

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**MOŽNÉ SOUVISLOSTI KLINICKÉ MANIFESTACE
VYBRANÝCH AUTOIMUNITNÍCH ONEMOCNĚNÍ
S PROŽITÍM STRESU**

POTENTIAL LINKS BETWEEN CLINICAL MANIFESTATION
OF AUTOIMMUNE DISEASE
AND EXPERIENCING OF STRESS



Bakalářská diplomová práce

Autor: Mgr. Šárka Fajstlová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Olomouc

2021

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, PhD., za odborné vedení této práce, za jeho vstřícný přístup, cenné rady a věnovaný čas, kterého si velmi vážím. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a za ochotu participovat na mém výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a zejména svému manželovi za velkou podporu, pomoc a trpělivost, bez níž by tato bakalářská práce nikdy nebyla dokončena.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Možné souvislosti klinické manifestace vybraných autoimunitních onemocnění s prožitím stresu“, vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis:

Mgr. Šárka Fajstlová

ÚVOD

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 ZDRAVÍ A NEMOC.....	10
1.1 Zdraví.....	10
1.2 Nemoc a choroba.....	11
1.3 Komplexní přístup v péči o zdraví.....	12
1.4 Psychosomatická medicína.....	13
1.4.1 Základní pojmy a vztahy v psychosomatice.....	14
1.4.2 Základní východiska psychosomatické medicíny.....	16
2 AUTOIMUNITNÍ NEMOCI A JEJICH SOUVISLOSTI.....	18
2.1 Imunita a autoimunita.....	18
2.2 Vliv stresu na imunitu.....	20
2.3 Definice autoimunitního onemocnění.....	22
2.4 Vybraná autoimunitní onemocnění.....	23
2.4.1 Roztroušená skleróza.....	24
2.4.2 Revmatoidní artritida.....	25
2.4.3 Ankylozující spondylitida.....	27
2.4.4 Psoriáza.....	29
3 PROBLEMATIKA STRESU.....	31
3.1 Definice pojmu stres.....	31
3.2 Stresory.....	32
3.3 Klasifikace stresu.....	33
3.3.1 Klasifikace stresu podle kvality.....	33
3.3.2 Klasifikace stresu podle délky doby působení.....	33
3.3.3 Klasifikace stresu podle míry intenzity.....	34
3.3.4 Příznaky stresu.....	34

3.4	Významné teorie stresu.....	35
3.5	Reakce na stres a jeho vliv na zdraví.....	37
3.5.1	Vliv stresu na mozek a psychiku.....	38
3.5.2	Vliv stresu na endokrinní systém.....	39
3.5.3	Vliv stresu na kardiovaskulární systém.....	40
3.5.4	Vliv stresu na dýchací systém.....	41
3.5.5	Vliv stresu na zažívací systém.....	42
3.5.6	Vliv stresu na rozmnožovací systém.....	42
3.5.7	Vliv stresu na vylučovací ústrojí.....	43
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	45
4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	46
5	POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD.....	47
5.1	Metody a kritéria výběru výzkumného vzorku.....	47
5.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	47
5.3	Typ výzkumu a metody získávání dat.....	49
5.4	Metody fixace dat.....	51
5.5	Konkretizovaný postup při získávání dat.....	51
5.6	Proces analýzy dat.....	52
5.7	Etické problémy a způsob jejich řešení.....	53
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	54
6.1	Analýza jednotlivých respondentů.....	54
6.1.1	Analýza respondenta R1.....	54
6.1.2	Analýza respondentky R2.....	56
6.1.3	Analýza respondentky R3.....	58
6.1.4	Analýza respondentky R4.....	61
6.1.5	Analýza respondentky R5.....	63
6.1.6	Analýza respondentky R6.....	65

6.1.7	Analýza respondentky R7.....	68
6.1.8	Analýza respondentky R8.....	70
6.1.9	Analýza respondentky R9.....	72
6.1.10	Analýza respondenta R10.....	75
6.2	Souhrnná analýza v kontextu výzkumných otázek.....	77
6.2.1	Souhrnná analýza v oblasti vlivu stresu na manifestaci onemocnění.....	77
	KATEGORIE „ANO“	79
6.2.2	Souhrnná analýza v oblasti vlivu stresu na projevy onemocnění.....	82
6.2.3	Souhrnná analýza v oblasti vlivu stresu na relaps onemocnění	85
7	DISKUZE.....	87
8	ZÁVĚR.....	93
	SOUHRN.....	94
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	98
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100
	PŘÍLOHY	113

ÚVOD

Stres, ať už provokuje k výkonu nebo prohlubuje apatii, ať je vnímán či opomíjen, vyhledáván nebo je mu předcházeno, je v některé ze svých rozmanitých podob součástí všech lidských životů. Půldenní nepřetržitý hluk v uších dělníka u pásu ve fabrice, nedostatečný a permanentně rušený spánek zdravotní sestry na noční službě, strach studenta před závěrečnými jízdami v autoškole a nepřeberné množství dalších i na první pohled méně vypjatých, přesto stresujících situací. To všechno jsou podoby stresu, jejichž útokům denně odoláváme. Jako jsou rozličné stresující okamžiky a události, podobně pestré je i lidské umění jim čelit. Každý z nás dostal do vínku jedinečné dispozice, na základě kterých se se svými náročnými okamžiky a vypjatými událostmi vyrovnává jinými strategiemi, ať už na vědomé či nevědomé úrovni. Co se však stane, ocitneme-li se pod velkým tlakem? Někdo zápasí s únavou, někdo s podrážděním, jiný více chybuje. Jestliže však stresu odoláváme příliš dlouho, mohou se rozvinout tzv. nemoci adaptace.

Tato bakalářská práce se zabývá popsáním možných souvislostí mezi prožitím stresu a klinickou manifestací vybraných autoimunitních onemocnění. **Cílem práce** je podat ucelené informace založené na subjektivních výpovědích vybraných jedinců, kteří roztroušenou sklerózou, revmatoidní artritidou, ankylozující spondylitidou, psoriázou nebo dokonce více diagnózami najednou. Tyto diagnózy jsem zvolila, protože se s nimi setkávám ve své profesi fyzioterapeuta, i v osobním životě. Právě změny v projevech nemoci, které jsem měla možnost pozorovat, mě přivedly na myšlenku možné výrazné souvislosti u této skupiny onemocnění se stresujícími faktory.

Jsem si vědoma nadstandardního rozsahu této práce, nicméně jsem pro získání dostatečného vhledu do zkoumané problematiky považuji na důležité seznámení s veškerým kontextem. **Teoretická část** práce vychází z rešerše odborných názorů. Uvádí čtenáře nejprve do obecné problematiky zdraví a nemoci, komplexního přístupu péče o pacienta a psychosomatiky. Druhá kapitola je věnována imunitě, jejímu složení, procesům, reakcím na stres a patologii v podobě autoimunity a vybraných autoimunitních onemocnění. V rámci třetího celku teoretické části je nastíněna problematika stresu. Stres je zde definován, klasifikován, popsány jsou stresory i významné teorie stresu. Důraz je položen obeznámení s reakcemi těla na stres a jeho vlivem na lidské zdraví. **Výzkumná část** zaměřuje na samotný kvalitativní výzkum, kde bylo mým cílem odpovědět na otázku, zda podle vybraných respondentů může klinická manifestace jejich onemocnění souviset s prožívaným stresem.

Zjišťuji také, zda prožívaný stres respondentů může ovlivňovat příznaky či souviset s relapsem vybraného autoimunitního onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Zdraví a nemoc jsou stěžejními pojmy bez jejichž znalosti nelze proniknout hlouběji do problematiky medicíny. Protože tato práce se soustředí na vliv stresu na manifestaci autoimunitního onemocnění, je z mého pohledu klíčové znát veškeré aspekty zdraví a péče o něj a především nemoci. Následující kapitola stručně obeznamuje s několika pohledy na oba konstrukty. Zároveň bude představen komplexní přístup v péči o zdraví, psychosomatická medicína a její základní východiska a principy.

1.1 Zdraví

„Zdraví je slovo, které se v běžné mluvě užívá v přerůzném významu. Proto je třeba snažit se pochopit ideu, která tvoří jádro tohoto problému a je – třeba i jen skrytě – nedílnou součástí různých významů tohoto slova.“ (Seedhouse in Křivohlavý, 2001, 27).

Prapůvodní význam slova zdraví odkrývají etymologické slovníky, ve kterých je vysvětlováno jako „**celek**“. Přesněji řečeno, zdraví bylo spojeno nejen s fyziologickým fungováním, ale zaštiťovalo také mentální a morální intaktnost, stejně jako spirituální spásu. Dnes se tomuto prvotnímu pojetí začíná společnost vracet skrze **holistický pohled** (Boruchovitch & Mednick, 2002; Křivohlavý, 2001). Ten klade důraz na posouzení celku, který je více než soubor částí (Pelcák, 2014).

Vácha (in Kaňková, 2003) představuje další hlavní proudy současnosti vzniklé ve snaze definovat zdraví. **Neutrální koncepce zdraví** jej vysvětlují jako objektivní fakt, který je prostý jakéhokoliv hodnocení. Popisuje odchylku od normy. Naopak **normativní pojetí zdraví** je na hodnocení založeno, nemocí se tedy rozumí všechno to, co je pro jedince nevýhodné. Náleží sem pojetí zdraví jako cíle nebo prostředku k dosažení cílů.

WHO definovala zdraví jako **stav úplné fyzické, mentální a psychické pohody**, ne tedy pouze nepřítomnost vady (World Health Organization, 2020). Zdraví je často chápáno jako opak nemoci, což znamená, že čím více je organismus nemocný, tím méně má zdraví a naopak. Nyní však se však začíná řadit pojem zdraví do úplně jiné dimenze než nemoc nebo choroba (Wikman, Marklund, & Alexanderson, 2005). Patří sem např. pohled na **zdraví jako cíl** nebo jako **prostředek k jeho dosažení**, i když tyto cíle mohou být velmi odlišné. Tento koncept postuluje, že být zdravý je žádoucí k naplnění tendence dosáhnout něčeho, která je přítomna u každého člověka (Křivohlavý, 2001). Například v jazyce Santali se za zdravého člověka považuje ten, kdo je schopen vykonávat očekávanou práci, s ohledem

na jeho věk a pohlaví (Mishra, Kusuma, & Babu, 2013). Existují však i pojetí, kde zdraví bývá cílem samo o sobě (Křivohlavý, 2001).

Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) upozorňují, že na zdraví bychom měli pohlížet jako na **dynamický proces**, v němž každý okamžik probíhají změny jako reakce na interakci organismus – prostředí.

1.2 Nemoc a choroba

Snahy vystihnout, co je to nemoc, se měnily spolu s aktuálním vědeckým a medicínským poznáním (Pelcák, 2014). V současné medicíně se rozlišují termíny choroba a nemoc.

Choroba (angl. *disease*) je patologický proces, většinou fyzický (například rakovina plic), někdy případech však bývá neurčeného původu (například schizofrenie). Je definována jako určitá **odchylka od biologické normy**, takže lékaři ji obvykle mohou vidět, cítit nebo změřit (Boyd, 2000). V ideálním případě by měla být každé chorobě přiřaditelná specifická diagnóza podle standardizované klasifikace nemocí (Wikman, Marklund, & Alexanderson, 2005).

Nemoc (angl. *illness*) popisuje **prožitkovou rovinu**. Je vykládána jako špatné zdraví jedince, se kterým se tato osoba ztotožňuje na základě vlastního uvědomění fyzických nebo mentálních příznaků. Jedná se o zcela svébytný vnitřní zážitek, odlišný u každého individua. Nemoc může mít podobu pouze drobných nebo dočasných problémů, ale i vážných zdravotních potíží či akutního utrpení. Může také zahrnovat zdravotní překážky, které brání jedinci vést normální život. Je tedy nasnadě, že definice nemoci je poměrně široký koncept (Wikman et al., 2005). Obvykle doprovází chorobu, ale ta může být v některých případech skrytá (například raná stádia tuberkulózy nebo diabetes mellitus). Nemoc může člověk prožívat dokonce i bez přítomnosti choroby, její klinická diagnostika je však v podstatě nemožná (Boyd, 2000).

Dalším důležitým termínem je tzv. **sickness**. Tento pojem lze chápat jako **pohled na nemoc ze sociálního hlediska** nebo také roli nemocného. Nemoc v sociálním pojetí zahrnuje vnější veřejný pohled na nemocného jedince. Ten automaticky dostává jakýsi sociální status, který je společnost připravena uznat. Pohled a často i chování společnosti vůči nemocnému člověku nebývá stejné. Velmi rozdílné reakce a signály bohužel sklízí například lidé po chirurgickém zákroku a lidé s psychiatrickou nemocí či akutní a chroničtí pacienti (Boyd,

2000). Dlouhodobé sociální důsledky *sickness* se nazývají jako **handicap** (Mandincová, 2011).

1.3 Komplexní přístup v péči o zdraví

Nahlížení na chorobu či nemoc z různých perspektiv má kořeny již v antické medicíně, kdy lékaři posuzovali své pacienty individuálně. Stejný přístup jako Hippokrates nebo Platón zastával i římský lékař Galenos, když svým žákům vštěpoval, aby brali skutečnosti z psychické oblasti za stejně směrodatné jako fyzické příznaky. Odklon od holistického pojetí přišel v 17. století spolu s Descartovým dualismem, přičemž jednostranné vyvyšování tělesných faktorů přetrvalo až do 19. století (Tichá, 2012).

Přelom nastal roku 1818, kdy Johann Christian Heinroth, v kontextu příčin nespavosti, poprvé vyslovil termín **psychosomatika** (Gitlin, Levenson, & Lyketsos, 2004). Heinroth vnímal tělo a duši jako absolutní jednotu (Tichá, 2012), avšak od jeho dob po vznik moderní psychosomatické medicíny uběhlo ještě víc než sto let (Fava & Sonito, 2000).

Současná medicína pohlíží na zdraví a nemoc jako na **komplexní jev**, ve kterém panují složitě podmíněné vztahy mezi tělesnou a psychickou složkou a mezi osobností jedince a jeho širším sociálním okolím (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Takto pojaté hledisko se nazývá bio-psycho-sociální a ztotožňuje se systémovým přístupem.

Bio-psycho-sociální nebo také **celostní model** do medicíny přinesla významná postava psychosomatiky, lékař George L. Engel v roce 1977 (in Saad, Medeiros, & Mosini, 2017). Poukázal tak na nedostatek dominantního biomedicínského modelu zdraví, který zanedbává celek a zohledňuje na pacientovi jen biologické faktory (Pelcák, 2014). Tvrdil, že lékaři se musí současně věnovat nejen biologickým, ale i psychologickým a sociálním rozměrům nemoci, aby mohli lépe porozumět utrpení pacienta (Saad et al., 2017).

Chvála a Skorunka (2017) zdůrazňují úzký vztah mezi těmito třemi vrstvami naší existence a připomínají, že zdrojem napětí, které potencuje nemoc, může být kterákoli z nich. Postupem času však mnoho dalších výzkumníků usilovalo o rozšíření modelu o **spirituální dimenzi**, ve snaze vytvořit co nejcelostnější pohled na péči o nemocného a výzkum. Je pravdou, že termín „spirituální“ dnes nemá jednotnou definici, může tedy odkazovat na mnoho různých aspektů – od nenáboženských a neteistických úrovní (například síla pozitivního myšlení) až po hluboce náboženské zkušenosti (Saad et al., 2017).

Kromě spirituální roviny některé přístupy zohledňují i složku ekologickou. Mluví se především o **bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu**, ale můžeme se setkat i s modelem **bio-eko-psycho-sociálním**, **bio-psycho-socio-kulturo-spirituálním** či se **somatopsychospiritualitou** (Mandincová, 2011).

Otázkou zdraví se v současnosti zabývá mnoho vědních oborů. Kromě většiny medicínských oborů jistě nelze opomenout ani poznatkový vklad některých filozofických, ekonomických, pedagogických, či sociologických disciplín. Z lékařských oborů vyzdvihuje Mlčák (2011) důležitost hygieny, psychosomatické medicíny a behaviorální medicíny. Z psychologických věd je to pak psychopatologie, klinická psychologie, lékařská psychologie a psychologie zdraví.

1.4 Psychosomatická medicína

Byl to rakousko-americký lékař Felix Deutsch, kdo v roce 1922 poprvé uvedl spojení „psychosomatická medicína“. O čtrnáct let později vznikla Americká psychosomatická společnost, kterou posléze následovalo založení Akademie psychosomatické medicíny (Giltin, Levenson, & Lyketson, 2004). V České republice se stala roku 2013 nástavbovým oborem, který na sebe strhl pozornost svou odlišnou tendencí vzhledem k většině ostatních specializací. Zatímco obvyklým rysem lékařské specializace bývá hlubší, ale užší pohled lékaře na potíže, psychosomatická medicína si klade za cíl **rozšíření o psychosociální souvislosti** (Chvála & Skorunka, 2017).

Psychosomatická medicína je interdisciplinárním lékařským oborem, „...*kteřý se zabývá podrobným studiem vzájemných vztahů mezi biologickými, psychologickými a sociálními aspekty zdraví a nemoci člověka.*“ (Mlčák, 2011, 14).

V nejširším výkladu oboru se předpokládá, že člověk představuje jednotu psychického a tělesného se svým prostředím, v každém jeho stavu a průběžném pohybu jeho bytí (Baštecký et al., 1993). Nachází-li se jedinec v nemoci, jedná se o porušení této jednoty (Tichá, 2012). Tento pohled je identický se **systemovým přístupem** (Mlčák, 2011). V souladu s užším, pragmatickým náhledem jsou náplní oboru „...*takové somatické poruchy a choroby, u nichž se psychosociální faktory výrazně uplatňují v etiopatogenezi a průběhu, resp. při diagnosticko-terapeutické činnosti či v prevenci onemocnění.*“ (Baštecký et al., 1993, 21.) Podle Fava a Sonito (2000) psychosomatická medicína v rámci komplexní péče o pacienta zohledňuje roli psychosociálních faktorů působících na zranitelnost

(vulnerabilitu) jedince ve vztahu ke všem typům nemocí, interakci mezi biologickými a psychosociálními faktory při vzniku a v průběhu onemocnění, a aplikuje psychologicky zaměřenou léčbu stejně jako terapii zacílenou na tělesné onemocnění.

Tichá (2012) však upozorňuje na novodobou tendenci přiřadit módní přívlastek „psychosomatický“ k jakékoliv tělesné potíži, pro kterou není místo v soustavě lékařských diagnóz. Jde o podobný fenomén jako nadužívání slova „stres“ v našich končinách (Baštecký et al., 1993).

1.4.1 Základní pojmy a vztahy v psychosomatice

Podle Tiché (2012) je cílem psychosomatického přístupu dopomoci k ucelenějšímu náhledu na jedince a jeho potíže. Shrnula tak poněkud květnatější slova Platóna (Faleide, Lian, & Faleide, 2010, 17): *„Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.“*

Základním atributem, který zastánci psychosomatiky sledují, je **psychosomatický vztah**. Působí na jedince v každém období jeho života. Lze u nich pozorovat jistou dynamiku, intenzitu, interakční charakteristiku a míru těsnosti či volnosti. Na psychosomatické vztahy navazují **psychosociální vlivy** životního prostředí (Tichá, 2012).

Ústředním pojmem psychosomatické medicíny je bezesporu **psychosomatická porucha**. O tom, jak ji popsat, se mezi odborníky vedou diskuze, stejně jako o oboru obecně. Podle jedné z definic jde o takovou somatickou poruchu, u které se psychosociální vlivy významně uplatňují při etiopatogenezi, v průběhu i během terapie (Skorunka, 2006). Aby se mluvilo o psychosomatické poruše, měla by splňovat nejméně jeden z následujících bodů (Tichá, 2012):

1. příčina nemoci se vztahuje k předešlé psychologicky důležité události či osobnostnímu rysu;
2. průběh nemoci je spjatý s psychologickými faktory;
3. klinický symptom souvisí s psychickými faktory;
4. projevy jsou s ohledem na příčinu nadměrně silné a nad očekávání dlouhé.

Proces transformace psychických nemocí do tělesných příznaků se v psychiatrii nazývá **somatizace**. Somatická medicína nemoci bez jasné příčiny slučuje jako tzv. **MUS** (*medically unexplained syndroms*), které však referují spíše o nemožnosti přiřadit ryze biologickou příčinu (Havelková & Slezáčková, 2017). Na druhé straně Ponciano et al. (2019) tvrdí, že každá nemoc je psychosomatická, protože emocionální faktory ovlivňují všechny procesy v těle prostřednictvím hormonální a nervové činnosti. Psychologické a somatické projevy jsou potom dvěma aspekty pramenícími však z jednoho procesu.

Psychosomatická medicína v současnosti rozlišuje **poruchy** zasahující soustavu kardiovaskulární (esenciální hypertenzní nemoc), respirační (astma bronchiale), trávicí (Crohnova choroba), rozmnožovací (poruchy menstruačního cyklu), nervovou (bolestivé syndromy postihující páteř), kožní (dermatitidy), také poruchy z oblasti revmatologie (revmatoidní artritida), psychogenní poruchy příjmu potravy, sexuální dysfunkce a v neposlední řadě nádorová onemocnění. Další poruchy stále přibývají (Tichá, 2012).

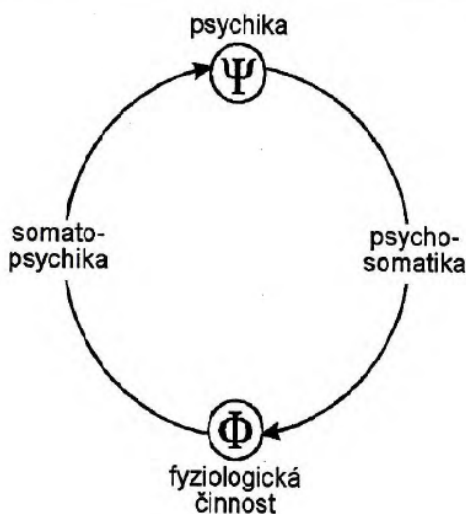
Tichá (2012) uvádí, že mezi prekursorů psychosomatické poruchy patří tzv. **vulnerabilita** (zranitelnost). Je vykládána jako nespecifická podmínka vzniku tělesného onemocnění, která zahrnuje činitele vývojové, genetické a vlivy času a prostředí. Jsou-li psychicky zranitelnější lidé vystaveni stresu, dá se u nich předpokládat patologičtější reakce ve srovnání s jinými jedinci (Křivohlavý, 2001).

O vulnerabilitě mluvil i Kissen při své specifikaci pojmu „psychosomatický“. Poukázal na to, že u některých jedinců je možné, aby nemoc byla psychosomatická, přestože obecně za psychosomatickou není považována a naopak. Vysvětlil tak, že **váha psychosociálních faktorů je relativní** a může se u každého jednotlivce značně lišit. Spíše než posuzovat jednotlivé psychologické faktory, které vedou ke vzniku nemoci, je tedy vhodnější tázat se: Kdo jsou pacienti v populaci dané nemoci, pro které mají psychosociální proměnné zásadní význam? (in Fava & Sonino, 2000).

Kromě osobnostních rysů je činitelem participujícím na vzniku psychosomatické poruchy **období dětství**, pokud během něj nejsou uspokojovány základní či vyšší potřeby jedince, anebo jestliže dítě vyrůstá v konfliktním prostředí (Tichá, 2012).

Je podstatné také zmínit, že kromě psychosomatických jevů v organismu probíhá i obrácený proces, tedy vznikají **vztahy somatopsychické**. Jedná se o vliv tělesného prospívání na psychický stav, např. odraz prožívání nepříjemného zánětu nebo silné horečky na myšlenkách, duševní únavě a celkových pocitech nemocného jedince (Křivohlavý, 1994).

Tichá (2012) připomíná vzájemnou provázanost (viz obrázek č. 1), když uvádí, že všechny jevy psychosomatické a somatopsychické na sebe působí a ovlivňují se.



*Obrázek č. 1 – Začarovaný kruh vztahů tělesné a psychické stránky existence jedince
(Křivohlavý, 1994, 35)*

1.4.2 Základní východiska psychosomatické medicíny

Konstituování psychosomatiky jako samostatné lékařské a vědní disciplíny dalo za vznik mnoha teoretickým přístupům. Tři základní a nejuznávanější směry se opírají o **psychoanalýzu**, **teorii stresu** a **kortikoviscerální vztahy** (Baštecký et al., 1993; Mlčák, 2011). Dalšími skloňovanými názory jsou např. **koncept alexitymie**, v rámci níž je věnována pozornost osobnostním charakteristikám osob trpících psychosomatickými onemocněními, **koncept syndromu hopelessness-helplessness**, která se pohybuje na pomezí mezi biologickými a dynamickými přístupy, behaviorálně laděné **koncepte koronárního typu chování** a další (Baštecký et al., 1993). Pro orientaci v základních myšlenkách a oporách psychosomatické medicíny bude v tomto textu stručně zmíněna psychoanalytická teorie, teorie stresu a kortikoviscerální teorie.

