

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
INSTITUT SOCIÁLNÍHO ZDRAVÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Martina Martušková

CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

INSTITUT SOCIÁLNÍHO ZDRAVÍ

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci



*Etiologie traumatu a vliv salutorů u osob
s autoimunitním onemocněním štítné žlázy,
Hashimotova thyreoiditida.*

Bc. Martina Martušková

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Michal Kryl

Anotace:

Diplomová práce se zabývá hledáním souvislostí mezi adverzivními zážitky z dětství (ACE), potencionálně náročnými životními událostmi a vznikem autoimunitního onemocnění štítné žlázy a současně mapuje pozitivní faktory, které mají vliv na vnímání onemocnění a život u pacientů s Hashimotovou thyreoiditidou.

Teoretická část práce je věnována traumatu, charakteristice autoimunitního onemocnění štítné žlázy, jako psychosomatickému onemocnění a jejich vlivu na vznik onemocnění. Současně popisuje biologické, psychologické, sociální a ekologické faktory, které souvisí s autoimunitním onemocněním.

V praktické části je popsán realizovaný výzkum, jehož cílem bylo analyzovat společné determinanty, které se vyskytují u pacientů s autoimunitním onemocněním štítné žlázy. Přibližuje žitou zkušenost osob s Hashimotovou thyreoiditidou a ukazuje změny, které pacienti s autoimunitním onemocněním udělali v rámci hledání cesty k zlepšení svého zdravotního stavu.

Klíčová slova:

Adverzivní zážitky, trauma, Hashimotova thyreoiditida, štítná žláza, autoimunitní onemocnění, náročné životní situace, zdraví, salutory, psychosomatika

Abstract:

The presented diploma thesis investigates the connections between adverse childhood experiences (ACE), potentially challenging life events and the emergence of the autoimmune thyroid disease, while simultaneously mapping positive factors influencing the perception of the disease and its impact on patients with Hashimoto's thyroiditis.

The theoretical part of the work is devoted to trauma, to the characteristics of the autoimmune thyroiditis as a psychosomatic disease and their influence on the development of the disease. At the same time it describes biological, psychological, social and ecological factors related to the autoimmune disease.

The practical part describes the research carried out, the aim of which was to analyze determinants that are common in patients with autoimmune thyroid disease. It brings live experience of patients with Hashimoto's thyroiditis and reflects the changes that the patients of the autoimmune disease have made as part of their search to improve their health condition.

Key words

adverse experiences, trauma, Hashimoto's thyroiditis, the thyroid gland, autoimmune disease, challenging life situations, health, salutary, psychosomatic

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 4.11.2023



.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce za jeho postřehy, cenné rady a směřování během psaní. Děkuji participantům výzkumu za jejich ochotu a otevřenost ve sdílení svých zkušeností se zvládáním autoimunitního onemocnění. Děkuji svému manželovi a rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

1. Úvod.....	10
2 Teoretická část	12
2.1 Štítná žláza a její funkce	12
2.2 Autoimunita	13
2.2.1 Příčiny autoimunitních onemocnění.....	15
2.2.2 Autoimunitní onemocnění štítné žlázy	16
2.3 Trauma, emoce, stres a adverzivní zážitky	19
2.3.1 Emoce a stres	19
2.3.2 Trauma.....	20
2.3.3 Trauma a nervová soustava	21
2.3.4 Trauma a paměť.....	22
2.3.5 Dlouhodobé následky dětského traumatu.....	23
2.3.6 Trauma a vazby na blízké osoby	23
2.3.7 ACE	24
2.4 Zdraví a salutory	26
2.5 Psychosomatika	28
2.5.1 Vztah mezi psychikou a tělem.....	29
2.5.2 Emoční prožívání a tělesnění emocí.....	29
2.5.3 Psychosomatická medicína.....	31
2.5.4 Vztah lékař a pacient	31
2.5.5 Interdisciplinární spolupráce v psychosomatické medicíně.....	33
2.5.6 Sociální perspektiva psychosomatiky.....	33
2.5.7 Trauma-informovaný přístup.....	34
3 Výzkumná část	36
3.1 Forma výzkumu	36

3.2	Výzkumné otázky	36
3.3	Metody výzkumu	37
3.4	Participanti	41
3.4.1	Údaje o participantech	42
3.5	Etika výzkumu	42
4	Výsledky výzkumu a analýza dat.....	44
4.1	Výskyt traumatických zkušeností	44
4.1.1	Výskytu ACE u osob s Hashimotovou thyreoiditidou	44
4.1.2	Výskyt náročných životních situací ve výzkumné skupině.....	46
4.2	Co pomáhá při zvládnání Hashimotovy thyreoiditidy?	48
4.2.1	Pozitivní faktory	49
4.2.2	Zvládací strategie a využití psychoterapie	52
4.2.3	Změny provedené v souvislosti s onemocněním.....	53
4.2.4	Doporučení ke zvládnání autoimunitního onemocnění	55
4.3	Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatické onemocnění.....	55
4.4	Další výzkumná zjištění.....	56
4.4.1	Délka léčby.....	56
4.4.2	Výskyt genetické predispozice	58
4.4.3	Vztah s lékařem a vnímání přenosu informací od lékaře	59
4.4.4	Výskyt dalších onemocnění.....	60
4.4.5	Vnímání omezení v důsledku nemoci	61
5	Diskuze.....	63
5.1	Shrnutí výsledků výzkumu a porovnání s dosavadními zjištěními.....	63
5.1.1	Výskyt ACE a potencionálně traumatických událostí.....	63
5.1.2	ACE, kumulace stresových faktorů a výskyt dalších AO	65
5.1.3	Dopady ACE na fyziologii a pozorované jevy	67

5.1.4	Faktory podílející se na zvládnání Hashimotovy thyreoiditidy.....	69
5.1.5	Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatického onemocnění ...	71
5.2	Silné a slabé stránky výzkumu a doporučení pro další výzkum	72
6	Závěr	74
	Seznam literatury	76
	Seznam příloh	81

1. Úvod

Jak uvádí Radkin Honzák ve své knize Psychosomatická prvouka (Honzák, 2017, s. 9): „Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje jednak odvahu, především však drzost.“

Hovoří o tom, že je třeba opouštět pohodlné cesty a hledat nové zdroje k poznání vzniku nemocí a přístupu k nim. Brát v úvahu stejně faktory biologické, sociální, psychologické a faktory duchovní neboli spirituální. Hovoří zde o důležitosti komunikace a významu terapeutického vztahu při cestě za zdravím (Honzák, 2017).

Vnímám přístup medicíny založené na důkazech za nedostatečný zvláště u chronických pacientů a osob s autoimunitními onemocněními, proto považuji rozvoj psychosomatiky, který probíhá v současné době za velmi důležitý. K tématu mne dovedla osobní zkušenost s tímto onemocněním a nemožnost kompenzovat projevy tohoto onemocnění bez celostního přístupu a zapojení bio-psycho-socio-spirituálních složek. Současně také práce s lidmi s tímto onemocněním, při kariérním poradenství pro osoby se zdravotním postižením, přinesla poznatky, že míra subjektivního vnímání zdraví u těchto osob je ovlivněna způsobem, jakým k sobě přistupují, zda zapojují do cesty ke zdraví všechny složky, zda využívají psychoterapeutické péče, provádějí změny vedoucí ke snížení stresové zátěže. Čím komplexnější byl přístup k sobě, tím lépe se klienti cítili a s tím se nesl i pocit schopnosti pracovat a řídit svůj život. Už v roce 2014 jsem založila FB stránku na podporu osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy a jsem aktivním přispěvatelem v dalších FB skupinách zaměřených na toto onemocnění. Výstupy z diplomové práce, po dohodě s respondenty, budou publikovány na FB stránkách „Štítná žláza – Hashimoto, léčení a cesta ke zdraví“, a to jako inspirace pro členy. Mohou být a případně využity pro praxi a doporučení, při psychoterapeutické práci s klienty s tímto onemocněním a pro webové stránky www.hashimoto.cz.

Práce je zaměřená na etiologii traumatu a hledání pozitivních faktorů a jejich vlivu u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy. Pro výzkum tématu jsme zvolili

kvalitativní výzkum, který umožňuje zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí jedince, umožňuje studovat procesy, navrhnout teorie a nabízí hlubší vhled do problematiky (Hendl, 2005).

Cílem diplomové práce je zjistit, zda předpoklady, že u osob s autoimunitním onemocněním se v etiologii vyskytují vícečetná traumata a náročné životní situace, jako potenciální spouštěče onemocnění, jsou relevantní a současně ověřit, které faktory považují osoby zapojené do výzkumu za pomáhající. Sekundárně jsme zkoumali vztah s lékařem, s ohledem na to, že pokud je dobrý, pak se může projevit jako léčivá složka v procesu uzdravování. Současně jsme sledovali, zda klienti využívají psychoterapii, případně jiné typy terapií ke svému léčení, a zda jsou si vědomi, že autoimunitní onemocnění štítné žlázy je považováno za psychosomatické onemocnění. Jde o zachycení žité zkušenosti u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy s tím, že byl využit polostrukturovaný rozhovor, jehož součástí byl dotazník ACE (Adverse Childhood Experiences) na výskyt traumatu v období dětství a dospívání.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretická část je věnována fenoménu traumatu, psychosomatice a informacím o autoimunitním onemocnění štítné žlázy, především pak Hashimotově thyreoiditidě. Shrnuje vybrané pojmy a předkládá dosavadní zjištění v této oblasti.

Praktická část je hledáním souvislostí mezi traumaty a vznikem autoimunitního onemocnění. Sleduje to, co pomáhá při léčbě, mapuje salutory (pozitivní životní faktory) a životní změny, které participanti v souvislosti s onemocněním udělali. Přináší žitou zkušenost participantů. V závěru nabízí porovnání s dosavadními výzkumy a srovnává zjištění z těchto výzkumů s námi realizovaným výzkumem.

2 Teoretická část

2.1 Štítná žláza a její funkce

Štítná žláza (glandula thyreoidea, tyreoidea) je umístěna v dolní části krku. Má podkovovitý tvar, tvoří ji dva laloky spojené můstkem. Je žlázou s vnitřní sekrecí. Žlázy s vnitřní sekrecí tvoří hormony, které uvolňují do krve. Štítná žláza tvoří tyroxin (T4), trijodthyronin (T3) a kalcitonin.

Hormony jsou uvolňovány do krve dle potřeby organismu, kde jsou nejčastěji vázány na bílkoviny a předávány do tkání. Vázané hormony jsou mnohem méně účinné, pro náš organismus je tedy vhodnější forma volných hormonů. Předpokládá se, že vyšší účinnost vykazuje trijodthyronin než tyroxin. Tyroxin je často označován jako prekurzor, který je v cílových buňkách přeměněn na trijodthyronin (Trojan, 2003).

Štítná žláza prostřednictvím vylučovaných hormonů ovlivňuje činnost všech tělesných orgánů. Činnost štítnice je regulována pomocí osy hypothalamus – hypofýza – štítná žláza. Její funkce jsou také ovlivňovány množstvím jódu v těle. Adenohypofýza produkuje TSH (tyreotropní hormon), který se váže na receptor folikulárních buněk. Po stimulaci dochází ke zvýšenému vstupu jódu do žlázy, zvýšené jodaci tyreoglobulinu a je zahájena tvorba T3 a T4. (Nečas, 2009).

Ve skutečnosti štítná žláza produkuje čtyři typy hormonů, dva z nich se mění na další typy hormonů. Jsou to hormony T3, T4. Je to důležité proto, aby se do každé buňky dostal ten správný hormon ve správném množství. Začíná hypothalamem, který „má funkci dispečera našeho těla“. Hypothalamus řídí spánek, tělesnou teplotu i tvorbu řady hormonů, včetně forem hormonů štítné žlázy. Hypothalamus odesílá do hypofýzy hormon TRH, hypofýza uvolní svůj vlastní hormon TSH neboli tyreotropní hormon, který stimuluje štítnou žlázu. Štítná žláza pak začne vytvářet své hormony. Přestože hormon TSH je produkován hypofýzou, je klíčovým ukazatelem stavu štítné žlázy. Proto je tento hormon u osob s onemocněním štítné žlázy pravidelně testován. Štítná žláza je funkčně propojena se sítí orgánů, žláz a látek s biochemickými účinky. Správná funkce štítné žlázy závisí na třech orgánech, štítné žláze, hypothalamu a hypofýze (Myers, 2019).

Hormony štítné žlázy plní řadu funkcí, k nejdůležitějším patří vliv na vývoj a látkovou výměnu organismu. Ovlivňují růst a zrání jedince, už od prenatálního vývoje, zejména mozku a nervového ústrojí. U dospělého jedince mají vliv na látkovou výměnu, zvyšují přeměnu látek a spotřebu kyslíku. Při nedostatku hormonů se metabolické děje zpomalují, při nadbytku naopak zrychlují. Tyto účinky se projevují na dalších systémech:

- Oběhová soustava – hormony zvyšují tepovou frekvenci, při nadbytku hormonů mohou vznikat srdeční arytmie
- Kosterní svaly – mění se rychlosti kontrakcí svalové soustavy, mohou vznikat slabosti a bolesti svalů
- Zažívací trakt – problémy se zácpou, pomalé, nebo rychlé, nedostatečné fungování trávicí soustavy
- Kostní tkáň – vznik osteoporózy
- Poruchy krevetvorby, imunitního systému, kůže, cévního systému...

Na terapii onemocnění štítné žlázy by měli spolupracovat odborníci napříč medicínskými obory, přičemž v centru by měl stát endokrinolog. Endokrinologie je lékařský obor, který se zabývá studiem a léčbou onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, kam štítná žláza patří. Choroby štítné žlázy (tyreopatie) tvoří 80–90 % náplně činnosti endokrinologických ambulancí. Choroby štítné žlázy postihují asi 6–7 % populace, u žen středního a vyššího věku nejméně 15 % (Markalous & Gregorová, 2003).

2.2 Autoimunita

Náš imunitní systém nás chrání před vnějšími i vnitřními patogeny a škodlivými látkami, je schopen rozpoznat škodlivé od benigního a pomáhá udržovat homeostázu organismu. Za normálních okolností je náš imunitní systém schopný rozpoznat antigeny vlastních tkání, tolerovat je a reagovat s nimi ve fyziologických mezích. Odstraňuje staré, poškozené a mutované buňky. Pokud imunitní reakce vede k poškození vlastních tkání, hovoříme o autoimunitním onemocnění (Hořejší et al., 2017).

Autoimunitní onemocnění, jako skupina nemocí, představují různorodou sbírku chorob, které se liší jejich demografickým profilem i klinickými projevy. Chronická

povaha těchto nemocí má významný dopad na využití lékařské péče, přímé a nepřímé ekonomické náklady a kvalitu života pacientů. Nejméně 85 % pacientů s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, systémovou sklerózou, SLE a Sjögrenovým syndromem jsou ženy (Cooper et al., 2009).

Autoimunitní choroby se dělí na ty, které postihují pouze jeden orgán a choroby systémové. Jedním z faktorů, které ovlivňují vznik autoimunitního onemocnění, jsou poruchy v imunitním systému. Základní klasifikace autoimunitních onemocnění se provádí také podle mechanismů poškození a dělí se na poškození způsobené buněčnými složkami imunity (lymfocyty T), nebo humorálními složkami (Lymfocyty B a protilátkami). Dále se dělí dle rozsahu poškození tkáně na orgánově specifické, systémové a na choroby způsobené částečnou nebo předpokládanou autoimunitní podstatou. Autoimunitních onemocnění je velké množství. Mezi tato onemocnění patří například: Celiakie, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida, Hashimotova tyreoiditida, diabetes, systémový lupus, sarkoidóza, roztroušená skleróza a další. Celkově tyto choroby postihují asi 5–7 % obyvatel, častěji ženy. V současné době se zvažuje spojitost poruchy autoimunity i s takovými onemocněními jako je schizofrenie nebo autismus. Autoimunitní choroby jsou charakterizované obdobími vzplanutí (exacerbace) a obdobími útlumu (remise). V období exacerbace mají pacienti často řadu klinických příznaků včetně abnormálních laboratorních testů. V době remise se obvykle cítí zdraví a mohou žít plnohodnotný život. Úkolem lékaře je dovést pacienta do stadia remise co nejrychleji (Shoenfeld, et al., 2007).

Jak uvádí Faileide (Faileide et al., 2010) způsobuje chátrání tělesného zdraví člověka také snížení rezistence organismu vůči různým druhům infekcí. Výzkumné zprávy z posledních let ukazují, že různé druhy stresových situací ovlivňují imunitní funkce, tudíž existuje hypotéza, že stres je schopen vyprodukovat nemoc tím, že působí na imunitní systém. Autoři uvádí, že i když jsou vnější podmínky relativně konstantní, mohou myšlenky, emoce a chování fluktuovat, a tím být příčinou psychosomatických změn.

2.2.1 Příčiny autoimunitních onemocnění

U autoimunitních onemocnění neexistuje jednoduchá nebo jednotná příčina. Faktorů, které se na vzniku onemocnění podílí, je celá řada. Hovoříme o multifaktoriálních příčinách.

Vnitřní faktory:

- Dědičnost – autoimunitní choroby mají svůj dědičný základ. Podílí se na vzniku choroby jen částečně, je nutný vždy další faktor, nebo faktory k rozvoji autoimunitní choroby.
- Poruchy imunitního systému – deficit IgA, IgM, IgG (imunoglobiny), které chrání organismus před bakteriemi a viry, se podílí v boji s infekcí. Bylo zjištěno, že u osob s deficitem IgA látek, se vyskytují právě autoimunitní choroby. Deficit IgA je klasickým příkladem, který způsobuje, že imunitní systém poškozují vlastní buňky nebo tkáně.
- Hormony – autoimunitní onemocnění postihují častěji ženy než muže. Tělo vytváří pohlavní hormony, u mužů je převažujícím hormonem testosteron, u žen pak dva hormony, estrogen a progesteron. Estrogen je zodpovědný za ženské vlastnosti, progesteron se více podobá androgenům, mužským pohlavním hormonům, souvisí s pohlavními funkcemi ženy. U žen je za normálních okolností rovnováha mezi oběma hormony. Účinky estrogenu jsou na ženský organismus komplexní. Výsledkem je, že imunitní systém u žen je efektivnější. Ženy jsou odolnější vůči infekcím a jejich imunitní systém je robustnější. S tím také souvisí častější vznik autoimunitních onemocnění u žen, protože pokud výkonnější systém zasáhne vlastní organismus, je jeho destruktivní činnost efektivnější a silnější. Jedinci s lepším, silnějším imunitním systémem, jsou více náchylní k autoimunitním onemocněním.

Vnější faktory:

- Infekční choroby a viry, které se mohou podílet na vzniku autoimunitního onemocnění – virus hepatitidy C, Epstein-Barrové viry (EBV), mononukleóza, bakterie – např. revmatická horečka, spalničky, zarděnky, chřipka aj.

- Chemické látky a látky jako induktory imunity – obecně se dá říci, že téměř každý lék může potencionálně zapříčinit autoimunitní chorobu, některé léky mohou způsobit rozpad buněk a tím možnou autoimunitní odpověď organismu. Mechanismy indukce autoimunity léky jsou stále ještě ne zcela probádané. Spouštěčem může být častá inhalace chemický par (např. u osob pracujících v chemickém průmyslu), očkovací látky, silikonové implantáty, kouření.
- Psychický stres – dlouhodobé zatížení stresem, násobná traumatizace.
- Transplantace – transplantace kostní dřeně, rizikem mohou být dárci se sklonem k autoimunitní reakci.

K rozvoji autoimunitního onemocnění je zapotřebí více faktorů (Shoenfeld et al., 2007).

2.2.2 Autoimunitní onemocnění štítné žlázy

Onemocnění štítné žlázy jsou běžné a rozšířené nemoci, přesto mnohdy nejsou diagnostikovány nebo jsou zaměňovány za jiné onemocnění. Mírnější poruchy jsou málokdy rozpoznány a léčené (Rieger, 2019).

Autoimunitní, nebo také autoagresivní, znamená, že se obranyschopnost – imunita člověka, obrací proti němu a začne mu škodit. V souvislostech života pacienta to může znamenat, že žije sebezničujícím způsobem. Komplexní psychosomatický přístup může pomoci objasnit příčiny nemocí z biologického hlediska nevysvětlitelných a nevléčitelných, jak je tomu u autoimunitních onemocnění (Poněšický et al., 2021).

Hashimotova tyreoiditida je chronické orgánově specifické autoimunitní onemocnění. Je charakterizována tvorbou autoprotilátek proti antigenům štítné žlázy s její lymfocytární infiltrací, vede k postupné destrukci funkčního parenchymu žlázy. Jeho etiologie není dosud přesně objasněna, často se u pacientů vyskytuje současně s dalšími autoimunitními poruchami, byl pozorován i jeho familiární výskyt. Toto autoimunitní onemocnění bývá spojeno se zvýšeným rizikem rozvoje nádorového onemocnění štítné žlázy (Cooper et al., 2009).

