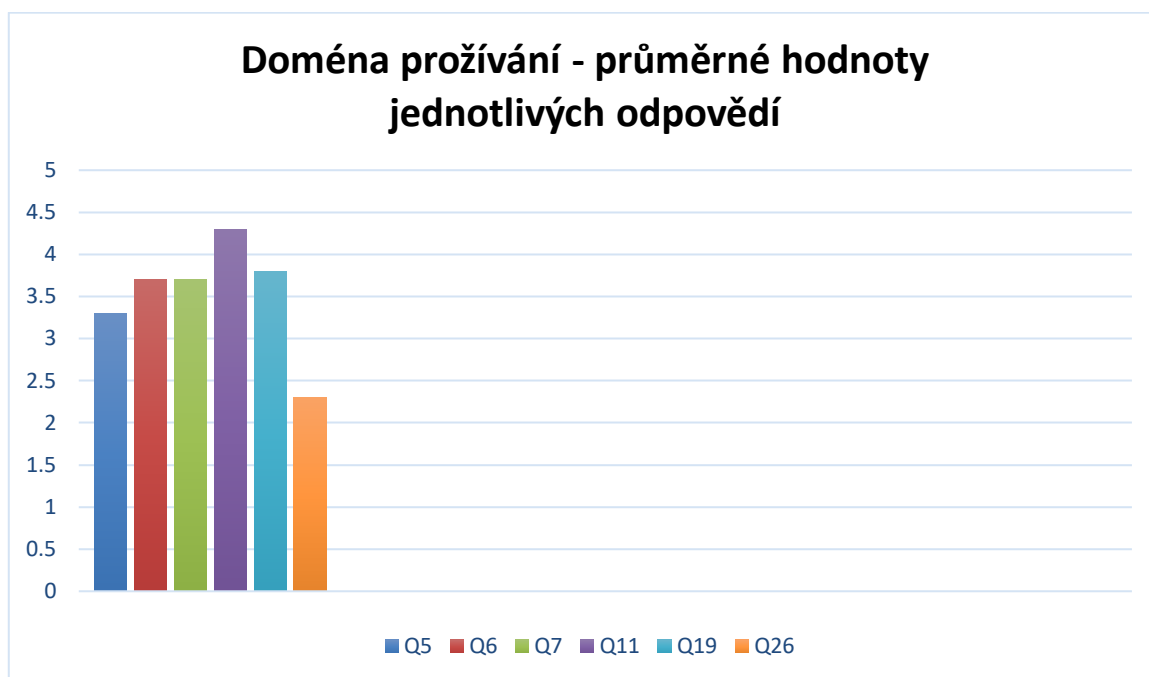
Graf číslo 3 zobrazuje hodnocení domény fyzického zdraví. Otázky, které se zabývají touto doménou jsou Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17a Q18.

Otázka číslo 3 zní: „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“. Dva respondenti uvádějí, že jim bolest vůbec nebrání ve vykonávání činností, jeden respondent zvolil odpověď „trochu“ a třem respondentům bolest středně brání ve vykonávání činností. Výsledná průměrná hodnota odpovědí je **2,2 bodu**. Na otázku číslo 4 znějící: „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“ jsou odpovědi úplně stejné jako na otázku číslo 3, a jejich průměrná hodnota je také **2,2 bodu**. Otázky číslo 3 a 4 všichni respondenti hodnotili stejnou odpovědí, dle svého fyzického zdraví (Tzn. Pokud respondent uvedl jako odpověď na otázku číslo 3 „trochu“ odpověděl i na otázku číslo 4 „trochu“). Lze tedy říct, že potřeba lékařské péče koreluje s mírou bolesti bránící respondentům vykonávat pro ně potřebné činnosti. Desátá otázka zjišťuje, jestli mají respondenti dostatek energie pro každodenní život. Tři z nich odpověděli, „většinou ano“, odpověď dalších dvou respondentů byla „středně“ a jeden respondent se cítí, že energii spíše nemá. Průměrná hodnota odpovědí je **3,3 bodu**. Na otázku číslo 15 „Jak se dokážete pohybovat?“, odpověděli tři respondenti „velmi dobře“. Dva zvolili odpověď „dobře“ a jeden respondent hodnotí svou schopnost pohybu neutrálně. Průměrná hodnota odpovědí k otázce číslo 15 je **4,3 bodu**, z čehož vyplývá, že respondenti vnímají svou schopnost pohybu jako nadprůměrnou. Šestnáctá otázka

zjišťuje míru spokojenosti se spánkem. Tři respondenti nejsou se svým spánkem ani spokojeni, ale ani nespokojeni. Jeden respondent je se svým spánkem „spokojen“ a dva jsou „velmi spokojeni“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 16 je **3,8 bodu**. Otázka číslo 17 zní: „Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?“. Jeden respondent odpověděl, že je „nespokojen“ a jeden že není „ani spokojen a ani nespokojen“. Dva respondenti dále uvádějí, že jsou „spokojeni“ a další dva, že jsou „velmi spokojeni“. Průměrné hodnocení otázky číslo 17 je **3,8 bodu** stejně jako u otázky číslo 16. Poslední otázka v této doméně je otázka číslo 18 a zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým pracovním výkonem. Jeden respondent odpověděl, že je „nespokojen“. Dva respondenti zvolili odpověď „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ a tři odpověděli, že jsou „spokojeni“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 18 je **3,3 bodu**.

Celkový výsledek první domény fyzického zdraví je **hodnota 3,3 bodu**. Tuto hodnotu tvoří průměr všech získaných odpovědí od všech respondentů. Doména fyzického zdraví je nejnižší hodnocená doména a ukazuje, že respondenti vnímají své fyzické zdraví průměrně.

Doména č. 2: Prožívání



Graf 4 – Doména prožívání

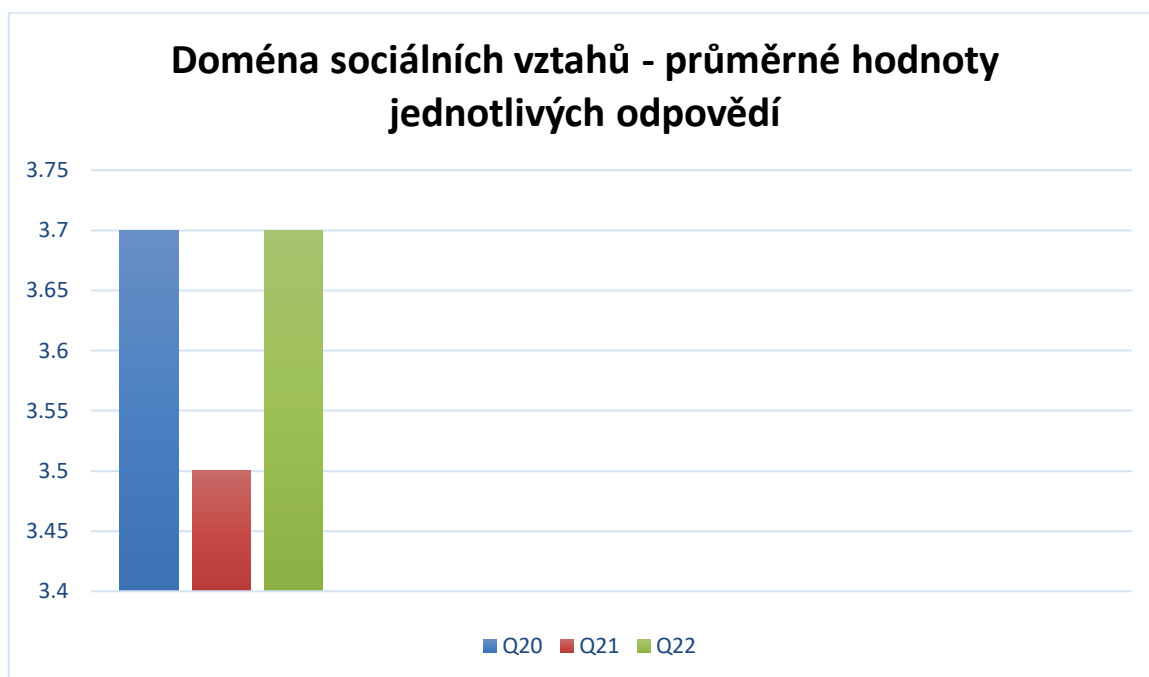
Graf číslo 4 zobrazuje hodnocení domény prožívání. Otázky zabývající se touto doménou jsou Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26.