Psychoanalytická teorie

Psychoanalytici se s fenoménem psychosomatického onemocnění potýkali od svých počátků (Gerson, 2002). Sigmund Freud popsal neurotický mechanismus tzv. **konverze**, skrze nějž docházelo k symbolickému vyjádření základního intrapsychického dynamického konfliktu

(mezi touhou po bezprostředním uspokojení a vnějšími sociálními a kulturními nároky) právě ve formě somatických příznaků (Mlčák, 2011). Psychoanalytická teorie se tedy zabývá zejména organizací vnitřního světa jedince a možnostmi nalezení rovnováhy mezi vnitřními pudovými tlaky a faktory vnějšího prostředí (Baštecký et al., 1993).

Teorie stresu v kontextu psychosomatické medicíny

Teorie stresu má základ v období behaviorismu charakteristickým výzkumy chování zvířat a absencí introspektivních přístupů. Tento pohled významně rozšířil chápání psychosomatiky a vyvinul se v poměrně mladou disciplínu zvanou **behaviorální medicína** (Baštecký et al., 1993).

Zásadním se ukázalo být zjištění Hanse Selyeho, že základní **reakce na stres** probíhající na ose hypotalamus-hypofýza-nadledvinky **lze navodit i psychogenními činiteli**. Díky jeho následným experimentům se zvířaty vznikly důkazy potvrzující, že působení širokého spektra škodlivých vlivů se projevuje i somatickými patologiemi. Nebyla však potvrzena domněnka poukazující na souvislost konkrétního stresoru se vznikem specifické strukturální poruchy. Myšlenka vztahu psychosociálního stresu a tělesných onemocnění byla zkoumána i mimo vědeckou půdu a vznikla z ní **koncepte životních událostí** (Mlčák, 2011).

Kortikoviscerální teorie

Kortikoviscerální koncept vychází z učení I. P. Palova o podmíněných reflexech a dlouho v oblasti psychosomatiky dominoval, ačkoliv dnes ve své původní formě stojí v pozadí (Baštecký et al., 1993). Nejvýraznější osobnosti kortikoviscerální školy, M. K. Bykov a I. P. Kurcin, se zasloužily o potvrzení úzkého recipročního **vztahu mezi somatickými a vegetativními činnostmi organismu a vyššími nervovými funkcemi**. Ukázalo se také, že působení různých podnětů může ovlivnit řadu fyziologických funkcí a modifikovat aktivitu vnitřních orgánů, a že činnost těchto orgánů řídí kortex (Mlčák, 2011).

Za škodlivé aspekty podmiňující vznik kortikoviscerálních onemocnění jsou považovány zejména záporné dlouhotrvající intenzivní emoce, které mají dopad na složitou kaskádu excitačních a inhibičních neurofyziologických procesů probíhajících v subkortikálních a kortikálních oblastech mozku (Baštecký et al., 1993).

2 AUTOIMUNITNÍ NEMOCI A JEJICH SOUVISLOSTI

Obsah této kapitoly tvoří klíčové souvislosti k utvoření obrazu o imunitě, autoimunitě a autoimunitních onemocněních, a tedy porozumění cílům této práce. Pro orientaci je třeba podrobně představit imunitu, její roli, skladbu a mechanismy působení, ale také patologii ve formě autoimunity. Následuje seznámení s autoimunitními nemocemi obecně a poté s vybranými zástupci, na které se tato práce soustředí.

2.1 Imunita a autoimunita

Prostředí kolem nás obsahuje nesmírné množství patogenních mikrobů a toxických substancí, které se snaží napadnout hostitelský organismus, a činí tak prostřednictvím širokého spektra mnohdy velmi vynalézavých mechanismů. Není proto překvapením, že imunitní systém, ve snaze zabránit vniknutí a působení vetřelců, disponuje arzenálem důmyslných obranných dějů a reakcí. Pomáhá eliminovat toxické nebo alergenní látky, jež se do organismu dostávají přes mukózní povrchy a zasazuje se o odstraňování abnormálních (nádorových nebo poškozených) buněk (Chaplin, 2010).

Základní vlastností, která umožňuje imunitnímu systému odpovědět na danou hrozbu, je **schopnost rozlišit patřičné patogeny a poškozené buňky od svých vlastních struktur**. Po identifikaci nežádoucího následuje likvidace (Chaplin, 2010; Hořejší, 2014). Rozeznávací mechanismy využívá vrozená (nativní, neadaptivní, nespecifická), evolučně starší, i získaná (adaptivní, specifická) složka imunity (Singh et al., 2016).

NEADAPTIVNÍ IMUNITA zahrnuje soubor vrozených reakcí, jejichž přičiněním organismus brání vniknutí infekce. Může mít řadu rozličných podob a strategií. Doslova v první linii stojí bariérové mechanismy (např. celistvá kůže nebo intaktní sliznice gastrointestinálního traktu), neméně významným podílem přispívají baktericidní látky (ať už vlastní nebo tělu dodané v podobě léků a probiotik), všem známé pyrogeny, které udatně bojují proti cizorodým organismům zvýšením tělesné teploty, a mnoho dalšího (Chaplin, 2010; Kohout, 2010).

Základními buňkami neadaptivní imunity jsou některé **fagocyty** (např. neutrofilní granulocyty a makrofágy). Jedinečnost těchto buněk spočívá v receptorech umístěných na jejich povrchu, které dokážou nejenom rozpoznat, ale i navázat struktury charakteristické pro nežádoucí agens. Každý fagocyt obsahuje statisíce receptorů a jestliže dojde k navázání

látky na některý z nich, fagocyt dostane signál a cizorodý organismus pohltí. Zároveň jsou vyloučeny tzv. **cytokiny** a další látky, jejichž působením vzniká obraz zánětlivé reakce (Hořejší, 2014). Významnou komponentou nespecifické imunity jsou **NK buňky** (odvozeno od „natural killers“) uplatňující se v boji s bakteriálními a parazitárními látkami a nádorově změněnými buňkami. NK buňky se v různém zastoupení nacházejí ve všech částech těla (Kopecký & Kopecký, 2010). Neméně důležité jsou látky bílkovinného charakteru obsažené v krvi a známé jako **komplement**. Svou činností dokážou poškodit buněčnou membránu patogenu, což vede k jeho likvidaci (Kohout, 2010), jiné mají schopnost dovést fagocyty do místa infekce nebo se navázat na povrch cizího mikroorganismu a tím na něj fagocyt upozornit (Hořejší, 2014).

ADAPTIVNÍ IMUNITA se zaměřuje na boj proti konkrétnímu antigenu, se kterým má organismus zkušenost z minulosti. Zajišťují ji **B-lymfocyty**, které vznikají v kostní dřeni, a **T-lymfocyty** produkované brzlíkem (Joshi, 2007; Kohout, 2010). Oba druhy buněk se vyskytují v obrovské armádě klonů, z nichž každý jeden disponuje odlišnými a jedinečnými antigen-specifickými receptory (povrchovými imunoglobuliny). Na rozdíl od buněk neadaptivní imunity se tyto receptory soustředí na detekci jemných nuancí struktury antigenů (Hořejší, 2014; Nicholson, 2016).

Adaptivní imunita se oproti neadaptivní vyznačuje především **vysokou specifitou** a také **pamětí** (Ahmed et al., 2009). Nezanedbatelnou slabinou je však čas potřebný k tvorbě protilátek proti konkrétnímu antigenu, který se pohybuje v řádu dní. Bezprostřední odpověď leží na evolučně starším systému. Setká-li se však organismus s cizorodým organismem opakovaně, i adaptivní imunita reaguje rychle prostřednictvím protilátek vytvořených v minulosti (Hořejší, 2014).

Velmi důležitým mechanismem zajišťujícím, aby nedocházelo k napadení a boji s vlastními tkáněmi, je tzv. **autotolerance**. Funguje na centrální a periferní úrovni (Lukešová, 2016). Centrální tolerance je řízena brzlíkem (pro T-lymfocyty) a kostní dření (pro B-lymfocyty), kde dochází ke zničení nezralých buněk, které vnímají vlastní antigeny jako hrozbu (Viswanath, 2013). Periferní toleranci zajišťují přímo tkáň nebo regionální uzliny (Lukešová, 2016).

Jisté poškození vlastních tkání je součástí imunitní odpovědi skoro vždy, v malé míře se považuje za fyziologický děj. Problém však nastává, má-li působení imunitního systému horší důsledky než samotná infekce (Hořejší, 2014). K takovému ději, zvanému

autoimunita, dochází, jestliže jsou mechanismy tolerance prolomeny a organismus selže v rozeznávání svých tkání od cizorodých agens (Jose et al., 2014). Přispěním dalších různorodých faktorů, jako jsou genetické predispozice, vliv prostředí, se postupně vznikají autoimunitní onemocnění (Vishwanath, 2013).

2.2 Vliv stresu na imunitu

Přestože dříve byla činnost imunitního systému vnímána jako autonomní, ukázalo se, že spolupracuje s dalšími orgány a soustavami. V popředí stojí zejména úzká **vazba k endokrinnímu systému a mozku** (Křivohlavý, 2001). Nouza (in Nouza, Madar, Nouza, & Kučera, 2011) vzájemnou propojenost mezi imunitní, hormonální a centrální nervovou soustavou nazývá „supersystémem“, kde všechny jeho části jsou vzájemně provázány, probíhají mezi nimi interakce a vzájemná zastupování.

Nejzásadněji se na imunitním systému z neuroendokrinních mechanismů odráží jednoznačně stres, ať už akutní či chronický. Je nasnadě, že imunitu negativně ovlivňuje působení fyzických stresorů, ať už v podobě infekčního onemocnění, úrazu, nadměrné tělesné námahy, hluku nebo popálení (Nouza et al., 2011). Byla však také prokázána jasná **souvislost mezi** (především chronickým) **emocionálním stresem a imunitou**, a to dokonce na mnoha frontách. Prožívání stresu může prodlužovat hojení ran, zpomalovat a oslabovat protinfekční reakce, potencovat imunopatologické reakce a v neposlední řadě měnit aktivitu fagocytů a NK buněk. Všechny tyto procesy mají zřejmě na svědomí kortikosteroidy, uvolňované stresovou reakcí (Hořejší, 2014). Stojanovich (2009) uvádí, že zkušenost s prožíváním neobvyklého emocionálního stresu má až 80 % pacientů trpících autoimunitní chorobou.

Možnou roli psychologického stresu jako spouštěče revmatoidní artritidy přiznávají výsledky retrospektivní studie Halliday (1942). Z celkem 20 zkoumaných respondentů téměř polovina spojila nástup symptomů jejich onemocnění se silnou **emocionálně rozrušující událostí**. Naproti tomu autoři prospektivní studie, kteří podrobili výzkumu 532 pacientů s revmatoidní artritidou a stejný počet dobrovolníků tvořících kontrolní skupinu, souvislost klinického počátku nemoci s prožitím stresu v podobě šoku, starostí nebo traumatu, nepotvrdili (Empire Rheumatism Council, 1950). Podle Snast et al. (2018) nelze souvislost stresu a klinického počátku nebo relapsu jasně stanovit. Poukazují na fakt,

že ji deklarují spíše retrospektivní studie s mnoha omezeními a ani ty neuvádějí silnou asociaci mezi těmito proměnnými.

Hned několik výzkumů bylo věnováno vztahu **stresu**, který **ve zkouškovém období** pociťují studenti, a imunitních reakcí. Marucha, Kiecolt-Glaser a Favagehi (1998) v rámci své studie podrobili 11 studentů stomatologie biopsii v období školních zkoušek a mimo něj. Výsledky ukázaly, že hojení 3,5 mm velké rány v době zkoušek trvalo v průměru o 3 dny déle. Doba rekonvalescence se tedy navýšila o 40 % oproti běžné délce hojení.

O něco dříve byli studenti zkoumáni Jemmottem a kol (1983). Zaměřil na měření hladiny protilátky namířené proti infekcím horních dýchacích cest u studentů medicíny. Zjistilo se, že úroveň této protilátky byla u mediků znatelně nižší před zkouškami než v období začátku školního roku. Jiný tým vědců se o rok později zajímal o vliv osamocení a opuštěnosti studentů během zkouškového období na imunitní systém. Podařilo se prokázat, že studenti připravující se na zkoušky ve společnosti ostatních mají vyšší imunitní kompetenci než izolovaní jedinci (in Křivohlavý, 2001). Nejen u studentů má stres vliv na jejich zdraví. Blízkou ohroženou skupinou, u níž bylo prokázáno zvýšené riziko výskytu autoimunitních onemocnění oproti běžné populaci, jsou učitelé (Venter, 2001).

O možném vztahu **problematického dětství** informuje retrospektivní kohortová studie vykonaná na 15 357 probandech. Podmínkou pro účast ve studii byla hospitalizace spojená s jednou z 21 vybraných onemocnění (např. revmatoidní artritida nebo myastenia gravis). Participantů v dětství zažívali fyzické, psychické či sexuální zneužívání, rozvod rodičů nebo psychická onemocnění v rodině (Dube et al., 2009). Právě dobrá **sociální opora** je považována za jeden z důležitých faktorů, které aktivitu imunity pozitivně stimulují (Křivohlavý, 2001).

Metaanalýza Mohr et al., (2004) dokládá **neblahý vliv** různých podob především **chronického stresu** na činnost imunitního systému. Výzkum z roku 1996 (Kiecolt-Glaser, Glaser, Gravenstein, Malarkey, & Sheridan) byl zaměřen na dopady stresu spojeného s profesí pečovatelek o pacienty s progresivní demencí. U vyšetřovaných pečovatelek byla zjištěna nejen zvýšená náchylnost k nakažení virem chřipky, ale i větší tendence k depresím, celkové horší prospívání a také méně kvalitní hojivost ran. O vliv délky doby prožívaného stresu se zajímal Cohen et al. (1998), kteří na svých 200 probandech dokázali, že u jedinců vystavených chronickému psychickému stresu je vyšší pravděpodobnost onemocnění běžným nachlazením. U jedinců, na něž působil akutní stres, tento vztah nebyl nalezen.

Pruett (2003) dokonce upozorňuje na fakt, že ačkoliv chronický nebo obzvláště intenzivní stres působí na imunitní systém negativně, **akutní stres** či méně intenzivní stresory mohou být naopak spojovány s **vylepšením** některých **imunologických nebo zánětlivých stavů**.

Negativní vliv **velkých událostí**, jako je rozvod nebo úmrtí blízkého člověka na činnost imunitního systému a potažmo zdraví, je doložen (Porcelli et al., 2016). Existují však i výzkumy podporující opačné tvrzení, jako je studie autorů Nisipeanu a Korczyn (1993), podle kterých může stres dokonce redukovat riziko exacerbace roztroušené sklerózy.

Levy et al. (1989, in Krivohlavý, 2001) zajímalo, jak se podepisuje na činnosti imunitního systému **nálada**. Po šestiměsíčním pozorování skupiny probandů bylo zjištěno, že jedinci se špatnou náladou skutečně měli sníženou aktivitu imunity a častěji podléhali infekčním chorobám. K obdobným výsledkům dospěli také Masih, Belschak a Verbeke (2019), kteří našli signifikantní rozdíl v imunitních reakcích u osob hédonických a anhédonických.

2.3 Definice autoimunitního onemocnění

Do početné rodiny autoimunitních onemocnění náleží více než 80 chronických a často invalidizujících chorob (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2005). Jejich společným znakem je jsou prolomení mechanismů, které udržují reakci vůči vlastním tkáním ve fyziologických mezích, což vede k poškození vlastních tkání autoimunitní reakcí (Lukešová, 2016). Charakterizuje je také pomalý počátek, kdy jednotlivé fáze mohou trvat měsíce až léta. Během té doby se začnou tvořit „autoprotilátky“ a následně známky zánětlivého poškození tkání. (Hořejší, 2014).

Autoimunitní onemocnění jsou většinou stále pokládána za poměrně vzácná, nicméně i přes tuto skutečnost je jejich podíl na mortalitě a morbiditě signifikantní. Epidemiologická data se liší v závislosti na jednotlivých nemocech a geografických podmínkách, celosvětová prevalence se však udává mezi 3-5 % (Wang, Wang, & Gerhwin, 2015), je však zřejmá tendence trvalého nárůstu případů (Aaron, Wusterhausen, & Torsten, 2015). Pozoruhodné je, že většina autoimunitních chorob postihuje ženy v mnohem větším poměru než muže, podle Singh et al. (2016) až 3x častěji.

Etiologie autoimunitních nemocí je vždy multifaktoriální a zpravidla ne úplně odhalená. Obecně se dá říct, že se vždy jedná o interakci genetických a environmentálních faktorů (Singh et al., 2014). Úlohu vnějšího spouštěče, jehož přičiněním choroba manifestuje mohou zastupovat infekce, stres, strava či toxiny (Lukešová, 2016).

Autoimunitní onemocnění lze podle jejich dosahu rozdělit na tři základní skupiny, a sice **systemová, orgánově lokalizovaná a orgánově specifická** (Pomahačová et al., 2015).

- **Systemové autoimunitní choroby** se neomezují pouze na jeden specifický orgán či tkáň, kde propuknou. Typickými představiteli je systémový lupus, revmatoidní artritida, systémová sklerodermie nebo některé vaskulitidy.
- Mezi **orgánově lokalizovatelná autoimunitní onemocnění** patří například Crohnova choroba, celiakie, ulcerózní kolitida a plicní fibróza.
- Třetí skupinu **orgánově specifických onemocnění** tvoří endokrinopatie, autoimunitní neurologická onemocnění (roztroušená skleróza, myasthenia gravis), autoimunitní kožní onemocnění (psoriáza, vitiligo) a autoimunitní cytopenie (Hořejší, 2014; Pomahačová et al., 2015).

Protože současná medicína zatím nedokáže většinu a autoimunitních nemocí vyléčit, stávají se součástí života pacientů. Ti musí často čelit vysilujícím příznakům, zhoršení orgánových funkcí, snížené pracovní výkonnosti a zatěžujícím výdajům za prostředky spojené s léčbou. Dnešní terapie se soustředí na redukci symptomů a podporu co nejmenšího funkčního postižení (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2005). K účinné léčbě a prevenci autoimunitních onemocnění je však porozumění patofyziologickým mechanismům nezbytné (Viswanath, 2013).

2.4 Vybraná autoimunitní onemocnění

Autoimunitních onemocnění bylo v dnešní společnosti popsáno mnoho, v následujících podkapitolách však budou přiblíženi pouze vybraní zástupci, na něž se soustředí tato práce. U roztroušené sklerózy, revmatoidní artritidy, ankylozující spondylitidy a psoriázy budou představena základní epidemiologická data, nastíněna patofyziologie a etiologie, popsán klinický obraz a možnosti diagnostiky a léčby. Důvodem pro výběr právě těchto onemocnění pro byl pro mne fakt, že jde o onemocnění s relativně častějším výskytem v české populaci. Všechna tato onemocnění také spojuje pestrá škála a proměnlivost projevů, které mohou být pro běžný život značnými komplikacemi.

2.4.1 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (RS, *sclerosis multiplex*) patří mezi progresivní imunopatologická onemocnění. Postihuje **centrální nervovou soustavu** (CNS), kde vlivem zánětlivého procesu dochází k destrukci myelinu a axonů (Hoang, 2010; Meluzínová, 2010). Hlavním mechanismem choroby je porucha imunitního systému, jejímž následkem dochází k chybnému vyhodnocení vlastních antigenů CNS jako cizích. Na základě toho se rozvíjí zánětlivá reakce (Vališ, 2018).

Uvedené onemocnění je u žen v porovnání s muži pozorováno s dvakrát větší četností, přičemž převážně postihuje příslušníky bílé rasy (Hoang, 2010; Piřha, Vojtíšková, & Král, 2017). Manifestuje převážně v období mladší dospělosti, mezi 20 až 40 lety života, nicméně asi v 5 % případů postihuje i děti a adolescenty. Výskyt nemoci stoupá se zvětšující se vzdáleností od rovníku. **Incidence** je v ČR udávaná 11,7/100 000 obyvatel a **prevalence** nyní činí minimálně 170/100 000 (Piřha et al., 2017), což je více než dvojnásobný nárůst oproti situaci v 80. letech. Prevalence onemocnění má i nadále celosvětově vzestupnou tendenci (Vališ & Král, 2015).

Čím přesně je roztroušená skleróza vyvolávána doposud není známo, pracuje se však s teorií o autoimunitním zánětu centrálního nervového systému spuštěného přičiněním určitých faktorů vnějšího prostředí v interakci s genetickými činiteli (Horáková, 2011). Giovannoni (2019) však poukazuje na důležitou roli prodělání viru Epstein-Baarové, expozici UVB záření nebo kouření v kombinaci s individuálním genetickým pozadím. Závěry mnohých studií dávají vznik roztroušené sklerózy do souvislosti s vlivem životního prostředí. Stran genetického vlivu je v současnosti identifikováno 52 rizikových alel pro vznik choroby, z nichž je nejsilněji prokázána participace HLAB-DRB1 (Tsang, 2011). Naproti tomu Horáková (2011) označuje některé alely ze skupiny HLA-DRB1 dokonce za protektivní. Nepopíratelnou úlohu mají i stresující životní události (Hoang, 2010).

Klinické projevy roztroušené sklerózy se vyznačují velkou různorodostí. Často první příznaky spontánně odezní, což může vést k pozdější diagnostice nemoci (Vališ & Pavelek, 2017). Asi v 85 % případů se střídají relapsy a remise stavu, které se po 10 až 20 letech transformují letech do **sekundární progrese** chronického stavu s trvalým nárůstem invalidity. V této fázi vyhasíná aktivita zánětu a hlavním původcem problémů se stává neurodegenerace. U dalších 15 % pacientů dochází k pozvolnému zhoršování typickému pro **primárně progresivní formu** (Horáková, 2011; Vališ & Pavelek; 2015).

Mezi nejobvyklejší **počáteční projevy roztroušené sklerózy** patří neuritidy optického nervu a kmenové nebo spinální syndromy (Chabas & Fontaine, 2004). Pacienti často udávají poruchy citlivosti, slabost končetin, závratě, únavu, sexuální a sfinkterové obtíže, bolest, spasticitu nebo změnu chůze (Vališ & Pavelek, 2018). Vzácné nejsou ani dysfunkce všech oblastí kognice s nápadným deficitem schopnosti učení, stejně jako poruchy chování. Pacienti popisují pocity nespokojenosti se sebou sama, sníženou spontaneitu jednání, deprese a úzkosti (Hoang, 2010).

Diagnostika roztroušené sklerózy stojí na klinickém vyšetření a výsledcích magnetické rezonance, doplněné o laboratorní testy mozkomíšního moku a vyšetření evokovaných potenciálů (Tsang, 2011). Nedílnou součástí je **diferenciální diagnostika**, kdy je třeba s jistotou potvrdit, že se nejedná například o neuromyelitis optica, akutní diseminovanou encefalitidu, neuroboreliózu, jiná autoimunitní onemocnění (např. sarkoidózu) nebo některá neurodegenerativní onemocnění (např. spinocerebellární ataxii nebo nádorová a cévní onemocnění) (Piřha et al., 2017).

Přestože výsledky studií deklarují, že včasná diagnostika a zahájení léčby v počátečních stádiích nemoci mohou významně zpomalit postup choroby, pacienti trpící roztroušenou sklerózou bývají podrobena **dlouhodobé a náročné terapii** (Vališ & Pavelek, 2015). Základem je imunomodulační léčba, jejímž cílem je oddálit progresi (Piřha et al., 2017). Velmi důležitá je symptomatická terapie zaměřená na zlepšení kvality života a zachování funkčnosti, a nefarmakologická léčba. Poslední zmíněná skupina zahrnuje např. fyzioterapii, upravení stravovacích návyků a v neposlední řadě také péči psychologa (Dobson & Giovannoni, 2018; Tsang, 2011)

2.4.2 **Revmatoidní artritida**

Revmatoidní artritida (RA) je zánětlivé autoimunitní onemocnění symetricky postihující kloubní i mimokloubní struktury. Charakterizuje ji především chronická bolest a destrukce kloubů postupující distoproximálním směrem (Kourilovitch, Galarza-Madonado, & Ortiz-Prado, 2014). Cílovou oblastí potíží je synoviální tkáň kloubu, ale druhotně dochází k patologickým změnám také v synoviální tekutině, chrupavce či kostních strukturách. Vzniká zde vaskularizovaná granulační tkáň zvaná panus, která přerůstá chrupavku a přispívá tak nejenom k její destrukci, ale i k rozkladu kosti a šlachy (Bečvář & Pavelka, 2009; Suchý, 2003).