Co je přesnou příčinou Hashimotovy choroby není dodnes dostatečně a uspokojivě vědecky probádáno. Víme ale jistě, že určité předpoklady pro toto onemocnění jsou

geneticky dané a v některých rodinách se vyskytuje častěji. Dalšími spouštěči zánětu štítné žlázy mohou být:

- infekční nemoci (např. pásový opar)
- chronická infekční onemocnění
- enormní stres
- extrémně zátěžové situace
- chybná funkce nadledvinek
- hormonálních změny v organismu (např. menopauza)
- léky nebo potraviny s obsahem jódu
- špatná strava
- virová onemocnění

Zpočátku jsou často příznaky Hashimotovy tyreoiditidy velmi rozmanité, což ztěžuje její rozpoznání. Často postižení nepostřehnou příznaky a o své nemoci nevědí. Jiní pacienti zase v souvislosti s touto nemocí trpí velkými obtížemi. U zánětu štítné žlázy můžeme pozorovat tyto příznaky:

- stavy úzkosti a panického strachu
- depresivní nálady
- apatie, únava, netečnost
- zimomřivost a zvýšená citlivost na chlad
- bolesti svalů a kloubů
- lámavé nehty a vlasy
- zvýšený krevní tlak
- poruchy soustředění a paměti
- ztráta motivace
- svalová slabost a zatuhlost
- bolesti šije

- poruchy spánku
- závratě
- suchá a popraskaná kůže
- snížené libido
- zácpa a poruchy trávení
- zadržování vody v těle, především v obličeji a očních víčkách
- u žen poruchy menstruačního cyklu

Kvůli tomuto širokému spektru příznaků si lékaři a terapeuti s Hashimotovou tyreoiditidou často neví rady. Pacientům následně nezbyvá nic jiného než vzít léčbu do svých rukou. Často hledají alternativní cesty, které by vedly ke zlepšení jejich stavu nebo ke zmírnění příznaků nemoci (Duntas, 2008; Balázs, 2012; Lontiris & Mazokopakis, 2017; Dunkin, 2010).

U Hashimotovy tyreoiditidy hraje prostředí mnohem důležitější roli než geny. Nové výzkumy rovněž potvrzují, že autoimunitní onemocnění jsou reverzibilní. Lze to demonstrovat na celiakii, kdy po odstranění lepku, který je spouštěčem tohoto onemocnění, dochází k regeneraci tenkého střeva, jehož poškození je typickým znakem celiakie. Pokud neexistují další spouštěče pro zvýšenou propustnost střeva, pak všechny příznaky autoimunitních markerů celiakie vymizí. U autoimunitního onemocnění štítné žlázy to není tak jednoduché, protože je ve hře více faktorů. Bohužel pacientům bývá často řečeno, že potřebují pouze hormon štítné žlázy. Ten sám o sobě progresi autoimunitního onemocnění nezastaví. U člověka, kterému byla diagnostikována Hashimotova tyreoiditida, hrozí riziko vzniku dalších autoimunitních onemocnění, včetně diabetu II. typu, Crohnovy choroby, celiakie a dalších. Někteří vědci dokonce tvrdí, že všechna autoimunitní onemocnění jsou stejná a liší se jen cílem. Hashimotova tyreoiditida je nejčastějším důvodem hypotyreózy u pacientů s onemocněním štítné žlázy. Navzdory tomu, že je tato nemoc hlavní příčinou jejich onemocnění, dostane se jim pouze informace, že trpí hypotyreózou, „mají línou štítnou žlázu“. Jedinou léčbou jsou následně syntetické hormony štítné žlázy, ale není řešena nerovnováha imunitního systému a příčiny nemoci (Wentz, 2019).

V současné době neznáme nic, co by autoimunitní onemocnění vyléčilo, ale můžeme průběh nemoci zvrátit, utlumit zánět v těle a podpořit imunitní systém. K tomu je zapotřebí komplexní přístup. Současná medicína má tendence buď onemocnění potlačit, nebo léčit příznaky. Základní příčinou autoimunitního onemocnění je chronický zánět. Zánět se může spouštět různými způsoby od konzumace nevhodných potravin, propustností střev, vysokou toxickou zátěží, přílišnou fyzickou námahou až po stresovou zátěž. Proto je při cestě ke zdraví nutno jednat komplexně. Příkladem může být lepek. U autoimunitního onemocnění štítné žlázy, je často problémem propustné střevo. Syndrom propustného střeva souvisí s chronickým zánětem ve střevech, a nejen s ním. Lepek bohužel má tu vlastnost, že tato bílkovina připomíná strukturou tkáň štítné žlázy. Ve chvíli, kdy dojde k autoimunitnímu onemocnění, které napadá buňky štítné žlázy, je velmi pravděpodobné, že bude napadat i lepek. Čím je propustnější střevo, tím spíše se nestrávený lepek dostane do krevního oběhu, „nepřátelé budou všude“. S ohledem na to, že se u Hashimotovy nemoci zpomaluje metabolismus, autoimunitní systém se dostává mimo kontrolu a štítná žláza vyrábí stále méně hormonů, pak je nutné zvyšovat dávky syntetických hormonů, které ale bohužel úplně nenahradí přirozené hormony. Pro rozhoření autoimunitního onemocnění je také významným faktorem stres. Pokud prožijete větší počet epizod chronického stresu, nebo traumat, při nichž se imunitní systém zrychluje a následně zpomaluje, jste vystaveni většímu riziku, že u vás autoimunitní onemocnění propukne (Myers, 2019).

2.3 Trauma, emoce, stres a adverzivní zážitky

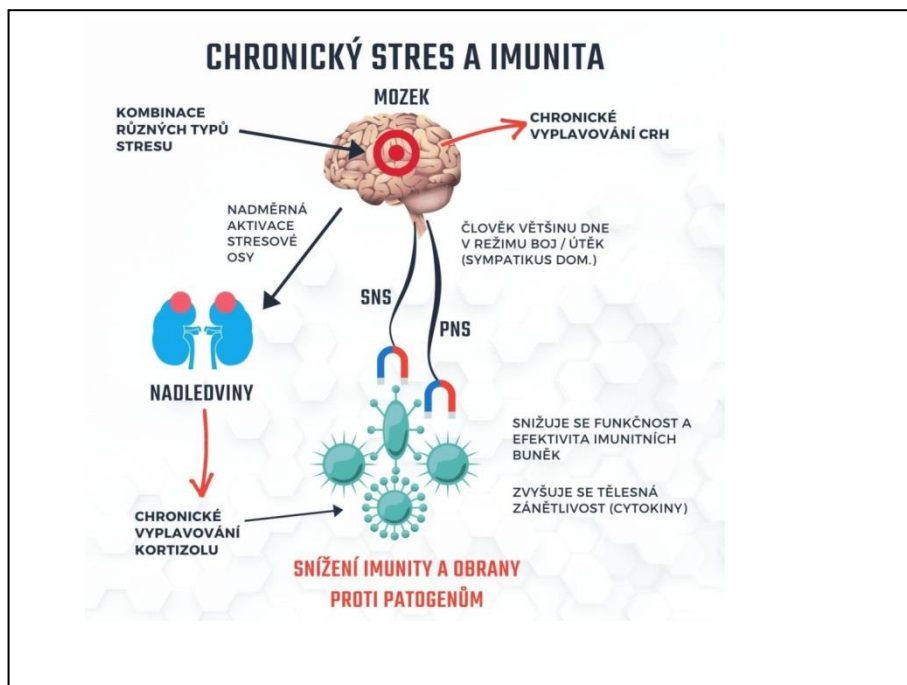
2.3.1 Emoce a stres

Emoce je složitý stav, který je tvořen mnoha složkami a výsledkem je připravenost organismu k určitému chování. Nolen Hoeksema (Nolen-Hoeksema, 2012).

Reakce na emoci mohou být kognitivní nebo behaviorální. Lidé využívají různé strategie na regulaci emocí, jejichž důsledky mohou být nečekané. Při potlačování výrazu obličeje dochází k zvýšené autonomní reakci a důsledkem může být narušení paměti. Potlačování negativních emocí v dětství souvisí s rizikem vzniku negativních důsledků v pozdějším věku (Nolen-Hoeksema, 2012).

Hans Selye byl autorem první systematické teorie stresu. Stres je podle něj „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou“ (Schettler, 1993 in Vágnerová, 2008, s. 50). Termín stres má v současnosti mnohem širší význam a použití. Jak uvádí MKN-10 (in Höschl, 2004, s. 513), poruchy v rámci oddílu F43 – Reakce na těžký stres „vznikají vždy jako důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého traumatu – bez jeho existence by nevznikly a lze je považovat za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného“.

Obrázek 1. *Chronický stres a imunita*



(Česlík, A. (n.d.). Performance lifestyle – Zdraví, výkonnost, výživa, trénink.)

2.3.2 Trauma

Trauma je emoční odpověď jedince na událost, která je hroživého charakteru, jejímž působením jsou ochromeny jeho biologické a psychologické adaptační mechanismy. Mezi typické traumatické události patří přírodní katastrofy, boj, týrání,

dlouhodobé věznění, mučení, loupeže a přepadení, znásilnění, nehody, ztráta násilnou smrtí (Praško, 2003).

Praško (2003) rozlišuje 3 kategorie traumatických událostí podle původce:

- **Katastrofy způsobené člověkem** – dopravní nehody, nukleární katastrofy, požáry, výbuchy plynů, kolapsy budov.
- **Přírodní katastrofy** – povodně, zemětřesení, laviny, lesní požáry.
- **Kriminální nebo teroristické činy** (záměrné činy) – přepadení, znásilnění, terorismus, válečné události, mučení.

Traumatizující mohou být ale i náhlé změny zdravotního stavu (např. cévní mozková příhoda, infarkt myokardu), dále bolestivé lékařské zákroky (např. neurochirurgické zákroky konané při vědomí pacienta, implantace kardiostimulátoru), konfrontace s nepříznivou diagnózou (Praško, 2011).

Dlouhodobé účinky traumatizujícího stresu postihují jak přímo ohrožené osoby, tak i osoby v roli svědků. Oběti traumatu dělíme na „primární“, jež jsou cílem agrese, „sekundární“, kdy je traumatizovaná blízká osoba, „terciární“, kdy člověk není v přímém vztahu k zasaženému člověku, např. humanitární pracovník, záchranář, hasiči (Vizinová & Preiss, 1999).

Psychické trauma lze definovat jako zážitek ohrožení spojený s intenzivním strachem, který dospělý nebo dítě nedokáže v krátké době zpracovat. Tato zkušenost ovlivňuje následující chování a postoje, krátkodobě i dlouhodobě (Matoušek, 2020).

2.3.3 Trauma a nervová soustava

Vznik psychického traumatu souvisí s aktivací systému přežití. V mozku existují systémy, které řídí reakce na bezprostřední hrozbu.

Základními typy reakcí na tuto hrozbu jsou útok, útěk a zamrznutí. Systém funguje tak, aby základní reakce proběhly, co nejrychleji. Nově přináší literatura poznatky, že do reakcí na ohrožení se zapojují i jiné části nervového systému než mozek. Polyvagogová teorie je model nervové regulace autonomního nervového systému, kde nervus vagus, bloudivý nerv, nejdelší a nejkompexnější hlavový nerv, představuje most mezi mozkem a vnitřními orgány. Tři čtvrtiny tvoří vlákna dostředivá a jednu čtvrtinu

odstředivá. Tvoří systém sociální komunikace mezi mozkem a jednotlivými orgány, který buď tlumí vlivy sympatiku na vnitřní orgány a posiluje klidový stav, jde o tzv. myelinizovaný vagus, neboť spouští nejstarší reakce na hrozbu tzv. zamrznutí, nemyelinizovaný vagus. Vedle těchto částí funguje ještě obranný systém, ovládaný sympatickou částí autonomního nervstva, která aktivuje vyplavování adrenalinu z nadledvinek, připravuje organismus na boj nebo útěk.

Lidé mají různé vrozené dispozice ke vzniku reakcí na hrozbu, oslabení vyšších úrovní mozku může mít vliv na nižší úrovně mozku a následně pak ovlivnit chování a prožívání. Trauma může být podnětem, který tyto schopnosti mění. Mozek, který je traumatickými zkušenostmi opakovaně aktivován, ukládá tyto zkušenosti do paměti ve formě neintegrováných vzpomínek, které jsou připomínkou ohrožení. Tím ztěžuje prožívání a hodnocení běžných situací a druhotně pak i představu o vlastních schopnostech a kompetencích. Nezpracované trauma může ovlivnit a zkreslit vnímání do té míry, že člověk nedokáže správně vyhodnotit míru rizik a příležitostí, může se vyhýbat situacím, kde žádné hrozby nehrozí (Matoušek, 2020).

2.3.4 Trauma a paměť

Při hodnocení míry traumatizace se nelze spoléhat na paměťové stopy. S ohledem na trauma rozlišujeme dva typy paměti, tzv. paměť implicitní a explicitní. Implicitní paměť zahrnuje vzpomínky a zkušenosti uložené ve vývojově starých oblastech mozku, v limbickém systému, zde se ukládají traumatické zkušenosti, které jsou později nespolehlivé. Explicitní paměť pak zahrnuje vědomě uložené vzpomínky. Implicitní paměť, co se týká traumatu, je velmi nespolehlivá, ovlivnitelná aktuální situací a zájmy. U menších dětí podléhá tzv. programování, jehož účelem může být i zahladit traumatizující zkušenost programujícím dospělým, nebo vytvoření falešné vzpomínky. Není výjimkou, že si dítě idealizuje osobu, která s ním zacházela nevhodným způsobem, nebo příliš traumatické zkušenosti vytěsni (Matoušek, 2020).

2.3.5 Dlouhodobé následky dětského traumatu

Lidé, kteří jsou v dětství vystaveni traumatizujícím zkušenostem, mají prokazatelně více zdravotních problémů, včetně alkoholismu, depresí, užívání drog, nebo se u nich častěji vyskytují partnerské neshody a sebevražedné pokusy. Vliv dětských traumatických zkušeností je kumulativní, čím více těchto zkušeností, tím více zdravotních a sociálních problémů může člověk v dospělosti mít. Očekávaná délka života u osob, které mají šest takových zkušeností z dětství, je o dvacet let kratší v porovnání s lidmi, kteří těmito zkušenostmi neprošli (Wilkins et al., 2014 in Matoušek, 2020).

Specificky pro formu rané mnohonásobné traumatizace v kontextu blízkých vztahů se používá termín vývojové trauma. Tento termín v sobě obsahuje nejen vystavení dítěte četným traumatickým událostem, ale také rozsáhlé, dlouhodobé až trvalé následky, které s sebou tento typ traumatizace nese (Klepáčová et al., 2020).

2.3.6 Trauma a vazby na blízké osoby

Jistá vazba na blízké osoby je v současné době považována za nezbytnou podmínku zdravého psychického vývoje. U traumatizovaných dětí se vyskytují typy nejistých vazeb. Nejčastěji vazba vyhýbavá a odporující. Vyhýbavá vazba spočívá v tom, že dítě potlačuje citové projevy, na které blízká osoba reaguje negativně. Odporující vazba je strategie označující přehánění emočních projevů. U těžce traumatizovaných dětí je popisována také dezorganizovaná vazba, která se často vyskytuje u dětí vyrůstajících v chaotickém prostředí a vyznačuje se dezorganizací vzorců chování a úzkostí. (Matoušek, 2020).

Nejčastější poruchy chování u dětí s nejistou vazbou:

- Nutkavá potřeba řídit chování druhých.
- Časté lhaní, i v situacích, kdy jsou chyceni tzv. při činu.
- Odpor k pravidlům, opozičnictví.
- Oční kontakt považují za nepříjemný.
- Neadekvátní tělesný kontakt, žádný nebo příliš častý.

- Poruchy základních tělesných funkcí (spánek, vyměšování...).
- Pokusy o navázání kontaktu způsobují paniku.
- Snadno se povrchně přátelí s jinými.
- Černobílé hodnocení situací.
- Časté odpojení od vlastních emocí.
- Pocity extrémního studu.

(Hudges, 1997 in Matoušek, 2020).

Vzhledem k tomu, že k traumatizaci často dochází v kontaktu s primární pečující osobou, je zásadně ovlivněna schopnost navazovat stabilní citové vazby. K následkům rané traumatizace patří dysregulace v oblasti emoční, kognitivní, vztahové a somatické oblasti (Klepáčová et al., 2020).

2.3.7 ACE

Morgan a Fisher (2007) pojímají dětské trauma jako široký pojem zahrnující množství adverzivních zážitků. Adverzivní zážitky z dětství (ACE, Adverse Childhood Experiences) Brown a kolegové uvádí jako „běžné formy dětského zneužívání a spojených traumatických stresorů“ (Brown et al., 2007, 962). Obecně je termín používán k popisu všech typů zneužívání, zanedbávání a dalších potencionálně traumatizujících zkušeností, které se mohou udát lidem pod 18 let.

Adverzivní zážitky z dětství představují, na rozdíl od traumatických zážitků, širší pojem. Zahrnují v sobě nejen setkání s hrozbou smrti, sexuálního násilí, ale i zkušenosti s psychologickým zneužíváním a zanedbáváním, šikanou, ztrátou rodiče či traumatickou separací nebo uvězněním (Gibson et al., 2016).

Sama velká ACE studie, „the Adverse Childhood Experiences Study“, probíhala v letech 1995–1997. Felitti, Anda a další kolegové v týmu vytvořili dotazník, který obsahoval seznam deseti obecně popsanych adverzivních dětských zkušeností. Felitti a kolegové (2019) uvádí více jak 17 tisíc probandů, u kterých retrospektivně zkoumali vystavení dětským stresorům. Tyto stresory byly později nazvány ACE. Těchto 10 zkoumaných faktorů se nejčastěji používá k definici adverzivních dětských zážitků.

ACE dle Felitti et al. (2019):

1. fyzické zneužívání
2. emocionální zneužívání
3. sexuální zneužívání
4. emoční zanedbávání
5. fyzické zanedbávání
6. zneužívání látek v domácím prostředí
7. duševní onemocnění v domácím prostředí
8. rodičovský rozvrat
9. svědectví domácího násilí
10. kriminalita v domácím prostředí.

Hodnocení těchto 10 ACE představovalo významný posun od dosavadních výzkumů, které se zaměřovaly převážně na individuální formy zneužití a jejich dopadu na zdraví. ACE studie byla jedna z prvních studií, které ukázaly, že vystavení každé z deseti kategorií je běžné a zároveň mohou být tyto kategorie vzájemně propojené. Celkovým počtem ACE u jedince, tzv. ACE skórem, zdokumentovali, že skoro 2/3 dospělé populace měly zkušenost s alespoň jednou z ACE a 40 % mělo zkušenost s dvěma a více ACE. Zároveň se ale ukázalo, že jakkoliv docela velká část účastníků nezažila žádnou dětskou averzní zkušenost, nebo jen jednu, řada z nich zažila dvě a více averzních zkušeností. Z celkového počtu 17 337 účastníků studie zažilo:

Tabulka 1. ACE studie v procentech

Celkový počet averzních zkušeností, jak je uvedli jednotliví účastníci ACE studie	Počet účastníků ACE studie, kteří zažili daný počet averzních zkušeností, v procentech
0	36 %
1	26 %
2	16 %

3	9,5 %
4 a více	12,5 %

(Felitti et al., 1998)

ACE studie také ukázala souvislosti mezi zneužitím, zanedbáváním a vážnými formami dysfunkčního sociálního prostředí a mnohočetnými fyzickými, duševními, behaviorálními a sociálními obtížemi, které se objevují v dospívání a přetrvávají do dospělosti. Jedním z nejdůležitějších přínosů ACE studie bylo zjištění, že dětské adverzity mají tendenci se spolu vyskytovat. Současně se zvyšuje korelace mezi ACE skórem a již zmíněnými zdravotními a sociálními důsledky v dospělosti. Zjištění ACE studie ukázala, že vystavení dětskému zneužití a dalším formám traumatu pravděpodobně aktivuje stresovou odpověď organismu, která může v konečném důsledku narušovat vývoj nervového, imunního a metabolického systému dětí (Murphy et al., 2016; Felitti et al., 2019).

Pro potřeby této práce budeme převážně pracovat s pojmem ACE, jelikož zahrnuje širší škálu zkušeností, než pouze pojem trauma.

2.4 Zdraví a salutory

Pojem zdraví, být zdrav, používáme v našem životě poměrně často. Zdraví představuje jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou ve všech společnostech, ve všech dobách a všech kulturách. Obecně zdraví chápeme jako něco, co souvisí se správnou funkcí všech orgánů i celého organismu (Vašina, 1999).