Otázka číslo 5 zjišťuje, jak moc respondenty těší život. Jeden respondent odpověděl, že ho život těší pouze „trochu“. Dva respondenti uvádějí, že je těší „středně“ a tři respondenty život těší „hodně“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 5 je **3,3 bodu**. Otázka číslo 6 zní: „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“. Hodnocení „trochu“ dal jeden respondent a hodnocení „středně“ také jeden respondent. Tři respondenti zvolili odpověď „hodně“ a jeden „maximálně“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 6 je **3,7 bodu**. Jak se respondenti dokážou soustředit, se ptá otázka číslo 7. „Středně“ se dokážou soustředit tři respondenti. Dva respondenti odpověděli, že se dokážou soustředit „hodně“ a jeden respondent „maximálně“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 7 je **3,7 bodu** stejně jako u předchozí otázky. Otázka číslo 11 zjišťuje, jak respondenti dokážou akceptovat svůj tělesný vzhled. Pouze jeden uvedl, že svůj vzhled dokáže akceptovat „středně“. Dva respondenti odpověděli „většinou ano“ a tři „zcela“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 11 je **4,3 bodů** z čehož je zřejmé, že respondenti jsou se svým vzhledem nadprůměrně spokojeni. Otázka číslo 19 „Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?“ má průměrnou hodnotu odpovědí **3,8 bodu**. Bylo na ni jednou odpovězeno „nespokojen/a“ a jednou „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. Dva respondenti uvedli, že jsou „spokojeni“ a další dva jsou „velmi spokojeni“. Otázka číslo 26 zní: „Jak často

prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“. Pouze jeden respondent na tuto otázku odpověděl, že „nikdy“. Tři respondenti tyto pocity pociťují „někdy“, jeden „středně“ a jeden „celkem často“. Průměrná hodnota odpovědí na poslední otázku je **2,3 bodu**.

Celkový výsledek druhé domény prožívání je **hodnota 3,5 bodu**.

Doména č. 3: Sociální vztahy



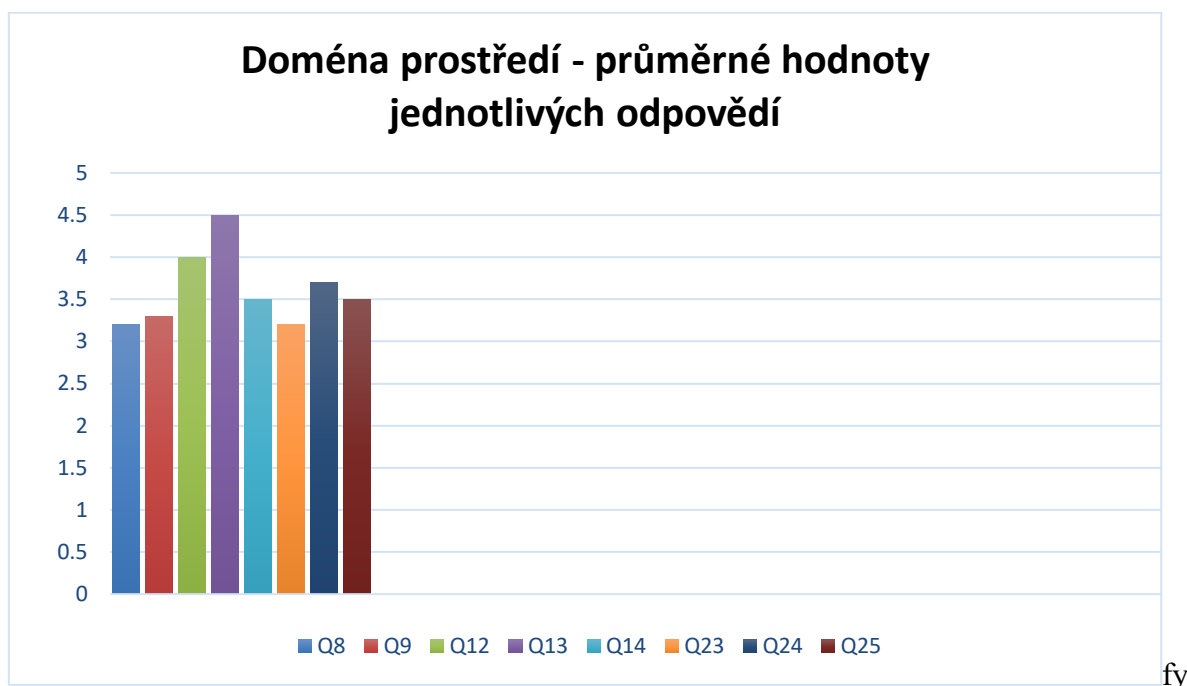
Graf 5 – Doména sociálních vztahů

Graf číslo 5 zobrazuje hodnocení domény sociálních vztahů. Otázky zabývající se touto doménou jsou Q20, Q21 a Q22.

První otázkou domény sociálních vztahů je otázka číslo 20 „Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?“. Dva respondenti uvádějí, že nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“ a čtyři respondenti jsou „spokojeni“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 20 je **3,7 bodu**. Na otázku číslo 21 „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“ odpověděli tři respondenti, že nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“ a tři jsou „spokojeni“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 21 je **3,5 bodu**. Otázka číslo 22 zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Čtyři odpověděli, že jsou „spokojeni“ a dva nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku 22 činí **3,7 bodu**.

Celkový výsledek třetí domény sociálních vztahů je **hodnota 3,6 bodu** a je společně se čtvrtou doménou prostředí nejvýše hodnocená.

Doména č. 4: Prostředí



Graf 6 – Doména prostředí

Graf číslo 6 zobrazuje hodnocení poslední domény prostředí. Otázky zabývající se touto doménou jsou Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 a Q25.