S **prevalencí** 1 % celosvětově se revmatoidní artritida stává nejčastějším zástupcem zánětlivých artritid. Může se vyskytnout prakticky v jakémkoliv věku, ale častěji manifestuje mezi 30. a 50. rokem života (Wasserman, 2011). Ženy bývají postiženy 2-3 krát častěji než muži (Suchý, 2003).

Etiologie revmatoidní artritidy není známá, předpokládají se však vlivy dědičných i zevních činitelů. U nemocných se ve velké míře (až v 90 %) vyskytují alely HLA-DR 4 a DR1. nejčastější vnější faktor je považován vznik infekce, jejímž působením dojde k aktivaci imunitního systému, ztrátě tolerance a zánětu ve tkáni kloubu. Přičiněním autoimunitních a cyklických pochodů je celý proces udržován i bez trvalé přítomnosti vyvolávajícího podnětu (Bečvář & Pavelka, 2009). Kromě již zmíněného je výskyt revmatoidní artritidy spojován i s nízkým socioekonomickým statusem, nízkou úrovní vzdělání a kouřením (Bagdhais et al., 2018).

Choroba obvykle probíhá chronicky a progresivně. **Projevy revmatoidní artritidy** lze rozdělit do dvou hlavních skupin, a sice na **kloubní a mimokloubní symptomy**. Pro klouby postižené zánětem je příznačný otok, citlivost, (především ranní) ztuhlost a omezení rozsahu pohybu. Predilekčně jsou ohroženy malé klouby rukou, nohou a krční páteře, ale afekce se může týkat i velkých kloubů, jako je kloub ramenní nebo kolenní. Poměrně častá je i artritida čelistních kloubů, která zapříčiňuje bolesti při žvýkání. Na základě eroze a změny pohyblivosti kloubu vznikají deformity a ztráta funkčnosti (Bečvář & Pavelka, 2009; Mustafa et al., 2018). Pro lepší představu ilustruje deformity malých kloubů ruky při revmatoidní artritidě obrázek č. 2.



Obrázek č. 2 – Rentgenový snímek zobrazující deformity drobných kloubů rukou
(Bečvář & Pavelka, 2009, 342)

Mimokloubní potíže jsou nápadné přítomností revmatoidních uzlů o velikosti hrášku, které se tvoří v podkoží, ale i ve vnitřních orgánech. Patologie lze najít v plicích, kardiovaskulárním systému, svalech a kostech, očích či nervovém systému (Suchý, 2003).

Průkaz revmatoidní artritidy je založen zejména na klinickém vyšetření v kombinaci s výsledky laboratorních testů. Využívají se při něm standardizovaná kritéria, která byla v roce 2010 revidována Americkou revmatologickou asociací (Bečvář & Pavelka, 2009; Wasserman, 2011). Z hlediska **diferenciální diagnostiky** je třeba vyloučit choroby jako systémový lupus, psoriatickou artritidu nebo systémovou sklerodermii (Wasserman, 2011).

V dnešní době není znám lék, nicméně dostupné možnosti **terapie** se soustředí na zpomalení postupu nemoci a redukci symptomů. Chorobu – modifikující léky mají význam v boji proti bolestivým otokům a prevenci deformit (Mustafa et al., 2018). V období akutních projevů nemoci se nasazují glukokortikoidy. Za v současnosti neúspěšnější typ terapie, který hraje klíčovou roli v ovlivnění průběhu choroby, je považována **biologická léčba**. Důležitou součástí je dodržování režimových opatření v akutním stavu, mezi něž náleží několikadenní klid na lůžku a prevence vzniku kontraktur. Ke slovu se dostává i fyzioterapie nebo chirurgické zásahy (Bečvář & Pavelka, 2009).

2.4.3 Ankylozující spondylitida

„Ankylozující spondylitida je chronické, zánětlivé onemocnění postihující jednak páteřní struktury (sakroiliitida, spondylitida), jednak periferní klouby a šlachové úpony. Ankylozující spondylitida však může mít i řadu mimokloubních manifestací (oči, kůže, gastrointestinální trakt, srdce), jde tedy jasně o systémové onemocnění.“ (Pavelka, 2012, 5).

Ankylozující spondylitida náleží do skupiny skupiny spondyloartritid, rovněž známa pod názvem Bechtěrevova nemoc, se projevuje především **zánětem kloubů páteře**. Zde vlivem autoimunitní reakce dochází k osifikaci části vazivového prstence meziobratlové ploténky a okolních vazů a vznikají tzv. ankylózy (Forejtová, 2009).

Prevalence ankylozující spondylitidy v evropských zemích osciluje mezi 0,5 a 1 %, přičemž se až 3krát čteněji objevuje u mužů (Pavelka, 2012; Šenolt, 2011), podle některých autorů dokonce 7-10krát (Forejtová, 2009). Symptomy se obvykle začínají objevovat již v období rané dospělosti a až v 80 % případů je diagnóza stanovena před 30. rokem života (Sari, Öztürk, & Akkoç, 2015).

Stejně jako je tomu u ostatních autoimunitních nemocí, i pozadí Bechtěrevovy nemoci tvoří složité interakce různých okolností, z nichž některé zůstávají nejasné. Podstatnou roli zřejmě hrají genetické faktory v podobě antigenu HLA-B27 přítomného v 90-95 % případů (Zhu et al., 2019). V souvislosti s **etiopatogenezí** ankylozující spondylitidy se často hovoří také o infekcích, zejména urogenitálního traktu, nově o velmi častém nespecifickém zánětu střevní sliznice (Forejtová, 2009).

Ankylozující spondylitida začíná plíživě a neurčitě, ale s postupem času se obvykle **klinický obraz** stává značně specifickým. Prvním příznakem je většinou tupá bolest doprovázená ranní ztuhlostí v křížovobederní oblasti, která s pohybem mizí a s inaktivitou se zhoršuje (Sieper et al., 2002). Posléze dochází k progresi a se přidávají se další příznaky. Sledují se tzv. **rentgenová stadia**, která odráží lokalizaci zánětlivých změn na páteři a zároveň definují pokročilost onemocnění. Tato klasifikace počítá s postupem zánětu ascendentním směrem, kdy nejmírnější stádium 1 reprezentují změny v jednom křížokyčelním kloubu a poslední stádium 5 poukazuje na postup až ke krční páteři (Pavelka, 2012).

Pokročilou ankylozující spondylitidu prozrazuje typická změna postury a omezená pohyblivost páteře, která z důvodu osifikace páteřních ligament získává na rentgenu vzezření bambusové tyče (Dougados, 2005). Kaudokraniální průběh je sice nejčastější, nicméně tomu tak není ve všech případech. Zánětem jsou asi v polovině případů postiženy i jiné klouby, například kolenní, kyčelní nebo ramenní. Poměrně často nasedají i **mimokloubní potíže**, nejčastěji lze pozorovat entezopatie (např. Achillovy šlachy), uveitidu, endokarditidu či jiná srdeční postižení, osteoporózu (převážně krční páteře), plicní fibrózu nebo nespecifické onemocnění střev (Dougados, 2005; Golder, 2013).

Diagnostika respektuje kritéria, podle kterých se odborníci řídí už od roku 1984. Nezbytné je splnění **radiologického kritéria**, tedy viditelnost patologických změn na RTG, jež zároveň umožňuje sledovat zmíněná rentgenová stadia. Dále se vyšetřuje přítomnost alespoň jednoho z **klinických kritérií** v podobě páteřní bolesti zánětlivého charakteru a kineziologické nálezu omezení hybnosti bederních páteře a dýchacích pohybů. Z pohledu diferenciální diagnostiky jsou v úvaze zánětlivé choroby pohybového ústrojí a změny degenerativního či metabolického původu (Forejtová, 2009).

Komplexní léčbu ankylozující spondylitidy, která se skládá z farmakologické, nefarmakologické a eventuálně chirurgické složky, by měl zajišťovat multidisciplinární tým v čele s revmatologem, ortopedem, fyzioterapeutem a případně dalšími specialisty (Pavelka,

2012). Cílem je podrobná edukace s odkazem na patientské organizace a pravidelné domácí cvičení prokládané intervencemi s odbornou supervizí či pobyt v lázních a symptomatická léčba. Při obtížích se přistupuje k medikamentózní léčbě a pro pacienty s aktivní postupující formou nemoci je vyhrazena biologická léčba (Dougados, 2005; Šenolt, 2011).

2.4.4 Psoriáza

Psoriáza neboli **lupénka** je jednou z nejčastějších kožních dermatóz. Jedná se o autoimunitní zánětlivou systémovou chorobu, která se vyskytuje v různých formách (Benáková, 2005). Charakteristickým znakem psoriázy je trvalý zánět, který vede k nekontrolovatelné proliferaci keratinocytů, tedy hlavního typu buněk lidské pokožky (Rendon & Schäkel, 2019). Takto vznikají většinou symetrické ostře ohraničené červené plaky a papuly potažené bílými nebo stříbrnými šupinkami (World Health Organization, 2016). Přestože psoriáza nepatří mezi život ohrožující stavy, má výrazný vliv na fyzické, psychické a sociální aspekty života. V současnosti zaujímají pacienti trpící středně těžkou a těžkou formou lupénky 2. místo v žebříčku negativního dopadu na kvalitu života, hned po depresi (Drozenová, 2008).

S psoriázou se v různé míře potýkají pacienti na celém světě. **Prevalence** jejího výskytu osciluje mezi hodnotami 0,2 % v Číně až po 4,8 % v Norsku (Eng et al., 2013). Ve středoevropské populaci se počítá s 2-3 % nemocnými. K propuknutí lupénky dochází u žen i mužů stejně ve stejné míře, nejčastěji mezi 15. až 20. rokem života a ve druhé špičce v rozmezí 40. a 50. roku, avšak může se objevit kdykoliv (Drozenová, 2008).

Vznik psoriázy je výsledkem interakcí imunologických, genetických a vnějších komponent. Rizikovým faktorem se ukázalo být kouření, anamnéza infekčního onemocnění (např. streptokokové infekce), ale také užívání některých léků (Flytström, 2012). Za obvyklý faktor přispívající ke vzniku psoriázy se považuje stres a pozadí jiných chronických obtíží, kupříkladu Crohnovy choroby (Dutta, Chawla, & Kumar, 2018). Podle Drozenové (2008) nelze vyloučit ani vlivy klimatu, životosprávy a hormonální vlivy.

Klinické projevy psoriázy jsou, stejně jako množství forem, ve kterých se vyskytuje, početné a různorodé. K zdaleka nejčastějším afekcím v podobě červených plaků se stříbrnými šupinkami na kůži a nehtech může naléhat zánětlivá artritida a jiné četné komorbidity (World Health Organization, 2016).

Nejčastějším subtypem je **Psoriasis vulgaris**, ložisková forma lupénky, která představuje až 80 % všech případů. Vzniklé léze mohou mít různý tvar a velikost bodovitých nebo mincovitých morfů, jež mohou přecházet ve velké plochy či dokonce pokrývat celý kožní povrch. Méně často, asi ve 12 % případů, se postižení soustředí na dlaně a plosky (**psoriasis palmoplantaris**), což se projevuje v podobě nepříjemných a bolestivých omezení v běžných činnostech. **Inverzní psoriáza** se vyskytuje v oblastech kožních záhybů, například v podpaží, v tříselech nebo pod prsy, kde vytváří silně červená suchá anebo mokvavá ložiska. Dlouhodobé projevy **psoriázy kštice** mohou mít za následek až vypadávání vlasů (Drozenová, 2008).

Závažné formy lupénky zpravidla doprovází další systémová zánětlivá onemocnění. Anamnestické údaje nezdávka obsahují zároveň Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu, diabetes mellitus II. typu, ischemickou chorobu srdeční, metabolický syndrom, hypertenzi, obezitu, dnu a také deprese a úzkosti (Eng et al., 2013; Nevoralová, 2013). Léze psoriázy ilustruje obrázek č. 3.



Obrázek č. 3 – Rrytematické plaky se šupinami (Eng et al., 2013, 7)

Diagnóza se stanovuje **klinickým vyšetřením**, příležitostně se přistupuje k provedení biopsie, která slouží k potvrzení atypických manifestací a odlišení od jiných kožních potíží (Eng et al., 2013).

Je zřejmé, že **terapie** je vždy dlouhodobá a komplexní. Důraz neleží pouze na medicínském přístupu, ale také na aspektu psychologickém a sociálním (Benáková, 2005). Přesná volba přípravků a procedur závisí na závažnosti a komorbiditách každého případu. Využívá se farmak, derivátů vitamínu D., fototerapie, balneoterapie se současným využitím klimatoterapie a svou roli sehrává i psychoterapie (Redon & Schäkel, 2019; Drozenová, 2008).

3 PROBLEMATIKA STRESU

Stres je důležitým a všudypřítomným činitelem ovlivňujícím nejen lidské životy. Protože tato práce zkoumá vliv stresu na vybraná onemocnění, považují za důležité, aby byl na tomto místě stručně představen. V rámci této kapitoly jsou popsány základní poznatky o stresu, jeho definice, příznaky, významné teorie a kategorizace stresu a stresorů. Důraz je kladen především na obeznámení s vlivem stresu na zdravotní stav.

3.1 Definice pojmu stres

Světová zdravotnická společnost (WHO) označila stres za „epidemii 21. století“, nicméně jeho přítomnosti a vlivu si již byl vědom Aristoteles nebo Hippokratés (Fink, 2010). Významnost působení stresu dokladuje i vysoká frekvence a široké spektrum definic, s nimiž je spojován v běžné mluvě. Lidé jej používají k označení jakékoliv zátěže, požadavků, situačních důsledků či pocitů frustrace. Přestože se tyto výklady neshodují s vědeckým jazykem, ani odborná veřejnost neuvádí jednotný výklad pojmu (Urbanovská, 2012).

Poprvé termín stres uvedl do lékařské literatury **Hans Selye**, přičemž položil jeho dodnes nejobecnější definici, která říká, že stres je **nespecifická reakce těla na jakoukoliv zátěž** (in Fink, 2010; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Stres reprezentuje všemožné odpovědi organismu na narušení homeostázy, tedy cílené snahy organismu navrátit a udržet předešlý rovnovážný stav vnitřního prostředí (Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Křivohlavý (2001, 170) upozorňuje na fakt, že pro vymezení stresové situace je *„...podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopností, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout.“* Z toho vyplývá, že stresovou situaci vyvolává taková **zátěž**, která je pro daného jedince **nadlimitní**. V souladu s tím vidí stres Mohapl (1992) jako zátěž, jež na organismus dolehla.

Pro ucelený náhled na pojetí stresu je třeba doplnit, že ohrožení nemusí k v danou chvíli působit, ale k vyvolání nadlimitní zátěže způsobující stresovou situaci může postačit i pouhá jeho **anticipace**. Urbanovská (2012, 13) proto obecně charakterizuje stres *„...jako jistý psychofyzický stav člověka, který je něčím ohrožen či nějaké ohrožení očekává a přitom se necítí být dostatečně kompetentní k tomu, aby tomuto ohrožení čelil.“*

3.2 Stresory

Stresory charakterizoval Selye (in Slavich, 2016, 347) jako „*to, co spouští stres*“. Jsou to tedy jakékoliv faktory, na jejichž působení organismus odpovídá stresovou reakcí (Adam et al., 2019).

Spouštěče stresu lze klasifikovat podle několika proměnných. Je-li například brán v potaz jejich **původ**, lze rozeznat *fyzické* (hlučné prostředí, zranění), *psychické* (tíživá vzpomínka, pocit zodpovědnosti) a *sociální* (problémy s výchovou dítěte) vlivy (Nakonečný, 1998; Adam et al., 2019). Z hlediska **obsahu** jsou stresory kategorizovány jako *výkonové* (školní, pracovní, sportovní) a *interpersonální*. Častým kritériem je také **intenzita** spouštěčů, podle níž se rozlišují *živelné katastrofy*, *osobní tragédie* a *běžné každodenní starosti/události* (Urbanovská, 2012). Jiné dělení podle intenzity nastínil Křivohlavý (1994). Rozeznává *mikrostresory* a *makrostresory*.

Stresorem může být nečekaná nebo naopak očekávaná důležitá životní událost, ale i vnitřní prožitek – např. bolestná vzpomínka. Významné potenciálně stresující situace povedeně zahrnují Holmes a Rahe do svého **Inventáře životních událostí**, kde je pomocí bodové škály seřadili od nejnáročnější po méně náročné. Vychází z předpokladu, že životní události vyžadují různou míru aktivní adaptace jedince v čase. Za nejrizikovější autoři považují úmrtí životního partnera, rozvod nebo separaci, vězení, smrt v rodině, zranění či nemoc, škálu však tvoří celkem 43 položek (Pelcák, 2013; Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Křivohlavý však (2001) upozorňuje, že vedle tzv. **velkých individuálních stresorů** bývá velmi často příčinou vzniku nadlimitní zátěže kumulace tzv. **běžných každodenních starostí**.

Otázce identifikace nejčastějších **stresorů v moderní společnosti** bylo věnováno mnoho pozornosti. Za běžné příčiny stresu je považována situace v zaměstnání (neúměrná pracovní zátěž, vztahy na pracovišti, časový stres, příliš mnoho zodpovědnosti, kontakt s lidmi), ale i potíže spojené s nezaměstnaností, dále hluk, nedostatek spánku, napětí v mezilidských vztazích (nejčastěji v rodině a na pracovišti), pocit nesvobody a bezmoci a v neposlední řadě omezený prostor k pohybu bez možnosti úniku (Křivohlavý, 2001). Kutínová (2015) poukazuje na velmi významný soudobý stresor, a sice na vztah člověka ke způsobu zpracování informací. Jestliže člověk dlouhodobě zpracovává větší množství informací, než je optimální pro jeho centrální nervový systém, zanechává to na jeho psychické výkonnosti negativní následky.

3.3 Klasifikace stresu

Stres může mít mnoho přívlastků a mnoho dělení. V této práci jsou uvedeny klasifikace podle kvality stresu, podle délky působení a podle míry intenzity stresu.

3.3.1 Klasifikace stresu podle kvality

Nezákladnější a nejdůležitější dělení stresu položil Hans Selye, když v roce 1974 (in Li & Li, 2016) představil koncept pozitivní zátěže, kterou pojmenoval **EUSTRES**. Popsal ho jako zdravý a motivující jedinec ke konstruktivním výsledkům. Lazarus eustres považuje za pozitivní kognitivní reakci na stresor, spojenou příjemnými pocity a zdravým fyzickým stavem.

Vzhledem k tomu, že člověk potřebuje neustálý přísun podnětů, aby zamezil nudě (považované za velmi silný stresor) nebo dokonce deprivaci, je určitá optimální hladina stresu skutečně nezbytná a je vnímán jako **tvůrčí motivační síla** (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Je však třeba mít na paměti, že i příjemně prožívaný stres, je-li ho přemíra, má za následek devastující poruchy, příkladem je euforie u workoholiků jakožto příčina kardiovaskulárních onemocnění (Adam et al., 2019).

Na druhé straně stojí negativní stres, tedy **DISTRES**, jehož definice odpovídá významu slova stres v každodenních konverzích (Li & Li, 2016). Prožívání distresu může vést k poškození jedince, rozvinutí onemocnění a v nejzávažnějších případech dokonce zavinit smrt. Kromě destruktivních dopadů však může nepříjemně prožívaný stres často přispět k záchraně života. Takový případ reprezentuje jedinec utíkající od požáru (Adam et al., 2019).

3.3.2 Klasifikace stresu podle délky doby působení

Významnou roli hraje hledisko doby, po kterou je jedinec stresu vystaven. **AKUTNÍ** čili **KRÁTKODOBÝ STRES** má v lidském životě nezastupitelnou úlohu: pomáhá organismu držet ostražitost a připravit se na okamžité akce a reakce. Právě jeho přičiněním je člověk schopen odtáhnout ruku od rozpálené ploténky v relativně velmi krátkém čase (Patel-Davis & Rhodes, 2017).

Opačný pól představuje **CHRONICKÝ** nebo také **DLOUHODOBÝ STRES**, který často přetrvává měsíce až roky. Nastává v situacích, kdy se vlivu stresoru nelze zbavit ani jej nijak vyřešit (Mariotti, 2015; Patel-Davis & Rhodes, 2017). **Chronický traumatický stres** je pro organismus neobyčejně destruktivní, poškozující psychické i tělesné zdraví a potenciálně ohrožující i samotný život (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008). Ukazuje se také, že přítomnost dlouhodobého stresu může zesílit prožívání životních událostí, ale i snížit některé reakce na akutní stres (Kessler, 1990).

Opakující se situace v životě doprovází **INTERMITENTNÍ**, též **EPIZODICKÝ AKUTNÍ STRES**, který se neustále objevuje a zase mizí, a činí tak dříve, než se na něj organismus dokáže adaptovat. Může být spojen např. s opakovanými potížemi malého školáka nebo epizodickým kolísáním hmotnosti dívky posedlé svým vzhledem. Spolu s dlouhodobým stresem bývá častou příčinou chronických onemocnění (Mohapl, 1992; Patel-Davis & Rhodes, 2017).

3.3.3 Klasifikace stresu podle míry intenzity

Podle míry intenzity stresu je rozlišován hyperstres a hypostres.

HYPERSTRES jedinec výrazně pocítuje, neboť překračuje hranice adaptability organismu (Křivohlavý, 1994). V dnešních podmínkách se často jedná o výsledek přepracování nebo jiného přetížení. Oběti hyperstresu potom stačí i nepatrný spouštěč pro vyvolání silné emoční reakce (Sundhararaman & Sumathy, 2015).

Na opačném pólu stojí **HYPOSTRES** jako výsledek permanentního stresu vytvářeného nudou a únavou. Zatím nedosáhl na práh obvyklé neovladnutelnosti, ale kumulací dlouhodobě působících tzv. ministresorů může dojít ke zvratu. Na podkladě dlouhotrvající nudy nebo frustrace se mohou vyvinout např. příznaky deprese (Faizan & Haque, 2019; Křivohlavý, 1994).

3.3.4 Příznaky stresu

Reakce na prožívaný stres se podle Mlčáka (2011, 41) odehrávají na úrovni „...*fyziologických, kognitivních, emotivních, motivačních a behaviorálních symptomů.*“

Křivohlavý (1994) je vytvořil natolik povedený soubor pravděpodobných projevů distresu, že se z něj stal celosvětově využívaný nástroj WHO pro orientační diagnostiku stresu. Přehled nabízí tabulka č. 1.

*Tabulka č. 1: Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu
(Křivohlavý, 1994, 29-30)*

Fyziologické symptomy	Emocionální symptomy	Behaviorální symptomy
Bušení srdce (palpitace)	Prudké výkyvy nálad	Nerozhodnost
Bolest a sevření za hrudní kosti	Nadměrné trápení se nedůležitými věcmi	Neopodstatněné a bezdůvodné nářky
Nechutenství a plynatost, křečové břišní bolesti, průjem	Neschopnost empatie a náklonnosti	Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování
Dvojitě vidění, potíže zaostřit na jeden bod	Nadměrné starosti o vlastní zdraví a vzhled	Vyhýbání se odpovědnosti, úkolům, podvádění
Impotence, snížené libido	Nadměrné snění a omezení sociálního kontaktu	Nepozornost při řízení auta, zvýšená nehodovost
Změny menstruačního cyklu	Výbušnost, agresivita	Zvýšená konzumace alkoholu a cigaret
Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou	Úzkostnost	Sklon k drogám, zneužívání léků na spaní
Napětí a bolesti páteře, migrény	Smutek, deprese	Změny denního rytmu, únava
Exantém (vyrážka na obličej)	Apatie	Nechutenství nebo naopak přejídání
Nepříjemné pocity v hrdle (knedlík v krku)	Pocity únavy a poruchy pozornosti	Zhoršení pracovního výkonu a kvality práce

3.4 Významné teorie stresu

Nadměrná zátěž a reakce s ní spojené vzbuzovaly a vzbuzují pozornost nejen přímých účastníků, ale také na vědeckém poli. O tíze každodenní práce přemýšleli už staří Řekové ve svém mýtu o Sisyfovi, jehož odkaz se udržel dodnes jakožto analogie dlouhého a nikdy nekončícího seznamu úkolů, které čekají každé ráno v e-mailové schránce (Slavich, 2016). V kontextu tématu stresu je na místě uvést alespoň nejnámější teorie stresu.