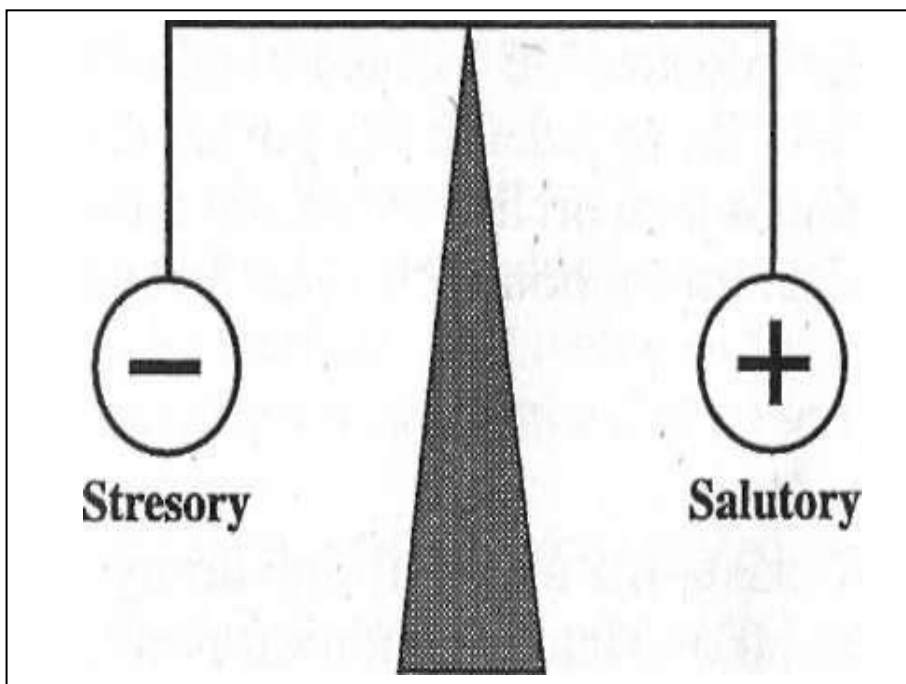
Zdraví vytváří základ pro fungování lidského organismu. Když jsme zdraví, můžeme pracovat, uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Zdraví není samo o sobě cílem, ale představuje jednu ze zásadních podmínek smysluplného života (Kubátová, Machová, 2009).

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“, WHO, 1946. Světová zdravotnická

organizace (World Health Organisation) definuje zdraví jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody (Vašina, 1999).

Křivohlavý (1998) ve své knize „Jak neztratit nadšení“ uvádí jednoduchý model. Člověk se nachází v rovnovážném stavu, když působení stresorů, patogenů (negativních faktorů) je vyrovnáváno působením salutorů (pozitivních faktorů).

Obrázek 2. Vyrovnaná životní situace



(Křivohlavý, 1998).

Žádoucím stavem v našem životě jsou situace, kdy to, co na nás působí negativně, je vyrovnáváno souborem našich schopností a možností negativní vlivy úspěšně zvládat (Křivohlavý, 1998).

Nelze předpokládat jednoduché příčinné souvislosti mezi zdravím a nemocí. Není pouze jedna příčina, která by způsobovala nemoc. Stejně jako zdraví je výsledkem mnoha příčin, tak i nemoc zapříčiňuje mnoho faktorů, které se navzájem ovlivňují. Ke stejné nemoci mohou jedinci dospět různými cestami (Čeledová & Čevela, 2010, s. 15).

Salutory jsou faktory, které mohou pozitivně ovlivňovat naše zdraví, vedou k zájmu sama o sebe, soustředění pozornosti na sebe. Salutory mohou být i preventivní opatření vůči stresu, jako je meditace, relaxace nebo psychoterapeutické techniky. Kdo zná své salutory, tedy pozitivní faktory působící na jeho zdraví, je schopen si sestavit vlastní antistresový program (Křivohlavý, 2009).

2.5 Psychosomatika

Pojem psychosomatika pochází z řečtiny a jedná se o složeninu dvou slov, psýché znamenající duši a soma, řecký výraz pro tělo. Velmi zjednodušeně bychom tento pojem mohli definovat jako vzájemné ovlivňování složky duševní a fyzické (Baštecká, 2009).

Jak uvádí Jan Poněšický: „Psychosomatická medicína se zabývá vzájemnými vztahy mezi duševními, sociálními a tělesnými procesy“ (2021, s. 9).

Poněšický konstatuje (Poněšický et al., 2021), že v současnosti onemocní každý třetí člověk během svého života psychogenním/psychosomatickým onemocněním. S ohledem na to, že často nejsou tyto psychosomatické poruchy diagnostikovány včas, v důsledku s sebou nesou osobní utrpení pacienta, chronicitu i velké finanční výdaje na léčbu. Psychické a psychosomatické poruchy se podílí čtyřiceti procenty na přiznání invalidního důchodu a mají za následek předčasnou úmrtnost. Příčinou je nebývale rychlý a silný civilizační tlak a obrovský tlak na výkon. Uvádí se, že civilizační tlak ve spojení se stresem vede ke vzniku a trvání až 80 % nemocí. Nejčastěji se jedná o deprese, kardiovaskulární onemocnění, obezitu, bolestivé ortopedické a gynekologické syndromy a Alzheimerovu chorobu.

Somatizace znamená ztělesňování často neřešené a složité životní situace. Snahou psychosomatické medicíny je vysvětlit pacientovi souvislosti mezi jeho zdravotním stavem a životní situací (Poněšický et al., 2021).

2.5.1 Vztah mezi psychikou a tělem

Nebývalý rozvoj zaznamenávají neurovědy a neuropsychologie. Vše je propojeno se vším, s epigenetikou, tedy vlivem psychických dějů na aktivaci či deaktivaci genů, vlivem placebo, víry v sebeozdravné procesy, aktivním vlivem vědomí na psychické i tělesné procesy, vlivem pozorovatele na pozorované, a to i během psychoterapie, nebo vlivem sebezpozorování, všímavosti. Rozvíjí se výrazným způsobem také psychoneuroimunologie. Zajímavým poznatkem pro psychosomatiku je embodiment, tedy tělesnění našeho způsobu života. V této souvislosti hovoříme o zapisování zvláště traumatických (kognitivně nezpracovatelných zážitků) do tělesnosti. To, co si z vědomí vytěsníme, se pak o to více projeví v tělesném, a naopak to, co si dokážeme uvědomit, pak ztratí emočně tělesný náboj. Obojí se může zastupovat a také něco vyjadřuje. Duše a tělo je jeden a tentýž život. V souvislosti s epigenetikou by měla být i psychosomatická léčba komplexnější, měla by zahrnovat nejen psychoterapii, ale i management stresu, stravu, pohyb, relaxaci a podporu pro zdravý život. Velkou roli v udržení zdraví hraje také spiritualita (Poněšický et al., 2021).

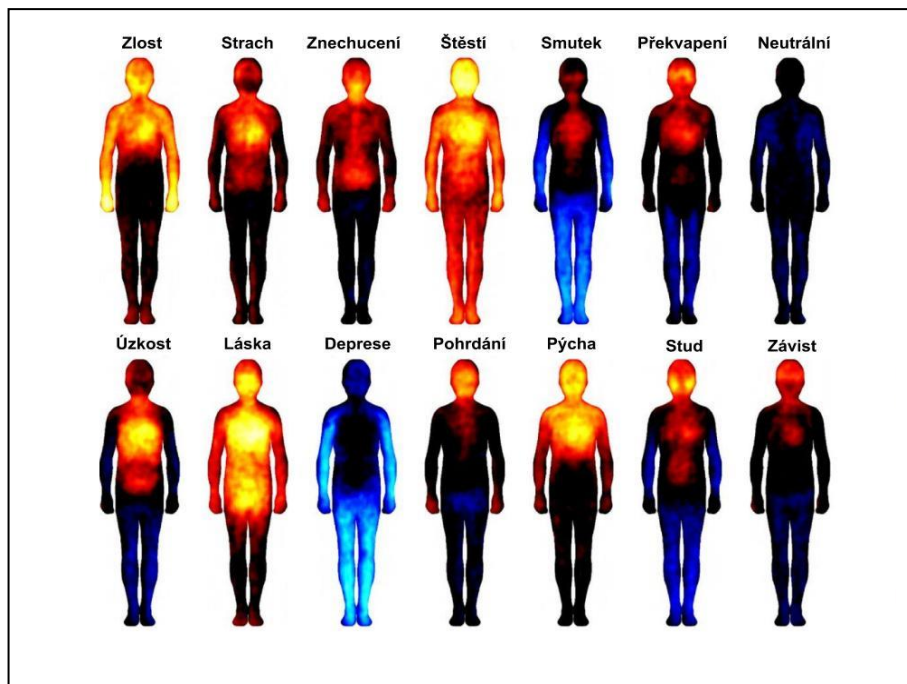
2.5.2 Emoční prožívání a tělesnění emocí

Poněšický říká (Poněšický et al., 2021), že často vytěsňujeme do tělesnosti naše emoce, přání nebo tabuizované představy, které by nebyly akceptovány v širším sociálním okolí. Tímto si vyrábíme nevědomí, které se skrže tělesné reakce a symptomy, spolu se zvýšenou stresovou zátěží, dere ven. Pak nás často onemocnění přinutí se zastavit a lehnout si do postele.

S emocemi počítáme, cítíme je, ovlivňují naše chování. Co není úplně jasné je, jak a kde se berou. Platí všeobecná shoda na tom, že emoce jsou evoluční výhodou, vznikly jako nástroj vypořádávání se s nástrahami reality. Pod emocemi rozumíme změny ve vnitřním prožívání, v odpovědi autonomního systému (srdeční tep, dýchání atd.), ve fyzické aktivitě (pohyby svalů), ve vnímání, v myšlení. V dalším se hypotézy o tom, jak emoce vznikají, liší. Jedna z teorií je teorie přirozených emocí, která říká, že emoce existují samy o sobě, jsou to přirozené tělesné stavy. Mají jasné biologické hranice a charakteristiky. Jednotlivé emoce lze odlišit už na tělesné úrovni. Druhý pohled je

konstruktivistický, že emoce jsou konstrukty lidské mysli. Znamená to, že jsou spíše komplexní percepce. Abychom mohli vnímat emoce, počáteční afekt musí projít přes základní mysl, která jej formuje (Nummenmaa et al., 2013).

Obrázek 3. Emoce, co sídlí v těle



Tělesná topografie základních (Horní) a nezásadních (Dolní) emocí spojených se slovy. Mapy těla ukazují oblasti, jejichž aktivace se zvýšila (teplé barvy) nebo snížila (studené barvy) při prožívání každé emoce. ($P < 0,05$ FDR opraveno; $t > 1,94$). Barevný pruh označuje t-statistický rozsah. (Emoce, co sídlí v těle: www.psychoterapieA.cz. (n.d.)

V roce 2013 proběhl výzkum Lauriho Nummenmaa a jeho kolegů, který se týkal vytváření tělesných map emocí. Výzkumný vzorek byl tvořen lidmi ze západní Evropy a východní Asie. Během něj měly subjekty vytvářet tělesné mapy šesti základních a sedmi komplexních emocí. Ukázalo se, že základní emoce, jakými jsou hněv, strach, znechucení, štěstí, smutek, překvapení, se u lidí zobrazují jednoznačným způsobem v těle, i když v něčem se tyto vzorce tělesného prožívání překrývají a v jiných aspektech

se liší jeden od druhého. Ze studie uveřejněné v roce 2013 vyplývá, že emoční pocity jsou spojeny s individuálními a současně se překrývajícími mapami tělesných pocitů, které by mohly být jádrem emočního prožitku. Výsledky studie podporují modely předpokládající, že somatosenzitivita a ztělesnění hrají významnou roli v emočním zpracování. Rozluštění subjektivních tělesných vjemů spojených s lidskými emocemi by mohlo být cestou k lepšímu porozumění poruchám nálad, depresím nebo úzkostem, které jsou doprovázeny změněným emočním zpracováním, somatizací. Topografické změny v pocitech spouštěných emocemi v těle by tak mohly poskytnout nový biomarker pro emoční poruchy ((Nummenmaa et al., 2013).

2.5.3 Psychosomatická medicína

Jak uvádí Poněšický (Poněšický et al., 2021), psychosomatika nabývá nebývalého rozvoje a významu, jde o propojení bio-psycho-sociálního přístupu.

Klade vysoké nároky na lékaře a předpokládá jakousi psychosomatickou kompetenci, která s sebou nese i minimálně zkrácené psychologické studium (Poněšický, 2014).

Chvála a Trapková (2020), hovoří o tom, že psychosomatická medicína ve zvláštním režimu vedle biomedicíny a psychoterapie naplňuje nejpřísnější kritéria pro definování zdraví a nemoci dle WHO. Uvádějí, že čím více se na onemocnění podílí psychické a sociální vlivy, tím důležitější se pro léčbu stává vztah, slovo a naděje na uzdravení.

2.5.4 Vztah lékař a pacient

Současná medicína se soustřeďuje většinou jen na příznaky a je přísně objektivistická s orgánovým zaměřením. Psychosomatická medicína má člověka přivést k pochopení souvislostí mezi jeho obtížemi a životní situací a předejít organickým změnám a těžkým nemocem. Úkolem lékaře je poradit pacientovi, jak změnit svůj život, aby posílil sebeúdravné - imunitní schopnosti a současně v případě potřeby podpořit léčbu léky. Onemocnění štítné žlázy jsou často spojená s psychikou a stresem,

štítná žláza představuje emoční štít. Při jeho vyčerpání se dostaví klinické příznaky. (Poněšický et al., 2021).

Jan Hnízdil (Poněšický et al., 2021) cituje MUDr. Jiřího Jenšovského CSc., zkušeného endokrinologa, který komentuje autoimunitní onemocnění štítné žlázy takto: „Problémem současné endokrinologie jsou subklinické stavy. Laboratorní nález totiž není nemoc! Pacientů s nálezem TSH někde mezi 4,2-7 je mnoho. Nejsnazší a mnohdy i nejčastější způsob řešení je „paní, Vám špatně funguje štítnice, tady máte prášek“... pak už se dávka jen zvyšuje. Zamyslet se nad příčinou, opakovat výsledek s odstupem, doplnit další vyšetření... To jsou postupy, které vyžadují určité množství znalostí, zkušeností i času, a navíc se „nevyplácejí“.“

Novější (na pacienta orientovaný) model vztahu mezi lékařem a pacientem respektuje bio-eko-psychosociální přístup. Na rozdíl od tradiční medicíny, která je spíše fragmentární, jde o holistický přístup, který pojímá nemoc jako nemoc člověka v celé jeho komplexitě. Základem spolupráce mezi pacientem a lékařem je spoluzodpovědnost, nedirektivita, participace a zájem o osobní život a rodinu pacienta. Vztah je zde vytvářen a podporován vzájemnou komunikací, akceptací i potřebou uznání, bezpečí a jistoty (Baštecká, 2003; Vymětal, 2008).

Jak uvádí Mandincová (Mandincová, 2011), i chronicky nemocný pacient očekává brzké uzdravení. Často do lékařovy rady vkládá větší naděje, než je reálné. V případě, že se jeho očekávání nenaplní, rychle ztrácí důvěru v lékaře, klade si otázky k jeho odborné zdatnosti, začíná hledat jiné možnosti. Často se obrací k alternativní medicíně, s čímž lékař nemusí souhlasit. Často se stává, že je pacient propuštěn do domácího ošetřování, aniž by byl dostatečně informován, s čím tam může být konfrontován. Křivohlavý (Křivohlavý in Mandincová, 2011) říká, že k jiným nepochopením dochází, pokud je lékař úzce zaměřený na nemoc pacienta a nemá dost pochopení pro pacientovy emocionální stavy.

Chvála a Trapková (2020) zmiňují, že u psychosomatických pacientů je důležitý individuální přístup, jedinečnost pacienta, jeho individuální historie a často i jeho laická teorie o vzniku potíží.

2.5.5 Interdisciplinární spolupráce v psychosomatické medicíně

Skorunka (Poněšický et al., 2021) hovoří o tom, že interdisciplinární spolupráce je v současné době všudypřítomným prvkem v biomedicíně. Špatná koordinace a nedostatečná spolupráce mezi jednotlivými členy interdisciplinárního týmu může zbytečně u pacienta prohlubovat distress, prodlužovat a komplikovat terapii a v konečném důsledku i vést k chronifikaci.

Skorunka (Poněšický et al., 2021) dále poznamenává, že medicínu čekají zásadní reformy, které by měly být změnou uvažování o zdraví a nemoci, a to směrem ke komplexnějšímu bio-psycho-sociálnímu pohledu. Koordinované úsilí je nutné především při léčbě jedince s chronickým onemocněním, traumatem nebo postižením, protože jde o zdravotní potíže, které jsou svým rozsahem, závažností natolik významné, že ovlivňují kvalitu života nejen nemocného, ale i jeho blízkých.

Vymětal (2008) uvádí, že kvalita rodiny se promítá do zdravotního stavu jejích členů a všechny náročné zdravotní újmy a životní situace se dotýkají všech jejích členů.

Skorunka (Poněšický et al., 2021) popisuje, že rodina je důležitým faktorem v léčbě pacienta, ovlivňuje jeho postoje i důvěru v lékaře, tak i postoj k zdravotnickému systému. Systematický zájem o práci s rodinou při léčbě nemocného s chronickým onemocněním, je běžné spíše v pediatrii a pedopsychiatrii, u dospělých pacientů se v takové míře zájem nevyskytuje. Prospěch z tohoto přístupu mohou mít pacienti s chronickými onemocněními, metabolickými, onkologickými, kardiovaskulárními a dalšími onemocněními. Psychosomatická medicína tedy bere v potaz při diagnostice, léčbě, rehabilitaci a prevenci, faktory biologické, psychologické, sociální a případně spirituální.

2.5.6 Sociální perspektiva psychosomatiky

Poněšický (Poněšický et al., 2021) se zamýšlí nad tím, jak na nás působí sociální systém a jaké společenské poměry potlačují, nebo deformují zdravý způsob života. Poznamenává, že z psychosomatického pohledu je podstatné, jaké normy, vzájemné vztahy a chování, které ovlivňují společenské vědomí a nevědomí, vedou k onemocněním. Patologii vidí ve chvíli, kdy jsou sociálním prostředím ovlivňovány

a omezovány naše základní potřeby seberealizace, individualizace a vyrovnaného života, kde celý svět je reprezentován v naší mysli a na jeho obrazy my reagujeme.

Chronická onemocnění mohou významně ovlivňovat společenský život pacientů. Výzkumy potvrzují, že dostupnost sociální podpory napomáhá adaptaci na chronickou nemoc. Patříčná sociální opora u pacientů posiluje jejich vlastní strategie a mechanismy zvládání nemoci. Zdravotní stav pacienta se týká i jeho partnera, dětí, rodiny. (Mandincová, 2011).

2.5.7 Trauma-informovaný přístup

Trauma-informovaný přístup je přístupem v oblasti sociálních a zdravotních služeb, který předpokládá, že v anamnéze jedince se s největší pravděpodobností vyskytuje trauma. Zahrnuje tři klíčové prvky“

- uvědomění si prevalence traumatu,
- povědomí o tom, jak trauma může působit na jedince, osoby zapojené do programu, organizaci nebo službu,
- implementaci těchto znalostí do praxe (SAMSHA, 2014).

Tento přístup je založený na pochopení traumatu a jeho dopadu na jedince, klade důraz na emocionální, fyzické a psychické bezpečí jedince. Umožňuje vycházet ze silných stránek jedince, vytváří pro traumatizované jedince příležitosti k tomu, aby si mohli vybudovat pocit vlastního zmocnění a kontroly (Hopper et al., 2010 in Klepáčová et al., 2020). Je důležitý nejen pro klienty, ale i poskytovatele služeb, a zásadní je zde schopnost umět rozpoznat přítomnost symptomů traumatizace, uznat roli traumatu v životě jedince a přizpůsobit praxi těmto poznatkům (SAMSHA, 2014).

Šest hlavních principů trauma-informovaného přístupu, nejen pro sociální a zdravotní služby, je:

- Bezpečí
- Důvěryhodnost a transparentnost
- Možnost volby
- Spolupráce

- Zmocnění
- Respekt k odlišnosti (SAMSHA, 2014; ITTIC, 2018 in Klepáčová et al., 2020).

Dospělí s etiologií traumatu v dětství tvoří v sociálních službách zvláště náročnou skupinu klientů, a to s ohledem k dlouhodobým následkům této traumatizace a současným potížím, kterým čelí (Knight, 2014 in Klepáčová et al., 2020).

„Hluboce traumatické zkušenosti, zvláště v období dětství, mohou mít ještě hlubší dopad v dospělosti. Mohou významně formovat osobnost a životní volby daného jedince.“ (Davies, 2018 in Klepáčová et al., 2020).