Otázka číslo 8 „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ je první otázkou této domény. Jeden respondent uvedl, že se cítí bezpečně pouze „trochu“. Tři respondenti se cítí „středně“ bezpečně a dva „hodně“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku 8 je **3,2 bodu**. Otázka číslo 9 se ptá „Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?“. Jeden respondent vnímá prostředí jako zdravé jen „trochu“ a jeden naproti tomu „maximálně“. Další dva respondenti ho považují za „středně“ zdravé a dva za „hodně“ zdravé. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 9 tak činí **3,3 bodu**. Otázka číslo 12 zjišťuje, zda mají respondenti dost peněz k uspokojení svých potřeb. Čtyři respondenti odpověděli, že „většinou ano“, jeden odpověděl „středně“ a jeden „zcela“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 12 jsou **4 body**. Na otázku číslo 13 „Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ odpověděli tři respondenti „většinou ano“ a tři „zcela“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 13 činí **4,5 bodu** a je nejvýše hodnocenou otázkou z celého dotazníku. Otázka číslo 14 zjišťuje, zda mají respondenti možnost věnovat se svým zálibám. Čtyři respondenti mají tuto možnost částečně, tak zvolili odpověď „středně“. Jeden respondent odpověděl, že „většinou ano“ a jeden „zcela“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 14 je **3,5 bodu**. Otázka 23 zní: „Jak jste spokojen/a

s podmínkami v místě, kde žijete?“. Tři respondenti jsou s podmínkami „spokojeni“, dva nejsou „ani spokojeni ani nespokojeni“ a jeden je „nespokojen/a“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 23 činí **3,2 bodu**. Otázka číslo 24 zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni s dostupností zdravotní péče. Odpovědi „nespokojen/a“, „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ a „velmi spokojen/a“ zvolil vždy jeden respondent a tři respondenti zvolili odpověď „spokojen/a“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 24 je **3,7 bodu**. Poslední otázka domény prostředí je otázka číslo 25 „Jak jste spokojeni s dopravou?“. Čtyři respondenti jsou s dopravou „spokojeni“, jeden není „ani spokojen ani nespokojen“ a jeden je s dopravou „nespokojen/a“. Průměrná hodnota odpovědí na otázku číslo 25 je **3,5 bodu**.

Celkový výsledek čtvrté domény prostředí je **hodnota 3,6 bodu**. Výsledná hodnota je stejná jako u předchozí domény sociálních vztahů a společně jsou nejvýše hodnocenými doménami.

8 DISKUZE

Nárůst pacientů s ulcerózní kolitidou se v posledních letech stále zvyšuje a celkově se IBD stávají pro odbornou veřejnost diskutovanějším tématem. Výsledky bakalářské práce budou diskutovány a porovnávány s výsledky diplomové práce s názvem „*Hodnocení kvality života u pacientů s idiopatickými střevními záněty*“ napsané na Masarykově univerzitě studentkou Kateřinou Štěřbovou. Výsledky budou porovnávány i s bakalářskou prací s názvem „*Život s ulcerózní kolitidou pohledem pacienta*“ napsané na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně studentkou Veronikou Foukal. Jsem si vědoma, že není doporučováno srovnávat bakalářskou práci s jinou bakalářskou prací, a že by měly být voleny závěrečné práce vyššího stupně. Přesto jsem se rozhodla zmíněnou bakalářskou práci do diskuse zařadit, vzhledem k tomu že obsahuje rozhovory s pěti participanty, kteří se léčí s UC, a tudíž poskytuje data velmi užitečná pro srovnání s touto bakalářskou prací. Výsledky bakalářské práce budou porovnávány i s odbornou literaturou a vědeckými články.

První průzkumný cíl má zjistit, jaký je životní příběh pacientky s UC. Z životního příběhu je zřejmé, že pacientka již v dětství špatně jedla a byla často bez chuti k jídlu. Diplomová práce Kateřiny Štěřbové (2022) uvádí, že dle výsledků jejího výzkumu mají pacienti příznaky již mnohem dříve, než jim je UC diagnostikována. Po rozhovorech s pacientkou, její rodinou a blízkými přítelkyněmi je zřejmé, že zpětně považují pacientky sníženou chuť k jídlu za to, že to mohl být také jeden z prvních ukazatelů, že s pacientkou není vše v pořádku. Nabízí se tedy otázka, jestli snížená chuť k jídlu již od raného dětství pacientky mohla být skutečně jedním z prvních ukazatelů toho, že pacientky GIT není zcela zdravý. Studie Amara a Chiarelliho (2020) hovoří o tom, že příznaky IBD u dětí se mohou projevat kachexií, úbytkem hmotnosti, selháním růstu a následně zpožděním puberty. Tyto příznaky vznikají v důsledku průjmů, a právě snížené chuti k jídlu. U pacientky se ale ani jeden z těchto příznaků v dětství neprojevoval. I přes to je však možné se domnívat, že snížená chuť k jídlu již v dětství, mohla být skutečně prvním varovným příznakem budoucího onemocnění.

Pacientka byla od puberty několik let zatížena neustálým stresem, který způsobovala střední škola. Dlouhodobý stres se ale potom objevil v jejím životě ještě vícekrát. Krátkodobý stres je užitečný a motivuje lidi k výkonu. Dlouhodobý stres však může zapříčinit vznik psychických i fyzických onemocnění. Dle Dutkové (2023) naše tělo onemocní, když často prožíváme negativní emoce a když nějaké události v životě nedokážeme psychicky zpracovat. Varovné signály však lidé často potlačují. Konstatuje, že odstrižení od svých pocitů, emocí a vnímání