Novodobější historie nabízí myšlenky C. Darwina a C. Bernarda, kteří v 19. století jako jedni z prvních popsali nutnost organismů přizpůsobit se neustále měnícím se podmínkám, aby přežily (Slavich, 2016). V průběhu 20. století došlo k systematickému experimentálnímu studiu tohoto jevu. Položení první definice stresu od H. Selyeho předcházely výsledky

zkoumání I. P. Pavlova, který popisoval fyziologické změny v organismu psů vystavených konfliktním situacím, a především W. Cannona (Křivohlavý, 2001).

Americký fyziolog **W. Cannon** soustavnými experimenty s laboratorními krysami a studiem chování zjistil, že okamžik ohrožení vede k **mobilizaci celého organismu** s výbojovým zvýšením činnosti sympatického nervového systému. Pro tento poznatek, který nazval **akutní stresová reakce**, se o Cannonovi hovoří jako o průkopníkovi studia **sympatoadrenálního systému** při stresu (Křivohlavý, 2001; Robinson, 2018).

Na Cannonovu práci navázal **H. Selye**, původem maďarský, posléze kanadský fyziolog, kterému se právem přezdívá „otec stresu“. Jeho pokusy s laboratorními krysami odhalily, zvířata vystavena stresujícím podmínkám vykazovala žaludeční vředy a zvětšené nadledvinky. Vlivem těchto závěrů bylo založeno tzv. **kortikoidní pojetí stresu**. (Joshi, 2007; Křivohlavý, 2001). Největším Selyeho přínosem však zůstává notoricky známý koncept zvaný **Obecný adaptační syndrom** (*GAS – General Adaptation Syndrom*), který se skládá z **poplachové fáze, fáze rezistence a fáze vyčerpání** (Adam et al, 2019). Trvá-li fáze rezistence neúměrně dlouho, rozvíjí se soubor příznaků, který shrnuje termín „**nemoci adaptace**“ (Křivohlavý, 2001). Selye také předpokládal, že jestliže psychosociální faktory mají v životě člověka stejný, možná dokonce větší význam než biologická sféra, budou mít psychosociální stresové okolnosti stejně závažné biologické důsledky. Zrodil se tak **koncept psychosociálního stresu**, který byl uznán a potvrzen mnoha pozdějšími výzkumy (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

Třetí významnou teorií přispěl **R. Lazarus**, v popředí jehož zájmu stála snaha zjistit, co se děje v psychice člověka čelícího závažné stresové situaci (Fink, 2017). Svoje svého pozorování představil v modelu dvojího zhodnocování situace ohrožení, který vznikl se spoluprací se Suzan Folkman. Výsledek veškerého pozorování představuje **model dvojího zhodnocování situace ohrožení** vzniklý ve spolupráci se Susan Folkman. Způsoby (např. fyzické, komunikativní nebo interpersonální) jak se vyrovnat se zátěží pojmenovali autoři pojetí **coping** (Matthieu & Ivanoff, 2006; Křivohlavý, 2001).

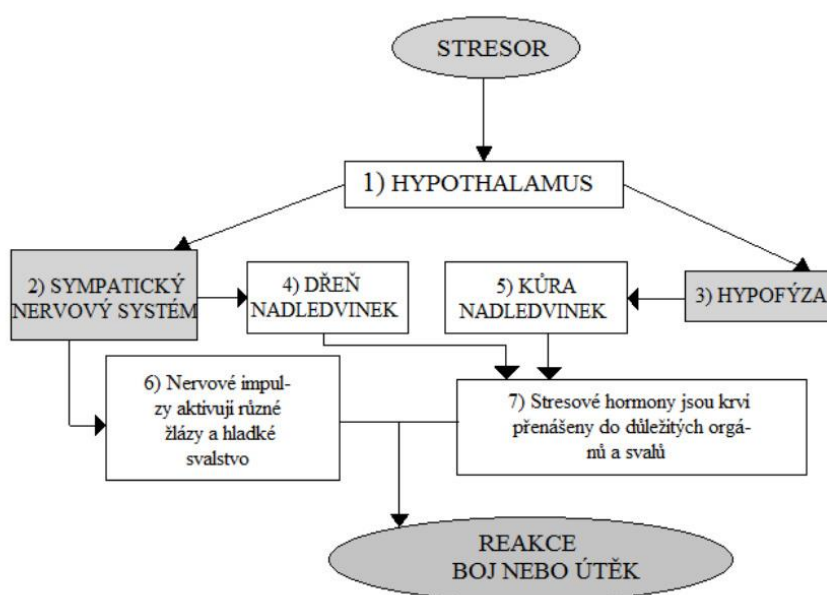
3.5 Reakce na stres a jeho vliv na zdraví

Následující část je věnovaná popisu vlivu stresu na zdraví. Budou v ní přiblíženy reakce spojené se stresem a jeho dopady na mozek, psychický stav, endokrinní, kardiovaskulární, dýchací, zažívací, rozmnožovací a vylučovací systém. Vliv stresu na imunitní systém je podrobněji rozebrán v rámci kapitoly 2.2.

Reakce na stres je ve skutečnosti složitou kaskádou mnoha dějů, do nichž jsou napojeny četné tělesné systémy. První, kdo odpovídá na bezprostřední stresovou situaci, je **hypotalamus**, který oslovuje **sympatický nervový systém** a **adrenokortikální systém** (Urbanosvká, 2011).

Sympatická větev působí na hladké svalstvo, aktivuje potřebné orgány a podněcuje **dřeň nadledvinek** k sekreci hormonu **adrenalinu** a **noradrenalinu** (Urbanosvká, 2011). Přestože katecholaminy působí pár sekund, spustí širokou škálu dějů (Sharma, 2018).

Na faktor kortikotropin (CRF) uvolněný hypotalamem reaguje **hypofýza**, která na základě toho produkuje **adrenokortikotropní hormon** (ACTH). Ten je pomocí krve přepraven do svojí destinace, a tou je **kůra nadledvinek**. V adrenální kůře se jeho vlivem vyplavuje hormon **kortizol**, podílející se na regulaci cukru v krvi, a další působky. Pčiněním adrenokortikotropního hormonu dojde z různých endokrinních žláz k uvolnění dalších asi 30 látek. Díky této sekvenci reakcí je tělo připraveno na boj nebo útěk (Urbanosvká, 2011). Pro lepší orientaci je řetězec reakcí na stres stručně vystihnout na obrázku č. 4.



Obrázek č. 4 – Fyziologická reakce na stresor (Urbanosvká, 2012, 20)

3.5.1 Vliv stresu na mozek a psychiku

Nachází-li se jedinec ve stresové situaci, činnost mozku se přizpůsobí situaci. Na povel serotoninu a adrenalinu mozek ve stresu **upozaduje** složitější a pomalejší evolučně mladší „**racionální**“ **zpracování informací**, zatímco se ke slovu dostávají vývojově starší rozhodovací vzorce známé jako **instinkty**, které přebývají v podkorových centrech. Výhodou je rychlejší reakční čas, který však vyvažuje větší chybovost (Adam et al., 2019).

Prožívání stresu rozmanitým způsobem ovlivňuje četné funkce mozku a může způsobit i strukturální změny. V mozku se nacházejí receptory, jež vnímají glukokortikoidy a mineralokortikoidy. Prostřednictvím těchto čidel potom mozek reaguje na hormonální změny ve svém prostředí (Yaribeygi et al., 2017).

Změny morfologie se mohou týkat různých částí mozku. Působení chronického stresu v některých případech vede k **atrofii**, tedy úbytku **mozkové hmoty**. Od tohoto úkazu se odvíjí odlišnosti v reakci na stres, poruchy kognitivních funkcí a paměti. Rozsah těchto změn je závislý právě na charakteru a době trvání stresu (Yaribeygi et al., 2017).

Trvalá přítomnost stresových hormonů v těle může **snížit funkci buněk hipokampu**, centra důležitého pro ukládání nových dlouhodobých vzpomínek, udržení pozornosti a odfiltrování nepodstatných informací a schopnost vytvořit si úsudek a najít řešení. To je důvod, proč lidé trpící dlouhodobých stresem často jeví známky zmatení, vykazují potíže s koncentrací, hůře se učí nové věci a obtížněji provádějí rozhodnutí (Borikar & Sheth, 2016).

Kromě rozdílného fungování není výjimečné ani **zmenšení objemu hipokampu**. Magnetická rezonance (MRI) jej odhalila u dospělých trpících posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), dospělých depresivních žen, které byly zneužívány v dětství anebo žen s hraniční poruchou osobnosti (Anda et al., 2006). Se zhoršením paměti vlivem stresu souhlasí i Adam et al. (2019) a zároveň poukazuje a souvislost s předčasným stárnutím.

Dlouhodobá expozice stresu může zapříčinit i **funkční změny** manifestující jako behaviorální dysfunkce, negativní emocionální stavy, dokonce může spolupotencovat změny osobnosti (Borikar & Sheth, 2016; Yaribeygi et al., 2017). Výzkumy ukazují přítomnost stresu na počátku deprese. Často tomu tak bývá u chronicky nemocných jedinců, ale překvapivě také u jejich pečovateli (Křivohlavý, 2001). Jako negativní faktor, který zesiluje symptomy, byl stres shledán i u osob trpících úzkostnými stavy, bipolární afektivní poruchou, migrénami, či závislostmi. U některých jedinců může dojít ke změnám osobnosti v reakci na přítomnost stresových hormonů. Lze u nich pozorovat zesílení rysů jako je vztek,

hostilita, impulzivita, lhaní a vymyšlení výmluv nebo agresivní chování (Adam et al., 2019; Borikar & Steth, 2016).

Je však nutné dodat, že ne vždy je stres pro mozek pouze negativním faktorem, jak vysvětluje Joshi (2007). Občasné **krátkodobé vypětí** dokonce **zvyšuje přísun energie do mozku**, čímž narůstá výkon neuronů a bystří paměť. Ukázalo se také, že proces posilování paměti a zlepšení schopnosti učení je obvykle zřetelnější po prodělání stresového zážitku (Yaribeygi et al., 2017).

3.5.2 Vliv stresu na endokrinní systém

Mezi humorálním systémem a stresem existuje velmi široká vzájemná vazba. Na jedné straně má stresová zátěž mnoho jemných a komplexních účinků na činnost žláz s vnitřní sekrecí, a stejně tak endokrinní soustava mnoha cestami ovlivňuje reakci na stres (Yaribeygi et al., 2017).

Organismus odpovídá na zátěž **změnou hladiny mnoha hormonů**. Může dojít k nabuzení anebo změně aktivity mnoha endokrinních procesů spojených s hypotalamem, hypofýzou, nadledvinkami, pohlavními žlázami, štítnou žlázou nebo slinivkou břišní (Yaribeygi et al., 2017). K co nejefektivnějšímu přizpůsobení se a mobilizaci nových zdrojů přispívají zvýšenou sekrecí glukokortikoidy, katecholaminy, růstový hormon, prolaktin a řada dalších. Pokles produkce naopak mohou vykazovat například hormony štítné žlázy nebo inzulin (Ranabir & Reetu, 2011).

Stejně jako v jiných systémech může stres výrazně napomoci vzniku některých **endokrinních poruch**. Epidemiologické studie postulují, že jedinci trpící Graves-Basedowovou chorobou před manifestací nemoci zažili více stresujících událostí než kontrolní subjekty. Psychický stres může mimo jiné potencovat obezitu, psychosociální nanismus nebo diabetes mellitus (Ranabir & Reetu, 2011). U diabetiků je rovněž prokázána vyšší frekvence těžkých životních zážitků než u ostatních jedinců (Křivohlavý, 2001).

Zajímavým předmětem diskuzí o vlivu stresu na endokrinní systém, který si vysloužil pozornost odborníků, je **výskyt hirsutismu**, tedy patologického růstu a distribuce ochlupení u žen (Heresová & Vrzáňová, 2007). Satpathy (2008) uvádí nezvykle častou asociaci hirsutismu u dospívajících nebo dospělých žen a velmi silného prolongovaného psychosociálního stresu (např. smrt milované osoby, sebevražda některého z rodičů) předcházejícího klinickému propuknutí onemocnění.

3.5.3 Vliv stresu na kardiovaskulární systém

Prožívání stresu vyvolává aktivaci **autonomního nervového systému**, čímž ovlivňuje kardiovaskulární systém. Jestliže dochází k **zvýšené činnosti sympatického nervstva**, následkem je především zvýšení srdeční frekvence, zesílení srdečních kontrakcí, vazodilatace tepen přilehlých ke kosterní svalovině, zúžení lumen žil a naopak konstrikce ve slezině a ledvinách, které současně sníží exkreci sodíku (Yaribegi et al., 2017). Všechny tyto procesy vedou k vyšší distribuci krve a kyslíku do mozku a srdce a zaručují tak více síly a energie k akci (Borikar & Sheth, 2016).

Někdy však stres může zapříčinit **nabuzení parasimpatiku**, který, pokud vede ke stimulaci limbického systému, se projevuje zcela opačnými ději. Je možno pozorovat pokles, v krajních případech až zastavení, srdeční činnosti, sníženou kontraktilitu i redukci vedení srdečních impulzů, periferní vazodilataci a snížení krevního tlaku. A konečně stres může modifikovat funkci vaskulárních endotelových buněk a tím zvýšit riziko trombózy a ischemie (Yaribegi et al., 2017).

Pozitivní asociace mezi prožíváním stresu, ať už akutního nebo chronického, a **kardiovaskulárními nemocemi** byly prokázány mnoha výzkumy (Křivohlavý, 2001; Yaribegi et al., 2017). Bádání potvrdila zejména relativně úzkou souvislost mezi vznikem anginy pectoris a distresem intenzivně působícím v obdobím před manifestací prvních příznaků (Křivohlavý, 2001). Podle Americké psychologické asociace (APA) může prolongovaný stres přispět k chronickým problémům kardiovaskulárního systému neustálým zvyšováním srdeční frekvence, trvale zvýšenou hladinou hormonů a krevního tlaku, z čehož se může vyvinout hypertenze, palpitace, infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda (in Borikar & Sheth, 2016). O průkazu vztahu hypertenze a působení stresu se hovoří také další studie. Úlohu stresoru ve výzkumu hrál např. nepřetržitý hluk v pracovním prostředí, přičemž u pracovníků mu vystavených byla zjištěna nejen lehká nedoslýchavost, ale i zvýšený krevní tlak (Křivohlavý, 2001).

Joshi (2007) upozorňuje na skutečnost, že k náhlé příhodě srdeční nezřídka dochází po extrémním stresovém zážitku reprezentovaném například úmrtím blízké osoby, situací bezprostředního ohrožení, selháním sebekontroly či vědomí, také však radostí z nečekané výhry nebo jiné příznivé události.

3.5.4 Vliv stresu na dýchací systém

Odpověď respiračního systému na stresové podmínky byla zkoumána opakovaně. Prověřování jedinci byli vystaveni široké paletě stresorů (tepelnému stresu, hrozivým představám, šoku přímo či jeho očekávání nebo bolesti), výsledky však přinesly konzistentní obraz. Docházelo ke zvýšení respirační frekvence, minutového dechového objemu a také nepravidelnosti dýchání, změnám dechového objemu a v neposlední řadě poklesu podílu CO₂ v krvi a alveolách (Grossman, 1983).

Objasnění vlivu stresu na **vznik respiračních onemocnění**, především chřipky se dostalo mnoho pozornosti. V rámci studie Cohena et al. (1991) byli probandi vystaveni rhinoviru a poté izolováni, aby se předešlo expozici jiné noxy. Ukázalo se, že jedince s nejvyšší úrovní vnímaného stresu a zažívající nejvíce stresující životní události, ohrožuje vyšší riziko vzniku symptomů souvisejících s nachlazením. V následném výzkumu byla skupina dobrovolníků naočkována virem chřipky. Zjistilo se, že jedinci, kteří prožívají chronické stresující události (tj. trvající měsíc a déle), měli vyšší pravděpodobnost nachlazení, než lidé vystaveni stresujícím událostem po dobu kratší než měsíc (Cohen et al., 1998).

Četné názory také poukazují na stres jakožto spouštěč astmatického záchvatu. Startovní podnět v tomto případě nemusí být pouze fyzický prožitek, ale stačí i anticipace něčeho nepříjemného (Křivohlavý, 2001).

Na tomto místě je vhodné se zmínit také o opačném vztahu – tedy jak lze **prožívání stresu modifikovat** přičiněním respirační soustavy. **Bráničním dýcháním** se rozumí trénink těla a mysli pro zvládnání stresu a některých psychosomatických potíží. Správným provedením lze docílit snížení frekvence dýchání a maximalizace množství krevních plynů (Ma et al., 2017).

Brániční dýchání, často ve spojení s dalšími technikami, jako Qigong nebo jóga, je považováno za velmi prospěšné v řadě aspektů. Kromě kardiovaskulárního systému, pohybových schopností nebo tělesné kompozice byl zpozorován příznivý dopad jeho praktikování také v oblasti prožívání stresu a úzkosti. Tato tvrzení podporují výsledky studie z roku 2017, kde se u skupiny 19 probandů prostřednictvím pravidelného dechového tréninku podařilo dosáhnout zlepšení nálady a vnímaného stresu i dalších fyziologických parametrů (Perciavalle et al., 2017).

3.5.5 Vliv stresu na zažívací systém

Aktivita gastrointestinálního traktu, jakožto producenta živin, je z dlouhodobého hlediska nenahraditelná, avšak v náhlé stresové situaci **pozastavuje činnost**, aby mohla být energie využita jinými systémy (Joshi, 2007). Kromě dočasného zmražení procesů spojených s trávením se ukazuje dopad stresu také v dlouhodobějším kontextu. Byly prokázány **změny některých funkcí trávicího traktu**, např. vstřebávacího procesu, permeability střev, sekrece hlenu a žaludečních kyselin a potvrdily se bouřlivější reakce zažívací soustavy na zánět (Yaribeygi et al., 2017).

Vlivem stresu může dojít i ke **změně funkční fyziologie a pohybů trávicího systému**. Spojitost je prokázána u onemocnění, jako je Crohnova nemoc nebo syndrom dráždivého tračníku. Diskutuje se dokonce o tom, že stres prožitý v dětství může mít v dospělosti za následek rozvinutí těchto chorob (Yaribeygi et al., 2017).

Huerta-Franco et al. (2013) a Joshi (2007) připomínají podíl osobnostních charakteristik a psychického stavu jedince v kombinaci se stresem jako spouštěčem nemocí gastrointestinálního systému. Únava, úzkost, emoční konflikty a psychické poruchy bývají často spojovány s přítomností peptických vředů. Další diagnózy, u jejichž výskytů byla zjištěna korelace se stresem, představují ezofageální reflux, bolesti břicha, obstrukce nebo naopak průjem spojené se změnou prostředí (tzv. cestovní horečka) (Adam et al., 2019; Bathia & Tandon, 2005).

Zátěžové situace často vyvolávají také, v porovnání se změnami funkční fyziologie jednotlivých orgánů subjektivně výraznější reakci, a sice **změnu apetitu** (Yaribeygi et al., 2017). Podle Adama et al. (2019) stres stimuluje vyšší příjem potravy, čímž se staví do role jednoho ze spouštěčů diabetes mellitus II. typu. Naopak bylo odhaleno, že skladba stravy může mít vliv na stresové odpovědi, mezi stresem a výživou tedy existuje bilaterální vztah (Yaribeygi et al., 2017).

3.5.6 Vliv stresu na rozmnožovací systém

Činnost rozmnožovacího systému je při prožívání stresu řízena sekrecí hormonů podléhajícím hyperaktivaci hypotalamo-hypofyzálního komplexu. Probíhající změny u žen mohou být o něco zřetelnější než u mužů (Chatterjee & Chatterjee, 2009).

Krátkodobý **stres u mužů** zvyšuje produkci testosteronu, protože může i epizodicky zvýšit sexuální vzrušení, při prolongované zátěži však produkce testosteronu klesá, což obvykle doprovází ztráta libida (Borikar & Sheth, 2016). Mezi nejčastější dysfunkce rozmnožovací soustavy způsobené stresem patří poruchy erekce. Její navození bývá problematické, a i pokud se jí povede dosáhnout, je těžké ji během působení stresoru udržet (Joshi, 2007).

Následkem dlouhodobé expozice stresu může dojít ke snížení počtu spermií, motility spermií a morfologickým změnám. Poruchy ejakulace, impotence a malý obsah spermií v ejakulátu mohou být spojeny s psychologickými faktory mužské neplodnosti (Ranabir & Reetu, 2011). Vlivem chronického stresu se může zvýšit náchylnost močové trubice, prostaty a varlat k infekci (Borikar & Sheth, 2016).

Prožívání stresu u žen často zapříčiňuje poruchy menstruačního cyklu. Ten může být nepravidelný v krajním případě vymizet úplně. Výsledky studie Allsworth et al. z roku 2007 dokládají, že u 9 % ze 445 uvězněných žen se působením stresu rozvinula amenorea a 30 % uvedlo nepravidelnost cyklu. Kromě nesrovnalostí v délce cyklu se dopady často týkají i charakteru menstruace. Ta může být zesílená a velmi bolestivá (Borikar & Sheth, 2016).

Na konci všech těchto poruch stojí riziko neplodnosti (Joshi, 2007). V případě, že žena prožívá klimakterium, může dojít k eskalaci jeho doprovodných symptomů (Borikar & Sheth, 2016).

3.5.7 Vliv stresu na vylučovací ústrojí

Organismus reaguje na bezprostřední stres vazokonstrikcí arterií v ledvinách, které ve stejnou chvíli sníží exkreci sodíku (Yaribeygi et al., 2017). Hrozí-li nedostatek vody v oběhu, ledviny na chvíli přestanou vyrábět moč a reabsorbují část vody zpět. Zde se v kaskádě dějů uplatňuje antidiuretický hormon (Joshi, 2007).

Podle Auerbacka a Smithe (1952) vede pouze organický přístup k poruchám v oblasti vylučovacího systému k neuspokojivým a často mylným závěrům. Často totiž strukturální základ onemocnění chybí. Debus a Kästner (2015) dodávají, že mezi **dysfunkcemi močového měchýře** (inkontinence, dysurie, poruchy močení) a lidskou psychikou existuje úzké pouto. Při vývoji onemocnění močového měchýře je tedy nutné brát v úvahu individuální psychickou situaci, která je z velké části utvářena zkušenostmi, tzv. životním stresem.

Výzkum provedený na krysách vystavovaných akutnímu i chronickému stresu odhalil patologické změny ve tkáni močového měchýře, včetně nadměrné vaskularizace a zvýšené aktivity žírných buněk (Smith et al., 2011), jež se mimo jiné uplatňují během alergických reakcí a zánětů (Maxová & Vízek, 2010).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato práce se soustředí na výzkum možných souvislostí mezi prožitým stresem a klinickou manifestací vybraného autoimunitního onemocnění (roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, prosiáza) na výpovědích vybraných jedinců. Protože tématu a mechanismům působení stresu se dostává mnoho teoretické pozornosti, je jeden z účelů této práce jej přiblížit na konkrétních lidských příbězích.

Za **hlavní cíl** si tato práce klade zmapovat možný vliv prožití stresující životní události či chronického stresu na rozvoj onemocnění v individuálních výpovědích.

Hlavní výzkumná otázka je tedy následující:

- VO1: *Vnímají oslovení respondenti možnou souvislost mezi prožitím stresu a klinickou manifestací vybraného autoimunitního onemocnění?*

Dílčí cíle se týkají prožívání stresu v průběhu autoimunitního onemocnění. Patří mezi ně zjištění, zda podle zúčastněných respondentů prožití stresující události nebo zažívání chronického stresu může ovlivňovat závažnost symptomů nemoci, či dokonce zda respondenti vnímají možnou spojitost mezi působením stresu a relapsem nemoci.