Dlouhodobé následky týrání nebo zneužívání v dětství mohou mít dlouhodobý až mezigenerační dopad a ovlivňují jedince v mnoha oblastech jeho života. Tyto následky se mohou individuálně lišit a jsou ovlivněny kombinací mnoha faktorů (Rosen et al., 2018 in CHWIG, 2019 in Klepáčová et al., 2020).

V oblasti fyzického zdraví je dokázána spojitost s vyšší mírou některých chronických onemocnění (Klepáčová et al., 2020).

„Uzdravení z traumatu je především o vztazích – o obnovení důvěry, znovunabytí sebevědomí, návratu k pocitu bezpečí a opětovném spojení s láskou. Samozřejmě, léky mohou pomoci zmírnit příznaky a rozhovor s terapeutem může být nesmírně užitečný. Ale léčení a uzdravení jsou nemožné – i s těmi nejlepšími léky a terapií na světě – bez stálých, pečujících vztahů s druhými.“ (Perry, Salavitz, 2006, s. 231–232 in Klepáčová et al., 2020).

3 Výzkumná část

3.1 Forma výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje hlubší vhled do problematiky, umožňuje studovat procesy, navrhnout teorie (Hendl, 2005). V průběhu zpracovávání informací ze strukturovaných dotazníků bylo možné při kodifikaci dat z narativního vyprávění respondentů vytvořit kategorie, které jsme využili v programu Excel a Jamovi, pro tvorbu ilustrativních grafů a tabulek, které umožňují strukturovat data a přiblížit popisované jevy a teorie.

3.2 Výzkumné otázky

Cílem výzkumu je hledání souvislostí mezi traumaty a vznikem autoimunitního onemocnění a mapování salutorů u osob s Hashimotovou thyreoiditidou. Stanovení cíle výzkumu a výzkumných otázek vycházelo z osobní zkušenosti autora s autoimunitním onemocněním, potřebou porozumět souvislostem vzniku tohoto onemocnění a současně také hledáním toho, co pomáhá zvládat život s autoimunitním onemocněním, co léčí a uzdravuje.

Byly stanoveny dvě primární výzkumné otázky: „Do jaké míry se traumatické zkušenosti vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy?“ a výzkumná otázka: „Co pomáhá při zvládnutí autoimunitního onemocnění štítné žlázy?“ Tyto otázky byly stanoveny již před započítím výzkumu. V průběhu přípravy strukturovaného interview pak vyvstaly otázky: „Jaký vztah k lékaři mají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy“, „Mají dostatečné informace k léčbě?“, „Jaký je výskyt genetické predispozice?“, „Vnímají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy tuto nemoc jako omezující?“ a současně „Jaké jsou strategie zvládnutí této nemoci?“, „Je psychoterapie součástí léčebného procesu?“ a „Do jaké míry jsou si pacienti s autoimunitním onemocněním vědomi toho, že se jedná o psychosomatické onemocnění?“.

Tyto otázky pak byly následně zpracovány do polostrukturovaného dotazníku, který sloužil jako opora pro rozhovor, nikoliv dogma. (Příloha1)

Tabulka 2. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumné otázky:

- „Do jaké míry se traumatické zkušenosti vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy?“ „Co pomáhá při zvládnání autoimunitního onemocnění štítné žlázy?“

Vedlejší výzkumné otázky:

- Jaký vztah k lékaři mají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy? Mají dostatečné informace k léčbě?
- Jaký je výskyt genetické predispozice?
- Vnímají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy tuto
- nemoc jako omezující?
- Jaké jsou strategie zvládnání této nemoci?
- Je psychoterapie součástí léčebného procesu?
- Do jaké míry jsou si pacienti s autoimunitním onemocněním vědomi toho, že se jedná o psychosomatické onemocnění?

3.3 Metody výzkumu

Před zahájením výzkumu byla provedena rešerše vhodné literatury související s autoimunitními onemocněními štítné žlázy, především s Hashimotovou thyreoiditidou. Vycházeli jsme ze zdrojů Vědecké knihovny Ostrava, byly vyhledány studie související s tímto onemocněním, především na web of Science, nebo přes internetový vyhledávač Google Scholar.

Ke sběru dat bylo využito polostrukturovaného interview. Byl vytvořen dotazník, který mapoval v první části základní demografické údaje, informace související s autoimunitním onemocněním štítné žlázy a potenciální traumatické události, součástí byl přeložený ACE dotazník a dotazy na konkrétní potenciálně náročné životní situace, které byly inspirovány „Inventářem životních událostí“ od Holmese a Raheho (Marksbery, 2022). (Příloha1)

V druhé části byla pro potřeby dotazování vytvořena hodnotící tabulka důležitých faktorů, které se podílí na zvládnání onemocnění, tabulka pozitivních faktorů a otázky na pozitivní změny související se zvládnáním onemocnění, s tím, že byl vždy dán prostor respondentům k vyjádření vlastního názoru.

V přípravné fázi před interview byl domluven online rozhovor, participanti byli dopředu seznámeni se strukturou rozhovoru, jeho náplní i členěním. Bylo domluveno, že mohou kdykoliv rozhovor ukončit. Participantům byl předem zaslán písemný souhlas s nahráváním. (Příloha2)

Výběr participantů proběhl formou záměrného výběru. Kdy bylo stanoveno kritérium pro tento výběr, a to: „Osoba s diagnostikovaným autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotovou thyreoiditidou.“

Participanti byli osloveni prostřednictvím sociálních sítí, především facebookových skupin určených osobám s onemocněním štítné žlázy, a to formou nabídky účasti na výzkumu. Přihlásilo se 17 participantů, kritérium splnilo 15 participantů, po emailové komunikaci pak souhlasilo s nahráváním 10 participantů. 1 rozhovor proběhl osobně v prostorách komunitního centra Anulika z.s. a 9 rozhovorů bylo provedeno online.

Samotné interview probíhalo s každým participantem individuálně, a to následujícím způsobem: nejprve se výzkumník představil, informoval potencionální respondenty o účelu setkání, časovém rámci setkání, krátce prezentoval výzkumnou práci a požádal je o souhlas s pořízením audiozáznamu z rozhovoru. Po udělení jejich verbálního souhlasu s provedením interview a audionahrávkou, byl pořízen hlasový záznam. Byl zajištěn klid a nepřítomnost dalších osob.

Jádro interview bylo tvořeno společnou administrací dotazníku a část dotazů byla koncipována tak, aby umožnila narativní vyprávění. Na začátku dotazníku byly otázky mapující demografická data a otázky věnující se vzniku onemocnění, dále otázky na informace, které získali od lékaře a na jejich vztah s ním. Poté byl společně vyplněn ACE dotazník. Kdy byli participanti vyzváni ke stručným odpovědím ano – ne. Postup byl zvolen s ohledem na možnou retraumatizaci a zaplavení negativními emocemi při oživení traumatické vzpomínky v rámci vyplňovaného ACE dotazníku a otázek na potencionálně traumatizující zkušenosti.

V druhé části dotazníku byly společně mapovány faktory, které pomáhají při léčbě, byla využita tabulka pozitivních faktorů, které měli respondenti ohodnotit v rozmezí 1-5 (příčemž hodnoty byly od 1 – zcela neuspokojivý, až 5 – výborný).

Za každým dotazováním pomocí předem připravených otázek, v rámci celého dotazování, byl dán prostor pro doplnění pomocí otevřené otázky typu: „Je nějaký pozitivní faktor, výše neuvedený, který považujete za tolik důležitý, že byste jej zde chtěl (a) uvést a ohodnotit?“ a vždy následovala na konci dotazování výzva typu: „Je nějaká otázka, která zde ještě nezazněla a chtěl/a byste na ni odpovědět?“ nebo „Přejete si ještě něco doplnit?, případně „Mělo by tu ještě něco zaznít, co je důležité a nemluvili jsme o tom?“.

Ne vždy bylo vhodné použít veškeré nachystané otázky. U některých respondentů bylo dotazování uzpůsobeno obsahu rozhovoru, např. pokud participantka uvedla, že nemůže mít děti, tak dotazy na potrat a porody byly vynechány. Případně, pokud byl znát silný emoční náboj daného tématu, tak výzkumník požádal o bližší ozřejmění dané problematiky. Metoda byla zvolena s ohledem na potřebu propojit podávané informace s konkrétní zkušeností, k objasnění motivů a zasazení informace do životního kontextu (Miovský, 2006). Odpovědi byly do záznamového archu zaznamenány výzkumníkem osobně. V případě potřeby byl záznam doplňován psanými poznámkami. Nahrávání rozhovoru probíhalo přibližně 30–40 minut, po ukončení nahrávání téměř vždy bylo dalších 30 minut věnováno k ukotvení zážitků z rozhovoru, u jedné respondentky došlo k zvýšení stresové zátěže v důsledku probíraných témat, uvědomění si, kolik náročných situací zažila. Bylo nutné participantku ocenit, jak zvládala dosavadní náročné situace a léčbu, prostřednictvím podpůrného rozhovoru podpořit. Kontakt s participanty byl ukončen ve chvíli, kdy se jejich duševní stav jevil stabilizovaný, a na základě společné domluvy.

Každý rozhovor byl zaznamenán v audio podobě na mobilní telefon. Převod do psaného textu byl pořízen pomocí funkce v softwaru Office365. Text byl poté výzkumníkem redigován a anonymizován.

V další fázi došlo k tematické analýze dat. Hledali jsme jednotlivá témata a parafrázovali části textu. Texty byly vytištěny na barevné papíry a rozstříhány podle tematických úseků, každý respondent byl označen jinou barvou. Pomocí softwaru Excel

z řady office byly vytvořeny tabulky s tématy a texty, které jsme rozdělili na jednotlivé části, které byly navzájem porovnávány. Hledali jsme souvislosti s výzkumným záměrem. Z narativního vyprávění byla vytvořena kódovaná data, která byla přepsána v programu Excel a vytvořena základní data pro zpracování v programu Jamovi.

S ohledem na to, že šlo o polostrukturovaný dotazník, byl dotazník ACE administrován jak samostatně, tak i v souvislostech s tématy, která se objevovala v rozhovorech. Stejně tak bylo postupováno u všech kategorií dotazníku, kde byla strukturovaná data.

Kategorie byly v základu nastaveny takto:

1. Základní data
 - Věk, vzdělání, doba léčby s tímto onemocněním
2. Data na informovanost participantů o onemocnění, vlastní vnímání tohoto onemocnění
 - Vyskytuje se dané onemocnění ve vaší rodině?
 - výskyt onemocnění – kdo
 - Pokud jste hledali informace, tak kde?
 - dostatečné předání informací lékařem
 - Omezuje Vás vaše onemocnění?
 - Máte další autoimunitní onemocnění, se kterými se trvale léčíte?
3. Data k výskytu potencionálně traumatizujících zkušeností, dotazník ACE, otázky k náročným životním situacím
 - počet ACE na osobu
 - náročné životní situace vyskytující se u participantů
4. Data k pozitivním faktorům a zvládání životních situací
 - Pozitivní faktory, které se vyskytují u participantů
5. Data k využití psychoterapie a jiných aktivit ke zvládání náročných situací
6. Data k životním změnám, které provedli – neprovedli participantí v souvislosti onemocněním.
7. Data ke strategiím zvládání náročných situací
8. Data k vnímání autoimunitního onemocnění štítné žlázy jako psychosomatického onemocnění

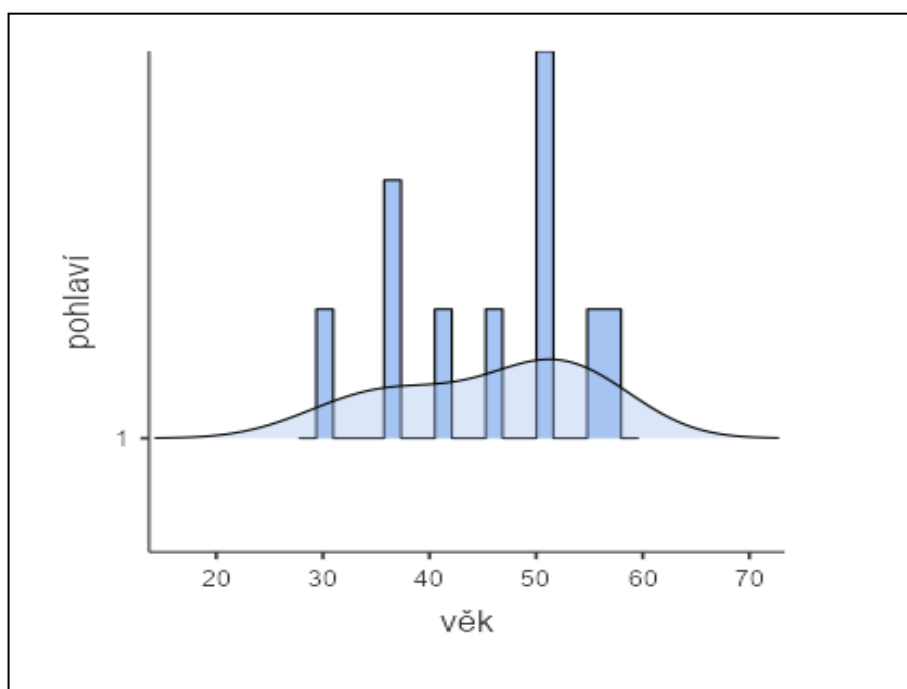
V průběhu zpracování dat z rozhovorů a polostrukturovaných dotazníků byly vytvářeny další kategorie a kódy, které byly přenášeny do Excelu. Zde byly přenášeny i jednotlivé části rozhovorů. Vytvořili jsme kategorie pro tabulky, které byly zpracovány také v programu Jamovi. Seznam kategorií a kódů je přiložen. (Příloha 3)

3.4 Participanti

Výběr participantů byl záměrný, s ohledem na zaměření výzkumu na osoby s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotovou thyreoiditidou. Participanti jsou z celé České republiky, jedna participantka je Češka žijící v Německu.

Výzkumu se zúčastnilo deset žen. Věk se pohyboval v rozmezí 30–57 let.

Obrázek 4. Graf rozložení věku



Byli osloveni členové a členky diskuzních skupin na FB stránkách věnujících se osobám s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, a to bez ohledu na pohlaví. Bohužel se do výzkumu nepodařilo získat žádnou osobu mužského pohlaví. Nemoci štítné žlázy patří poměrně k častým chronickým onemocněním. Jde o nejčastější onemocnění endokrinního systému vůbec. Odhaduje se, že u nás výskyt tohoto

onemocnění přesahuje 5 % populace s výraznou závislostí na věku a pohlaví a s výraznými regionálními rozdíly. Ženy onemocní 4 – 6x častěji a největší počet nemocných je středního a vyššího věku – ve stáří onemocní 20 % žen a 10 % mužů (Zamrazil, 2001).

3.4.1 Údaje o participantech

Ve výzkumném vzorku bylo šest žen s vysokoškolským vzděláním, dvě se středoškolským s maturitou a jedna absolventka středního odborného učiliště.

Tabulka 3. Údaje o participantech

Pseudonym	Věk	Vzdělání
Jitka	30–40	SŠ
Eva	30–40	VŠ
Olga	30–40	SOU
Jana	40–50	VŠ
Dana	40–50	VŠ
Ivana	40–50	VŠ
Anna	40–50	SŠ
Zita	40–50	VŠ
Alena	50–60	VŠ
Dita	50–60	VŠ

3.5 Etika výzkumu

Účastnice výzkumu byly před započítím rozhovorů informovány o zaměření výzkumu, struktuře a délce rozhovoru. Dále byly seznámeny se způsobem sběru dat

a s nakládáním s nimi. Výzkumnice rovněž informovala respondentky o jejich právech, ke kterým patří zejména odvolání souhlasu s použitím rozhovoru k výzkumu a vyjádření nesouhlasu se zpracováním a uchováváním dat. Byly zodpovězeny všechny dotazy. Tyto informace byly předány i v tištěné podobě formou informovaného souhlasu, který byl participantům zaslán před interview na email. Před započítím rozhovoru byl vždy podepsaný souhlas a současně v rámci nahrávání vyjádřili participanté souhlas i ústně.

S daty je nakládáno následovně: audio záznam rozhovoru a jeho přepis, pasáže s kódy a exportní soubory v Excelu i Jamovi jsou uchovávány v zařízeních zabezpečených před zneužitím. Tištěná forma rozhovorů s poznámkami je uschována u výzkumníka. V textu práce jsou použity pouze krátké, anonymizované části rozhovorů v doslovném znění. Psané texty jsou ve všech podobách anonymizovány. V práci používáme místo jmen participantek pseudonymy.

Přepisy rozhovorů i jednotlivé podepsané informované souhlasy nejsou součástí této práce. Důvodem je citlivost uváděných sdělení, která se netýkají pouze respondentek, ale i jejich rodinných příslušníků a dalších osob. Vzhledem k těmto skutečnostem se výzkumník v informovaném souhlasu zavázal k nezveřejnění dat.

Samotné rozhovory byly koncipovány a vedeny tak, aby se co nejvíce snížila stresová zátěž z důvodu citlivých témat, která byla probírána. ACE dotazník byl čten výzkumníkem bez důrazu na jednotlivé otázky, na konci dotazníku se výzkumník vždy dotázel, jak se participantky cítí, zda jsou v pohodě a mohou takto pokračovat. V případě, že se některá z účastnic výzkumu cítila nekomfortně, byl dán prostor pro ventilaci emocí, byl nabídnut podpůrný rozhovor na konci dotazování, který byl již bez záznamu. Tuto možnost využilo 6 participantek.

4 Výsledky výzkumu a analýza dat

4.1 Výskyt traumatických zkušeností

Hlavní výzkumnou otázkou „Do jaké míry se traumatické zkušenosti vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy?“, jsme vyhodnocovali pomocí dotazníku výskytu ACE, pomocí dotazů na potencionálně traumatizující životní události. Současně jsme využívali informací z narativního vyprávění respondentek.

4.1.1 Výskytu ACE u osob s Hashimotovou thyreoiditidou

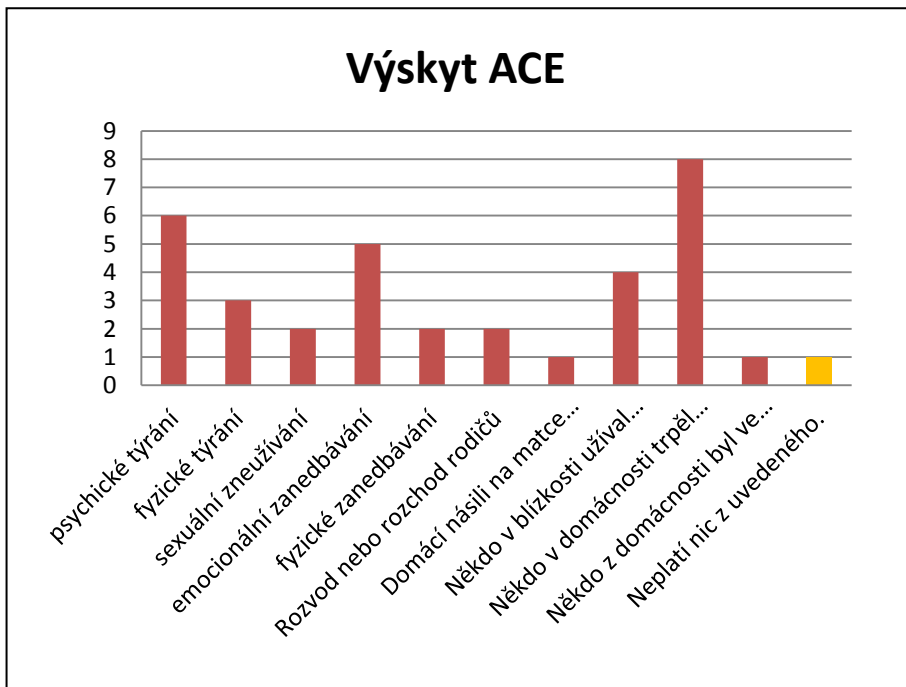
Pro potřeby zjištění výskytu averzivních zážitků z dětství (potencionálního traumatu) jsme využili v rámci dotazování ACE dotazník, který byl přeložený z anglického originálu (ACE, Adverse Childhood Experiences). Překlad byl získán od psycholožky a psychoterapeutky Mgr. Jenifer Kaločové, která se specializuje na práci s traumatem. Pro potřeby popisů získaných dat budeme používat pouze označení ACE.

Sledovali jsme výskyt jednotlivých ACE ve výzkumném vzorku. Předpokladem bylo, že výskyt ACE bude u participantů vyšší než u běžné zdravé populace. Z deseti participantek devět potvrdilo výskyt ACE v dětství. Výskyt ACE u těchto participantek je dále rozveden v tabulkách a grafech zpracovaných v programu Excel a Jamovi.