těla je velkým problémem této doby. Pacientka se s trápením ohledně střední školy a její třídní učitelky svěřila matce. Ta s tím ale nemohla nic udělat, a tak se dále tento problém neřešil. Pacientka tak strávila čtyři roky v neustálém stresu do doby, než střední školu dostudovala. V této době se u ní vyskytovaly časté průjmy a silné bolesti břicha. Dle mého názoru tohle mohl být určitě silný faktor, který přispěl k pozdějšímu onemocnění UC. Veronika Foukal (2023) ve své práci píše, že čtyři z pěti participantů potvrzují, že pokud u nich dojde ke stresu, jejich stav se ihned zhorší a UC se začne projevovat. Křivohlavý (2002) uvádí, že chronické onemocnění mnohdy postupuje velmi pomalu a daný člověk si proto vlastně ani není schopen uvědomit, že je nemocen. Stejný jev je možný vidět i u pacientky, která začala mít zjevné gastrointestinální potíže, kvůli kterým musela začít vyhledávat lékařskou pomoc již v roce 2011, ale UC ji byla diagnostikována až v roce 2022, což je 11 let od prvních vážnějších příznaků. Toto popisuje v diplomové práci i Kateřina Štěrbová (2022) ve které dva respondenti uvedli, že mají UC diagnostikovanou 5 let, ale že příznaky mají už mnohem déle. Půl roku před diagnostikováním UC se paní M. stav velice zhoršil. Začaly se u ní objevovat průjmy s příměsí krve, pociťovala únavu, nevolnost a čím dál menší toleranci na potraviny. Stejně začátky onemocnění popisují i čtyři participantů v bakalářské práci Veroniky Foukal (2023). Přestože se objevovaly všechny výše zmíněné příznaky, tak největší důraz kladou všichni čtyři participantů na průjem s příměsí krve. Z rozhovorů je znát, že tento příznak byl ten, který vytvořil největší obavy. Obavy zrovna z tohoto příznaku jsou naprosto pochopitelné. Únava, nevolnost a netolerance potravin může být příznakem v podstatě čehokoli a nejsou to příznaky, u kterých by člověk běžně považoval jako příčinu závažné onemocnění. Jakmile ale člověk začne mít neustálý průjem, ve kterém se navíc začne objevovat krev, tak je pochopitelné, že většinu lidí to hodně zneklidní a začnou se obávat závažnější nemoci. Tuto úvahu potvrzuje i paní M., která ve svém životním příběhu uvedla, že po diagnostikování UC se jí ulevilo, protože se bála rakoviny střeva. Stejně tak to potvrzuje i jeden participant v bakalářské práci Veroniky Foukal (2023). Dle Křivohlavého (2002) mají pacienti často kognitivní problémy, které se týkají toho, že musí na své onemocnění neustále myslet a téma se jim objevuje v myšlenkách zcela samovolně. Tohle tvrzení se shoduje s příběhem paní M. ze kterého je znát, že UC se pro ni stala jedním z nejdůležitějších témat a potvrzuje to i její manžel, který doslova řekl, že se o nemoci baví pořád. Dle Jochmannové a Kimplové (2021) je každé onemocnění specifické, ale i tak lze najít společné rizikové faktory u chronických onemocnění. Patří mezi ně užívání tabáku, konzumace alkoholu, špatná životospráva a nedostatek fyzické aktivity. V případě paní M. ale nebyl ani jeden z těchto rizikových faktorů přítomen, kromě užívání alkoholu, které ale bylo pouze příležitostné. Dle mého názoru tedy nelze v tomto případě říct, že paní M. by u sebe mohla napomoci vzniku UC

rizikovým chováním. Při onemocnění ulcerózní kolitidou je velkým tématem výživa. Svijaš (2010) pojednává o zdraví především na mentální úrovni a tvrdí, že „*zdraví je v hlavě*“. Když dojde na téma diety, upozorňuje na to, že pokud se začneme zajímat o to, jaké všechny diety existují, tak dojdeme k závěru, že spousta z nich si vlastně protirečí. Dle něj tento fakt vypovídá o tom, že nezáleží na tom, jaké potraviny či preparáty do organismu člověk přijme, ale jestli věří, že tahle dieta mu vyhovuje a pomůže, anebo jestli má o ní už dopředu pochybnosti, pak pomoci nemůže. Svijaš zde vlastně popisuje placebo a nocebo efekt. Souhlasím zde s tvrzením, že nejrůznější diety, které dnes existují, si skutečně protirečí a není jednoduché se v nich vyznat. V případě, že druhou část tvrzení vztáhnou na pacienty s ulcerózní kolitidou, tak souhlasit nemohu. Myslím si, že pacienti s UC opravdu nemohou myslí ovlivnit, jak se budou po určitých jídlech cítit, protože problematika je zde z medicínského hlediska mnohem složitější. Nicméně pokud by se interpretace textu lehce poupravila, mohlo by z toho být chápáno tvrzení, že každý pacient si musí najít dietu, která jeho organismu bude vyhovovat, bude se po ní cítit dobře, a tím pádem bude věřit, že tato dieta je ta, která mu pomáhá, což bude mít velmi kladný vliv na jeho psychiku. To je možné vidět i na životním příběhu paní M., která zjistila, že může jíst v podstatě jakékoli potraviny, pokud jsou lokální a bez chemických úprav a považuje to za svou záchranu. Sama paní M. ale také upozorňuje na to, že tento styl stravování vyhovuje jí, ale že každý si musí individuálně přijít na to, jaké stravování bude vyhovovat jemu. V životním příběhu paní M. se zdá být nemalým problémem mnohdy špatný psychický stav. Ve výzkumu Kateřiny Štěrbové (2022) uvedlo pouze 8,8 % procent dotazovaných pacientů, že jim onemocnění vůbec neovlivnilo psychické zdraví. 91,2 % pacientů se potýká s psychickými problémy. Podle Jakoba a Höschle (2024) tvoří střevní mikrobiom individuální a rozmanitá populace bakterií, virů, archeí, hub a dalších organismů. Některé bakteriální druhy, už byly ve výzkumu vytipovány jako možná příčina různých duševních onemocnění, a to je výzkum teprve v začátku. Z těchto údajů lze vyvodit závěr, že onemocnění střeva má skutečně vliv na duševní zdraví a v posledních letech často diskutovaná osa mikrobiom-střevo-mozek se i na tomto příkladu potvrzuje.

Druhý průzkumný cíl byl zjistit jaké životní oblasti respondentů byly ovlivněny onemocněním pacientky. Podle Hazukové (2020) jsou u pacientů s onemocněním střev velmi časté obavy, stud a strach z reakce partnera. Proto je důležité s partnerem o těchto pocitech mluvit. Paní M. a její manžel spolu zvládají komunikaci velice dobře. Paní M. manželovi detailně popisuje své pocity a vysvětluje situace, které vznikají v důsledku onemocnění a manžel to chápe. V práci Veroniky Foukal (2023) jedna z participantů vzpomíná, že když ji byla UC zjištěná, měla

zrovna nový vztah a nemoc ukázala, že má vedle sebe správného partnera, který se o ni staral. Tohle mají s paní M., které byl manžel vždy oporou, stejné. Nedá se však hovořit o tom, že by onemocnění partnerský vztah vůbec neovlivnilo. Křivohlavý (2002) uvádí, že onemocnění se často intenzivně dotýká i pacientova manželství a rodiny. Konstatuje fakt, že Helgeson zjistil, že manželé jsou si v mnoha případech vlivem onemocnění bližší, ale že míra jejich spokojenosti se nezvýšila. Tohle by odpovídalo i tvrzení manžela paní M., který vztah popisuje do začátku onemocnění jako idylický a pak dodává, že si myslí, že nemoc jejich vztah poznamenala. Nicméně dle výsledků Kateřiny Štěřbové (2022) na otázku „*Měl/a jste kvůli stavu Vašeho zdraví nějaké problémy s partnerem, blízkými přáteli nebo příbuznými?*“ odpovědělo 40 osob „*ne*“, 29 osob odpovědělo „*jen málo*“ a 21 osob odpovědělo „*hodně*“. Paní M. by se v tomto výzkumu pravděpodobně zařadila do kategorie odpovědi „*jen málo*“. Lze tedy podle mě říct, že onemocnění určitě má vliv na vztahy pacienta, ale že není u většiny lidí příliš výrazný (ačkoli jsem si vědomá, že se v tomto případě jedná o velmi malý vzorek populace). Onemocnění paní M. má vliv i na ostatní respondenty. Týká se především toho, že paní M. už nemůže trávit s ostatními čas takovým způsobem, jakým byla zvyklá. Nejvíce ji omezuje únava, nutnost dodržování pravidelného režimu a strava. Foukal (2023) získala od všech participantů výpovědi ohledně omezení ve společenském životě úplně stejné. Ve společnosti tráví méně času, z důvodu časté únavy a shodují se, že člověk si musí dobře vybírat jakou akci je schopen zvládnout. To stejné uvádí v rozhovoru i paní M.