Dílčí výzkumné otázky zní takto:

- VO2: *Vnímají oslovení respondenti možnou souvislost mezi prožíváním stresu a změnami v závažnosti symptomů vybraného autoimunitního onemocnění?*
- VO3: *Vnímají oslovení respondenti možnou souvislost prožívání stresu s relapsem vybraného autoimunitního onemocnění?*

5 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD

Následující kapitola je zaměřena k seznámení se s metodami a kritérii výběru výzkumného vzorku bakalářské práce a také s jeho podrobnými charakteristikami. Dále je na tomto místě představen design výzkumu a metody využití ke sběru a zpracování dat. Rovněž jsou zde prodiskutována etická úskalí související s výzkumem.

5.1 Metody a kritéria výběru výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl vybrán metodou **samovýběru**, která patří mezi nepravděpodobnostní postupy výběru. Jeho rysem je princip dobrovolnosti, tedy projevení aktivního zájmu o účast ve výzkumu (Miovský, 2006). Zařazení respondenti odpověděli na inzerát obsahující mimo informace o záměru a okolnostech výzkumu také vstupní kritéria, jejichž splnění bylo nezbytné pro účast v něm.

Vstupní kritéria pro účast ve výzkumu:

- věk 18 až 90 let;
- přítomnost alespoň jedné z uvedených diagnóz: roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, psoriáza;
- nepřítomnost mentální retardace nebo snížení intelektu organického původu;
- souhlas respondenta.

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří celkem **10 respondentů** trpících roztroušenou sklerózou, revmatoidní artritidou, psoriázou, ankylozující spondylitidou nebo více než jednou z uvedených diagnóz současně. Všichni respondenti dokončili výzkum v souladu s jeho pravidly a kritérii, nikdo tedy nebyl v jeho průběhu vyřazen.

Zúčastnilo se celkem **8 žen** a **2 muži**. Nejnižší uvedený **věk** je 26 let, zatímco nejstarší respondentce bylo 85 let. Průměrný věk respondentů je 48,70 let a směrodatná odchylka činí 18,04 let.

Zastoupení diagnóz ve výzkumu je následující: roztroušená skleróza – 3 respondenti; revmatoidní artritida – 5 respondentů, ankylozující spondylitida – 2 respondenti, psoriáza – 3 respondenti.

Rozložení věku, ve kterém došlo ke **stanovení diagnózy**, je 5 let až 83 let, s průměrným věkem 31,08 let a směrodatnou odchylkou 18,88 let. Z tabulky č.2 si lze povšimnout, že v případech obou krajních hodnot se jednalo o respondentky trpící revmatoidní artritidou.

Nejvyšší **délka trvání onemocnění** byla 46 let a nejnižší 2 roky. Průměrně trvá onemocnění vybraných respondentů 18,17 let se směrodatnou odchylkou 14,45 let.

Základní informace o diagnózách výzkumného vzorku shrnuje tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 - Základní informace o diagnózách výzkumného vzorku

Respondent	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Věk stanovení diagnózy	Délka trvání onemocnění
R1	muž	58	RS	45	13
R2	žena	64	RA, psoriáza	20	44
R3	žena	29	RS	26	3
R4	žena	26	RA	5	21
R5	žena	85	RA	83	2
R6	žena	49	MB, RA	MB: 35; RA: 40	MB: 14; RA: 9
R7	žena	53	MB	26	27
R8	žena	26	RS	23	3
R9	žena	39	psoriáza, RA	psoriáza: 13; RA:29	psoriáza: 26; RA: 10
R10	muž	58	psoriáza	12	46

Vysvětlivky: **RS** – roztroušená skleróza; **RA** – revmatoidní artritida; **MB** – *morbus Bechtěrev* = ankylozující spondylitida

Následující tabulka (viz tabulka č. 3) předkládá charakteristiky o **zaměstnání** jednotlivých respondentů, dále rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů, přítomnost členů domácnosti a orientační osídlení lokality, kde žijí.

Všichni zúčastnění dosáhli alespoň středoškolského vzdělání. **Rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání** je následující: SŠ – 4 respondenti, VOŠ – 1 respondent, VŠ – 5 respondentů.

Celkem 7 respondentů uvedlo, že sdílejí **domácnost s dalšími členy**. Vždy se jednalo o partnera či partnerku a ve 2 případech i o děti. Ostatní 3 respondenti žijí **sami**.

Dalším zjišťovaným údajem byla orientační **velikost místa bydliště**. Většina participantů, tedy celkem 8, uvedla, že žijí ve středně velkém nebo větším městě (50-100 000 obyvatel – 4 respondenti; >100 000 obyvatel – 4 respondenti). Dále 1 účastník výzkumu žije v městě o velikosti 10-50 000 obyvatel a pouze 1 respondent obývá územní celek s méně než 10 000 obyvateli.

Konkrétní **profese respondentů** jsou obsaženy v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 – Základní demografické údaje výzkumného vzorku

Respondent	zaměstnání	Vzdělání	Členové domácnosti	Bydliště
R1	ID	VŠ	partnerka	>100 000 obyv.
R2	fyzioterapeutka, SD	VOŠ	partner	>100 000 obyv.
R3	pedagog	VŠ	/	10-50 000 obyv.
R4	lektorka angličtiny	SŠ	partner	50-100 000 obyv.
R5	učitelka hudby, SD	SŠ	/	50-100 000 obyv.
R6	ředitelka úseku firmy	SŠ	partner	<10 000 obyv.
R7	učitelka	VŠ	partner, dcera	>100 000 obyv.
R8	koordinátorka v soc. službách	VŠ	partner	>100 000 obyv.
R9	vedoucí lesní MŠ	SŠ	/	50-100 000 obyv.
R10	konzultant na help desk	VŠ	partnerka, dcera	50-100 00 obyv.

Vysvětlivky: **ID** – invalidní důchod; **SD** – starobní důchod; **MŠ** – mateřská škola; **SŠ** – střední škola; **VOŠ** – vyšší odborná škola; **VŠ** – vysoká škola

5.3 Typ výzkumu a metody získávání dat

V praktické části byl zvolen **kvalitativní výzkum**. Jedná se o přístup, „...*který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“ (Miovský, 2006, 17).

Mezi klíčové charakteristiky tohoto typu výzkumu patří jedinečnost, neopakovatelnost a také kontextuálnost (Miovský, 2006). Právě jmenované vlastnosti z něj dělají nejvhodnější přístup pro tento holisticky zaměřený výzkum.

V souladu s kvalitativním typem výzkumu a uvedenými autory jsem jako hlavní metodu získávání dat zvolila **polostrukturované interview**, jemuž předcházela odběr základních demografických dat a stručných **anamnestických základů**. Domnívám se, že právě tato metoda umožňuje co nejširší pochopení individuality, a proto je vhodná pro výzkumy

s nízkým počtem zkoumaných osob. V průběhu rozhovoru byla pro lepší orientaci examinátora i respondenta sestavována **časová osa**. Pro kontext a doplnění informací byla dále využita metoda **pozorování**.

Anamnézou, jež patří mezi základní pilíře nejen psychiatrického vyšetření, se rozumí dotazování na dosavadní život. Není tedy vázána pouze na současné obtíže nemocného (Orel et al., 2020). Pro účely tohoto výzkumu byly dotazovány pouze určité aspekty života respondentů. Byla odebrány základy **rodinné, osobní a farmakologické anamnézy** zúčastněných.

Polostrukturované interview je oprávněně zřejmě nejčastěji využívanou podobou interview. Oproti nestrukturovanému typu rozhovoru je zapotřebí větší technická příprava, nabízí však určité schéma, které vymezuje okruhy otázek pro účastníky. Právě díky tzv. **jádro rozhovoru** vzniká jistota, že klíčová témata budou probrána a zásadní otázky budou položeny (Miovský, 2006). V možnosti a flexibilitě **doplňujících otázek**, které se často ukazují být velmi užitečnými, spočívá výhoda v porovnání se strukturovaným interview.

Jádro mnou koncipovaného polostrukturovaného rozhovoru se skládalo z celkem 15 otázek rozdělených do 4 částí: období před nemocí, stanovení diagnózy, postoj k nemoci a vliv nemoci na současný život. Konkrétní podobu interview lze nalézt v přílohách (viz příloha č. 4).

Časová osa je „...do praxe převedený bio-psycho-sociální pohled na nemoc a zdraví v rodinném systému.“ (Chvála, 1995, 26). Autoři Trapková a Chvála (2004) vysvětlují přínos nástroje v tom, že běžnou anamnézu, kterou odebírá somatický lékař, významně rozšiřuje o psychosociální souvislosti. Časová osa umožňuje jedinci, aby si za podpory terapeuta uvědomoval do té doby skrytý kontext svojí nemoci. Metoda je založena na snadném principu. Vyšetřovaný jedinec mluví o všem, co je podle něj důležité, vývoj rozhovoru tedy do velké míry určuje i on sám, avšak aktivita terapeuta je rovněž významná. Vyšetřující zaznamenává časové údaje příznaků nemoci, ale i jednotlivých životních událostí na linku času. Postupuje se zpětně do tak vzdálené minulosti, jakou si vyšetřovaný je schopen vybavit. Později lze životní cestu vyšetřovaného zrekonstruovat od jeho narození až po nynějšek (Chvála, 1995).

Právě z důvodu jednoduché vizualizace významných životních událostí, jednotlivých fází nemoci a jejich vzájemného prolínání, jsem zvolila časovou osu, kterou jsem sestavovala

během polostrukturovaného interview, jako jeden ze způsobů získávání dat. Postupovala jsem tak, že jsem do časového rámce zaznamenávala jednotlivé klíčové události, které respondent zmínil (viz příloha č. 5). Během rozhovoru měli všichni respondenti možnost záznamy v časové ose sledovat, což jim mohlo poskytnout náhled na sled událostí v jejich životě.

5.4 Metody fixace dat

V současnosti existuje široká paleta možností, jak kvalitativní data zaznamenat, a jak tento záznam uchovat pro další využití (Miovský, 2006).

Pro tento výzkum jsem zvolila jednu z nejčastěji využívaných metod, a sice **audiozáznam**.

Fakt, že zvukový záznam zachycuje autentičnost situace včetně jemných nuancí, které by jinak mohly být opomenuty, a zároveň ponechává výzkumníkovi volné ruce, z něj dělá mimořádně užitečný nástroj ke sběru dat (Miovský, 2006).

Těchto výhod jsem využila k zakreslování časové osy a k pozorování. K fixaci dat docházelo prostřednictvím **programu „Záznam zvuku“** na laptopu, který během každého interview ležel mezi mnou a respondentem.

5.5 Konkretizovaný postup při získávání dat

Na tomto místě je podrobně popsáno, jakým konkrétním způsobem a za jakých okolností byl daný výzkum proveden, a jaké nezbytné kroky jeho realizaci předcházely.

Samotnému výzkumu předcházel již zmíněný **inzerát na sociální síti** Facebook, který jsem zveřejnila na zdi svého profilu. Zájemci o účast ve výzkumu mě následně kontaktovali přes aplikaci Messenger, kde jsme se dohodli na osobním setkání. Překvapivá byla ochota veřejnosti k zapojení se do výzkumu, jelikož se ozvalo okolo 20 dobrovolníků. Ze všech přihlášených jsem vybrala celkem **10 respondentů**, tak, aby byly zastoupeny všechny vybrané diagnózy. Vhodné je dodat, že 4 respondenty jsem osobně znala z dřívější doby, zatímco se zbylými 6 jsem se poprvé setkala až v rámci výzkumu.

Po **předchozí** telefonické nebo internetové **domluvě** byla se všemi respondenty uskutečněna osobní schůzka. Ve snaze zajistit co nejkomfortnější prostředí a eliminovat potenciální rušivé vlivy, bylo pro setkání zajištěno zázemí v podobě soukromé lékařské

ordinace v Olomouci. Vzhledem ke skutečnosti, že mnozí participanti žijí mimo Olomouc, však byla tato možnost využita v pouze v 5 případech. Další 4 setkání byla uskutečněna v **domácích podmínkách** respondentů a 1 schůzka proběhla v **prostorách kanceláře** respondentky.

Na začátku každého setkání byl předložen **Informovaný souhlas s účastí ve studii**, jehož podpisem současně respondent souhlasil s nahráváním rozhovoru, a zodpovězeny případné dotazy nebo nejasnosti. O ochraně soukromí a osobních údajů byl každý účastník výzkumu seznámen i ústní formou. Stejně tak byli všichni respondenti ústně znovu informováni o nahrávání rozhovoru. Po odběru základních demografických a anamnestických údajů následovalo samotné interview. V průběhu rozhovoru jsem sestavovala časovou osu příběhu respondenta. Během žádného setkání nedošlo nadměrnému hluku nebo jiným okolnostem vedoucím k nedokončení interview.

První setkání proběhlo 17. 12. 2020, další pak v průběhu počátku roku 2021. Poslední interview bylo uskutečněno 8. 2. 2021. Nejkratší rozhovory trvaly 1 hodinu a 5 minut, a naopak nejdelší nahrávka byla pořízena za 3 hodiny a 25 minut. Průměrná délka jednoho interview činí 1 hodinu a 40 minut. Tabulka č. 4 obsahuje informace o rozhovorech s jednotlivými respondenty.

Tabulka č. 4 - Informace o rozhovorech s respondenty

Respondent	Datum setkání	Délka interview*	Místo setkání
R1	17.12.2020	3:25	ordinace
R2	5.1.2021	1:05	ordinace
R3	18.1.2021	2:11	ordinace
R4	19.1.2021	1:29	ordinace
R5	22.1.2021	1:17	domácí prostředí
R6	23.1.2021	1:31	domácí prostředí
R7	26.1.2021	1:05	ordinace
R8	29.1.2021	1:50	kancelář
R9	6.2.2021	1:17	domácí prostředí
R10	8.2.2021	1:34	domácí prostředí

*čas je uveden v hodinách a minutách

5.6 Proces analýzy dat

Před samotnou analýzou byla data ze všech interview, celkem 16 hodin a 44 minut audiozáznamu, převedena do textové formy pomocí **doslovné transkripce**. Znamená

to tedy, že při přepisu zůstalo zachováno původní znění, včetně nespisovných, hovorových a slangových výrazů. V rámci ochrany soukromí a osobních údajů však došlo k redukci informací poukazujících na konkrétní osoby nebo místa. Takové výrazy byly převedeny obecnější slova či slovní spojení, která zachovávají význam sdělení (např.: Honza – syn; Praha – město, kde žiji).

Před samotnou analýzou bylo v souladu s deskriptivním přístupem ke kvalitativní analýze (Miovský, 2006) přistoupeno ke **třídění, klasifikaci a deskripci dat**.

Vzhledem ke kvalitativnímu rámci výzkumu si tato práce klade za cíl přiblížit **subjektivní výpovědi respondentů**. V průběhu analýzy vznikaly **kategorie a podkategorie** sdružující tematicky podobné výpovědi jednotlivých respondentů.

5.7 Etické problémy a způsob jejich řešení

V průběhu celého výzkumu **byly dodržovány všechny normy pro etické zacházení s respondenty i s odebranými daty**.

Účast na výzkumu byla dobrovolná, přičemž každý respondent měl možnost kdykoliv odstoupit či odmítnout plnit některou z jeho částí. Před zahájením výzkumu byl každému respondentovi předložen **Informovaný souhlas o účasti ve studiu** a podrobně vysvětlen záměr a metody výzkumu. V průběhu získávání dat byla zajištěna bezpečnost a zdravotní nezávadnost prostředí.

V rámci výzkumu byla odebrána citlivá data, která však byla držena v tajnosti. Rozhovory probíhaly v bezpečném prostředí lékařské ordinace, domácího prostředí nebo kanceláře respondenta pouze za přítomnosti respondenta a výzkumníka. Pořízené zvukové záznamy byly ihned anonymizovány, uloženy v počítači ve složce uzamčené heslem a nakládal s nimi pouze výzkumník. Nedošlo ke zveřejnění žádných informací odhalujících identitu participantů nebo jinak poškozujících osobu účastníka.

Po dokončení výzkumu mají všichni respondenti možnost nahlédnout a výsledků a závěrů výzkumu.

Nejsem si vědoma žádného pochybení rámci etických požadavků a pravidel.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole jsou prezentovány výsledky získané analýzou výpovědí oslovených respondentů. První část seznamuje s výsledky analýzy základních anamnestických údajů, polostrukturovaných interview a časových os jednotlivých respondentů, které jsou rozčleněny do příslušných subkapitol. Další úsek se zabývá souhrnnou analýzou v kontextu výzkumných otázek.

6.1 Analýza jednotlivých respondentů

Na tomto místě jsou představeny výsledky analýzy jednotlivých respondentů. U každého respondenta jsou uvedeny základní anamnestické údaje a reakce vztahující se k výzkumným otázkám. Pro dokreslení jednotlivé výstupy doplňují přesné doslovné výpovědi respondentů (v textu označené *kurzívou*).

6.1.1 Analýza respondenta R1

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

První respondent tohoto výzkumu je vysokoškolsky vzdělaný muž ve věku 58 let s diagnostikovanou **roztroušenou sklerózou**. S manželkou, s níž je rozvedený, má jednu dospělou dceru. Nyní žije s partnerkou v bytě v krajském městě. Než začal R1 pobírat invalidní důchod, zastával funkci předsedy odborového svazu.

Roztroušená skleróza byla u R1 potvrzena před 13 lety v jeho 45 letech. Sám si však uvědomuje, že některé její projevy zažíval už v dětství. Respondent je léčen i v souvislosti s depresemi, ty se však značně zlepšily po odchodu ze zaměstnání. Dále R1 trpí bolestmi zad a vysokým krevním tlakem.

Participantovi byla nasazena léčba imunosupresivou vpravovanými formou infuzí. Užívá také antidepressiva ze skupiny SSRI, dále přípravky indikované k léčbě hypertenzní nemoci a vitamíny.

Přítomnost roztroušené sklerózy v rámci své rodiny R1 neguje. Matka zemřela následky cévní mozkové příhody a otec důsledkem krvácení do žaludku. U jednoho ze svých dvou bratrů, který již také nežije, R1 uvádí sklony k závislosti na alkoholu.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Respondent si je vědom několika náročných událostí, které se staly před stanovením jeho diagnózy, žádnou z nich ale nepovažuje za přímý spouštěč. Mluví o jeho druhém manželství uzavřeném jen několik měsíců před klinickým propuknutím nemoci, ve němž se ukázala závislost na alkoholu manželky. Popisuje nesnadný a vleklý rozvod prvního manželství a těžké období související s úmrtími jeho rodičů a bratra. Protože všechny tyto události prožil v rozmezí několika let, předtím, než mu byla zjištěna roztroušená skleróza, zamýšlí se nad **kumulací stresu** z jednotlivých zážitků, které, když se sečetly, mohly vést k manifestaci onemocnění.

Respondent také pociťuje jakýsi permanentní **podvědomý stres** vycházející ze smutku nad některými neuzavřenými vztahy.

Doslovné výpovědi R1:

- „*Takže nevím. Možná, že se to hromadilo a v tom mozku se vytvářela ta, já tomu říkám, zasněžená krajina (ložiska roztroušené sklerózy – pozn). Že se to tam prostě udělalo a pak to bouchlo, no.*“
- „*Já jenom, že jste se ptala, jestli člověk nežije v tom...možná, že to je i permanentní stres. Taková nějaká neuzavřená kapitola. ... S tím neuzavřeným třeba vztahem mezi blízkýma...tam to funguje, opravdu to funguje. Já to na sobě cítím.*“

Podle názoru R1 se nedalo nic změnit ani nemoci zabránit, protože zdravý člověk si vůbec nepřipouští, že by mohl onemocnět.

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Respondent tvrdí, že stres všeobecně roztroušené skleróze neprospívá, a nejen lidé trpící roztroušenou sklerózou by se mu měli vyhýbat. Nutnost redukovat stres je podle R1 jedním ze základních doporučení, ale spatřuje jej všude kolem. Osobně považuje za nejvíce stresující především negativní **informace v médiích a lidskou bezohlednost**.

Doslovná výpověď R1:

- „*Snažím se to odbourávat, ale na blbce narazíte skoro vždycky. Přijde mi to líto, že někteří lidi si neváží ničeho...tyhle věci mě nejvíc stresujou. Že ti lidi zahodí někde PET flašku, přitom koš je vedle...to mi vadí, taková ta...to je prostě hrozné, vždyť tady žijem proboha!*“

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Dotazovaný během rozhovoru několikrát zdůraznil **význam vlivu stresu** a stresujících okolností na projevy roztroušené sklerózy, o vlastním zážitku však nemluvil.

Doslovná výpověď R1:

- „*Stres všeobecně této nemoci neprospívá. Ve chvíli, kdy Vám tu roztroušenou sklerózu diagnostikují, tak Vás hlavně varují, abyste se toho stresu vyvarovala. Abyste byla v klidu, pokud možno.*“

6.1.2 Analýza respondentky R2

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Psoriáza a revmatoidní artritida jsou diagnózami R2, fyzioterapeutky žijící v krajském městě. Respondentce je 64 let a žije ve společném bytě s manželem, který pro svá zdravotní omezení potřebuje její péči. Respondentka na výzkumné otázky odpovídala spíše stručně.

Autoimunitní onemocnění provázejí R2 už od jejích 20 let, kdy se nejprve projevila lupénka a zanedlouho následovaly kloubní obtíže v podobě revmatoidní artritidy.

Asi před 12 lety u respondentky došlo k odstranění štítné žlázy, a proto do nynějška užívá substituční léčbu. Žádná další léčiva v současné době R2 nepobírá, protože psoriáza ani revmatoidní artritida nemají příliš závažný průběh. Občas zařazuje doplňky stravy nebo dietu, což podle jejího mínění působí příznivě.

V rodině R2 se s onemocněním revmatického charakteru léčil její otec a pár atak proběhlo i u jejího bratra. U babičky z matčiny strany se vyskytly kožní potíže.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Respondentka sama na sebe nepohlíží jako na typ člověka, jenž by se příliš stresoval, ale možné působení **podvědomých stresových vlivů** zohledňuje. Jako spouštěč psoriázy s revmatoidní artritidou označuje zejména **změnu prostředí** související s přechodem ze střední na vysokou školu. Vybraný obor však neodpovídal respondentčiným očekáváním, proto po několika semestrech studia zanechala. Obě nemoci manifestovaly právě během této doby.

Respondentka zároveň své nemoci přičítá **genetické zátěži**. Domnívá se, že se u ní střetly predispozice z otcovy i z matčiny strany.

Doslovné výpovědi R2:

- „*No a asi rok po přechodu z toho gymplu na tu výšku se objevily takové ty malé ložiska na kůži. Já jsem nevěděla, jak to vypadá, tak jsem si je seškrabávala různě a tak. Pak jsem se nějak dopracovala k tomu, že je to asi lupénka, ale to jsem brala, že pohoda, no a co, lupénka.*“
- „*Tak jsem si o tom někde četla a tam byla jedna taková věc, že se to může objevit, když třeba člověk změní prostředí. U mě nějaký stres asi těžko, i když možná podvědomě, já jsem si to nikdy moc nepřipouštěla, takže jsem to přiložila tomu, že ano, změna prostředí. ... Za nějakou krátkou dobu už jsem měla bolesti těch malých kloubů.*“

Možnost nemocem předejít nebo je nějak ovlivnit R2 nepřipouští. Jelikož si není jistá ani svou teorií o změně prostředí jako spouštěči onemocnění, nemyslí si, že by v životě mohla udělat cokoliv jinak.

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Přestože se síla projevů onemocnění u R2 v průběhu života měnila a respondentka zažívala i horší období, nikdy **souvislost se stresem nevypozorovala**. Obecně si však myslí, že míra zažívaného stresu projevy nemoci může ovlivňovat. Respondentka spíše vnímá akceleraci symptomů onemocnění v určitých **ročních obdobích** a za **přítomnosti jiné nemoci** v organismu.

Doslovná výpověď R2:

- „*Ono se to tak objevuje s podzimem nebo na jaře, když je takový divný období. Nebo se mi to vyrojilo třeba po nějaké viróze nebo angíně.*“

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Konzistentně s předchozí reakcí respondentka žádný možný **vztah mezi prožíváním stresu a výrazným zhoršením nemocí nenachází**. Na otázku relapsu odpověděla R2 pouze: „*Ne.*“

6.1.3 Analýza respondentky R3

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

S **roztroušenou sklerózou** bojuje devětadvacetiletá R3. Momentálně žije sama v bytě okresním městě. Po dokončení vysoké školy začala pracovat jako pedagog a v současnosti vyučuje na střední a vyšší odborné škole umělecky zaměřené předměty.