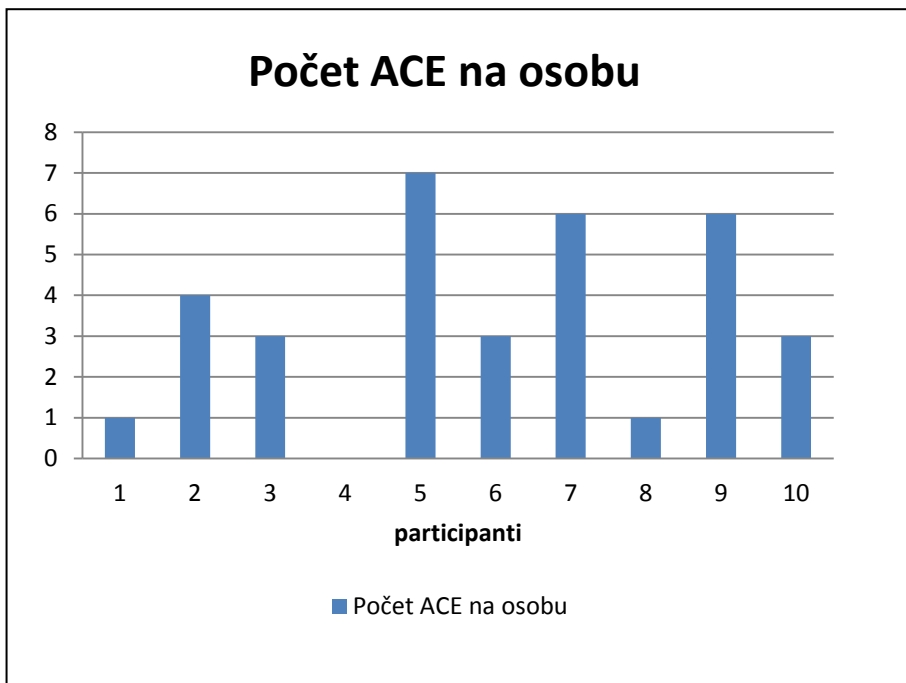
Tabulka 4. Počet ACE na osobu

Počet ACE na osobu	Počet osob
0	1
1	2
3	4
6	2
7	1

Obrázek 5. Graf výskytu ACE ve výzkumné skupině



Obrázek 6. Graf ACE skóre na osobu



Nejmenší výskyt ACE skóre byl 0 a nejvyšší výskyt 7 ACE skóre na osobu. Osm z deseti participantek uvedlo, že byl v rodině výskyt psychického onemocnění u blízkých příbuzných. 6 potvrdilo psychické týrání v průběhu dětství a dospívání, 5 participantek emocionální zanedbávání. Čtyři participantky hovořily o zneužívání návykových látek, především alkoholu. U tří účastnic výzkumu docházelo doma k fyzickému týrání. Sexuální zneužívání se vyskytlo u dvou participantek. Vždy se jednalo o blízké osoby, jednou to byl rodinný příslušník, v dalším případě osoba pro dítě blízká s vysokou mírou autority. U dvou respondentek docházelo k fyzickému zanedbávání a dvě uvedly rozvod rodičů v dětství. Jedna participantka uvedla, že byla svědkem domácího násilí na matce a jedna měla rodiče ve vězení.

4.1.2 Výskyt náročných životních situací ve výzkumné skupině

V rámci výzkumu byly respondentky dotazovány na výskyt dalších náročných situací v jejich životě. Zaznamenávali jsme, zda dochází ke kumulaci náročných životních situací a zda osoby s autoimunitním onemocněním štítné žlázy tyto náročné situace ve své historii mají a v jaké míře.

Shodně respondentky uváděly náročné životní situace jako spouštěče, nebo důvody ke zhoršení jejich onemocnění. Některé se znovu vracely po dotazu: „Je nějaká životní situace, kterou byste ještě neuvedla, nebo ji považujete za tak důležitý faktor, který chcete uvést?“, ke svému dětství. Opět uváděly situace, které považovaly za extrémně zátěžové a zmiňovaly souvislosti se vznikem onemocnění.

Alena ...V současné době onemocnění mého muže... Takže to moje dětství nebylo příliš šťastné...

Dana ...Ano, sexuální obtěžování. V dětství... Dita: ...Jo první byl úraz, tam jsem spadla na běžkách a byla jsem v těžkém bezvědomí... No starala jsem se o umírající maminku, nebo jako prošla jsem s ní jeden rok. To bylo hodně náročné období. Víte, měla to moc dlouhý...

Anna uvedla ...a tím, že já jsem neměla už očkovací průkaz, tak prostě ta milá paní doktorka si myslela, že mi musí dát všechny možné očkování, tak mi jich dala? Asi,

nevím 5 různých, prostě naočkovala mě znovu vším. Za 3–4 měsíce, potom mi začaly padat vlasy jo, ale totálně jako po chomáčích...

Olga ...Ve 20 letech mě můj jakoby bývalý přítel napadl a skončila jsem v nemocnici, tam mě to ovlivnilo hodně. Tam jsem zhubla na nějakých 56 kilo při 180 centimetrech ...

Do grafu jsme převedli náročné životní situace, které byly uvedeny v polostrukturovaném dotazníku a také situace, které respondentky uvedl v průběhu rozhovoru a označily je za významný zátěžový faktor.

Obrázek 7. Graf výskytu náročných situací ve sledované skupině

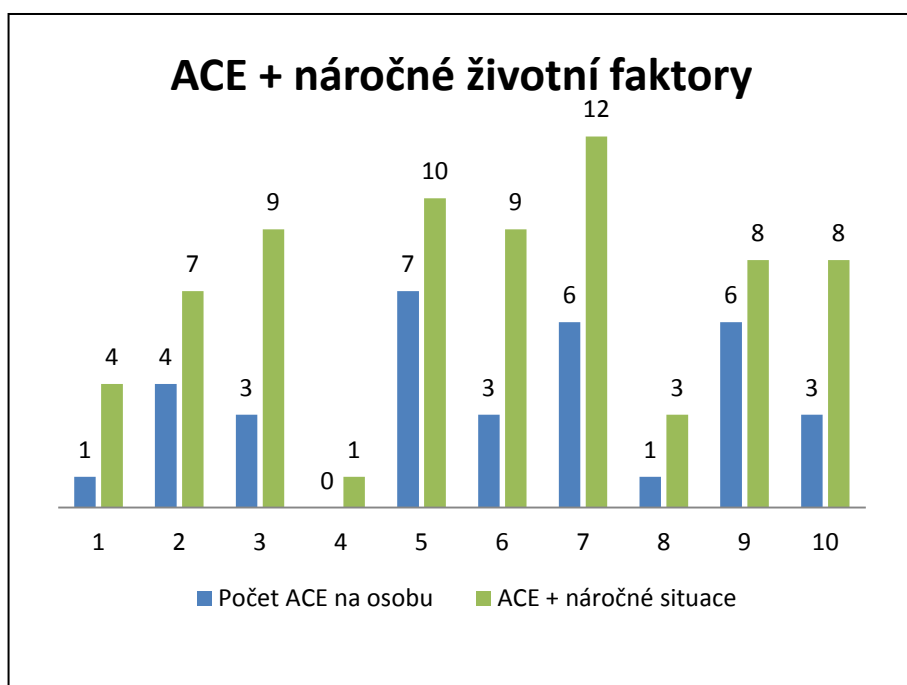


Zjistili jsme, že všechny participantky se po zjištění onemocnění zabývaly hledáním důvodů, které souvisí se vznikem onemocnění. Eva uvedla, že hledala společně s psychoterapeutkou spouštěč, který by vysvětlil vznik jejího onemocnění. Našly úraz páteře v dětství. Ten podle jejího názoru mohl způsobit fyziologické trauma a spolu s traumatem z dětství a prodělanou operací, spustit autoimunitní onemocnění.

Eva: ...*Já tomu jako úplně nerozumím, ale pamatuju si, že tohle říkala a že tam mohlo jako dojít k nějakému vnitřnímu traumatu, který to potom jakoby způsobilo nebo vyvolalo...*

Eva: ...*Já jak jsem neměla zaplatřpánbůh nic zlomeného ani jako žádnou operaci od té kýly nebo tak. Takže vždycky jsem věděla, jakože, když třeba jsem přetáhla strunu a prostě jsem se hodně unavila, tak se to prostě na tom těle jako projevilo hned a věděla jsem, že ten mechanismus funguje prostě jako skvěle...*

Obrázek 8. Graf kumulace ACE a náročných životních situací

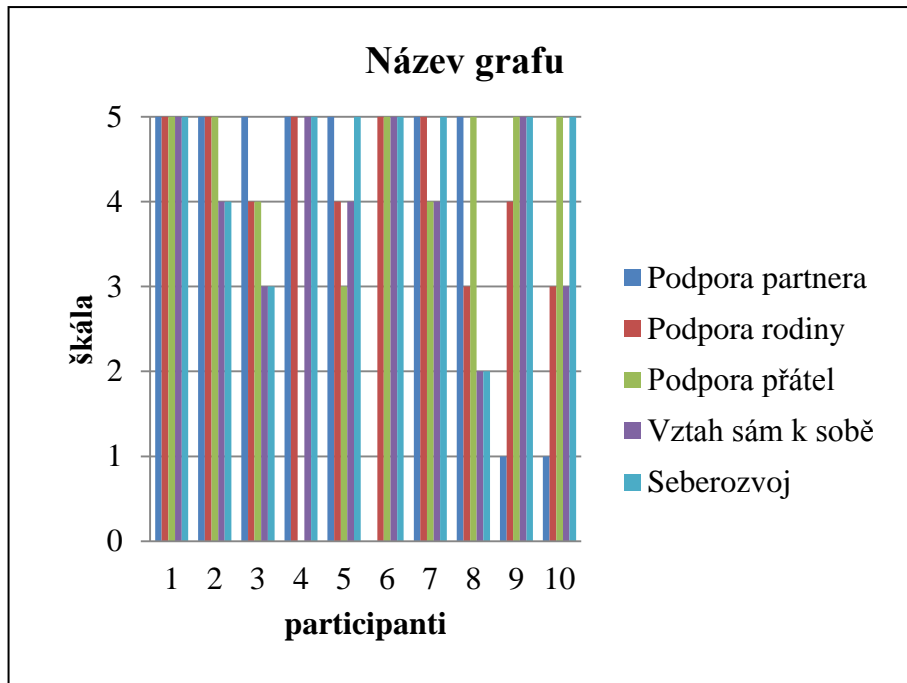


4.2 Co pomáhá při zvládnání Hashimotovy thyreoiditidy?

Při hledání odpovědí na druhou hlavní výzkumnou otázku jsme v průběhu rozhovorů s jednotlivými participantkami mapovali pozitivní faktory a strategie zvládnání života s autoimunitním onemocněním. Při hodnocení pozitivních faktorů jsme pracovali se škálou 1–5, kdy 1 je nejméně a 5 nejvíce.

4.2.1 Pozitivní faktory

Obrázek 9. Graf pozitivních faktorů I.



Participantky uvedly, že za nejdůležitější faktor považují vztah sám k sobě. Tři respondentky se vyjádřily, že jejich vztah k sobě se pohybuje mezi 2–3.

Zita: *...No musím se polepšit ve vztahu sama k sobě... už umím říkat ne...*

Eva: *...A ano, já se snažím jako hledat tu cestu k sobě, protože když se vrátíme jakoby k tomu období předtím, než jsem začala mít nějaké jakoby potíže, tak jsem měla hrozně dobrou intuici, akorát teda jako odumírala v průběhu let...*

Ivana: *...No to nevím, tak řekněme, já nevím tři...*

Ty účastnice výzkumu, co hodnotily svůj vztah k sobě na škále 4–5 hovořily takto.

Dana: *...Seberealizace a podpora, uvědomit si, že já jsem na 1 místě. Vždycky jsem myslela jen na druhé ne na sebe...* Alena o sobě řekla *...Umím si poradit vždycky za každých okolností...*

Anna: *...Že já stojím na 1 místě a pak je pes a pak to ostatní ...*

Dita: *...No já, mám se ráda...* Jana: *...Úplně klidně si dám maximum, protože jsem se sebou v pohodě...* Jitka: *...Lepším se. Už nějaký vztah k sobě mám...* Olga: *...Teďka typicky ten poslední rok, když jsem o té nemoci nevěděla, tak jsem s tím hodně bojovala. To bylo špatně a teď bych řekla, že fakticky 5...*

Všechny účastnice výzkumu uváděly jako podpůrné faktory podporu partnera. Olga a Zita se vyjádřily, že by ji ocenily, ale partnery v současné době nemají. Dvě participantky uvedly, že nemají podporu rodiny, ostatní ohodnotily podporu rodiny na škále v rozmezí 4–5. Stejně tak pouze Anna nemá podporu přátel, protože se s nimi o své nemoci nebaví. Ostatní účastnice mají významnou podporu přátel, na škále se podpora pohybovala v rozmezí 4–5.

Participantky se vyjadřovaly, že pracují na sobě a snaží se o vlastní seberozvoj.

Eva říkala: *...Z těch příčin tohoto onemocnění u mě, snažím se na to prostě přijít. Nejdřív jsem jako chtěla to hned zvrátit, jako když je stresu hodně, tak se nesmím stresovat, ale tak to úplně nejde. Takže se snažím jako se sebou pracovat nějak, v tom směru, jako abych se zbytečně nevystavovala situacím, které jsou mi nepříjemný...*

Dita uvedla: *...Jo pracuju na sobě pořád. Chodila jsem na tu čínskou medicínu, studuji ajurvědu, беру to, že vzdělávání je hlavně nejlepší proti alzheimerovi...* Jana hovořila o tom, že i práce na vlastním seberozvoji je prací, proto se brzdí, aby měla čas i odpočívat.

Respondentky v průběhu dotazování hovořily o práci jako významném faktoru. Dvě participantky nejsou spokojeny s prací, jedna ze zdravotních důvodů nemůže pracovat a druhá se po operaci štítné žlázy necítí dobře a bere antidepresiva. Ostatní respondentky buď hledají jiný postoj k práci, aby nebyly tolik vystaveny stresu, nebo práci změnily. Důvodem vždy bylo snížení stresové zátěže.

Anna řekla: *...Mám kolem sebe lidi nebo věci, které mi dělají dobře a co mi nedělá dobře, tak to prostě vypustím. I práci si vybírám tu, co mi dělá dobře...*

Eva hovořila o hledání změny postoje a zvažování pracovní pozici s vysokou stresovou zátěží opustit. *...Spíš se snažím najít, teďka jiný způsob, jak tu práci vykonávat a nicméně i když jsem začala brát euthyrox, tak jsem se totálně nemohla soustředit na tu práci, takže jsem hrozně roztěkaná a je to jako náročné ...*

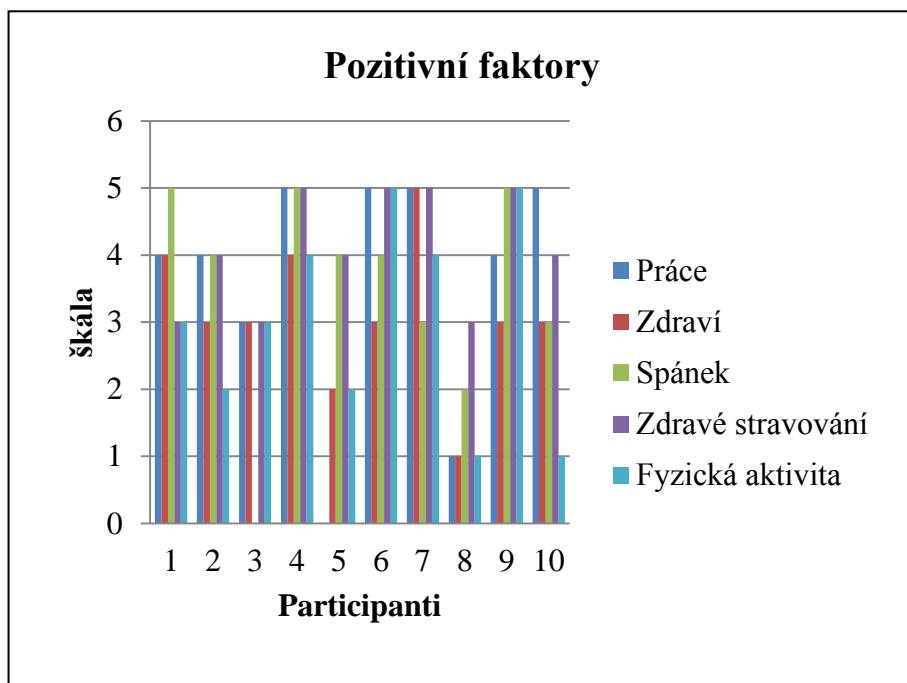
Tři participantky uváděly problémy se spánkem, jedna bere pravidelně léky na spaní. Ostatní účastnice uváděly, že se změnou režimových opatření začaly lépe spát.

V rámci výzkumného šetření jsme sledovali změny v oblasti stravování a fyzické aktivity. Všechny respondentky popisovaly změny stravovacích návyků směrem k zdravějšímu jídelníčku, tři z nich vidí ještě velký prostor pro změnu a hodnotí stravování na tři, zbývající participantky provedly výrazné změny směrem k používání biopotravin, jedna respondentka si pořídila vlastní farmu, hovořily především o bezlepkové, bezlaktózové dietě, případně vyřazení mléčných výrobků ze stravy.

Anna uvedla: *...já bych řekla, že jídlo je to poslední, na kterém bych chtěla šetřit, jako raději ušetřím na něčem jiném, ale pokud jde o potraviny, tak kvalitní, hodně i biopotraviny...*

Dita: *...Mám biozahradu, takže to je vlastně takové, moje největší hobby, já chovám i ovečky a kozičky a prostě, myslím si, že zdravá strava, to je hodně alfa omega...*

Obrázek 10. Graf pozitivních faktorů II.



Fyzická aktivita je z vyjádření respondentek závislá více na aktuálním zdravotním stavu a souvisí s tím, v jaké fázi onemocnění se vyskytují. Participanka v remisi onemocnění uváděla, že je velmi fyzicky aktivní, ostatní pak hodnotily fyzickou aktivitu s ohledem na aktuální zdravotní stav.

4.2.2 Zvládací strategie a využití psychoterapie

Participantky byly dotazovány na zvládací strategie a zajímalo nás využívání psychoterapie.

Obrázek 11. Graf využití zvládacích strategií



Všechny respondentky využívají pobytu v přírodě, devět z nich využívá pravidelnou relaxaci, alternativní přístupy a způsoby léčby. Osm cvičí jógu a medituje. Sedm participantek hovořilo o změně stravování, provedlo úpravu jídelníčku a využívá různých dietních opatření. Čtyři účastnice výzkumu využily koučink, nebo jiný typ terapie, výčetem regresní terapii, metodu RUŠ, EFT terapii a hypnózu.

Pouze tři participantky využily dlouhodobou psychoterapii, všechny se vyjádřily, že jim pomohla a doporučily by ji.

Z alternativních léčebných přístupů osm respondentek hovořilo o využití bylin, homeopatii, čínské medicíně a ájurvédě. Respondentky dále v rozhovorech uváděly rozvojové techniky, výčtem Wim Hofova metoda, využití CBD kapek, detoxikace a bachovy esence.

4.2.3 Změny provedené v souvislosti s onemocněním

Participantky odpovídaly na otázky ke změnám, které udělaly v souvislosti s onemocněním. Byly ve třech kategoriích:

- Změna pracovního a rodinného života směrem k jeho harmonizaci
- Změna životního postoje
- Změna režimových opatření

Respondentky uváděly v souvislosti se změnami především změny v časovém rozvrhu dne, změny pracovního uplatnění, změny postojů sama k sobě. Změny mířily především ke snížení stresové zátěže participantek.

Alena uvedla: *...A ano, změnila jsem harmonogram, vlastně soubor změn čili celý timing celého dne... Denně roky se zaměřuji na pozitivní myšlení... mám sociální podnik, takže tady to vidím jako své způsoby seberealizace a zároveň pomoci třetím osobám se zdravotním postižením...*

Anna se vyjádřila: *...Já myslím, že je fakt jako důležité, aby si člověk, aby byl člověk vyrovnaný v životě, to hodně pomáhá...také si dávám pozor na tu výživu. A aby člověk jako hodně spal, to je u autoimunitního onemocnění důležité... Mám kolem sebe lidi nebo věci, které dělají dobře a co prostě ne, tak je vypustím...*

Dana: *...změnila jsem práci, v původní práci vedení na nás tlačilo, jsem se tam cítila hodně negativně, takže mně se tím způsobem to moje zdraví zhoršovalo, takže jsem měla pocit, že zdokonalit se vzdáváním je cesta, abych mohla pokročit někde jinde...*

Dita: ...užívat si víc svůj život... Takže určitě ano. Jako každá nemoc člověka zpomalí a vede ho k sobě samému... Přestěhovala z města na vesnici, z paneláku do rodinného domku se zahradou a rozhodla jsem se, že si budu sama pěstovat co nejvíc...