Třetím a posledním průzkumným cílem bylo zjistit, jaká je kvalita života všech respondentů. Kvalitu života je možné hodnotit z pohledu skupiny, společnosti nebo populace. Nejčastěji je však hodnocená ze subjektivního pohledu jednotlivce. Život jednotlivce je chápán jako komplexní pojem zahrnující všechny oblasti života, například společenský, rodinný, pracovní a citový (Gurková, 2011). Dle Lee (2022) UC zhoršuje kvalitu života pacientů a přispívá k pracovní neschopnosti, psychiatrickým problémům a obtížnému vykonávání běžných denních aktivit. Pro zjištění kvality života respondentů byl zvolen standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF.

První otázka zjišťuje, jak by respondenti hodnotili svou kvalitu života. Pacientka ohodnotila svou kvalitu života jako dobrou. Společně s ní takto ohodnotil svou kvalitu života ještě jeden respondent a jeden jí ohodnotil jako velmi dobrou. Další tři respondenti hodnotili svou kvalitu života jako průměrnou. Z toho vyplývá, že se pacientka s UC zařadila mezi polovinu respondentů, kteří svou kvalitu života vnímají jako dobrou a hodnotí ji tak lépe, než tři respondenti, kteří UC nemají. Průměr z celkových odpovědí dosáhl 3,7 bodů. To znamená, že

kvalita života respondentů je nadprůměrná, ale určitě je tam prostor pro zlepšení. Druhá otázka zkoumá, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. Pacientka v tomto případě uvedla, že je spokojená průměrně. Jeden respondent odpověděl, že je se svým zdravím nespokojen, a jeho subjektivní vnímání zdraví je tedy horší než pacientky. V této otázce dosáhl průměr z celkových odpovědí 3,3 bodů. Tato otázka získala nižší hodnocení než otázka předchozí, ale i tak se subjektivní vnímání zdraví respondentů pohybuje stále nad průměrem. Doménu fyzického zdraví tvoří 7 otázek a výsledný průměr celé domény je 3,3 bodů. Výsledek je stejný jako u předchozí otázky z čehož je patrné, že tyto dva celky spolu velmi souvisejí a respondenti na ně shodně odpovídají. Pacientky odpovědi v této doméně se pohybovaly spíše v průměrném hodnocení, ale některé hodnotila i nadprůměrně. Její odpovědi se příliš nelišily od ostatních respondentů. Na druhé doméně prožívání je zajímavé, že jí pacientka hodnotí nadprůměrně dobře oproti ostatním respondentům. Dle mého názoru to může mít tři vysvětlení. První je, že ostatní respondenti mohou prožívat v životě nějaké těžkosti taktéž zdravotní nebo sociální, existenční či psychické, kterými se ale tato bakalářská práce nezabývá, čili je nelze hodnotit. Druhá možnost je, že pacientka ze své podstaty vnímá život více optimisticky než ostatní respondenti. A třetí možností je, že právě v důsledku svého vážného onemocnění pacientka přehodnotila některé své životní hodnoty a dokáže se nyní na život dívat jiným pohledem. Třetí doména sociálních vztahů a čtvrtá doména prostředí dosáhly nejlepšího hodnocení s výsledným průměrem 3,6 bodů. Z celého dotazníku získala nejvyšší hodnocení otázka číslo 13, která se respondentů táže, zda mají přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. Tato otázka má průměrné hodnocení 4,5 bodu. Výsledek může ukazovat na fakt, že v dnešní době existují nejrůznější informační systémy, především internet a člověk si tak během pár vteřin může najít jakoukoli informaci, kterou má pak možnost porovnat s mnoha dalšími zdroji a udělat si tak vlastní názor. Člověk se potom přirozeně cítí, že má neustále k dispozici velké množství nejrůznějších informací.

Kvalita života respondentů se pohybuje nad průměrem, ale dle výsledků se nedá hovořit o tom, že by byla velmi nadprůměrná.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce měla tři cíle. Prvním z nich bylo zjistit jaký je životní příběh pacientky léčící se s ulcerózní kolitidou. Sběr dat k tomu cíli probíhal formou narativního rozhovoru s pacientkou, jejím manželem, rodiči a dvěma blízkými přítelkyněmi. Rozhovory se všemi respondenty byly použity jako podklad pro sestavení životního příběhu pacientky, ale ke splnění tohoto prvního cíle byl využit převážně rozhovor jen s pacientkou. Pacientka svůj životní příběh popisuje od dětství, přes pubertu, až po dospělost a propuknutí jejího onemocnění. V každé životní fázi se zaměřuje a přemýšlí nad faktory, které potencionálně mohly být spouštěčem UC a také nad příznaky, které už dříve mohly poukazovat na potíže s GIT. Životní příběh poukazuje i na vztahy v rodině, odkrývá osobnost pacientky a mapuje zdravotnické prostředí ve vztahu k takto nemocným pacientům.

Ve druhém cíli bylo zkoumáno, jaké životní oblasti respondentů byly ovlivněny onemocněním pacientky. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů se všemi respondenty. Rozhovory byly poté zpracovány do kódů a následně bylo vytvořeno schéma, které graficky ukazuje, jak spolu jednotlivé kódy souvisejí a jak jsou navzájem provázány. Tento cíl se velmi úzce prolínal s cílem prvním, protože rozhovory s respondenty doplňovaly životní příběh pacientky. Tento cíl odhalil, že onemocnění pacientky má do určité míry vliv na každého z respondentů a v kódech je popsáno jakým způsobem. Z kódů lze vyvodit, že největší vliv má na manžela, pravděpodobně z důvodu, že na rozdíl od ostatních respondentů žije s pacientkou ve společné domácnosti, a tráví s ní každý den, čili má její onemocnění stále na očích. Také ho to velmi ovlivňuje z důvodu, že se jedná o jeho manželku, se kterou si představuje budoucnost, takže ho pochopitelně trápí její zdravotní stav. Rodiče ovlivňuje pacientky onemocnění především z hlediska strachu o své dítě. Blízké přítelkyně mají o pacientku také obavy a k tomu se přidává nemožnost trávení společného času tak, jak bývaly zvyklé. I přes fakt, že onemocnění pacientky ovlivnilo určitým způsobem každého z respondentů, nezdá se, že by se vzájemné vztahy zhoršily. Naopak pacientka cítí ze svých blízkých pomoc, podporu a pochopení.

Třetím cílem bylo zhodnotit kvalitu života všech respondentů pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. K jednotlivým otázkám a doménám byl vždy vytvořen přehledný graf, který znázorňuje odpovědi respondentů. Pod grafy se nachází detailní popis výsledků a z nich vyvozený závěr. Kvalita života respondentů vyšla celkově jako lehce nadprůměrná.

Hlavním přínosem této bakalářské práce je nahlédnutí do života pacientky s UC z hlediska vlivu na její každodenní život. Bakalářská práce může umožnit odborné veřejnosti, rodinám a blízkému okolí pacientů s UC pochopit, jak se takto nemocní lidé cítí a s čím se musí každý den potýkat. Ostatním pacientům s UC nabízí možnost srovnání a také inspirování se možnostmi léčby, které v případě této pacientky zafungovaly. IBD se v dnešní době stávají čím dál častějším onemocnění především v západním světě, a z toho důvodu je podle mě důležité věnovat jim pozornost a začít předcházet především jejich vzniku. Tomuto tématu se chci určitě i nadále věnovat a rozvinout ho v diplomové práci.