Diagnóza roztroušené sklerózy byla u R3 stanovena před 3 lety, tedy v jejích 26 letech. Protože si však vybavuje některé události, které byly podle jejího mínění taktéž atakami, je respondentka přesvědčena, že nemoc v jejím případě manifestovala už dříve. Ze začátku přistoupila na konvenční léčbu, tu však nehodnotí jako prospěšnou, naopak se po ní cítila hůř, a proto se přiklonila k alternativním možnostem terapie. Nyní neužívá žádnou medikaci, jen pravidelně dochází na kontroly ke svému lékaři. Zároveň už více než 2 roky navštěvuje psychoterapeutku, věnuje se detoxikačním kúram a pravidelnému cvičení.

Stejně jako respondentka potýká se autoimunitním onemocněním také její matka. Pozoruhodné je, že diagnóza revmatoidní artritidy byla u matky R3 potvrzena ve stejném období jako roztroušená skleróza respondentky. I přesto však dotazovaná o své roztroušené skleróze neuvažuje jako o genetické záležitosti. Naopak choroby všech členů rodiny vnímá jako reakci na dlouhodobý stres. Starší bratr a otec trpí obezitou, u mladšího bratra se projeví obtíže psychického charakteru. Od dětství respondentku provází také sezónní alergie a chronický zánět dutin.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Respondentka nad svým zdravotním stavem zevrubně přemýšlí a hledá zdroje, souvislosti a možnosti, jak svůj stav zlepšit. S odstupem času vnímá nejen svoje, ale i potíže všech členů rodiny jako reakci na **velmi stresující rodinné klima**. Počátky stresu, který podle jejích slov souvisí se zdravotními obtížemi, spatřuje už v **prenatálním období**.

Doslovná výpověď R3:

- *„No, v jednom momentu jsem si dlouho myslela, že tam byl ten začátek problému, v podstatě jakoby v oslabení té nervové soustavy. Protože vlastně maminka prožívala dost náročné období. To se dozvěděla spoustu nevěř ze strany mého táty a zrovna táta si měl jít sednout do vězení.“*

Na to R3 navazuje vyprávěním o **vypětí pramenicím z výchovy otce**, které přetrvávalo až do dospělosti. S návratem otce z vězení, v jejích 11 letech, respondentka spojuje rozvoj alergií a zánětu dutin.

Doslovné výpovědi R3:

- *„Když mi bylo 11. A je pravda, že do té doby jsem neměla ani tu alergii, ta se rozvinula až s ním. A rozvinul se i s tím zánět dutin. Ten je podle mě tady v tomhle dost klíčový. Já jsem zase četla nějakou psychologickou knihu a zrovna tam byla otázka psychosomatiky a četla jsem si tam i tom, že děcka, když se cítí jakoby v nebezpečí, tak často jsou nemocný na dutiny anebo nějak onemocní.“*
- *„Táta...vlastně ta výchova byla o tom vyvolat v tom dotyčným strach. Protože on byl prostě manipulátor, úplně vzorovej, ale to jsem jakoby si rozšířovala až v pozdějším věku. Ale v té době vlastně člověk úplně ztratil jistotu sebe sama.“*

Respondentka však nalézá podíl mnoha dalších faktorů, jejichž kumulace vedla k jedinému výsledku – permanentnímu **přepínání se a celkové nepohodě**. Odtud už byl podle jejích slov jen krůček k rozvoji onemocnění.

Doslovná výpověď R3:

- *„To byl problém, co jsem měla před diagnózou. Nerespektování sebe sama, přepínání, chodím za ty rezervy energetický, špatná strava, žádný spánek, stres, pocity, že se nemám ráda a vzdávala jsem to, perfekcionismus, těžkej perfekcionismus.“*

Ataka, která ji dovedla k hospitalizaci a k diagnóze roztroušené sklerózy, respondentku postihla ve vypjatém **období magisterských státnic**. R3 si vzpomíná na **pocit zklamání**, o němž je přesvědčená, že hrál zásadní roli.

Doslovná výpověď R3:

- *„A vím, jak to vzniklo, protože mě jeden člověk zklamal a ono se to natočilo na kameru na mým diplomovém koncertu. To byla moje profesorka zpěvu. ... A to mě prostě mrzelo, no. Ale, že to jakoby rozjela takový...už jako ztratila jsem posledního člověka.“*

Na otázku, zda by se nemoci dalo nějak předejít nebo její propuknutí ovlivnit, se R3 dívá tak, že v jejím případě byl zásah v podobě roztroušené sklerózy **nevyhnutelný**. V obecné rovině však věří, že někdy lze podobným věcem zabránit.

Doslovná výpověď R3:

- *„No určitě se tomu dalo jakoby předejít, ale...v mém případě...v mém případě to muselo být tak. Protože...víte co, já jsem fakt byla i v bodě, kdy jsem se modlila: ‚Pane Bože zasáhni, protože já už nemůžu dál.‘ Já jsem vnitřně umírala. Já jsem vysloveně zažívala v duši roztroušenou sklerózu. To znamená, já jsem degenerovala v duši, já jsem si někdy přála... a teď to bude znít fakt hrozně... jako holka, abych se ráno neprobudila. Že bude jako klid, víte?“*

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Podle mínění R3 má míra prožívaného stresu **veliký vliv** na projevy její roztroušené sklerózy. Právě pro tento poznatek se odhodlala návštěvám psychoterapií, díky nimž se dokázala vypořádat s několika atakami dříve řešenými kortikoidy.

Za zvýrazněním symptomů podle respondentky stojí jednoznačně situace, kdy se **přepíná**. Vzpomíná si také na několik zpětně prokázaných atak v době **studia**. O svojí nemoci dnes mluví jako o impulzu, který ji donutil změnit pohled na život a zvolnit životní tempo. Nesporný negativní efekt má podle R3 také dlouhodobé vystavení **teplu**, což se ukázalo hlavně během studijního pobytu ve Španělsku.

Doslovná výpověď R3:

- *„Ale jsem byla taky taková potvora na sebe. Já jsem třeba malovala bakalářskou práci, mě bolelo to oko a já jsem si to takhle držela a jsem malovala tím druhým. Protože vysloveně jsem se přepínala.“*

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Na poslední znovuvzplanutí nemoci si R3 vzpomíná živě. Silnou ataku roztroušené sklerózy vedoucí až ke kolapsu, zažila během letních prázdnin. Zajímavé je, že stejně jako u tématu manifestace onemocnění, i tentokrát svoje prudké zhoršení zdravotního stavu spojuje s **pocitem zklamání**. Záporně podle ní působilo také **teplé počasí** a skutečnost, že v tu dobu držela **půst**.

Doslovné výpovědi R3:

- „Já můžu říct jako...zažila jsem teďka o prázdninách, ale neřešila jsem to kortikoidy, kdy jsem v podstatě se ale... jak bych to řekla...já jsem nemohla se v podstatě se nadechnout a normálně jsem jakoby zkolabovala v Praze na nádraží.“
- „Když dáváte tu energii druhým, tak je to Vaše svobodná vůle...a že nemůžete se na ně zlobit za to, co jim dovolíte. A já jsem v té době jim dovolila všechno. A oni mě úplně vysáli. Vysál mě partner, s kterým teda ještě pořád jsem, vysála mě spolupartnerka v hudbě, s kterou právě skládám ty věci. Úplně mě zklamala, ale vysloveně.“

6.1.4 Analýza respondentky R4

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Čtvrtá účastnice výzkumu trpící **revmatoidní artritidou** na interview přijela ze vzdálenějšího krajského města, kde se svým partnerem žije v bytě. Po dokončení střední školy absolvovala rok na jazykové škole, což jí umožnilo nyní, v jejích 26 letech, působit jako lektorka angličtiny.

Ze všech dotazovaných propuklo onemocnění u R4 v nejranějším věku. S revmatoidní artritidou, která byla zpočátku zaměněna za rakovinu, se začala léčit v jejích 5 letech. Nemoc R4 provází skoro celý její život, proto už ji začala vnímat jako svoji součást. S revmatoidní artritidou dává do souvislosti i další své diagnózy v podobě chronických zánětů duhovky a pro svůj věk netypické osteoporózy.

Během let došlo k několika obměnám v možnostech terapie nemoci. Respondentka udává, že momentálně ji trápí zánět v oblasti kyčle a kotníku. Z toho důvodu užívá mimo biologickou léčbu, kterou pobírá více než 10 let, i zvýšenou dávku kortikoidů a v denní frekvenci také analgetika. K předepsané léčbě R4 přidává i pomoc ve formě vitamínů, doplňků stravy a praktik tradiční čínské medicíny.

Respondentka nemá povědomí o výskytu autoimunitního onemocnění u nikoho z její rodiny.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Protože se s revmatoidní artritidou léčí už od svých 5 let, na období před začátkem nemoci si R4 moc nepamatuje. Klinický počátek onemocnění podle ní však mohl ovlivnit **rozvod**

rodičů, neboť právě v tomto období u ní manifestoval silný zánět v pravé patě. Rozvod byl podle respondentky vyústěním **dlouhodobých potíží**, které provázely manželství jejích rodičů. Jako problematický hodnotí zejména vliv otcova životního stylu, což je dodnes důvodem minimálních styků s ním nejen ze strany nejen respondentky, ale i jeho druhé dcery.

Doslovné výpovědi R4:

- *„To začalo v pěti letech, takže to do té doby si moc nepamatuju. Ale teda asi, co mi tak řekla spousta lékařů, tak rozvodem rodičů. Protože jak se rozváděli, tak v té době mi to vlastně začalo v patě.“*
- *„Můj otec byl alkoholik a byl takovej, jako že chodil do hospody a nebyl asi úplně dobrý partner. Takže to moje dětství s ním...byla jsem hodně s mamkou...nebo upjatá na mamku.“*

Respondentka si myslí, že vzhledem k věku, ve kterém ji nemoc postihla, nemohla udělat nic jinak. Usuzuje tedy, že v jejím případě nemoci nešlo zabránit.

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Nad možnou souvislostí stresu s akcentací projevů nemoci R4 přemýšlí, kdykoliv ke zhoršení symptomů dojde. U menších propadů, které podle svých slov poslední dobou zažívá často, však **nedokáže stresový spouštěč identifikovat**. Jestliže se R4 už nachází ve **fázi zhoršení** nemoci a současně prožívá stres, zánět se obvykle ještě **zvýrazní**.

Respondentka také vyzorovala, že projevy RA prohlubuje jiná akutní **nemoc**.

Doslovná výpověď R4:

- *„Ale ještě jsem nedokázala nikdy identifikovat, kromě toho, kdy to nebylo na té vědomé úrovni, ale asi to teda bylo tím stresem z rozvodu, tak od té doby to nedokážu nikdy s ničím spojit. Mě třeba začne bolet kotník a že bych si promítla, že třeba před měsícem nebo před nějakou dobou jsem prodělala nějaký stres.“*

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Přestože u slabších atak R4 nenalézá konkrétní stresový impulz, vybaví-li si závažnější změny ve svém zdravotním stavu, role vypjatých událostí je zde velmi významná.

Dvě skoková zhoršení revmatoidní artritidy, s nimiž se v životě setkala, si respondentka vysvětluje **změnami prostředí**. První relaps v podobě zánětu v kyčli vedl u tehdy patnáctileté R4 k operaci a dlouhodobým potížím, na jejichž konci stálo nasazení biologické léčby. Druhé znovuvzplanutí onemocnění přišlo okolo 20. roku respondentky, následkem čehož potřebovala více než rok péči další osoby.

Respondentka popisuje, že v období prvního zhoršení přestupovala ze základní školy na střední.

Doslovná výpověď R4:

- *„Během toho roku jsem byla v prváku na střední. Takže, když mi to začalo, byla jsem vlastně v deváté třídě a měla jsem jít na tu střední. Což jsem teďka taky četla, že když je to v kyčli, tak člověk dělá nějaký krok, nějakou změnu, že je to z nějaké změny.“*

Během druhého relapsu byla situace podobná, respondentka přecházela ze střední na vysokou školu, což bylo svázané navíc s přestěhováním se do vzdáleného města. O **studiu náročného oboru**, které důsledkem relapsu nemoci nedokončila, mluví rovněž jako o velkém zdroji stresu. Myslí si dokonce, že právě rozhodnutí zanechat studia, jí v její situaci pomohlo nejvíce.

Doslovná výpověď R4:

- *„Do té doby to bylo v pohodě, ale potom ta změna...přestěhovala jsem se do jiného města, bydleli jsme s jeho rodiči (přítele – pozn), navíc jsme nebydleli přímo ve městě, takže jsem musela dojíždět, a měla jsem tu školu extrémně náročnou, jsem tam byla od osmi do osmi třeba.“*

6.1.5 Analýza respondentky R5

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Nejstarší ze všech účastníků tvořících výzkumný vzorek je R5 ve věku 85 let. Respondentka vyučovala hru na klavír, která zároveň představuje její největší koníček, celý svůj profesní život. Studenti dodnes dochází do jejího bytu v okresním městě na soukromé lekce a jsou tak vítanou společností, jelikož od smrti manžela žije respondentka sama. Respondentka má syna, s nímž a s jehož rodinou je v pravidelném kontaktu.

Asi před dvěma lety byla respondentce ve věku 83 let potvrzena **revmatoidní artritida**, nemoc tedy u R5 propukla v nejvyšším věku ze všech respondentů. Pro vysoký věk, ve kterém byla nemoc odhalena, je s ní respondentka plně smířená.

Ihned po určení diagnózy byla zahájena farmakologická léčba v podobě cytostatik. Tu spolu s analgetiky, bez nichž se dlouhodobě neobejde, R5 pravidelně užívá. Respondentka také pobírá medikaci na své další neduhy, jimiž je vysoký tlak a cholesterol a nedostatek hořčíku.

Ve svojí rodině R5 neví o nikom, kdo měl diagnostikovanou jakoukoliv autoimunitní chorobu. U matky, která zemřela v 86 letech přirozenou smrtí, si však vzpomíná, že ke konci života nemohla hýbat prsty, ani chodit. Pojímá proto podezření na neprokázanou revmatickou nemoc. Otec respondentky zemřel na komplikace spojené s cévní mozkovou příhodou.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Revmatoidní artritida byla u R5 zjištěna asi 2 roky po smrti jejího manžela. Od té doby žije sama, což vnímá jako náročné. Respondentka nemoc se smrtí manžela nedává do přímé souvislosti, nicméně podotýká, že jí manžel chybí a **samota** ji nejen v období manifestace nemoci velmi stresovala.

Možné spojení R5 spatřuje v **genetické zátěži**, o níž je z matčiny strany přesvědčená. První projevy revmatoidní artritidy zaregistrovala v období po úrazu nohy, kdy musela dlouhodobě používat francouzské berle, proto zohledňuje i faktor **zvýšené námahy**. Podle R5 nemoci nijak předejít ani její manifestaci ovlivnit nešlo.

Doslovné výpovědi R5:

- *„Já žádný takový extra stresy nemám, protože jsem si zvykla žít sama. To je taky, než si zvyknete žít sama. Ten manžel chybí. Velice Vám chybí ta pomoc.“*

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Samota je pro R5 momentálně nejzásadnějším zdrojem stresu. Nepříjemným důsledkem samoty je především **absence kontaktu s nejbližšími**, jelikož jediný syn s rodinou žije v jiném městě. Všimá si, že, když má společnost, projevy nemoci ustoupí do pozadí. Jakmile

je delší dobu sama, začne všechno bolet. Neméně frustrující a stresující jsou pro R2 domácí práce a **péče o sebe**, které jsou pro ni bez pomoci ostatních někdy vyčerpávající.

Respondentka zároveň registruje silnější projevy ve dnech s vyšší **biozátěží**, relativně dobře se cítí jen při nejnižším stupni zátěže.

Doslovné výpovědi R5:

- „*Jo a taky Vám řeknu to, že mně dochází dech. Já se dusím. Může to být od nervů?*“
- „*Protože někdy mě strašně štve tady ta samota. Já Vám to můžu říct tak, jak to je. Já mluvím furt s těma mrtvými. S maminkou třeba, ta má dneska výročí.*“
- „*Tady s touto nemocí, ty ruce, to představte si, že jste bez ruk. Zavažte si palce, oba dva, a teď něco dělejte. Já nemůžu si otevřít konzervu nebo kompot nebo něco.*“

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Během doby, po kterou se R5 s revmatoidní artritidou léčí, si nevzpomíná, že by došlo k závažnému zhoršení její nemoci. Projevy nemoci prožívá intenzivně, ale spíše kontinuálně, bez výrazných výkyvů.

6.1.6 Analýza respondentky R6

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Dokonce dvěma diagnózami, **ankylozující spondylitidou a revmatoidní artritidou**, trpí R6. Devětačtyřicetiletá ředitelka úseku firmy bydlí v rodinném domě na vesnici. Žije s manželem a spolu vychovali dvě dospělé děti, s nimiž se často dívají.

Ankylozující spondylitida byla u R6 diagnostikována v jejích 35 letech a 5 let na to došlo k manifestaci revmatoidní artritidy. V současnosti si respondentka není vědoma jiných onemocnění, uvádí však, že v minulosti se léčila s dyspeptickým syndromem.

Po mnoha vyzkoušených formách terapie dnes využívá biologickou a imunosupresivní léčbu. Ve výjimečných případech sáhne po analgeticky působících přípravcích, nicméně zdůrazňuje, že svůj zdravotní stav ve velké míře udržuje stabilní pravidelným cvičením a meditacemi.

Respondentka uvádí přítomnost těžké revmatoidní artritidy v u příslušníků matčiny rodinné linie. Přímo u matky žádná nemoc revmatického charakteru nemanifestovala, zato u ní byl prokázán antigen HLA-B27. Stejný antigen byl shledán také u syna R6.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Období manifestace ankylozující spondylitidy R6 popisuje jako převážně klidné a komfortní, a proto je i pro ni záhadou, proč nemoc udeřila právě tehdy. Uvažuje o vlivu **dlouhodobého podvědomého stresu**, který přikládá na vrub neideálním vztahům s rodinou svého manžela. Připouští, že i když nedošlo přímo k vyhocené události, situace ji trápila.

Zřejmou souvislost s původem onemocnění R6 vnímá v **genetické zátěži**.

Doslovná výpověď R6:

- *„Nám to v tom podvědomí mohlo narušovat prostě to, že... my jsme se nepohádali s těma rodičema jeho, ale my jsme se prostě přestali s nima bavit, protože oni byli takoví hrubí a oni neměli pěkné vztahy. Takže jsme měli jenom tu moji rodinu, jo?“*

Respondentka si vzpomíná, že u ní už delší dobu docházelo ke stavům, s jakými do té doby neměla zkušenost. Pociťovala nadměrnou únavu, která ji dříve netrápila, bolesti zad a pat. Vyhledat lékaře ji ale donutila jedna konkrétní ataka spojená se stresem a **smutkem** u příležitosti **pohřbu** otce její kamarádky.

Doslovná výpověď R6:

- *„No a pak ještě jeden moment takový byl, kdy mojí kamarádce zemřel tatínek, a tak jsme jeli na pohřeb, a já jsem měla svírání na hrudníku. Ale to svírání bylo takové úplně jiné. Byť jsem byla vystresovaná, je to pohřeb, nepříjemná událost, ale to svírání bylo tak nepříjemné, že jsem myslela, že mám infarkt.“*

Respondentka si také vybavuje velké bolesti, které ji provázely po **porodu** prvního dítěte, kdy ještě o svých nemocech nevěděla. Je toho názoru, že mohlo jít o první projevy, ačkoli k diagnostice ankylozující spondylitidy došlo až za dalších 13 let.

Naproti tomu u revmatoidní artritidy dokáže R6 detekovat důvod nemoci s jistotou. Vidí jej ve stresu spojeném s léčbou rakoviny a posléze **úmrtím** jejího **otce**. Popisuje, že to byla povětšinou ona, kdo s otcem absolvoval vyšetření a věnoval mu péči. Respondentka také zmiňuje, že právě po smrti otce u ní byla indikována biologická léčba.

Doslovná výpověď R6:

- *„Právě tam mi začala ta artritida a začalo to tak, že mi otekl levý nárt na noze. A tam si dovolím to přiřadit teda, že to bylo spojené s tím obrovským stresem. Protože tatínek nám onemocněl v dubnu a mně začal ten kotník.“*

V hypotetické otázce, zda by mohla existovat šance jejím nemocem nějakým způsobem předejít nebo jejich manifestaci ovlivnit, má R6 jasno: v jejím případě nic udělat nešlo.

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Podle R6 nepostihuje Bechtěrevova nemoc pouze fyzickou stránku člověka, ale pokládá ji i za **psychické onemocnění**, proto dopady stresu na projevy onemocnění považuje za velmi významné. Domnívá se, že lidé trpící tímto onemocněním, by na své psychice, ale i kondici, měli neustále pracovat, neboť tyto oblasti jsou úzce spojeny.

Sama R6 vnímá jako stresující **okolnosti, které nemá pod kontrolou** a sama je nemůže ovlivnit.

Doslovná výpověď R6:

- *„Ano, zhorší se to. Zhorší se to. Prostě člověk má to svírání. U mě teda jo. Že ten hrudník prostě reaguje jako první, si myslím. Na nějaké bolesti hlavy netrpím, ale umě teda ten Bechtěrev se projeví v tom hrudníku při stresu.“*

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Respondentka sice pociťuje určitý vliv stresu na svůj zdravotní stav, ale postupem času se naučila, především za pomoci cvičení, zabraňovat větším zhoršením projevů onemocnění. Že by někdy nastal relaps tedy neuvádí.

Doslovná výpověď R6:

- *„Musím říct, že mně nebývá dobře, ale napomáhá mně tomu cvičení. Takže já nejsem úplně ve stavu, že bych se zhroutila, jo? To určitě ne. Takže se snažím vždycky najít způsob, jak si pomoci.“*

6.1.7 Analýza respondentky R7

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Stejně jako předchozí účastnice výzkumu, i R7, která má 53 let, se potýká s **ankylozující spondylitidou**. Respondentka je zaměstnána jako učitelka na prvním stupni v krajském městě, kde současně i žije. Po rozvodu sdílí společnou domácnost s novým partnerem a s nejmladší ze svých tří dcer.

Se svojí nemocí žije R7 více než polovinu své existence, Bechtěrevova nemoc u ní byla prokázána ve 26 letech. Respondentka trpí také chronickým zánětem duhovky, jenž označuje za kodiagnózu ankylozující spondylitidy, a zaživačnými problémy. Kromě autoimunitního onemocnění má R7 i další nálezy na páteři. Mluví o vícečetných výhřezích meziobratlových plotének a skolióze.

V minulosti byla období, kdy R7 musela užívat antirevmatika, v poslední době se ale snaží medikaci vyhýbat. Spíše ojediněle, když cítí zhoršení, uchýlí se k analgetikům nebo myorelaxanciím. Participantka konstatuje, že problémy způsobené zánětem byly mnohem bouřlivější v mladším věku, kdy zkoušela i alternativní možnosti terapie, jako je reiki nebo reflexní terapie. Na nynějších problémech se zády se podle ní podílejí spíše další zjištěné diagnózy.

V rodině R7 se vyskytuje rizikový antigen HLA-B27 u všech žen z matčiny strany. Ankylozující spondylitida se projevila pouze u respondentky a její sestřenice.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Žádné **spojitosti** mezi klinickou manifestací onemocnění s prožíváním stresu si respondentka **není vědoma**. K určení diagnózy došlo asi 2 roky po porodu první dcery, přičemž respondentka toto období hodnotí jako hezké.

Doslovné výpovědi R7:

- *„Byla jsem na mateřské...to nemůžu říct. Opravdu to nemůžu dát do souvislosti s žádným stresem.“*

Podmíněnost spíše vidí v **dědičných faktorech**, které mají v rodině prokázané. Proto si také nemyslí, že by se propuknutí její nemoci dalo nějak předejít nebo ovlivnit.

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Účastnice výzkumu si všímá, že především v poslední době se jí stres velice rychle **somatizuje**. Pozoruje, že psychické vypětí se u ní přelévá především do bolesti zad a do zažívacích problémů.

Za hlavní zdroj stresu v nynějšku považuje **partnerské neshody**, byť nebývají příliš závažného rázu. Respondentka si uvědomuje, že hádky velmi prožívá a příznaky ankylozující spondylitidy se jí po nich akcentují.

Doslovná výpověď R7:

- „*Ono to jde docela rychle, řekla bych, po tom stresu. Jako do pár dní. No, ale potom zase...ale my si to našťestí potom vyřkáme a přejde to. A to je tak nahoru – dolů.*“

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Horší období, ve kterém bylo nutno nasadit antirevmatika, prožívala R7 před několika měsíci, kdy se dostavily výrazné bolesti zad a zažívací problémy. **Podíl stresu** na zhoršení nemoci rozhodně spatřuje, nicméně ve stejné době se nakazila nemocí **covid-19**, čímž se problémy ještě zvýraznily.