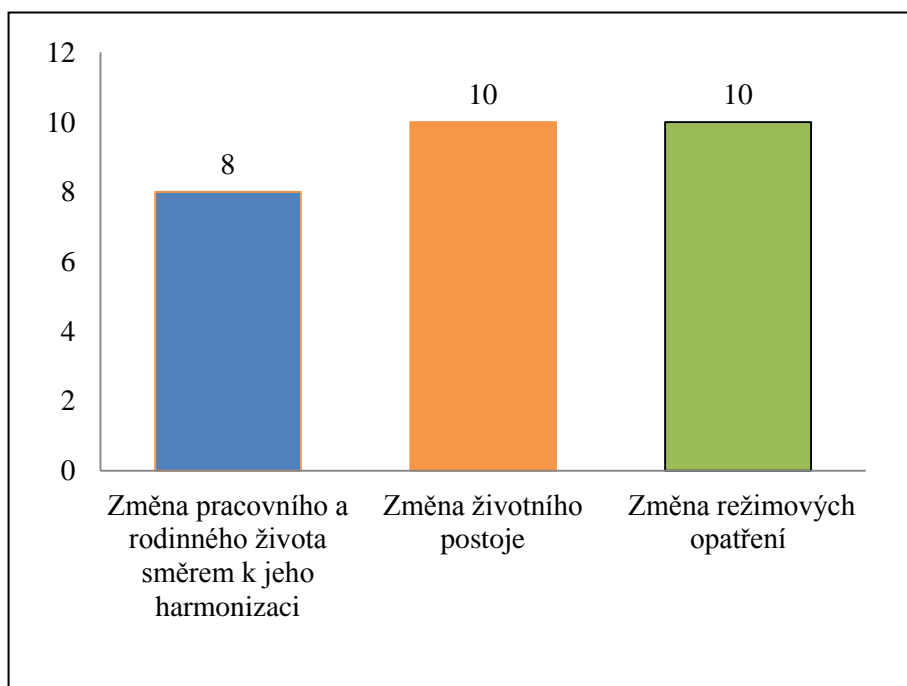
Eva: ...je to o přístupu k sobě, jako netlačit na sebe, prostě hodit se do klidu, že přece jenom je to váš život, tak prostě musíte se vy o sebe starat, že jo? Abyste, abyste se cítila zdravě a měla šťastný život. Takhle se jako změnil ten pohled, víc péče o sebe a jako tak mě to nějak zastavilo...

Ivana: ...Má tam jediné jako přehodnocení těch hodnot. Jo že vlastně to zdraví je na tom prvním místě, že už pro mě není na prvním místě třeba práce...

Olga: ... A taky jsem, protože v té době onemocnění zemřel i ten nejlepší kamarád, tak jsem změnila celkově jakoby pohled na věc a nezabývám se maličkostmi... některé věci, které pro mě byly problém, tak dneska nad tím mávnu rukou...

Zita: ... Jsem věděla, že kdybych v tomhle, měla jako v tom způsobu života jako pokračovat tak, že to prostě jako nedám...

Obrázek 12. Graf provedených změn v souvislosti s onemocněním



Všechny participantky uváděly změny v životním postoji, změny režimových opatření. Osm z nich provedlo změny pracovního a rodinného života směrem k jeho harmonizaci.

4.2.4 Doporučení ke zvládnání autoimunitního onemocnění

Na závěr rozhovoru byly participantky dotazovány na doporučení, nebo doplnění toho, co by mělo na závěr ještě zaznít. Tato vyjádření jsme dali do samostatné kapitoly, jako poselství a inspiraci pro pacienty s autoimunitním onemocněním.

Dita: *...No asi takový vzkaz, že nikdy není pozdě s tím začít něco dělat...*

Eva: *...No to já bych možná ještě doplnila, tak já a moje mamka jsme si kdysi koupily knížku, skrytý význam nemoci a tam se právě o té štítné žláze, nebo o té hypotyreóze píše, že to, že tím často trpí ženy, které jsou třeba orientovaný jakoby na tu mužskou část toho života., že se snaží právě jako udělat nějaký ten výkon, prostě vydat ze sebe jako maximum a trošku jako omezují to svoje duševní nebo duchovní, které by mělo dostat tu péči, a tak by se tím měly spíš zabývat...*

Ivana: *...Je důležité v životě mít pro něco žít...*

Jana: *...Mít prostě nějaký ten středobod svého světa...mít pro co žít...*

Jitka: *...Musím se s tím akorát naučit žít a vnímat víc to svoje tělo...*

Olga: *...Ty velké změny, co jsem udělala v životě, jsem měla udělat dřív než po operaci...*

Zita: *...Obecně jako člověka mění jako celkově, že jo? Jako hlavně jsem potom začala pátrat, jak říkám v těch různých knihách...*

4.3 Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatické onemocnění

Jedna z výzkumných otázek, kterou jsme položili, se týkala vnímání autoimunitního onemocnění jako psychosomatického onemocnění. Devět z deseti participantek považuje autoimunitní onemocnění štítné žlázy za psychosomatické.

Alena: ... *No to mi to všichni říkali, že je to od hlavy... Jako naposledy jsem se s tím setkala ve fakultce, před operaci, která se uskutečnila... Ale rozhodně si to do hlavy neberu. Já to beru prostě jenom tak, že beru léky. Mám sice to imunitní onemocnění, ale příliš se tím nezabývám... a nemyslím si, že by to bylo psychosomatické...*

Anna: ...*No, určitě...*

Dita: ...*Určitě ano a určitě je tam i genetika, jako vím, že to měla maminka, takže tam je větší pravděpodobnost, že děti to budou mít taky, u bráchy se to nepotvrdilo...*

Eva: ...*Ano myslím si, že to má určitou jakoby základ v genech ale já vždycky jsem každou chorobu měla prostě psychosomatickou, takže si myslím, že tohle je na tom stejně úplně...*

Ivana: ...*Rozhodně je...*

Jana: ...*Rozhodně považuji za psychosomatického onemocnění...*

Jitka: ...*Rozhodně ano. Myslím si, že ano...*

Olga: ...*Ano určitě psychosomatické onemocnění...*

Zita: ...*Já si myslím, že všechno musí být psychosomatické...*

4.4 Další výzkumná zjištění

4.4.1 Délka léčby

Tabulka 5. Délka léčby

Jméno	Věk	Jak dlouho se léčíte s onemocněním štítné žlázy? (v letech)
Jana	40-50	10
Dana	40-50	11
Ivana	40-50	23

Anna	40-50	48
Alena	50-60	26
Dita	50-60	14
Jitka	30-40	14
Eva	30-40	1
Olga	30-40	1
Zita	40-50	15

Dvě účastnice výzkumu mají krátkou zkušenost s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, jedné byla nemoc diagnostikována v roce 2022, druhé v roce 2023, ta uvedla, že symptomy sahají až do dětství, i když jí nemoc byla diagnostikována v letošním roce.

Jedna participantka se s onemocněním štítné žlázy léčí od raného dětství a u zbývajících částí účastnic se nemoc rozvinula v dospělosti.

Příznaky, které přivedly participantky k lékaři, byly různorodé. Všechny shodně uvádějí, že symptomy vnímaly už delší dobu a patřily k nim únava, problémy s pamětí, bolesti nespecifického původu.

Na otázku: „Jaké důvody nebo příznaky vás vlastně přivedly k návštěvě lékaře?“ odpovídaly takto:

Alena: ...To bylo zcela náhodné. Protože jsem přišla k neurologovi, nevěděli si se mnou rady. Měla jsem obrovské bolesti. A pan doktor, který zastupoval mého lékaře, tak si všiml, že by mohla být příčinou štítná žláza, takže mě odeslal k endokrinologovi, a tak to celé začalo...

Anna: ...Mamka říkala, že já jsem měla jako tříleté, dítě jsem dostala vysoké horečky. Kolem 40. A po 2 týdnech byly ty horečky znovu. Odvezli mne do nemocnice, když tak mě chtěli jako už pustit domů a najednou ty, horečky přišli zas. Takže jsem byla skoro měsíc v nemocnici, ale jak to řeknu na jako v uzavřeném oddělení, ani mámu tam nepouštěli, protože vlastně nevěděli, co mi je. ...Takže mi vlastně tím, že mamka byla

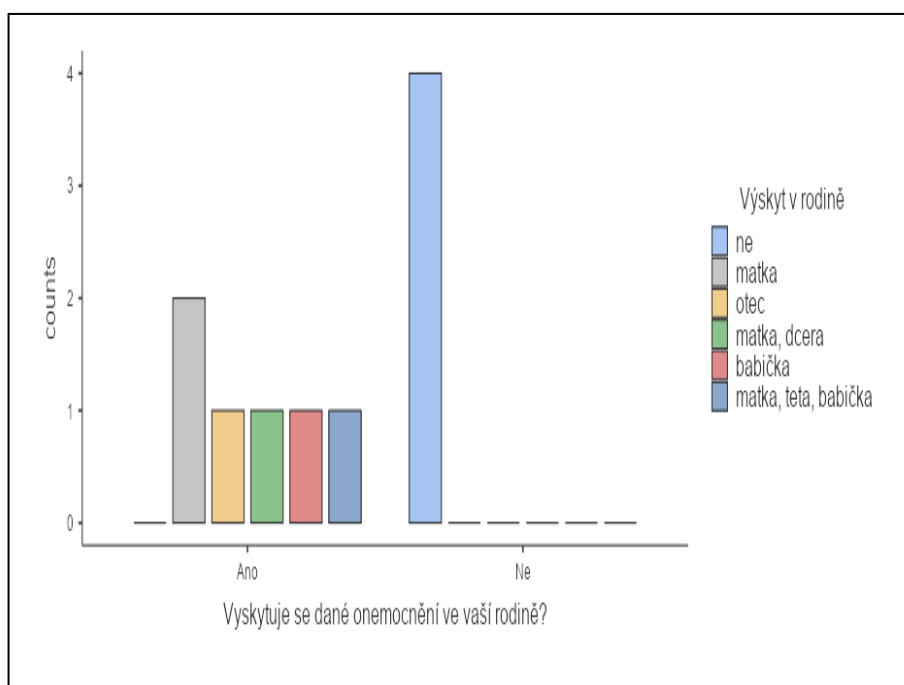
zdravotní sestra, tak mi brali odběry a zjistili, že jsem měla zvýšenou funkci štítné žlázy, pak sníženou. Takže mi vlastně dávali tabletky na tu štítnou žlázu...

Zita: ...Takže já, už v patnácti letech, když jsem byla úplně unavená, vydřená ze všeho a přišlo mi to strašně nelogický, tak jsem sama teda asi vyhledala. Jako endokrinologa...

4.4.2 Výskyt genetické predispozice

Ve výzkumném vzorku mělo 6 respondentek výskyt Hashimotovy tyreoiditidy v rodině. Všechny respondentky, u kterých se vyskytlo autoimunitní onemocnění štítné žlázy v rodině, to považují za rizikový faktor. Buď informují rodinu, aby se mohla otestovat, nebo upozorňují na možnost dědičnosti a potřebu nepodcenit tento faktor. Z našich zjištění vyplývá, že za spouštěč onemocnění všechny účastnice výzkumu považují stres a souběh více zátěžových faktorů.

Obrázek 13. Graf výskytu onemocnění v rodině



4.4.3 Vztah s lékařem a vnímání přenosu informací od lékaře

V průběhu dotazování a zpracování dat se nám začal jevit jako velmi významný vztah s lékařem, který definuje, jak se bude pacient stavět k léčbě, kde a jak bude hledat zdroje informací a zda bude dodržovat léčbu a řídit se doporučeními lékaře. Sedm z deseti respondentek odpovědělo, že jim nebyly předány informace dostatečně. Dvě respondentky uváděly zlepšení po výměně lékaře. Dita uvedla, že až výměna lékaře jí zajistila pocit, že na léčbě se svým lékařem spolupracuje.

Dita: ...Jako, tam jsem byla velice nespokojená, ale nastoupila nová mladá paní doktorka a ta je výborná. Jako s ní, jsem vždycky všechno rozebrala a vysvětlila mi to, velice krásný lidský přístup...

Objevila se bagatelizace symptomů a zesměšňování pacienta, jak uvedla Jitka.

...Lékař rozhodně ne. S tím mám hodně špatnou zkušenost. A tam určitě to bylo, já jsem nevěděla vlastně ani, co to onemocnění znamená. Spíš došlo k takovému, až jako urážení, že to má přece každý. Ano, no bylo to hodně špatná zkušenost...

Dana uvedla, že k předání informací došlo, ale lékař měl na ni málo času. *...Není špatný, pan doktor je hodně komunikativní, akorát, že má na mě velmi málo času, takže v tom je asi ten problém...*

Ivana uvedla, že k dostatečnému předání informací nedošlo, ale má pozitivní vztah k lékaři, protože vnímá, že byla pod kontrolou a chodila pravidelně k lékaři na kontroly. *...No nevím, já jsem vlastně byla celou dobu. Pozorovali se teda hormony, které jsem měla prostě v pořádku a chodila jsem na kontroly...*

Olga: ...Moje první endokrinoložka byla docela taková přímá a rázná a teď mám novou endokrinoložku, díky které, ona to bere, tak jakoby v pohodě. Jelikož v tom pracuje tak asi v pohodě, nebojím se jí na něco zeptat...

Všem participantkám se dostala od lékaře primární informace, že se to nikdy nespraví, a to jim nestačilo. Všechny participantky začaly hledat další cesty vedoucí k uzdravení.

I přesto, že tři participantky uvedly, že dostaly dostatečné informace, tak všech deset účastnic výzkumu si zajišťovalo další informace jinde. Všechny hledaly informace na internetu, u ostatních osob, které se léčí se stejným onemocněním, nebo v literatuře.

Jak uvedla Anna: *...Vztah k lékaři, tam víceméně žádný vztah není, protože já jsem chodila v posledních 10 let, co půl roku vždycky na radiologii, na kontroly, ale tam byl pokaždé jiný doktor. Informace jsem zjišťovala tak různě po internetu, knížky, nebo mezi lidmi se zkušeností...*

Jitka hovořila o své zkušenosti se změnou lékaře a přístupu k nemoci a sobě.

...Vůbec, jsem nevěděla, proč tam jsem, protože jsem o té nemoci vůbec nic netušila, jenom mě tam poslali dle výsledku krve a ptal se mě, co jako se mnou. A když jsem mu začala vyprávět, co všechno. Jaké mám za příznaky autoimunitního onemocnění, a že si myslím, že to může mít spojitost s tou nemocí, tak si ze mě dělal srandu, že prostě to zveličuji a jestli náhodou nemám i HIV a podobně...

...Ale díky bohu jsem se pak začala o tu nemoc víc zajímat a změnila lékaře, mám už čtvrtého. Já se pokaždé ptám, i když samozřejmě odpovědi už tak nějak vím, jestli se dá třeba do budoucna počítat s nějakým zlepšením nebo vysazením léků, nebo co pro to prostě můžu víc udělat, tak konečně jsem dostala velmi odbornou přednášku o té nemoci a konkrétně ke mně, k mé diagnóze. Takže teď, společně s léky, které dlouhodobě beru, tak se i snažím já to nějak jakoby ovlivnit, způsobem života a stravou a tak...

Z analýzy zkušeností výzkumné skupiny jsme zjistili, že bagatelizace symptomů, nedostatečná komunikace mezi respondentkami a jejich lékaři, nedostatek času na pacienta a nezapojení pacienta do spolupráce na znovuoživení zdraví, vedlo participantky k hledání alternativních přístupů, nedodržování léčebného režimu, změnám lékaře a hledání dalších, více komplexnějších cest k uzdravení.

4.4.4 Výskyt dalších onemocnění

U participantek jsme sledovali výskyt dalších onemocnění, případně jiného autoimunitního onemocnění. Pět z nich nemá žádné další onemocnění, tři uvedly jedno onemocnění, a to jmenovitě astma, polycystická ovaria a neuroboreliózu. Dvě hovořily

o souběhu více onemocnění. Participantky s více komorbiditami hovořily o astmatu, neurodegenerativním onemocněních kloubů a revmatoidní artritidě.

4.4.5 Vnímání omezení v důsledku nemoci

Sedm z deseti respondentek vnímá své onemocnění jako omezující, pro dvě z nich je těžké rozlišit, zda to souvisí pouze s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, nebo s dalšími nemocemi. Pokud respondentky považují své onemocnění za omezující, tak udávají příklady širokého spektra příznaků a omezení, kterými trpí.

Zita uvádí: ...Ono to totiž ještě jako těžko rozlišit, protože mám ještě jako syndrom polycystických vaječníků. Který taky způsobují víc věcí, takže já nerozlišuju vlastně, co je co je čím, jako já беру to tak jako kompletně, jo. Já nemůžu říct, prostě, jako jsou věci, které mě omezují jo, což je třeba ta nadváha, nebo prostě to nadměrný ochlupení v obličejí, tak to se ale připisuje se vaječnikům. Takže já nerozlišuji, co přesně je tou, štítkou. Nebo možná jo. Což je tam pomalý metabolismus. Taková ta mozková mlha...

Alena: ...Těžko říct, protože já to mám ještě další a další onemocnění, takže. Něco může patřit k tomu, něco může patřit k něčemu jinému. Těžko říct...

Dita: ...Ted' momentálně vůbec nevím, že bych něco takového jako je nedostatečná štítná žláza měla, ale předtím jsem bývala hrozně moc unavená, ale tak unavená, že jsem byla schopná usnout vedle sklepa. A potom ještě hodně studené ruce a studené nohy....

Všechny participantky, které uvedly, že se cítí omezeny z důvodu nemoci, uvádějí únavu, problémy se soustředěním, paměť. V případě stresové zátěže vyšší unavitelnost a zhoršující se obtíže. Popisují špatné zvládnání pracovních a jiných povinností, z toho plynoucí zvýšenou stresovou zátěž. U Zity došlo v důsledku komorbidit dalších onemocnění k vzniku invalidity. Uvádějí omezení v běžných denních činnostech, sportu, pocitu schopnosti zvládat svůj život.

Jak říká Jitka: ...Omezuje mě to a je to hodně náročný. Příznaků jako přibývání na váze a vypadávání vlasů a podobně. Tak s tím už jako pracovat umím, ale nejhorší je

únava a takový jakoby čerpání i jako psychický. Tam se samozřejmě taky snažím dělat, co se dá, ale někdy je to těžký, když bych chtěla dělat víc činností a nemám na ně jako fyzicky energii a někdy ani psychicky...

5 Diskuze

Ve výzkumu jsme hledali, zda se u osob s Hashimotovou thyreoiditidou vyskytují potencionálně traumatizující události a současně se zajímali o salutory, strategie a změny, které respondenti využívají k zvládnání autoimunitního onemocnění. Výzkumu se zúčastnilo deset žen.

Zaměřili jsme se na výskyt ACE. Adverzivní zážitky z dětství (ACE, Adverse Childhood Experiences), které představují běžné formy dětského zneužívání (Brown et al., 2007), identifikovali jsme potencionálně traumatizující situace a provedli mapování pozitivních faktorů, které pomáhají zvládat onemocnění, včetně využití psychoterapie.

V průběhu výzkumu jsme zjistili, že participantky většinou vnímají autoimunitní onemocnění štítné žlázy, jako psychosomatické onemocnění. Popsali jsme další faktory, které působí v procesu hledání cesty k uzdravě, jakými jsou vztah s lékařem a vztah sám k sobě.

5.1 Shrnutí výsledků výzkumu a porovnání s dosavadními zjištěními

5.1.1 Výskyt ACE a potencionálně traumatických událostí

U sledovaného vzorku respondentů jsme identifikovali u devíti účastnic výskyt ACE, sedm respondentek mělo ACE skóre vyšší než 3 a současně u všech respondentek došlo ke kumulaci zátěžových faktorů. Všechny účastnice výzkumu tyto ACE, stejně jako zátěžové faktory, považují za potencionální spouštěče onemocnění.

Zjištění, ke kterým jsme dospěli, jsme srovnávali se studii, které jsou zaměřeny na pacienty s autoimunitními onemocněními, bohužel studie, které by se věnovaly souvislostem s výskytem traumatu a ACE u pacientů pouze s Hashimotovou thyreoiditidou nejsou k dispozici. V rámci problematiky onemocnění štítné žlázy se nejvíce studii věnovalo zkoumání role stresu v patogenezi hypertyreózy, resp. Gravesovy choroby, která je autoimunitním onemocněním, stejně jako Hashimotova thyreoiditida (Janečková, 2008).

Felitti a spolupracovníci (Felitti et al., 2019) pomocí ACE skóru zdokumentovali, že téměř 2/3 dospělé populace měla zkušenost s alespoň jednou z ACE a 40 % mělo zkušenost s dvěma a více ACE.

U participantek s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, které se zúčastnily našeho výzkumu, je výskyt ACE skóre 90 %, z toho 70 % má zkušenost se třemi a více ACE.