9.1 Závěr – doporučení

Na úplný závěr bych ráda doporučila knihu s názvem Mikrobiom a zdraví napsanou Helenou Tlaskalovou-Hogenovou, Dankou Eklovou a kol. (je uvedena i v citacích). Doporučuji ji z důvodu, že kniha byla vydána v roce 2024, takže je velmi aktuální a je vytvořena ve spolupráci mnohých odborníků zabývajících se touto problematikou. V knize jsou detailně popsány nejrůznější souvislosti o tom, jak mikrobiom ovlivňuje zdraví střeva (ale i celého těla). Kniha je v některých kapitolách a částech velmi odborná, ale tyto úseky lze přeskočit a nejsou nezbytné pro pochopení základní problematiky, takže dle mého názoru může být vhodná i pro neodbornou veřejnost, která má zájem těmto souvislostem více porozumět.

10 POUŽITÁ LITERATURA

10.1 Primární zdroje

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

KOZIAR VAŠÁKOVÁ, Martina; BEČVÁŘ, Radim; LUKÁŠ, Milan; ŠTERCLOVÁ, Martina a AL-HITI, Hikmet, 2016. *Plicní postižení u systémových nemocí pojiva, vaskulitid a idiopatických zánětů v gastroenterologii*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4044-0.

ROGLER, Gerhard; SINGH, Abha; KAVANAUGH, Arthur a RUBIN, David T., 2021. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. Online. *Gastroenterology*. Roč. 161, s. 1118-1132. ISSN 00165085. PMID 34358489. Dostupné z: doi:10.1053/j.gastro.2021.07.042. [cit. 2024-10-03].

SOUČEK, Miroslav a SVAČINA, Petr, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2289-9.

TLASKALOVÁ-HOGENOVÁ, Helena a EKLOVÁ, Danka, 2024. *Mikrobiom a zdraví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-5192-9.

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

ZBOŘIL, Vladimír, 2018. *Idiopatické střevní záněty*. Ilustroval Jiří HLAVÁČEK. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4720-3.

10.2 Sekundární zdroje

BIOPROSPECT, 2019. *Bulletin Biotechnologické Společnosti*. Roč. 29, č. 1, s. 2-32. ISSN 2570-8910.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2023. *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-47-6. Dostupné také z:

<http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:8aca5c20-92d0-11e7-ab16-005056827e52>.

[cit. 2025-02-25].

DUTKOVÁ, Andrea, 2023. *Jak vnímat stres: Průvodce pro vnitřní pohodu*. Grada. ISBN 978-80-271-6791-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/jak-vnimat-stres-11707/>.

[cit. 2024-12-16].

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada. ISBN 978-80-247-7357-5. Dostupné také z:

<https://www.bookport.cz/kniha/hodnoceni-kvality-zivota-590/>. [cit. 2024-12-05].

HAZUKOVÁ, Martina, 2020. *Psychologický průvodce pacienta při idiopatických střevních zánětech (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida)*. Praha: Pacienti IBD. ISBN 978-80-907566-1-8.

JOCHMANNOVÁ, Leona a KIMPLOVÁ, Tereza, 2021. ed. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-271-2569-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-5376-8.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatel'stva v kočke*. Grada. ISBN 978-80-247-6179-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/modely-osetrovatelstva-v-kocke-1484/>. [cit. 2024-03-20].

SVIJAŠ, Aleksandr Grigor'jevič, 2010. *Zdraví je v hlavě, ne v lékárně*. Bratislava: Eugenika. ISBN 978-80-8100-176-5.

Všechno, co jste chtěli vědět o biologické léčbě u idiopatických střevních zánětů, ale báli jste se zeptat. 2. vydání. Praha : Pacienti IBD, 2019. ISBN 978-80-905120-9-2.

Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. 2. vydání. Praha: Pacienti IBD, 2016. 83 s. ISBN 978-80-905120-5-4.

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

10.3 Odborné články

ABBASI-GHAHRAMANLOO, Abbas; SOLTANI-KERMANSHAHI Mojtaba; MANSORI, Kamyar; KHAZAEI-POOL, Maryam; SOHRABI, Masoudreza; BARADARAN, Hamid Reza; TALEBLOO, Zahra a GHOLAMI, Ali, 2020. PComparison of SF-36 and WHOQoL-BREF in Measuring Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. Online. *International Journal of General Medicine*. Roč. 13, s. 497-506. ISSN 1178-7074. PMID 32884330. Dostupné z: doi:10.2147/IJGM.S258953. [cit. 2024-12-14].

ALVAREZ-PAYARES, Jose C; RAMÍREZ-URREA, Sara; CORREA-PARRA, Laura; SALAZAR-URIBE, Daniela a VELÁSQUEZ-LÓPEZ, Mateo, 2021. Mucocutaneous Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. Online. *Cureus*. ISSN 2168-8184. PMID 34548985. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.17191. [cit. 2024-12-12].

AMARO, Flavia a CHIARELLI, Francesco, 2020. Growth and Puberty in Children with Inflammatory Bowel Diseases. Online. *Biomedicines*. Roč. 8, s. 458. ISSN 2227-9059. PMID 33138015. Dostupné z: doi:10.3390/biomedicines8110458. [cit. 2025-04-13].

AMBRUZS, Josephine M. a LARSEN, Christopher P., 2018. Renal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. Online. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. Roč.44, s. 699-714. ISSN 0889857X. PMID 30274631. Dostupné z: doi:10.1016/j.rdc.2018.06.007. [cit. 2024-11-27].

ANTONELLI, Elisabetta; BASSOTTI, Gabrio a TRAMONTANA Marta, et al., 2021. Dermatological Manifestations in Inflammatory Bowel Diseases. Online. *Journal of Clinical Medicine*. Roč. 10, s. 364. ISSN 2077-0383. PMID 33477990.

Dostupné z: doi: 10.3390/jcm10020364. [cit. 2024-10-03].

ARMUZZI, Alessandro a LIGUORI Giuseppina, 2021. Quality of life in patients with moderate to severe ulcerative colitis and the impact of treatment: A narrative review. Online. *Digestive and Liver Disease*. Roč. 53, s. 803-808. ISSN 15908658. PMID 33744172. Dostupné z: doi:10.1016/j.dld.2021.03.002. [cit. 2024-11-27].

BHARDWAJ, Arshia; SINGH, Arshdeep; MIDHA, Vandana; SOOD, Ajit; WANDER, Gurpreet Singh; MOHAN, Bishav a BATTI Akash, 2023. Cardiovascular implications of inflammatory bowel disease: An updated review. Online. *World Journal of Cardiology*. Roč. 15, s. 553-570. ISSN 1949-8462. PMID 38058397. Dostupné z: doi:10.4330/wjc.v15.i11.553. [cit. 2024-10-28].