Doslovná výpověď R7:

- „*Hrozně mě ta záda bolela. No a potom přišel koronavirus a to byla úplná katastrofa. Byla jsem úplně stažená, svalová křeč, vůbec jsem se toho nemohla zbavit, hrůza.*“

Respondentka si také vybavuje značné prohloubení bolestí, které nastalo v průběhu jejího druhého **těhotenství**. Zajímavé však je, že po několika letech R7 otěhotněla znovu, a vliv dalšího těhotenství a porodu na svůj zdravotní stav hodnotí jako příznivý. Zmiňuje se, že třetí těhotenství jí bylo dokonce doporučeno revmatologem.

Doslovná výpověď R7:

- „*Ale vzpomínám si, že v průběhu druhého těhotenství jsem měla problémy, velké, a nemohla jsem si tím pádem nic vzít. Takže po druhém porodu to bylo spíš horší a po třetím naopak zase lepší.*“

6.1.8 Analýza respondentky R8

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

U šestadvacetileté R8 byla prokázána **roztroušená skleróza**. Respondentka bydlí v krajském městě v bytě se svým partnerem. Po získání bakalářského titulu pracuje jako koordinátorka v sociálních službách a zároveň začala studovat vyšší odbornou školu.

Diagnóza roztroušené sklerózy zasáhla do života R8 v jejích 23 letech, potýká se s ní tedy 3 roky. S jinými nemocemi nebo zdravotními komplikacemi se neléčí, ale udává, že od malička z důvodu lehké dysfunkce jater hůře tráví tučná jídla, proto se jim vyhýbá.

V minulosti respondentka několikrát prodělala infuzní léčbu, souvisle konvenční možnosti terapie však nevyužívá. Po důkladném zvážení nepřijala nabídnutou biologickou léčbu a rozhodla se vyhledat lékaře, který praktikuje i alternativní medicínu. Nyní R8 zařadila pravidelné cvičení, otužování, doplňky stravy a další možnosti alternativní terapie.

O nikom v rodině, kdo by trpěl roztroušenou sklerózou R8 nemá povědomí. Otec má diagnostikované astma a léčí se na alergie, a u její sestry se rozvinula sociální fobie. Respondentka si vzpomíná, že první ataka její sestry přišla během studia.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Podle R8 její nemoc souvisí s **dlouhodobým přílišným vypětím**. Poukazuje na stres spojený s velmi **obtížným studiem** na vysoké škole a **velkou zodpovědností**, jejíž tíhu si dlouho neuvědomovala. Podotýká, že vysoké nároky na sebe kladla především ona sama.

Doslovná výpověď R8:

- „A jak jsem vyšla z těch lázní, tak když na mě zase měla zase spadnout ta zodpovědnost, kterou jsem měla, než jsem odjela, tak já už jsem to nedokázala. To už prostě nebylo možné. Víte, jako zodpovědnost, kterou jsem nesla předtím, byla strašně obrovská.“

Respondentka má v paměti okolnosti své první ataky, která vedla ke stanovení diagnózy. Klinická manifestace přišla v období, kdy před sebou měla **státní závěrečné zkoušky** a zároveň prožívala **náročný vztah**. Roli sehrálo i několik stresujících **situačních faktorů**, na něž byla ataka podle R8 bezprostřední reakcí.

Doslovné výpovědi R8:

- „No a pak jsem právě jednou dostala tu eReSu, když jsem jela od něho (tehdejšího přítele – pozn). A právě jsem se u něho učila na zkoušku, takže to bylo před poslední zkouškou.“
- „Ještě navíc ten den spadl strom, takže vlak měl zpoždění. Ted' strašnej stres, že se čekalo na hasiče, nikdo nic nevěděl. Ještě navíc si ode mě potom půjčila paní v tom dalším vlaku telefon. Ona si potřebovala zavolat a jak jsem vystupovala, tak mi další paní říkala: ‚Ona Vám něco strkala do toho telefonu, ona Vám tam dala nějaký čip.‘, úplně mě vystresovala. A tady už jsou vidět ty stresující faktory: před zkouškou, spadl strom pod vlak, paní mě vystresuje, že mi napojila na telefon něco.“

Protože si zpětně uvědomuje, v jak náročném tempu žila, si R8 nemyslí, že mohla nemocí nějak předejít. Naopak věří, že pokud by neonemocněla, projevilo by se vyčerpání jinak. Deklaruje také, že vlivem nemoci se změnila celá její osobnost.

Doslovná výpověď R8:

- „Předejít, ovlivnit... já si myslím, že asi ani ne-e. V tom stylu, jakým jsem žila, tak ani ne. Já si myslím, že mi to hodně i otevřelo oči a stejně by se to jednou zlomilo. A jak by se mi otevřely oči, tak bych si to akorát vyčítala.“

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Dotazovaná spatřuje **velký dopad prožívání stresu**, zejména z **přepětí**, na projevy roztroušené sklerózy. Všimá si také, že po diagnostikování nemoci na vypětí reaguje daleko senzitivněji než dříve.

Doslovná výpověď R8:

- „Ale mně třeba ty nervy praskly. A to bych řekla, že to přirovnání, že Vám z něčeho rupnou nervy, je tady úplně dokonalý. Protože teďka, když na mě jde větší stres, tak opravdu na ty nervy už jsem daleko citlivější.“

Právě menší snášenlivost stresu respondentku donutila **změnit** svůj do té doby hektický **životní styl** a **zredukovat** četné **aktivity**, kterým se dříve věnovala. Svou nemoc dnes vnímá jako ukazatel, který, jak sebekriticky zmiňuje, stále potřebuje. Akcelerované symptomy bere jako impulz, aby zvolnila.

Doslovná výpověď R8:

- *„No...člověk to musí vyvážit, tu práci s tím odpočíváním. Protože já jsem takovej ten typ, že jak začnu pracovat, tak nevím, kdy přestat.“*

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Protože R8 provázejí vystupňované ataky vždy během zkouškového období, nachází spojitost se **zvýšeným studijním vypětím**. Právě kvůli zdravotním komplikacím byla respondentka nucena prodloužit dobu bakalářského studia o 2 roky. Nejen pro náročnost studia se R8 ještě před manifestací nemoci svěřila do péče psychoterapeutky, která jí podle jejích slov pomohla zdárně dostudovat.

Doslovné výpovědi R8:

- *„Bylo to pro mě hodně náročné, protože tam byly požadavky fakt vysoký. Ty nároky tam byly. No a... nás se spousta zhroutila nervově. ... Ale celou dobu jsem byla v kontaktu s paní psychoterapeutkou, vlastně od prvého na fildě.“*
- *„Ve zkouškovém je taková ataka jako typická. To se dá očekávat. U mě. Já jsem vlastně dělala 5 let toho bakaláře. Já, vždycky, když jsem chtěla jít ke státnicím, tak jsem skončila v nemocnici na kapačkách.“*

6.1.9 Analýza respondentky R9

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Respondentka zařazená do výzkumu pod číslem 9 má 39 let a trpí **psoriázou**, k níž se postupem času přidala **revmatoidní artritida**. Spolu se svými dvěma psy žije v bytě v menším městě, kde vede lesní školku. K hlavnímu zaměstnání si přivydělává administrativní práci a věnuje se studiu psychologie na vysoké škole.

Psoriáza se u R9 projevila v jejích 13 letech v podobě kožních ložisek. Asi před 10 lety, tedy před 30. rokem respondentčina života, se přidaly kloubní obtíže, jakožto symptomy revmatoidní artritidy. Respondentka se potýká také se žaludečním refluxem a psychickými potížemi, které v průběhu času vykrytalizovaly v panickou poruchu.

Svá autoimunitní onemocnění respondentka v současnosti neřeší medikamentózní léčbou. Uchýlila se spíše k režimovým opatřením, úpravě stravy, praktikování jógy a nácviku strategií zvládnání stresu. Panickou poruchu se daří držet pod kontrolou za pomoci antidepresiv a velmi ojediněle anxiolytik. Dříve pravidelné psychoterapie dnes už podle slov R9 nejsou třeba.

Respondentka ve své rodině nachází sklony k autoimunitním onemocněním i psychickým problémům. U jejího otce a stejně tak i obou bratrů se objevila psoriáza, u jednoho z bratrů má R9 současně podezření na neprokázanou revmatoidní artritidu. V minulosti si oba sourozenci prošli problematickým obdobím, kdy jeden z nich měl blízko k závislosti na alkoholu a druhý na drogách, oba ale podle respondentky tyto potíže překlenuli. Stavby úzkosti léčené antidepresivy prožívá matka R9.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

O svých nemocech je R9 přesvědčena, že jsou **psychosomatickou záležitostí**. Vnímá je jako odpověď na mimořádně **stresující dětství**, které prožila. Poukazuje na **disharmonické rodinné prostředí** plné hádek a nepříjemných zážitků, pramenících především ze strany jejího otce, které negativně ovlivnily nejen respondentku, ale celou rodinu. Na závislostní epizody svých bratrů pohlíží jako na formu útěku z reality.

Doslovná výpověď R9:

- *„Ta rodina se dá brát jako velkej stres. Absence nějaký lásky, opory.“*

Skutečnost, že lupénka propuknula právě ve 13 letech přisuzuje R9 **hormonální akceleraci** spojenou s menarche.

Revmatoidní artritidu respondentka vnímá jako vyústění dlouhotrvajících neléčených **psychických potíží** a s nimi spojeného náročného období. S nynějším náhledem přiznává, že v určitém období dokonce byla na místě hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Doslovná výpověď R9:

- *„A ta revmatoidní artritida, si uvědomuju, že to bylo právě v těch 30, kdy jsem začínala mít ty ataky a velkej stres. Takže já si myslím, že tam to jako bylo hodně stresová záležitost jako ty klouby a kosti.“*

Podle mínění R9 by se dalo jejím nemocem předejít pouze změnou rodinného prostředí. Domnívá se, že kdyby vyrůstala v klidnější rodině, nemusely by ji postihnout.

Doslovná výpověď R9:

- *No tak asi jo, jinou rodinou, kde je klid prostě. Si myslím, že to na to hraje velkou roli, když jste celý život ve stresu už jako dítě. Jo, kdy prostě táta jde opilej dom a vymlátí Vám půl domu jako...A my sedíme strachy...“*

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Vlivem stresu na symptomy svých onemocnění si je R9 jistá. Poznává, že si je svém případě vědoma **somatizace** i malého vypětí. Vyzorovala však, že tělesné i emoční projevy u ní nastupují až po odeznění stresující události nebo období. Spíše než symptomů lupénky si všimá kloubních projevů. Detekuje vliv stresu spojeného se **studiem** a **přepínání se**.

Doslovná výpověď R9:

- *„No samozřejmě, určitě jako. Tak podle mě jako třeba mě začaly bolet ty klouby, protože se tím mění chemie v těle, jako no. Vlastně i člověk, jak je ve stresu, tak podle mě i jinak smrdí. Nebo třeba já to na sobě cejtím. A cejtím napětí ve svalech a pak mi to jde i do těch kloubů. Je to celkově propojený, no.“*

Neopomíná také fakt, že obě nemoci výrazněji pociťuje v **zimě**.

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

Respondentka prožívá nebývalé zhoršení symptomů psoriázy a revmatoidní artritidy právě v nynější době, kdy podle jejího vyjádření odeznívá velký **psychický nápor**. R9 se vyrovnává se **smrtí** svého **otce** v důsledku dlouhodobého onemocnění a změnami, které tato událost způsobila v rodině. Nadto řeší studijní povinnosti spojené se státní závěrečnou zkouškou, k níž letos míří. Nemoci R9 exacerbují prostřednictvím rozšířených ložisek lupénky a bolesti kloubů, jakou léta nezažila.

Doslovná výpověď R9:

- *„Myslím, že ty klouby, ta zatuhlost svalová, únava, že s tím jako dost souvisí. Že je to horší než třeba loňskou zimu, kdy jsem byla relativně v pohodě. O dost horší.“*

Znovuvzplanutí nejen autoimunitních nemocí, ale panické poruchy R9 v souvislosti se stresem ze **studia** nezažívá poprvé. V prvním ročníku došlo vlivem **přepětí** školními i pracovními povinnostmi k takovému zhoršení zdravotního stavu, následkem kterého se respondentka rozhodla bakalářské studium rozložit na 5 let místo obvyklých tří.

Doslovná výpověď R9:

- *„Tak to potom vygradovalo v to, že jak bylo hodně stresu a všeho, a já jsem s tím stresem tolik neuměla pracovat, ani se sebou ještě... do jisté míry jo, ale v některých aspektech ne. Tak se mi spustily znovu ty panický ataky, a i ty bolesti kloubů a tak. A tak jsem pochopila, že asi to teda nedostuduju za 3 roky.“*

6.1.10 Analýza respondenta R10

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Druhý účastník výzkumu mužského pohlaví má 58 let a trpí **psoriázou**. S manželkou a nejmladší dcerou ze svých třech potomků žije v bytě v menším městě. Vysokoškolské vzdělání v technickém oboru respondenta kvalifikuje k profesi IT konzultanta, kterou nyní zastává.

První projevy lupénky byly u R10 zaznamenány před 46 lety, v jeho 12 letech, tudíž se se svou nemocí potýká nejdéle ze všech účastníků výzkumu. Trpí také alergií a poslední dva roky chronickou bolestí v krku, u níž se nepodařilo zjistit příčinu.

Za dlouhou dobu, která uplynula od zjištění onemocnění, R10 vyzkoušel mnoho možností terapie včetně několika hospitalizací, podávání tetracyklinu, léčby horským sluncem nebo léčebných pobytů u moře. V současnosti nevyužívá žádnou léčbu, pouze výrazně upravil stravu.

Psoriáza se v rodině R10 vyskytuje v otcově linii, kdy se nemoc projevila u jeho dědečka, bratranců otce a po porodu i u sestry samotného respondenta. Otec R10 se léčí s astmatem a nedávno prodělal rakovinu prostaty. Matku dotazovaného trápí výrazné kloubní obtíže, nicméně bez prokázané revmatické příčiny.

OBLAST I – MOŽNÝ VLIV STRESU NA MANIFESTACI ONEMOCNĚNÍ

Původ lupénky podle R10 jasně podléhá **genetickým vlivům**, protože onemocněním trpí mnoho členů jeho rodiny. Ze stejného důvodu také věří, že jeho nemoci nebylo možné předejít.

Manifestaci onemocnění respondent vztahuje k působení **hormonálních změn** spojených s pubertálním věkem. Kromě toho však vidí i **roli psychiky**. Vzpomíná si, že v době, kdy se u něj rozvinula psoriáza, pravidelně a často sportoval. Hrál basketbal, přičemž se zápasy neobešly bez vypjatých situací. Pracuje i s myšlenkou **podvědomého stresu**.

Doslovná výpověď R10:

- „*Tak určitě jsem i ty sporty hodně prožíval, že. Když jsme hráli ty zápasy, tak taky to bylo vypjaté.*“

OBLAST II – MOŽNÝ VLIV STRESU NA PROJEVY ONEMOCNĚNÍ

Respondent zastává názor, že psychika má **zásadní podíl** na míře projevů jeho psoriázy. V obecné rovině vyzoroval, že mu lupénka se zhoršila vždycky, když má nějaké psychické problémy.

Pamatuje si na stres spojený s přijímacími zkouškami na střední školu a během vysokoškolského **studia**. Zmiňuje také vliv **neshod**, které se v průběhu **manželství** vzácně objevily. Respondent si uvědomuje, že dříve spory i jakýkoliv jiný stres prožíval mnohem intenzivněji než dnes. K nynější životní stabilitě podle něj ve velké míře přispěla víra v Boha, kterou v dospělosti našel. Cítí, že od té doby jej netrápí tolik starostí.

Kromě psychického ladění R9 zaznamenává i nepříznivý dopad **zimy** a přítomnost **sezónních onemocnění**.

Doslovná výpověď R10:

- „*Tak jako obecně se mi to horšilo vždycky, když jsem měl psychické problémy. A druhá věc, že je to horší, když jsem onemocněl. To platí jako stoprocentně. Chřipku, nastuzení.*“

OBLAST III – MOŽNÝ VLIV STRESU NA RELAPS ONEMOCNĚNÍ

V otázce na relaps onemocnění R10 implikuje souvislost se **změnou zaměstnání**, již absolvoval před několika lety. O prvním roce na nové pozici, která mimo jiné obnáší vedení specializovaných vzdělávacích přednášek, mluví jako o velkém zdroji stresu.

Doslovné výpovědi R10:

- *„Když jsem změnil povolání a začal jsem dělat konzultanta, tak ten první rok byl fakt strastiplný a ty stresy jsem prožíval. Tak ta lupénka se mi určitě zhoršila.“*
- *„Třeba si představte, že Vám řeknou, že zítra jedete do firmy a přednášíte tam. A teď tam přijde generální ředitel, výrobní ředitel, finanční ředitel. Já, když jsem toto slyšel poprvé, já jsem se z toho málem složil.“*

Nejzřetelnější zhoršení nemoci v jeho dosavadním životě však přišlo spolu s nástupem na **povinnou vojenskou službu**. Už během prvního měsíce služby došlo k hospitalizaci respondenta, která se po návratu do kasáren opakovala ještě dvakrát. Z toho důvodu vojenskou službu R10 nedokončil. Účastník výzkumu však dodává, že během doby, kdy službu absolvoval, byla velmi **tuhá zima**, následkem čehož netekla teplá voda. Tato skutečnost podle jeho názoru relaps patrně podpořila.

Doslovná výpověď R10:

- *„Ta vojna byla asi nejhorší, co se týče lupénky, tak tam mi to zdevastovali. No, a ještě navíc jsem tam získal nějakou alergii.“*

6.2 Souhrnná analýza v kontextu výzkumných otázek

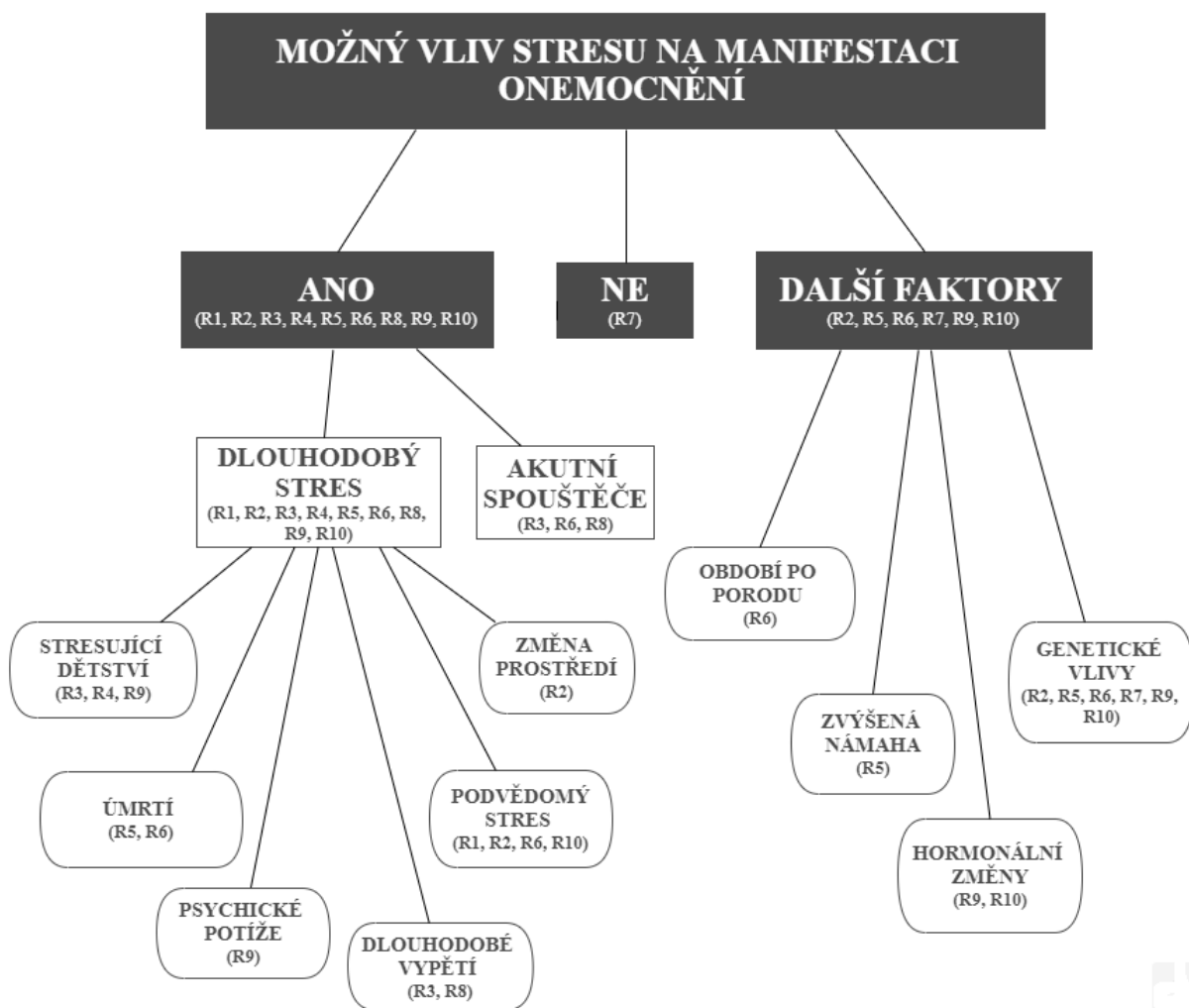
Tato podkapitola je věnována výsledkům analýzy výpovědí dotazovaných respondentů v souvislosti s jednotlivými výzkumnými otázkami. Jsou zde prezentovány společné nebo naopak odlišné znaky či jiné vztahy mezi pohledy jednotlivých účastníků výzkumu.

Považuji za důležité zdůraznit, že v kvalitativním výzkumu této práce jde především o zachycení jedinečných individuálních příběhů a výpovědí.

6.2.1 Souhrnná analýza v oblasti vlivu stresu na manifestaci onemocnění

Všichni zapojení respondenti mají v rámci první výzkumné otázky určitou teorii o důvodu manifestace svého onemocnění. Některé z teorií jsou dokonce multifaktoriální, proto byly

na základě analýzy subjektivních výpovědí vytvořeny následující kategorie „ANO“, „NE“ a kategorie „DALŠÍ FAKTORY“. Spolu s jejich subkategoriemi je znázorňuje následující diagram (viz obrázek č. 5). V dalším textu jsou podrobněji rozebrány výpovědi respondentů v kategoriích „ANO“ a „DALŠÍ FAKTORY“. Vyhodnocena je zde také otázka: „*Myslíte si, že by se Vaší nemoci dalo nějak předejít nebo její manifestaci nějak ovlivnit? Jak podle Vás?*“



Obrázek č. 5 - Diagram kategorií a podkategorií vzniklých z odpovědí zúčastněných respondentů na otázku možného vlivu stresu na manifestaci onemocnění

KATEGORIE „ANO“

Všichni oslovení respondenti mimo R7 vliv stresu na manifestaci jejich onemocnění v různé míře připouštějí. Na základě respondenty popsaných stresujících okolností byly vytvořeny následující subkategorie: **DLOUHODOBÝ STRES** a **AKUTNÍ SPOUŠTĚČE**.

SUBKATEGORIE „DLOUHODOBÝ STRES“

Příspěvní **DLOUHODOBÉHO STRESU** k manifestaci svého onemocnění v různé míře a podobě připouští všech 9 dalších respondentů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10).

Nejčastěji mezi účastníky výzkumu zaznělo téma **PODVĚDOMÉHO STRESU**, který mohl hrát roli u 4 respondentů (R1, R2, R6, R10). R1 vnímá přítomnost podvědomého permanentního stresu pramenícího z **neukončených vztahů** s jeho zemřelými rodiči. Deklaruje, že i s odstupem let jej občas přepadá smutek. Podle svých slov se R2 životem příliš nestresuje, podvědomé vlivy však vyloučit nemůže. U R6 vzniká podezření na podprahové vypětí způsobené **ne příliš harmonickými vztahy** s rodinou jejího manžela a R10 o sobě obecně tvrdí, že si obecně v mladším věku dělal více starostí.