Jak jsme zjistili, ve srovnání s Felittiho výzkumem, který byl realizován na výzkumném vzorku zdravé populace, je u participantek s autoimunitním onemocněním štítné žlázy procentuálně výrazně vyšší výskyt ACE. Čímž byl naplněn předpoklad, že výskyt ACE ve sledované skupině bude vyšší.

Dube et al. (2009b) s použitím longitudinálních dat ze studie Adverse Childhood Experiences (ACE) vytvořili ACE skóre pomocí celočíselného počtu osmi vzájemně souvisejících a současně se vyskytujících potenciálně traumatizujících událostí v dětství, aby změřili kumulativní dětský traumatický stres. Byl zkoumán vztah mezi ACE skóre a rizikem 21 různých AO (autoimunitních onemocnění, dále jen AO) v dospělosti. Předpokládali, že jak kumulativní vystavení dětskému stresu a traumatu roste, zvyšuje se také riziko rozvoje AO v dospělosti. Analytický vzorek tvořilo 17 337 osob. Studii schválily Institutional Review Board of Kaiser Permanente a Office for Protection from Research Risks at National Institutes of Health.

Protože různé AO mají různou imunopatologii, zkoumali také vztah mezi ACE skóre a specifickými skupinami AO. Jedna skupina AO s buněčně zprostředkovanou imunopatologií typu Th1, která převládá u mužů, zahrnovala následující onemocnění: idiopatická myokarditida, idiopatická plicní fibróza, diabetes mellitus závislý na inzulínu, onemocnění dráždivého tračníku a Wegenerova granulomatóza. Další skupina se zprostředkovanou imunopatologií typu Th2, která převládá u žen, zahrnovala onemocnění: autoimunitní trombocytopenie purpura, dermatomyositida, Gravesova choroba, Hashimotova tyreoiditida, myasthenia gravis, revmatoidní artritida, sklerodermie, Sjogrenova choroba a systémový lupus.

Z celkového vzorku 17 337 respondentů bylo identifikováno 372 osob s diagnózou AO. 8 osob z výzkumného vzorku mělo Hashimotovu tyreoiditidu. Jednalo se o ženy.

Jak uvádí Markalous a Gregorová (Markalous, B., & Gregorová, M. 2003) je chronický zánět štítné žlázy nejčastějším onemocněním a je projevem autoimunitního onemocnění. Postihuje především ženy středního a vyššího věku.

Což odpovídá i našemu výzkumnému vzorku, který tvoří deset žen.

Podle Dubeho et al. (Dube et al., 2009b) mají osoby s ≥ 2 ACE o 80 % vyšší pravděpodobnost pro vznik AO typu Th2, kam patří i autoimunitní onemocnění štítné žlázy, Hashimotova thyreoiditida. Zjistili, že čím více ACE v historii, tím vyšší pravděpodobnost vzniku AO.

Z našeho výzkumu vyplývá, že ve sledované skupině osob s autoimunitním onemocněním Hashimotova thyreoiditida, participantky vykazovaly zvýšený výskyt ACE, 3 a více ACE mělo 7 respondentek, což odpovídá zjištěním Dubeho et al. (Dube et al., 2009b), že se zvyšujícím se počtem traumatických událostí se zvyšuje pravděpodobnost vzniku AO.

5.1.2 ACE, kumulace stresových faktorů a výskyt dalších AO

Dube et al. (2009b) uvádějí, že výzkumy nervových, endokrinních a imunitních interakcí odhalily, že tyto systémy jsou anatomicky a funkčně propojeny. Stresory jako jsou infekce, toxiny nebo psychická traumata, stimulují osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny k uvolňování hormonu uvolňujícího kortikoidy (CRH), což má za následek zvýšené systémové hladiny kortikosteroidů, jako jsou glukokortikoidy. Chronický stres má opačný účinek a snižuje hladinu glukokortikoidů. Tato zjištění a tato studie naznačují, že stresové události v dětství mohou nezávisle zvýšit pravděpodobnost vzniku AO a také zesílit účinek dalších faktorů prostředí, jako jsou infekce.

Možným vysvětlením zvýšené prevalence AO u žen je tedy to, že ženy reagují na podobné stresové události odlišně než muži kvůli rozdílům mezi pohlavími ve fyziologii a neurobiologii (tj. vyšší hladiny Th2 a glukokortikoidů, které jsou dále zesíleny stresem).

Toto potvrzuje také nedávná epidemiologická studie, která popisuje souvislost mezi zneužíváním v dětství a dlouhodobými změnami imunitní odpovědi V této

longitudinální studii bylo zneužívání v dětství spojeno se zvýšenou hladinou CRP, počtem bílých krvinek a dalšími markery zánětu o 20 let později (Boeck et al., 2016b).

Boeck a kolegové (Boeck et al., 2016b) popisují, že z výsledků mitochondriální aktivity, oxidačního stresu a zánětu u dospělých žen s anamnézou týrání v dětství vyplývá, že se zvyšující se závažností zážitků špatného zacházení s dětmi se fyziologická aktivita mitochondrií imunitních buněk zvýšila. Čím více imunitní buňky vylučovaly in vitro prozánětlivých cytokinů, tím závažnější týrání v dětství bylo zaznamenáno. Časová a kauzální povaha asociace mezi mitochondriální aktivitou imunitních buněk, oxidačním stresem a zánětem proto vyžaduje další zkoumání, aby se objasnilo, které biologické změny jsou kauzální a které jsou důsledkem maladaptace po nepříznivých raných zkušenostech.

Pokud prozánětlivá odpověď nemůže být vyřešena, mohou tyto změny vést k vytvoření začarovaného kruhu, který samostimuluje uvolňování prozánětlivých signálů, a tím udržuje a zhoršuje zánět. Tyto údaje společně naznačují nový koncept pro rozvoj chronického zánětu a mohly by sloužit jako výchozí bod k rozuzlení (adaptivních) změn biologických sítí, které možná propůjčují vysokou zranitelnost vůči nepříznivým zdravotním výsledkům pozorovaným u jedinců s anamnézou ACE v dětství.

Tyto závěry nabízejí hypotézu, že dochází ke kumulaci stresorů, které mohou mít vliv na zhoršení onemocnění. V rámci našeho výzkumu jsme v průběhu rozhovorů sledovali subjektivní vyjádření participantek, které zmiňovaly souvislosti se vznikem svého onemocnění. Participantky shodně uváděly, že došlo ke vzniku a zhoršení jejich autoimunitního onemocnění v souvislosti s potencionálně traumatizujícími zkušenostmi. Respondentka, která uváděla vznik onemocnění v dětství, neměla v etiologii onemocnění žádné ACE, vznik onemocnění dávala do souvislosti s genetickou predispozicí a virovým onemocněním, kterým v dětství prošla. Zhoršení onemocnění později dávala do přímé souvislosti s mnohonásobným očkováním. U dalších účastnic našeho výzkumu se rozvinulo AO v dospělosti. Všechny shodně uváděly ACE v dětství a náročné životní situace jako související události, které se podílely na vzniku jejich onemocnění.

Stejně tak skutečnosti uvedené ve studii, kterou provedl Boeck et al. (Boeck et al., 2016b), nabízí souvislosti s výskytem dalších autoimunitních onemocnění, kterými osoby s Hashimotovou thyreoiditidou trpí. Jak uvádí Wentz (Wentz, 2019) většina osob s Hashimotovou thyreoiditidou trpí nejrůznějšími dalšími příznaky nějakého zánětlivého onemocnění.

Pět participantek našeho výzkumu uvedlo výskyt dalších. Dvě hovořily o revmatoidní artritidě, kterou zmiňuje i výzkum Dubeho a jeho kolegů (Dube et al., 2009b), jako onemocnění, které souvisí s imunopatologií Th2, stejně jako Hashimotova thyreoiditida. Tento výzkum zmiňuje i celiakii, která u našeho sledovaného vzorku sice nebyla diagnostikována, ale participantky z důvodu zdravotních problémů v 5 případech omezily konzumaci potravin s lepem, tři se stravují bezlepkově. Stejně tak ze zdravotních důvodů v 5 případech omezily konzumaci mléčných potravin, kdy uváděly jako důvod časté záněty a střevní problémy. Což opět potvrzuje zvýšenou citlivost imunitního systému u osob s etiologií ACE v dětství. Celkem 7 účastnic našeho výzkumu provedlo významné úpravy stravovacího režimu.

5.1.3 Dopady ACE na fyziologii a pozorované jevy

Byly zdokumentovány fyziologické a anatomické změny v mozku jedinců, kteří zažili zneužívání v dětství. Teicher a jeho spolupracovníci (Teicher et al., 1997) provedli elektroencefalogramy k měření limbické dráždivosti a zjistili, že procento klinicky významných abnormalit mozkových vln je vyšší u jedinců, kteří měli v anamnéze časná trauma oproti těm, kteří časná trauma nezažili. Magnetická rezonance odhalila snížení objemu hipokampu u vážně sexuálně zneužívaných žen a snížení intrakraniálního a mozkového objemu u týraných dětí ve srovnání s netýranými jedinci. Předpokládali, že mozek je plastický orgán, jehož konečná podoba a funkce jsou řízeny geny, ale vytvářeny ranou zkušeností. Přestože raný stres a trauma by mohly mít dopad na všechny známé aspekty postnatálního vývoje mozku, předpokládali, že některé oblasti a funkce mozku mohou být zvláště zranitelné. Mezi tyto cíle patří hipokampus, amygdala, prefrontální kortex a corpus callosum. Nejzajímavější zjištění, která z tohoto výzkumného programu vyplynula, jsou konzistentní důkazy, že časná zneužívání se zdá být spojeno s abnormalitami levé hemisféry a obrácenou asymetrií

levé/pravé hemisféry. Z těchto pozorování vyslovili hypotézu, že časné zneužívání má škodlivější účinek na levou kortikální a hipokampální oblast a její vývoj a může bránit hemisférické integraci a nastolení normální levé kortikální dominance.

Respondentky našeho výzkumu uváděly časté problémy s pamětí, často se vyskytující už od dětství, problémy se spánkem, výkyvy nálad, únavu a vyčerpání. Projevy častější unavitelnosti a neschopnost vykonávat i běžné denní činnosti participantky dávaly do souvislosti s vyšší stresovou zátěží. Tyto výsledky si lze dát do souvislosti s informacemi, které uvádějí Teicher a spolupracovníci (Teicher et al., 1997).

Všechny participantky uvedly, že cítí omezení z důvodu nemoci, i ty, které mají v současné době onemocnění v remisi. Popisovaly, že ve chvíli zvýšení stresové zátěže dochází ke zhoršení zdravotního stavu, problémům se zvládnutím pracovních povinností, nutností více odpočívat, uváděly problémy se soustředěním, pamětí, projevuje se vyšší unavitelnost. Omezení popisovaly i u sportovních aktivit, vyšší fyzické zátěže.

U jedné participantky došlo v důsledku komorbidit dalších onemocnění ke vzniku invalidity.

Jak uvádí Janečková (Janečková, 2008), pacienti s tyreopatií na rozdíl od zdravých osob vnímají významně vyšší sociální oporu od rodiny, jsou úzkostnější a na hranici významnosti méně spokojeni se životem.

To odpovídá našim zjištěním, kdy sedm participantek uvádí pocity omezení díky autoimunitnímu onemocnění.

Jak uvádí Wentz (Wentz, 2019) hraje u Hashimotovy tyreoiditidy prostředí významnější roli než geny. Respondentky uvedly, že u šesti z nich se vyskytuje onemocnění v rodině. Z našich zjištění vyplývá, že za spouštěč onemocnění všechny účastnice výzkumu považují stres a souběh více zátěžových faktorů, a to včetně ACE z dětství.

Ve výzkumné skupině se potvrdil předpoklad, že čím vyšší bylo ACE skóre a vyšší zátěž v podobě potencionálně zátěžových situací, tím horší zdravotní problémy participantky popisovaly, současně docházelo k větším komorbiditám.

Janečková (Baštecký et al., 1993 in Janečková, 2008) cituje Bašteckého, Šavlíka a Šimka, kteří uvádějí, že hormonální výkyvy a poruchy, kromě přímého dopadu na mozek a chování, přivádějí jedince do nové psychosociální situace, kterou lze často považovat za náročnou a která vyžaduje psychologickou pomoc.

5.1.4 Faktory podílející se na zvládnutí Hashimotovy thyreoiditidy

Zjistili jsme, že respondentky provedly, v souvislosti s autoimunitním onemocněním a hledáním cesty k vyléčení, spoustu změn. Za nejdůležitější považují vztah sám k sobě, kdy sedm z deseti respondentek hovořilo o větší sebelásce, nutnosti změnit vztah sama k sobě, uváděly kvalitní partnerské a rodinné vztahy. Všechny respondentky pracují na snížení stresové zátěže a komplexním přístupu ke svému zdraví, což zahrnuje harmonizaci pracovního a rodinného života, změny životních postojů a změny režimových opatření.

Jak uvádí Wentz (Wentz, 2019), integrativní přístup zaměřený na pacienta je obvykle tím neefektivnějším. Motivace ke zvládnutí autoimunitního onemocnění musí vzejít od pacienta, protože vzdělaný a odhodlaný pacient je nejdůležitější součástí léčebného týmu, do nějž patří také lékař přístupný novým léčebným postupům, praktik funkční medicíny, odborník na výživu, zdravotní kouč, podpůrné (terapeutické) skupiny a další odborníci. Holistický přístup k léčbě Hashimotovy thyreoiditidy dává naději na remisi onemocnění.

Janečková (Janečková, 2008) konstatuje, že dosavadní výzkumy dokladují, že navzdory léčbě hypotyreózy substitucí hormonu T4, mnoho pacientů udává více či méně vágní stížnosti a pociťuje zhoršenou kvalitu života. Přestože hormonální substituční terapie se považuje za velmi úspěšnou ke snížení morbidit a mortality, má také své skutečné nedostatky, jde vždy pouze o napodobení normální hormonální sekrece. Navíc je obtížné kvantifikovat účinek hormonů na úrovni tkání.

Pokud si uvědomíme tyto nedostatky, můžeme se vyhnout nesprávnému nálepkování pacientů. Je totiž pravděpodobné, že se na stížnostech přinejmenším částečně podílejí nedostatky biologické terapie. Naopak je důležité usilovat o další zdokonalování této léčby, protože jinak přispíváme k vytváření „chronického

endokrinního pacienta“ (Romijn, Smit, Lamberts, 2003; Lamberts, Romijn, Wiersinga, 2003; Kaplan, Sarne, Schneider, 2003 in Janečková, 2008).

Naše zjištění potvrzují uvedené skutečnosti. Participantky uváděly nepochopení ze strany lékařů, nálepkování, nutnost výměny lékaře za jiného „s lepším přístupem“. Pouze tři participantky uvedly pozitivní vztah s lékařem (u dvou až po výměně lékaře), jedna popsala vztah jako ucházející, dvě jej označily za špatný a tři nemají žádný vztah se svým lékařem. Všechny participantky našeho výzkumu hledaly informace mimo lékaře, zmiňovaly jednotlivě nedostatečnost léčby pouze prostřednictvím hormonální substituce a nedostatek informací.

Současně tato zjištění korelují s potřebou participantek hledat alternativní léčebná opatření. Všech deset účastnic výzkumu hledalo další opatření, která by ovlivnila léčbu onemocnění směrem ke zlepšení zdraví.

Janečková (Janečková, 2008) popisuje studii japonských vědců, kteří uvádějí dva případy úspěšného léčení pacientů s Gravesovou chorobou (autoimunitní onemocnění štítné žlázy), kombinací konvenční medicíny a psychoterapie. Stejně tak uvádí studii (Zeng et al., 2003 in Janečková, 2008), která srovnávala léčbu pacientů s hypertyreózou, kteří byli léčeni medikamentózní léčbou a pacientů, jejichž léčba byla doplněna o behaviorální terapii, biofeedback, nácvik relaxace, muzikoterapii a podpůrnou psychoterapii. U pacientů, kteří byli léčeni zároveň psychologickými způsoby léčby, byl zjištěn lepší léčebný efekt a také došlo k výraznému zlepšení kvality života, která byla měřena metodou Grading Questionnaire of Life Quality. Bohužel nejsou k dispozici srovnatelné výzkumy u pacientů s Hashimotovou thyreoiditidou.

Všechny účastnice našeho výzkumu uváděly změny v životním postoji a změny režimových opatření. Osm respondentek provedlo změny pracovního a rodinného života směrem k jeho harmonizaci. Všechny respondentky využily nějakého „jiného“ typu terapie, koučink, léčbu bylinami, tradiční čínskou medicínu, homeopatii. Dlouhodobou psychoterapii využily pouze tři participantky.

Dle našich zjištění u výzkumné skupiny došlo k významným změnám režimových opatření, především úprava spánkové hygieny, kde respondentky uváděly potřebu dostatečné doby věnované spánku. Také v oblasti psychohygieny uváděly respondentky pravidelnou relaxaci, využívání meditací, pobytu v přírodě a přiměřené fyzické aktivity.

Všechny participantky směřují opatření ke snížení stresové zátěže. Důležitou součástí je také změna stravovacích návyků směrem k zdravějšímu stravování, dodržování protizánětlivého jídelníčku, stravování bez lepku a bez laktózy.

Janečková (Janečková, 2008, str. 152) uvádí, že se na prvních místech v důležitosti, u respondentů, kteří uvedli určitou oblast důležitosti, objevovala 1. rodina, 2. zdraví, 3. spirituální rozměr.

Participantky našeho výzkumu uváděly na 1. místě vztah sám k sobě, 2. podporu partnera, 3. podporu rodiny a přátel. Na rozdíl od výzkumu Janečkové (Janečková, 2008) uváděly na prvních místech pracovní uplatnění, zdraví i volnočasové aktivity. Rozdíl mezi výzkumy vidíme v tom, že Janečková zkoumala obecné psychosociální aspekty, zatímco náš výzkum byl zaměřen na aspekty, které přispívají ke zvládnutí autoimunitního onemocnění.

Wentz (Wentz, 2019) doporučuje tzv. „pokročilé léčebné programy“, které by měly zahrnovat programy týkající se výživy a živin, programy na překonání traumatického stresu, programy zaměřené na infekce, programy zaměřené na odstranění toxických látek a programy směřující k optimalizaci hormonů štítné žlázy. To potvrzuje také Janečková (Janečková, 2008), která uvádí nedostatečnost zaměření pouze na biologickou terapii.

Všechny participantky shodně popisovaly soubory změn postojů, opatření a vnímání sebe sama v léčbě autoimunitního onemocnění. Uváděly potřebu podílet se na léčebném procesu, změny hodnot souvislosti s autoimunitním onemocněním a potřebu přistupovat k Hashimotově thyreoiditidě celostně.

5.1.5 Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatického onemocnění

Devět z deseti participantek považuje autoimunitní onemocnění štítné žlázy za psychosomatické. Pouze jedna účastnice výzkumu uvedla, že nepovažuje své onemocnění za psychosomatické, zmiňovala, že jí to předkládají lékaři, že to má v hlavě. Hovořila především o hledání fyziologických příčin svého onemocnění, souvislostí s genetikou. Jak uvádí Janečková (Janečková, 2008), co se týká počátku onemocnění, uvádějí pacienti, že se subjektivně necítili dobře mnohem dříve, než u nich

lékař onemocnění diagnostikoval. Část z nich měla zkušenost, že zdravotníci považovali jejich nemoc spíše za psychickou, dokud nebyl nalezen fyziologický podklad obtíží. Někteří právě z obav diagnostikování psychického onemocnění, nechtěli kontaktovat lékaře.

Zbývající účastnice našeho výzkumu se vyjádřily, že vnímají vysoký podíl ACE v dětství na vzniku jejich onemocnění, také souvislosti s dalšími náročnými situacemi v jejich životech popisovaly jako souběh událostí, které se podílely na vzniku autoimunitního onemocnění.

V případě další léčby a cesty k remisi onemocnění hovořily o potřebě vyšší informovanosti a celostního přístupu k pacientům s Hashimotovou thyreoiditou.

5.2 Silné a slabé stránky výzkumu a doporučení pro další výzkum

Poté, co jsme diskutovali výsledky našeho výzkumu s dosavadními výzkumnými zjištěními, je na místě uvést, jaké jsme identifikovali silné a slabé stránky výzkumu.

Slabou stránkou výzkumu je úzké zaměření na specifickou skupinu osob s Hashimotovou thyreoiditou. Další slabinou výzkumu je pak malý reprezentativní vzorek a nepřítomnost mužů ve výzkumné skupině.

Za silnou stránku považujeme osobní zájem výzkumníka, který zároveň může představovat limit výzkumu, kdy se výzkumník více zaměří na témata, která odpovídají jeho osobní zkušenosti, případně interpretuje data z výzkumu na základě vlastního porozumění tomuto tématu.

Snažili jsme se tomu vyhnout samotným přemýšlením o analýze získaných dat a také tvorbou tabulek, kam jsme převáděli doslovné citace, a kodifikací získaných dat tak, abychom co nejméně ovlivňovali následnou interpretaci.