DAPERNO, Marco, 2023. Endoscopy in IBD: When and How?. Online. *Diagnostics*. Roč. 13, s. 3423. ISSN 2075-4418. PMID 37998559. Dostupné z: doi:10.3390/diagnostics13223423. [cit. 2024-11-10].

DUBINSKY, Marla C; PANACCIONE, Remo a D LEWIS James, et al., 2022. Impact of Bowel Urgency on Quality of Life and Clinical Outcomes in Patients With Ulcerative Colitis. Online. *Crohn's & Colitis 360*. Roč. 4. PMID 36777426. ISSN 2631-827X. Dostupné z: doi:10.1093/crocol/otac016. [cit. 2024-11-27].

GHISHAN, Faye K. a KIELA, Pawel R., 2017. Vitamins and Minerals in Inflammatory Bowel Disease. Online. *Gastroenterology Clinics of North America*. Roč. 46, s. 797-808. ISSN 08898553. PMID 29173522. Dostupné z: doi:10.1016/j.gtc.2017.08.011. [cit. 2024-09-20].

GREUTER, Thomas a VAVRICKA, Stephan R., 2019. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease – epidemiology, genetics, and pathogenesis. Online. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. Roč. 13, s. 307-317. ISSN 1747-4124. PMID 30791773. Dostupné z: doi:10.1080/17474124.2019.1574569. [cit. 2024-10-13].

- HAJHASHEMY, Zahra; SANEEL, Parvane; KESHTELI, Ammar Hassanzadeh; DAGHAGHZADEH, Hamed; TAVAKKOLI, Hamid; ADIBI, Peyman a ESMAILLZADEH Ahmad, 2022. A population based case–control study of association between dietary calcium intake and ulcerative colitis in adults. Online. *Scientific Reports*. Roč. 12, s. 7913. ISSN 2045-2322. PMID 35552448. Dostupné z: doi:10.1038/s41598-022-11597-8. [cit. 2024-09-29].
- HENNESSY, Orla; EGAN, Laurence a JOYCE Myles, 2021. Subtotal colectomy in ulcerative colitis—long term considerations for the rectal stump. Online. *World Journal of Gastrointestinal Surgery* . Roč. 13, s. 198-209. ISSN 1948-9366. PMID 33643539. Dostupné z: doi:10.4240/wjgs.v13.i2.198. [cit. 2024-12-14].
- KARIMI, Milad a BRAZIER, John, 2016. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. Online. *Pharmacoeconomics*. Roč. 34, s. 645-649. ISSN 1170-7690. PMID 26892973. Dostupné z: doi:10.1007/s40273-016-0389-9. [cit. 2024-12-14].
- KUCHARZIK, Torsten; KOLETZKO, Sibylle; KANNENGIESSER, Klaus a DIGNASS Axel, 2020. Ulcerative Colitis—Diagnostic and Therapeutic Algorithms. Online. *Deutsches Ärzteblatt international*. Roč. 117, s. 564-574. ISSN 1866-0452. PMID 33148393. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.2020.0564. [cit. 2024-11-02].
- LEE, Jung Won, 2022. Ulcerative Colitis and Patient’s Quality of Life, Especially in Early Stage. Online. *Gut and Liver*. Roč. 16, s. 317-318. ISSN 1976-2283. PMID 35551102. Dostupné z: doi:10.5009/gnl220181. [cit. 2024-11-27].
- LICONA VERA, Erik; BETANCUR VASQUEZ, Catalina; PEINADO ACEVEDO, Juan Sebastian; RIVERA BUSTAMANTE, Tatiana a MARTINEZ REDONDO, Jose Miguel, 2023. Ocular Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. Online. *Cureus*. Roč. 15, s. 40299. ISSN 2168-8184. PMID 37448411. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.40299. [cit. 2024-12-01].
- M’KOMA, Amosy Ephreim, 2022. Inflammatory Bowel Disease: Clinical Diagnosis and Surgical Treatment-Overview. Online. *Medicina*. Roč. 58, s. 567. ISSN 1648-9144. PMID 35629984. Dostupné z: doi:10.3390/medicina58050567. [cit. 2024-12-01].
- MAGIS-ESCURRA, Cecilie, Monique HE REIJERS, 2015. Bronchiectasis. Online. *Clinical evidence*. S. 1507. PMID 25715965. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25715965/>. [cit.2024-11-26].

MAHADEA, Dagmara; ADAMCZEWSKA, Ewelina; RATAJCZAK, Alicja Ewa; RYCHTER, Anna Maria; ZAWADA, Agnieszka; EDER, Piotr; DOBROWOLSKA, Agnieszka a KRELA-KAŻMIERCZAK, Iwona, 2021. Iron Deficiency Anemia in Inflammatory Bowel Diseases – A Narrative Review. Online. *Nutrients* . Roč. 13, s. 4008. ISSN 2072-6643. PMID 34836263. Dostupné z: doi:10.3390/nu13114008. [cit. 2024-10-30].

MASTRONARDI, Mauro; CAVALCANTI, Elisabetta; LABARILE, Nunzia; ARMENTANO, Raffaele; GABRIELE, Francesco a CURLO, Margherita, 2023. Pyoderma gangrenosum in ulcerative colitis patient treated with vedolizumab: adsorptive granulocyte/monocyte apheresis as a new therapeutic option refractory cases – a case report and literature review. Online. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. Roč. 14. ISSN 2040-6223. PMID: 37928629. Dostupné z: doi:10.1177/20406223231194190. [cit. 2024-12-12].

OWCZAREK, Danuta, 2016. Diet and nutritional factors in inflammatory bowel diseases. Online. *World Journal of Gastroenterology*. Roč. 22, s. 895-905. ISSN 1007-9327. PMID 26811635. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v22.i3.895. [cit. 2024-11-26].

PATEL, Ravi S; ROHIT REDDY, Sai; LLUKMANI, Adiona; HASHIM, Ayat; HADDAD, Dana R; PATEL, Dutt S; AHMAD, Farrukh a GORDON Domonick K , 2021. Cardiovascular Manifestations in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review of the Pathogenesis and Management of Pericarditis. Online. *Cureus*. Roč. 13. ISSN 2168-8184. PMID 33884251. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.14010. [cit. 2024-10-28].

RADZISZEWSKA, Marcelina; SMARKUSZ-ZARZECKA, Joanna; OSTROWSKA, Lucyna a POGODZIŃSKI, Damian, 2022. Nutrition and Supplementation in Ulcerative Colitis. Online. *Nutrients*. Roč. 14, s. 2469. ISSN 2072-6643. PMID 35745199. Dostupné z: doi:10.3390/nu14122469. [cit. 2025-02-02].

SAEID SEYEDIAN, Seyed; NOKHOSTIN, Forogh a DARGAHI MALAMIR, Mehrdad, 2019. A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. Online. *Journal of Medicine and Life*. Roč. 212, s. 113-122. ISSN 1844-122X. PMID 31406511. Dostupné z: doi:10.25122/jml-2018-0075. [cit. 2024-11-02].

SEGAL, Jonathan P; LEBLANC, Jean-Frédéric a HART, Ailsa L, 2021. Ulcerative colitis: an update. Online. *Clinical Medicine*. Roč. 21, s. 135-139. ISSN 14702118. PMID 33762374. Dostupné z: doi:10.7861/clinmed.2021-0080. [cit. 2024-11-02].

SLÍVA, Jiří, 2023. Mesalazin: molekula mnoha tváří. *Medicína po promoci – časopis postgraduálního vzdělávání lékařů*. Roč. 20, č. 3, s. 1-4. Dostupné v: Národní lékařská knihovna.

SOFO, Luigi; CAPRINO, Paola; SACCHETTI, Franco a BOSSOLA, Maurizio, 2016. Restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: A narrative review. Online. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. Roč. 8, s. 556-63. ISSN 1948-9366. PMID 27648159. Dostupné z: doi:10.4240/wjgs.v8.i8.556. [cit. 2024-12-14].

SPICELAND, Clayton M a LODHIA Nilesh, 2018. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. Online. *World Journal of Gastroenterology*. Roč. 24, s. 4014-4020. ISSN 1007-9327. PMID 30254405. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v24.i35.4014. [cit. 2024-11-02].

SUZUKI, Takanori; NAITOH, Itaru; KATANO, Takahito; MATSUURA, Kentaro; NAGURA, Yoshihito; FUJIWARA, Kei; NOJIRI, Shunsuke a KATAOKA, Hiromi, 2022. Primary Sclerosing Cholangitis and Autoimmune Hepatitis Overlapping Syndrome Complicated by Ulcerative Colitis. Online. *Internal Medicine*. Roč. 61, s. 2471-2475. ISSN 0918-2918. PMID 35110488. Dostupné z: doi:10.2169/internalmedicine.8866-21. [cit. 2024-12-01].

VERNIA, Filippo; BURRELLI SCOTTI, Giorgia; BERTETTI, Noemi Sara; DONATO, Giuseppe; NECOZIONE, Stefano; VERNIA, Piero a PALLOTTA, Nadia, 2023. Low Vitamin K and Vitamin D Dietary Intake in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. Online. *Nutrients*. Roč. 15, s. 1678. ISSN 2072-6643. PMID 37049518. Dostupné z: doi:10.3390/nu15071678. [cit. 2024-09-20].

VERNIA, Filippo; VALVANO, Marco; LONGO, Salvatore; CESARO, Nicola; VISCIDO, Angelo a LATELLA Giovanni, 2022. Vitamin D in Inflammatory Bowel Diseases. Mechanisms of Action and Therapeutic Implications. Online. *Nutrients*. Roč. 14, s. 269. ISSN 2072-6643. PMID 35057450. Dostupné z: doi:10.3390/nu14020269. [cit. 2024-09-19].

VUTCOVICI, Maria; BRASSARD, Paul a BITTON, Alain, 2016. Inflammatory bowel disease and airway diseases. Online. *World Journal of Gastroenterology*. Roč. 22, s. 7735-41. ISSN 1007-9327. PMID 27678355. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v22.i34.7735. [cit. 2024-11-26].

WANG, Chrong-Reen a TSAI, Hung-Wen, 2023. Seronegative spondyloarthropathy-associated inflammatory bowel disease. Online. *World Journal of Gastroenterology*. Roč. 29, s. 450-468. ISSN 1007-9327. PMID 36688014. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v29.i3.450. [cit. 2024-09-30].

WEHKAMP, Jan; GÖTZ, Martin; HERRLINGER, Klaus; STEURER, Wolfgang a STANGE, Eduard F., 2016. Inflammatory Bowel Disease: Crohn's disease and ulcerative colitis. Online. *Deutsches Ärzteblatt international*. ISSN 1866-0452. PMID 26900160. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.2016.0072. [cit. 2024-11-10].

WU, Qi; LUO, Yi; LU, Han; XIE, Tiantian; HU, Zuomin; CHU, Zhongxing a LUO, Feijun, 2024. The Potential Role of Vitamin E and the Mechanism in the Prevention and Treatment of Inflammatory Bowel Disease. Online. *Foods*. Roč. 13, s. 898. ISSN 2304-8158. PMID 38540888. Dostupné z: doi:10.3390/foods13060898. [cit. 2024-09-24].

XIAO, Ying; POWELL, Don W.; LIU, Xiaowei a LI, Qingjie, 2023. Cardiovascular manifestations of inflammatory bowel diseases and the underlying pathogenic mechanisms. Online. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. Roč. 325, s. 193-211. ISSN 0363-6119. PMID 37335014. Dostupné z: doi:10.1152/ajpregu.00300.2022. [cit. 2024-10-28].

ZIELIŃSKA, Magdalena; ŁUSZCZKI, Edyta a DEREŃ, Katarzyna, 2023. Dietary Nutrient Deficiencies and Risk of Depression (Review Article 2018–2023). Online. *Nutrients*. Roč. 15, s. 2433. ISSN 2072-6643. PMID 37299394. Dostupné z: doi:10.3390/nu15112433. [cit. 2024-09-20].

10.4 Internetové zdroje

CREIGHTON, James L., 2019. Reframing Your Life Story. **In:** *Psychology today*. Online. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/loving-through-your-differences/201909/reframing-your-life-story>. [cit. 2024-12-14].

CHAO, Yi-Sheng a LOSHAK, Hannah, 2019. Biologics versus Immunomodulators for the Treatment of Ulcerative Colitis: A Review of Comparative Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness. **In:** *PubMed: CADTH*. Online. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549363/>. [cit. 2024-12-13].

MALIK, Talia F. a AURELIO, Danilo M., 2023. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. **In:** *PubMed: StatPearls*. Online. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568797/#_article-131092_s3 . [cit. 2024-10-13].

TEOLI, Dac a BHARDWAJ, Abhishek, 2023. Quality of life. **In:** *PubMed: StatPearls*. Online. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/> . [cit. 2024-12-14].

10.5 Závěrečné práce

FOUKAL, Veronika, 2023. *Život s ulcerózní kolitidou pohledem pacienta*. Zlín. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Bakalářská práce. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/53486?locale-attribute=cs>. [cit. 2025-04-05].

ŠTĚRBOVÁ, Kateřina, 2022. *Hodnocení kvality života u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Brno. Masarykova univerzita, Farmaceutická fakulta. Diplomová práce. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/qe3dx/?predmet=674645;lang=cs;id=336560>. [cit. 2025-04-05].

10.6 Tabulky

DAPERNO, Marco, 2023. Endoscopy in IBD: When and How?. Online. *Diagnostics*. Roč. 13, s. 3423. ISSN 2075-4418. PMID 37998559. Dostupné z: doi:10.3390/diagnostics13223423. [cit. 2024-11-10].

SEGAL, Jonathan P; LEBLANC, Jean-Frédéric a HART, Ailsa L, 2021. Ulcerative colitis: an update. Online. *Clinical Medicine*. Roč. 21, s. 135-139. ISSN 14702118. PMID 33762374. Dostupné z: doi:10.7861/clinmed.2021-0080. [cit. 2024-11-02].

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

ZBOŘIL, Vladimír. *Idiopatické střevní záněty*. Ilustroval Jiří HLAVÁČEK. Praha: Mladá fronta, 2018. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4720-3.

11 Přílohy

Příloha A – Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a, nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen /a	nespokojen /a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen /a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5

20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
	1	2	3	4	5