To, co nám ukázal výzkum, je naprosto nedostačující informovanost pacientů s Hashimotovou thyreoiditou o jejich onemocnění, možnostech léčby a využití psychoterapie. Poukázal na potřebnost trauma-informativního přístupu k pacientům s autoimunitními onemocněními nejen v sociálních službách, ale především ve zdravotnictví.

V doporučeních k dalšímu výzkumu nabízíme možnost využití longitudální studie u osob Hashimotovou thyreoiditidou, která by nabídla možnost sledovat využití zvládacích strategií, provedených změn a ověřila jejich účinnost v průběhu času. Zároveň by nabídla kvalifikovaná data pro využití jednotlivých zvládacích postupů při léčbě pacientů s Hashimotovou thyreoiditidou.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda se u osob s Hashimotovou thyreoiditidou vyskytují potencionálně traumatizující události a současně najít salutory, strategie a změny, které respondenti využívají ke zvládnání autoimunitního onemocnění.

Zdrojem výzkumu byla polostrukturovaná interview, která jsme vedli s deseti ženami s Hashimotovou thyreoiditou.

Pro zpracování výzkumu jsme zvolili kvalitativní analýzu dat s kodifikací jednotlivých témat a výstupů z polostrukturovaných dotazníků a narativního vyprávění participantů.

Zjistili jsme, že u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotovou thyreoiditou, se ve vyšší míře vyskytují adverzivní zážitky z dětství (ACE), a to dokonce u 90 % respondentek, přičemž 70 % z nich mělo více než 3 ACE na osobu.

Stejně tak se prokázal kumulativní účinek náročných životních situací a ACE, jejich vliv na zdraví a zvládnání autoimunitního onemocnění u sledované skupiny osob.

V oblasti zvládnání autoimunitního onemocnění jsme z analyzovaných dat zjistili, že nejdůležitějším faktorem u účastníků výzkumu byl vztah sám k sobě, respekt k vlastní individualitě, potřebám a možnostem. Toto zjištění také souvisí s potřebou participantek snižovat stresovou zátěž a provádět životní změny směrem k harmonizaci profesního a soukromého života. K dalším faktorům patřila rodina, přátelé a smysluplnost, která se promítala do práce, vzdělávání a zvládacích aktivit. Ukázalo se, že důležitými zdroji pro zvládnání onemocnění jsou vztah s lékařem, výživová opatření, režimová opatření a dostatečná informovanost.

Ze závěrů našeho výzkumu vyplývá, že k Hashimotově thyreoiditidě je vhodné přistupovat jako k psychosomatickému onemocnění a využívat celostní přístup. Potřebná je dostatečná informovanost pacientů s tímto onemocněním a nabídka psychoterapie jako doplňkové léčby.

Tato zjištění byla porovnávána v diskuzi z dosavadními známými informacemi v rámci proběhlých empirických výzkumů, doplněna o další teoretické poznatky, a to ve světle odborné literatury uvedené v teoretické části.

Výzkum přispěl k mapování problematiky výskytu ACE a potenciálně traumatizujících událostí, jejich vlivu na vznik Hashimotovy thyreoiditidy a současně nabídl informace ke zvládnání tohoto onemocnění. Výstupy z výzkumu mohou být inspirací pro pacienty s Hashimotovou thyreoiditidou, pro odborníky pracující s těmito pacienty i pro další výzkum.

V sociální práci, v lékařské péči i v psychoterapii doporučujeme u osob s Hashimotovou thyreoiditidou využívat trauma - informovaný přístup.

Seznam literatury

Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*.

Baštecká, B. (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*.

Balázs, C. (2012). The role of hereditary and environmental factors in autoimmune thyroid diseases. *Orvosi Hetilap*, 153(26), 1013–1022. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29370>

Boeck, C., Koenig, A. M., Schury, K., Geiger, M. L., Karabatsiakos, A., Wilker, S., Waller, C., Gündel, H., Fegert, J. M., Calzia, E., & Kolassa, I. (2016). Inflammation in adult women with a history of child maltreatment: The involvement of mitochondrial alterations and oxidative stress. *Mitochondrion*, 30, 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.mito.2016.08.006>

Brown, D. W., Anda, R. F., Edwards, V. J., Felitti, V. J., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and childhood autobiographical memory disturbance. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 961–969. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.011>

Brown, M., Worrell, C., & Pariante, C. (2021). Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 211, 173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>

Coelho, R. P. S., Viola, T. W., Walss-Bass, C., Brietzke, E., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3), 180–192. <https://doi.org/10.1111/acps.12217>

Cooper, G. S., Bynum, M. L. K. & Somers, E. C. (2009). Recent insights in the epidemiology of autoimmune diseases: Improved prevalence estimates and understanding of clustering of diseases. *Journal of Autoimmunity*, 33(3–4), 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2009.09.008>

Česlík, A. (n.d.). *Performance lifestyle - Zdraví, výkonnost, výživa, trénink*. Copyright Performance Lifestyle - All Rights Reserved. <https://risebyperformance.cz/>

- Čevela, R., Čeledová, L. & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Grada Publishing a.s. 108 s.
- Danzer, G., & Höllgeová, R. (2010). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*.
(*Psychosomatická Medicína 2020 - Nástroje Psychosomatické Medicíny*, 2020b)
- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F. & Croft, J. B. (2009). Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 243–250. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
- Dunkin, M. A. (2010, September 13). *Hashimoto's thyroiditis*. WebMD. <https://www.webmd.com/women/hashimotos-thyroiditis-symptoms-causes-treatments#1>
- Duntas, L. H. (2008). Environmental factors and autoimmune thyroiditis. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 4(8), 454–460. <https://doi.org/10.1038/ncpendmet0896>
- Emoce, co sídlí v těle: www.psychoterapieA.cz.* (n.d.). www.psychoterapieA.cz.
- Faleide, A. O., Lilleba, B. L. & Faleide, E. K. (2010) *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Grada publishing a.s.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. J., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). REPRINT OF: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 49, 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*.
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*.
- Hořejší, V., Bartůňková, J., Brdička, T. & Špíšek, R. (2017). *Základy imunologie*

- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*.
- Janečková, P. (2008). *Psychosociální aspekty tyreopatie*. [Disertační práce, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie]. https://is.muni.cz/th/k8ics/Disertacni_prace.pdf.
- Kaločová, J. (n. d.). *Přerušené dětství*. Psycholog. <https://www.kalocova.cz/trauma-texty-ii>
- Kašćáková, N., Petříková, M., Hašto, J. & Tavel, P., Dlhodobá úzkosť a klinicky diagnostikované poruchy: súvislosti s traumatizáciou v detstve a neistou vzťahovou väzbou v dospelosti. *Česká a slovenská psychiatrie*. Galen, 2022(5), 189-197
- Klepáčová, O., Krejčí, Z., & Černá, M. (2020). *Trauma-informovaný přístup: v sociální práci*. Grada Publishing a.s.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Grada Publishing a.s.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*.
- Kubátová, D., Machová, J. (2009). *Výchova ke zdraví*. Grada Publishing a.s.
- Liontiris, M. I., & Mazokopakis, E. E. (2017). A concise review of Hashimoto thyroiditis (HT) and the importance of iodine, selenium, vitamin D and gluten on the autoimmunity and dietary management of HT patients. Points that need more investigation. *PubMed*, 20(1), 51–56. <https://doi.org/10.1967/s002449910507>
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. <https://publikace.k.utb.cz/handle/10563/1004397>
- Markalous, B., & Gregorová, M. (2003). *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*.
- Marksberry, K. (2022, February 11). *Holmes - Rahe Stress Inventory - The American Institute of Stress*. The American Institute of Stress. <https://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory>
- Matoušek, O. (2020). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.

- Morgan, C., & Fisher, H. L. (2006). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma--A Critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3–10. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl053>
- Myers, A. (2019). *Za čím vším stojí štítná žláza.*
- Nečas, E., & Karlova, U. (2009). *Patologická fyziologie orgánových systémů.*
- Nolen-Hoeksema, S., & Atkinsonová, H. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda.*
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2013). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(2), 646–651. <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládnáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí.*
- Poněšický, J., Hnízdil, J., Honzák, R., Chvála, V., Kabát, J., Růžička, J., Skorunka, D., Šavlík, J., Trapková, L., & Večeřová-Procházková, A. (2021). *Duše a tělo v psychosomatické medicíně.*
- Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* PORTÁL s. r. o.
- Praško, J. (2011). *Klinická psychiatrie.*
- Psychosomatická medicína 2020 - nástroje psychosomatické medicíny: kolektivní monografie.* (2020).
- Rieger, B. (2019). *Štítná žláza: rovnováha pro tělo a duši.*
- SAMSHA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
- Shoenfeld, Y., Fučíková, T. & Bartůňková, J. (2007). *Autoimunita - vnitřní nepřítel.* Grada Publishing a.s.
- Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of*

Sciences, 821(1 Psychobiology), 160–175. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48277.x>

Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie*. Grada Publishing a.s.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*.

Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostravská univerzita

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál.

Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie*. PORTÁL s. r. o.

Wentz, I. (2019). *Hashimotova tyreoiditida: 90denní plán léčby štítné žlázy vedoucí k obnově kvality života*.

Zamrazil, V. (2001). Vliv věku na štítnou žlázu. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*, č. 1, s. 46–52.

Seznam příloh

Příloha 1: Scénář pro polo-strukturované rozhovory

Příloha 2: Informovaný souhlas – vzor

Příloha 3: Seznam kódů

Příloha 1

OTÁZKY K ROZHOVORU:

1. Můžete mi říci kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání nebo co studujete?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho se léčíte s onemocněním štítné žlázy? (pokud nevíte přesně, uveďte přibližně datum, nebo počet let) a jaké důvody/příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?
4. Myslíte si, že Vám lékař vysvětlil vše potřebné, co se týká léčby onemocnění štítné žlázy a jeho předané informace byly dostatečné a všemu jste porozuměl/a anebo jste si musel/a informace dohledávat sama, pokud ano tak kde?
5. Jaký máte vztah ke svému lékaři?
6. Jak vy sám/sama vnímáte své onemocnění, omezovalo/ omezuje Vás v něčem, například v uspokojování určité potřeby?
7. Vyskytuje se ve Vaší rodině dané onemocnění?
8. Máte další onemocnění, se kterými se trvale léčíte?

Otázky na náročné oblasti života, potenciálně traumatizující zkušenosti:

(Je použit dotazník, Averzivní zážitky z dětství, ACE, Adverse Childhood Experiences, Fellini, Anda a kol. Chtěla jsem požádat o vyplnění těchto významně náročných životních situací. Pokud byste v průběhu vyplňování, nebo po vyplnění dotazníku, měl potřebu toto konzultovat, na konci dotazníku je odkaz, kde mi můžete napsat nebo se prosím obraťte pro terapeutickou podporu ve svém okolí.)

	Ano	Ne
Když jste vyrůstali, v průběhu prvních osmnácti let vašeho života, děla se ze strany vašich rodičů nebo jiných dospělých členů domácnosti některá z těchto věcí?		

<p><i>(Rodič nebo jiný dospělý v domácnosti. . .)</i></p> <p>...Vám často nebo velmi často nadával, urážel Vás, nebo Vás ponižoval?</p> <p>...často nebo velmi často jednal způsobem, který ve Vás vyvolával strach z fyzického násilí?</p>	Ano	Ne
<p>Strkali do vás často, fackovali vás nebo bili, případně po vás něčím házeli?</p> <p>Uhodili vás někdy tak silně, že jste měli modřiny nebo jiné zranění?</p>	Ano	Ne
<p><i>(Dospělý nebo osoba alespoň o pět let starší než Vy. . .)</i></p> <p>...se Vás někdy dotýkal/a nebo Vás hladil/a sexuálním způsobem?</p> <p>...dotýkal/a jste se jich sexuálním způsobem?</p> <p>...se někdy pokusil/a o orální, anální nebo vaginální styk s Vámi?</p> <p>...měl/a orální, anální nebo vaginální styk s Vámi?</p>	Ano	Ne
<p>Měli jste často pocit, že vás nikdo z rodiny nemá rád, ani si nemyslí, že jste důležití a jedineční?</p> <p>Měli jste pocit, že se ve vaší rodině jeden o druhého nestaráte, jste si cizí nebo nedržíte spolu?</p>	Ano	Ne
<p>Často jste neměli co jíst, chodili jste špinaví a neměli jste nikoho, kdo by vás bránil?</p>	Ano	Ne

Byli vaši rodiče někdy příliš opilí nebo pod vlivem jiných látek, aby se o vás mohli starat nebo vás vzít k lékaři, když jste to potřebovali?		
Žili vaši rodiče odděleně nebo byli rozvedeni?	Ano	Ne
<i>Byla Vaše matka (nebo nevlastní matka)</i> Někdy, často, nebo velmi často strkána, vláčena, pohlavkována nebo po ní někdo házel věci? Někdy, často, nebo velmi často kopána, kousána, bita pěstí nebo něčím tvrdým? Někdy opakovaně fyzicky napadána po dobu nejméně několika minut? Někdy ohrožována nebo zraněna nožem nebo zbraní?	Ano	Ne
Žili jste někdy s někým, kdo měl problémy s pitím, byl alkoholik nebo užíval drogy?	Ano	Ne
Trpěl někdo ve vaší rodině depresemi nebo duševní nemocí? Pokusil se někdo z vaší domácnosti o sebevraždu?	Ano	Ne
Byl někdo z vaší domácnosti ve vězení?	Ano	Ne

Doplňující otázky k náročným životním situacím:

Jsou ve Vašem životě situace, které jsou zde uvedené?

Úmrtí partnera	Ano	Ne
Rozvod	Ano	Ne
Těžký porod (odloučení od dítěte po porodu)	Ano	Ne
Předčasné narození dítěte	Ano	Ne

Úraz nebo vážné onemocnění (vaše osobní)	Ano	Ne
Úraz nebo vážné onemocnění (člena rodiny, dítěte)	Ano	Ne
Pečujete o závislou osobu (dítě, člena rodiny)	Ano	Ne
Úmrtí blízké osoby	Ano	Ne
Potrat	Ano	Ne
Náročné operace	Ano	Ne

Je nějaká životní situace, výše neuvedená, kterou považuje za tolik důležitý náročný faktor, že byste ji zde chtěl/a uvést?

.....

Dotazy na pozitivní faktory a zvládání životních situací:

Jak byste ohodnotili tyto oblasti Vašeho života:?

(Hodnocení používejte v rozmezí 1-5, přičemž 5 je nejvíce. Hodnoty: 1-zcela neuspokojivé, 2 –částečně uspokojivý, 3 –dobrý, 4 –velmi dobrý, 5 –výborný.

	Zcela neuspokojivý	Částečně uspokojivý	Dobrý	Velmi dobrý	Výborný
Podpora partnera	1	2	3	4	5
Podpora rodiny					
Podpora přátel					
Vztah sám k sobě					
Seberozvoj					
Práce					

Zdraví					
Spánek					
Vnitřní nezdolnost					
Zdravé stravování					
Fyzická aktiva					

Je nějaký pozitivní faktor, výše neuvedený, který považujete za tolik důležitý, že byste jej zde chtěl/a uvést a ohodnotit?

.....

Využíváte při cestě za zdravím a zvládnutím nemoci některé z uvedených faktorů?

Psychoterapii	Ano	Ne
Jinou terapii, koučink	Ano	Ne
Relaxaci	Ano	Ne
Meditaci	Ano	Ne
Jógu	Ano	Ne
Dechová cvičení	Ano	Ne
Sportovní aktivity	Ano	Ne
Pobyt v přírodě	Ano	Ne
Alternativní způsoby léčby	Ano	Ne
Využívání dietních opatření	Ano	Ne

Je nějaká oblast života, výše neuvedená, kterou považuje za tolik důležitý faktor, že byste ji zde chtěl/a uvést?

.....

Otázky na životní změny:

Změnil jste v souvislosti s onemocněním něco v následujících oblastech a jak?

(odpovězte prosím na otázku ano – ne, a pokud chcete doplnit, uveďte prosím krátce změnu, kterou jste udělal/a)

Pracovní a rodinný život směrem k jeho harmonizaci	Ano	Ne
--	-----	----

Jak?

.....

Změna životního postoje	Ano	Ne
-------------------------	-----	----

Jak?

.....

Změna režimových opatření	Ano	Ne
---------------------------	-----	----

Jak?

.....

Je nějaká důležitá životní změna, výše neuvedená, kterou považuje za tolik důležitý faktor, že byste ji zde chtěl/a uvést?

.....

Doplňující otázky:

Myslíte si, že je autoimunitní onemocnění štítné žlázy považováno za psychosomatické onemocnění?

Ano – Ne.

Příloha 2.

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

1. Informace o výzkumu

Výzkum se zabývá výskytem traumatu a pozitivních zkušeností u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy.

Vaše účast spočívá v jednom rozhovoru v délce 1 – 1,5 h v období října 2022 až února roku 2023.

Z rozhovorů bude pořizována audio nahrávka. Záznam rozhovoru bude převeden na doslovný psaný text. Takto získaná data budou analyzována a interpretována, výsledky analýzy budou použity za účelem sepsání diplomové práce, popřípadě odborného článku.

Veškerá data budou anonymizována. Záznamy ani přepis textu nebudou přílohou či jinou součástí výsledné práce. V jejím textu mohou být použity krátké anonymizované citace jako příklady výzkumných zjištění.

Výzkum provádí formou osobního nebo on-line rozhovoru Bc. Martina Martušková. Můžete ji kontaktovat na telefonním čísle 731484678 nebo mailem hashimoto@post.cz. Veškeré audio záznamy budou uloženy na hesly zabezpečených zařízeních a přístup k nim bude mít pouze výzkumník.

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a můžete ji kdykoliv odvolat. Rovněž můžete kdykoliv vyjádřit nesouhlas se zpracováním a uchováním audio záznamů a jejich textového přepisu.

2. Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;

- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoliv rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Přípojeným podpisem stvrzujete, že rozumíte výše uvedeným informacím a souhlasíte s nimi.

Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno respondenta/respondentky:

Datum:

Podpis:

Příloha 3: Kategorie a kódy

Dosavadní zkušenosti s autoimunitním onemocněním a léčbou

1. Kdy se přišlo na onemocnění
2. Okolnosti spojené se stanovením diagnózy
3. Informovanost participantů o onemocnění,
4. Vlastní vnímání onemocnění
5. Výskyt onemocnění v rodině, genetika
6. Vztah s lékařem
7. Předání informací lékaře
8. Zdroje informací k onemocnění
9. Komorbidita – jaké typy dalších autoimunitních onemocnění

dostatečné předání informací	zdroj informací	Omezuje vás vaše onemocnění?	Vyskytuje se dané onemocnění ve vaší rodině?	Máte další autoimunitní onemocnění, se kterými se trvale léčíte?	druh onemocnění
------------------------------	-----------------	------------------------------	--	--	-----------------

ACE dotazník, náročné životní situace

1. V jaké míře se vyskytují traumata z dětství
2. počet ACE na osobu
3. kódování ACE pro Excel a Jamovi

psychické týrání	fyzické týrání	sexuální zneužívání	emocionální zanedbávání	fyzické zanedbávání
------------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------

Rozvod nebo rozchod rodičů	Domácí násilí na matce nebo nevlastní matce.	Někdo v blízkosti užíval drogy nebo alkohol	Někdo v domácnosti trpěl duševní poruchou nebo se pokusil o sebevraždu.	Někdo z domácnosti byl ve vězení.	Neplatí nic z uvedeného.
----------------------------	--	---	---	-----------------------------------	--------------------------

4. Jak velký je výskyt náročných životních situací
5. Uvažované náročné situace, kódy pro Excel a Jamovi

Úmrtí partnera	Rozvod (vlastní)	Těžký porod (odloučení od dítěte po porodu)	Předčasné narození dítěte	Úraz nebo vážné onemocnění (vaše osobní)
Úraz nebo vážné onemocnění (člena rodiny, dítěte)	Pečujete o závislou osobu (dítě, člena rodiny)	Rozvod (neshody) rodičů	Úmrtí blízké osoby	Potrat
Náročné operace	Jiné, očkování, pracovní vyhoření, napadení přítelem, odloučení od rodičů			

6. Situace, které participanti považují za spouštěče onemocnění
7. Uvažování participantů o těchto traumatech a náročných situacích

Pozitivním faktory a zvládání životních situací

1. Jaké faktory považují participanti za nejdůležitější
2. Pozitivní faktory, které se vyskytují u participantů
8. Využití psychoterapie a jiných aktivit ke zvládání náročných situací
9. Jak moc je významná psychoterapie
10. Životním změny, které udělali participanti v souvislosti onemocněním.
11. Strategie související se zvládáním náročných situací
12. Vnímání autoimunitního onemocnění štítné žlázy jako psychosomatického onemocnění
13. Poselství