STRESUJÍCÍ DĚTSTVÍ popisují 3 respondentky (R3, R4, R9). Všechny respondentky si vzpomínají především na negativa spojená s výchovou otce. Otcové R3 a R4 vykazovali chování pohybující se na hranici zákona, přičemž R3 dokonce uvádí dlouhodobý pobyt otce ve vězení. Respondentky R4 a R9 poukazují na tendence svých otců k závislosti na alkoholu a sklony ke gamblerství. V případě R3 a R4 skončilo manželství rodičů **rozvodem**, který R4 vnímá jako spouštěč své juvenilní revmatoidní artritidy. U R3 byla roztroušená skleróza odhalena několik let po rozvodu rodičů.

Spojitosti manifestace onemocnění s **ÚMRTÍM** další osoby si všimly 2 respondentky (R5, R6). R5 diagnostikovali revmatoidní artritidu asi 2 roky po smrti jejího manžela. Od té doby ji velmi trápí **samota**. Dokonce dvakrát ovlivnila smrt zdravotní stav R6 trpící ankylozující spondylitidou, ke které se za 5 let přidala revmatoidní artritida. Respondentka si vybavuje, že ataka vedoucí k určení diagnózy Bechtěrevovy nemoci ji postihla během **účasti na pohřbu** otce její kamarádky. Svou revmatoidní artritidu chápe jako reakci na stres spojený s péčí o **nemocného otce** a jeho následným úmrtím. Určitý následek úmrtí popisuje i R1, pro kterého jsou stresující neukončené vztahy se zemřelými rodiči.

Příčinění **DLOUHODOBÉHO VYPĚTÍ** a do jisté míry nezdravého životního stylu si uvědomují respondentky R3 a R8, obě s diagnostikovanou roztroušenou sklerózou. Zajímavé je, že obě vnímají svoje onemocnění jako jakýsi **katalyzátor životní změny**, která byla v jejich případě neodvratná. Shodují se také, že v nynějšku na svou nemoc pohlížejí jako na ukazatel míry vhodné zátěže a toho, co se ještě nenaučily dělat správně.

ZMĚNA PROSTŘEDÍ zřejmě klinicky probudila psoriázu a revmatoidní artritidu v R2, nemoci totiž propukly během prvního ročníku na vysoké škole. Stejně okolnosti přestupu na stupeň studia uvádí i R4, která také trpí revmatoidní artritidou, jako příčiny dokonce dvou silných relapsů jejího onemocnění. Ani jedna z respondentek započaté studium na vysoké škole nedokončila. U R2 došlo ke změně studovaného oboru, R4 zvažuje návrat ke studiu nyní.

Jako výsledek dlouhodobých neléčených **PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ**, jež vykrystalizovaly v panickou poruchu vnímá svou revmatoidní artritidu R9.

SUBKATEGORIE „AKUTNÍ SPOUŠTĚČE“

Na okolnosti ataky vedoucí k diagnostikování nemoci si vzpomněly R3, R6 a R8.

K **dlouhodobě prožívanému stresu** se přidaly **neočekávané situační činitele** v případě R3 a R8. Obě respondentky ataka postihla v období blížících se státních závěrečných zkoušek. Respondentka R3 svou ataku přímo asociuje s pocitem zklamání, který zažila během svého diplomového koncertu. U R8 se na pozadí stresu ze školních záležitostí a prožívání náročného vztahu seběhlo několik nečekaných stresujících aspektů.

Že s jejím zdravím je něco v nepořádku si R6 uvědomila už dříve, ale až příčiněním ataky spojené se stresem a smutkem z **pohřbu** otce její kamarádky vyhledala lékaře.

KATEGORIE „DALŠÍ FAKTORY“

Nad podílem jiných faktorů na manifestaci jejich onemocnění se pozastavuje celkem 6 respondentů (R2, R5, R6, R7, R9, R10). Všechny 6 respondentů zmínilo úlohu **GENETICKÝCH VLIVŮ**. O někom z rodiny, kdo trpí stejným onemocněním, ví 4 respondenti (R2, R7, R9, R10) s diagnózami revmatoidní artritidy, lupénky nebo ankylozující spondylitidy. Podezření na neprokázanou revmatoidní artritidu, kterou trpí ona sama, pojala u své zesnulé matky R5. U žádného jiného člena rodiny R6 sice

ankylozující spondylitida nemanifestovala, nicméně rizikový antigen HLA-B27 je přítomen u její matky.

S **HORMONÁLNÍMI ZMĚNAMI** typickými pro pubertální věk spojuje klinický nástup psoriázy R9 a R10, u nichž se nemoc poprvé objevila ve 12 a 13 letech. Nad vlivem změn spojených s **těhotenstvím a porodem** jejího prvního dítěte uvažuje R6. Přestože k průkazu její ankylozující spondylitidy došlo o 12 let později, vyslovuje myšlenku, že v tomto období se mohly projevy jejího onemocnění poprvé ozvat.

Ve faktoru **ZVÝŠENÉ NÁMAHY** vidí souvislost s manifestací revmatoidní artritidy R5. V období, kdy ji začaly bolet malé klouby na ruce, totiž dlouhodobě využívala francouzské berle.

Za pozornost stojí některé další informace, jež zazněly u více respondentů. Celkem 4 respondenti (R3, R4, R7, R8) hovoří o vlastním **perfekcionismu**, který je z jejich pohledu zdrojem stresu. Stejný počet respondentů (R1, R3, R7, R8) na sobě pozoruje **přílišnou tendenci vyhovět ostatním na úkor vlastních potřeb**.

Doslovné výpovědi vybraných respondentek:

- **R7:** „Protože já ty tendence mám. Nějak na úkor sebe tlačit různé věci. Nebo potlačovat svoje potřeby, dávat to na druhou kolej, nevnímat to...no...dřív tam možná byl i nějaký perfekcionismus, myslím, že teď už mě to někam posunulo.“
- **R8:** „A on se tak snažil, že jsem podlehla. To bych i řekla, že nějakým způsobem značí i to, že jsme (lidé trpící roztroušenou sklerózou – pozn) tak jako přizpůsobiví okolí proti sami sobě. Protože už Vám říkám, že říkali, že jsem jako chytrá, tak at' jdu na gympl, tak jsem podlehla. Intuitivně jsem věděla, že to není úplně super.“

Téma útěku v období před diagnózou se objevuje u 3 respondentek (R3, R8, R9), z čehož R3 a R8 uvádějí, že v určitém životním období si **přály**, aby měly **nějakou nemoc**, díky které utečou od problémů. R3 také zmiňuje, že útek z domova skutečně zrealizoval její mladší bratr. R9 si přála **utéct ze své situace**, ale zamýšlený útek nesouvisel s onemocněním. Respondentka později útek z domova opravdu uskutečnila. Za formu útěku od reality v podobě neideálního rodinného zázemí R9 také označila sklony k závislostem jejích bratrů.

Doslovné výpovědi vybraných respondentek:

- **R3:** „Je pravda, už to tělo to říkalo. Že už mi dávalo stopku. Že vysloveně jsem si přála nemoc, což je hrozny, přála jsem si, aby mě nemohli ti dotyční nervovat. Aby na mě byli hodní. Protože toho zla bylo všude strašně moc.“
- **R9:** „Ale jinak jako...jinak si pamatuju spíš takový pocit osamocení, no. Že jsem chtěla utéct ze všeho.“

Na hypotetickou otázku: „Myslíte si, že by se Vaší nemoci dalo nějak předejít nebo její nějak manifestaci nějak ovlivnit? Jak podle Vás?“ panovala mezi dotazovanými téměř jednohlasná shoda. Většina reprezentovaná 8 respondenty (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R10), je přesvědčena, že žádná **možnost**, jak propuknutí **nemoci zabránit, neexistovala**.

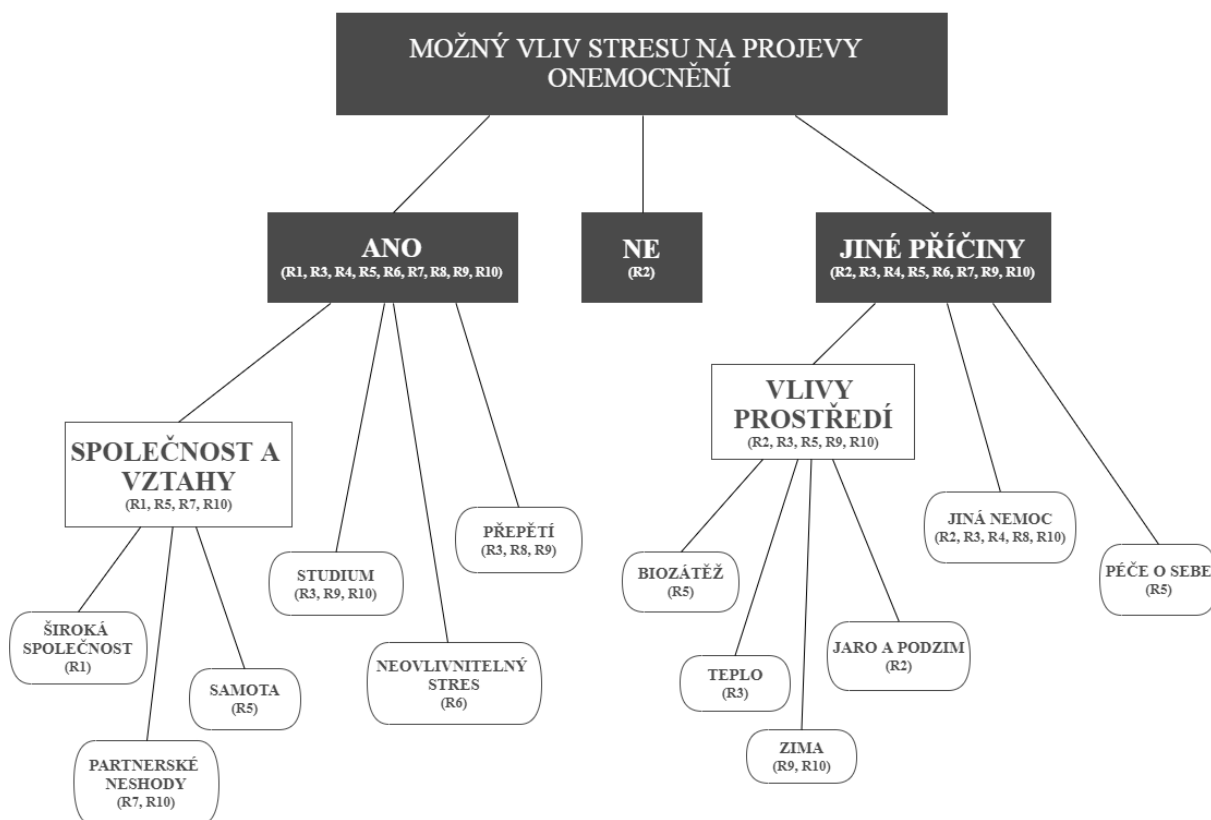
R3 věří, že roztroušené skleróze se **dá předejít**, ale zároveň si uvědomuje, že vzhledem k rozpoložení, v němž se nacházela, byla v jejím případě nemoc **nevyhnutelná**.

Stresující dětství vnímá jako příčinu svých nemocí **R9**. Je proto přesvědčena, že kdyby vyrůstala v **harmonické rodině**, nemoci by ji vůbec nemusely postihnout.

6.2.2 Souhrnná analýza v oblasti vlivu stresu na projevy onemocnění

Analýzou výpovědí vznikly podobně jako u předešlého tématu kategorie „**ANO**“ a „**NE**“. Protože někteří z dotazovaných respondentů vyzorovali i účast faktorů, které nesouvisejí se stresem, jsou tyto aspekty shrnuty ve třetí kategorii nazvané „**JINÉ VLIVY**“. Rozložení kategorií a podkategorií ilustruje obrázek č. 6. Obsah kategorií „**ANO**“ a „**JINÉ VLIVY**“ je v následujícím textu detailněji rozveden.

Pro přehlednost je obrázek č. 6 uveden na následující straně.



Obrázek č. 6 - Diagram kategorií a podkategorií vzniklých z odpovědí zúčastněných respondentů na otázku možného vlivu stresu na projevy onemocnění

Dopad stresu na projevy onemocnění u sebe **nevnímá** 1 respondentka (R2), obecně si však myslí, že míra zažívaného stresu projevy nemoci může ovlivňovat.

KATEGORIE „ANO“

Zbylých 9 respondentů (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) má nějakou vlastní **zkušenost se zvýrazněním symptomů** jejich nemoci vlivem prožitého stresu.

Není překvapující, že možnou příčinu stresu akcentujícího projevy autoimunitních onemocnění vidí nejvíce, tedy 4 respondenti (R1, R5, R7, R10), v **MEZILIDSKÝCH VZTAZÍCH** a **SPOLEČNOSTI**. **Partnerské neshody** jako činitele ovlivňující projevy jejich nemocí vnímají R7 a R10. **Informace v médiích** a **lidská bezohlednost** vyvolává stresující pocity u R1. Respondentka R5 prožívá jinou formu stresu vyvolanou mezilidskými vztahy – jejich **absenci**.

O dopadech stresu spojených se **STUDIEM** referují 3 respondenti (R3, R9, R10). O atakách roztroušené sklerózy na očním nervu během studia, kterým tehdy nevěnovala pozornost, má povědomí R3. Vliv nároků spojených se školními povinnostmi zaznamenávají i R9 a R10. Studium se ukázalo jako velmi stresujícím aspektem i pro další respondenty, u nichž dokonce zapříčinilo **relaps** onemocnění (R4, R8, R9).

S **PŘEPĚTÍM** coby aspektem zvýrazňujícím symptomy jejich onemocnění se potýkají 3 respondentky (R3, R8, R9). Všechny uvádějí, že jakmile na sobě pocítují zhoršení stavu, snaží vyvažovat práci a odpočinek.

Okolnosti, které nemá pod kontrolou a sama je nemůže ovlivnit, cítí jako stresující R6. S ostatními možnými příčinami stresu se podle svých slov naučila pracovat.

O stresu jako původci zvýraznění revmatoidní artritidy i R4, nicméně u méně závažných změnách ve zdravotním stavu **nedokáže souvislost** s konkrétním stresovým spouštěčem **vypozorovat**. Všimá si však, že pokud už prožívá zhoršení nemoci a zároveň se cítí ve stresu, stav se obvykle ještě prohloubí.

KATEGORIE „JINÉ VLIVY“

Celkem 8 respondentů (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) spojuje změny v projevech onemocnění i faktory jiné povahy.

Nejčastěji zmiňovanými působky jsou **VLIVY PROSTŘEDÍ**, které detekovalo 5 respondentů (R2, R3, R5, R9, R10), z nichž 4 (R2, R5, R9, R10) trpí revmatoidní artritidou, lupénkou nebo oběma chorobami současně. U R9 a R10 dochází ke zhoršení symptomů především v **zimním období**. Naproti tomu R2 pozoruje reaktivitu svých onemocnění spíše na **jaře** a na **podzim**. Ne přímo roční období, ale změny v **biozátěži** způsobují, že R5 svou nemoc pocítuje výrazněji. R3 sdělila, že její roztroušenou sklerózu negativně ovlivňuje pobyt v **teple**.

Úkony spojené s **PÉČÍ O SEBE** akcentují potíže spojené s revmatoidní artritidou u R5. Deklaruje, že mnohdy jsou pro ni velmi namáhavé i základní činnosti.

O negativním vlivu přítomnosti **JINÉ NEMOCI** v organismu promluvílo 6 respondentů (R2, R3, R4, R7, R8, R10). Kromě R2 a R10 se zároveň všichni domnívají, že prodělali **onemocnění covid-19**. Některým z nich je potvrdily výsledky testů, jiní mluví o typických

příznacích. Všichni respondenti se shodují na nebyvalém **zhoršení projevů autoimunitního onemocnění**.

Doslovné výpovědi vybraných respondentů:

- **R3:** „*Tedka po coroně musím říct, že to jakoby krásně vyjelo ven. ... Já mám pocit, že ta chřipka, jakoby napadala ty nejslabší místa na tom člověku. Vysloveně u mojí mamči to zhoršilo artritidu, u babičky to zhoršilo to, co ona si řešila, že měla nějakou cukrovku.*“
- **R4:** „*Já jsem nemohla dýchat, ztratila jsem čich a chuť a přetrvává to částečně dodnes. Mám to hodně zkreslené a cítím pořád nějaký pach z věcí, které spolu nesouvisí. Takže třeba, když sfouknu svíčku, tak z ní cítím něco, jako když třeba vařím, z cibule nebo z nějakého masa. Je to takové divné. A mamka si myslí, že od toho covidu v říjnu se mi to všechno zhoršilo.*“
- **R8:** „*Neměla jsem čich a neměla jsem chuť a dva dny strašné únavy. A zvláštní rýma. Taková rýma nerýma to byla. Takže předpokládám, že to covid byl, a hlavně se mi pak zhoršila ta eReSa, docela dost. Žádnou dietní chybu jsem v té době neudělala a zkoušky jsem taky neměla, takže předpokládám, že to bylo na základě toho. Když jsem ohla hlavu, tak mi to brnělo odsud (ukazuje na krční páteř – pozn.) až dolů. Tady mi to všude brnělo, hodně.*“

6.2.3 Souhrnná analýza v oblasti vlivu stresu na relaps onemocnění

Rozborem odpovědí na otázku, zda oslovení respondenti vnímají možnou souvislost mezi prožívaným stresem a relapsem jejich onemocnění, vznikly kategorie „**ANO**“, „**NE**“ a „**BEZ RELAPSU**“, které se pro různorodost jednotlivých výpovědí dále nevětví. V následujícím textu jsou reakce dotazovaných respondentů přiblíženy.

MOŽNOU SOUVISLOST mezi prožíváním stresu a významným zhoršením onemocnění **VNÍMÁ** celkem 7 respondentů (R1, R3, R4, R7, R8, R9, R10). Kromě R1, který svůj názor prezentoval pouze v hypotetické rovině, ostatní respondenti reflektovali vlastní zkušenost.

Stres spojený se **studiem** shledávají jako příčinu znovuvzplanutí onemocnění 3 respondentky (R4, R8, R9). U R4 působil v kombinaci se změnou prostředí. Samotná **změna prostředí** exacerbaci respondentčina onemocnění vyvolala dokonce dvakrát. Na výraznou souvislost se stresem ze studia na vysoké škole poukazuje i R8. Sděluje, že ataky během zkouškového období se u ní dají očekávat. U R4 a R8 zhoršení zdravotního stavu vedlo dokonce k hospitalizaci, přičemž R8 poznamenává, že v jejím případě

opakovaně. Byla proto nucena prodloužit řádnou dobu studia o 2 roky. Délka studia vzrostla i u R9.

Respondentka R9 také hovoří o současném zhoršení onemocnění jako o reakci na nedávné události související s nemocí a **smrtí jejího otce**. Zároveň plní studijní povinnosti vztahující se k nadcházející státní závěrečné zkoušce.

V nedávné době také zažívala zhoršení ankylozující spondylitidy R7. Dává jej do souvislosti se **stresem**, připouští však i vliv onemocnění **COVID-19**, kterým se nakazila. Vybavuje si také vliv **těhotenství**, během kterého se závažněji zvýraznily její problémy se zády.

Výraznou ataku, v jejímž důsledku se zhroutila, popisuje R3. Způsobilo ji podle ní **přepětí** a pocit **zklamání**, který prožívala. Svou roli podle mínění respondentky sehrálo i **teplé počasí** a fakt, že v dané době držela **půst**.

Zhoršení zdravotního stavu v období **změny zaměstnání**, která s sebou nesla stres, zaznamenává R10. Nejprudší zhoršení své psoriázy však přikládá období, kdy absolvoval **povinnou vojenskou službu**. Podobně jako R3 si R10 uvědomuje i přispění vlivů prostředí a počasí, vybavuje si tuhou **zimou**.

Stejně jako nevnímá vliv stresu na projevy svého onemocnění, R2 **VLIV STRESU** na relaps jejích onemocnění **NEGUJE**.

Dvě respondentky (R5, R6) na otázku týkající se možné souvislosti prožívání stresu a prudkého zhoršení onemocnění odpověděly, že **si RELAPSU NEJSOU VĚDOMY**.

7 DISKUZE

Strany této kapitoly jsou věnovány diskuzi výsledků výzkumu v širším kontextu. Jsou zde shrnuty také limity a nedostatky této studie, její přínosy a podněty a doporučení pro další výzkum.

Autoimunitní onemocnění s celosvětovou prevalencí 3-5 % obecně postihují ženy v mnohem větší míře než muže. Singh et al. (2016) postulují, že až 3x častěji. Těmto odhadům odpovídá rozložení pohlaví účastníků výzkumného vzorku, který tvoří 8 žen a pouze 2 muži. Zajímavostí však je, že ankylozující spondylitida manifestuje 7-10x častěji v mužské populaci (Forejtová, 2009), nicméně obě respondentky zastupující tuto diagnózu ve výzkumu jsou ženy. Tento fakt si vysvětlují větší ochotou žen ke sdílení osobních informací. Svou roli vzhledem k velmi malému počtu respondentů mohla sehrát i náhoda.

Zajímavým zjištěním se ukázalo, že nezanedbatelná část z počtu 10 respondentů se věnuje učitelství nebo blízké pedagogicky zaměřené profesi. Celkem 3 respondentky zastávají nebo zastávaly přímo profesi učitelky a další 2 respondentky pracují jako lektorka angličtiny a vedoucí lesní mateřské školy. Za zmínku stojí i fakt, že 2 další respondentky, které v současnosti vykonávají jiné povolání, chtěly studovat nebo studovaly a nedokončily pedagogicky zaměřenou školu. Tento náleží koresponduje s výsledky studie A. Venter (2001), které prokázaly u učitelů o 13 % vyšší riziko manifestace roztroušené sklerózy, revmatoidní artritidy a dalších autoimunitních onemocnění než u jiných profesí. Další 2 respondenti zastávají nebo v minulosti zastávali řídicí funkce nesoucí s sebou vysokou zodpovědnost. Právě ta může být podle Křivohlavého (2001) velkým zdrojem stresu. Změnu zaměstnání dokonce označil jeden z respondentů za přímou příčinu relapsu jeho psoriázy.

Podle Badgiase et al. (2018) je výskyt revmatoidní artritidy mimo jiné faktory spojen také s nižší úrovní vzdělání. Výzkumu se zúčastnilo celkem 5 vysokoškolsky vzdělaných respondentů, 4 středoškolsky vzdělaní účastníci a 1 absolventka vyšší odborné školy. Ukázalo se, že z 5 respondentů s revmatoidní artritidou dosáhli 4 ukončeného středoškolského vzdělání a 1 vystudovala vyšší odbornou školu. Na tomto místě je však třeba podotknout, že 2 respondentky nedokončily započaté vysokoškolské studium právě z důvodu zdravotních komplikací spojených s jejich revmatoidní artritidou, přičemž 1 nyní vysokou školu studuje. Další důležitou poznámkou je i fakt, že jedna z oslovených participantek vykonává profesi, ke které se v současnosti váže vysokoškolské vzdělání, nicméně v době jejího studia byl obor zakončený středoškolsky.

Etiologii autoimunitních nemocí zpravidla tvoří interakce různých faktorů, které nemusí být vždy odhaleny (Singh et al., 2014). Podobně i teorie některých oslovených respondentů o vzniku samotného onemocnění nebo jeho manifestaci byly multifaktoriální. Mimo nejčastěji skloňovaný stres zazněly úvahy o úloze genetických a hormonálních vlivů, s čímž souhlasí Singh et al. (2014), zvýšené námahy nebo období spojeného s těhotenstvím a porodem. Jako vnější spouštěč může podle Lukešové (2016) zasáhnout stres, strava nebo toxiny. Špatné stravování jako spouštěč onemocnění účastníci výzkumu přímo neoznačovali, avšak mnoho z nich stravu v závislosti na svém onemocnění změnili či obohatili o vitamíny či doplňky. V otázce činitelů ovlivňujících projevy onemocnění si vybraní respondenti často uvědomovali také vliv prostředí a toxinů v podobě přítomnosti jiné infekční nemoci v organismu.

Většina zúčastněných respondentů spatřuje vliv prožívání stresu na jejich onemocnění, ať už na jeho propuknutí, relaps nebo změnu v jeho projevech. Tento výsledek odpovídá tvrzení Hořejšího (2014), že byla prokázána jasná souvislost mezi emocionálním stresem, obzvláště chronickým, a imunitou. Prožívání stresu může podle Hořejšího mimo jiné zapříčiňovat imunopatologické reakce. Participanti hovořili o vlivu chronického, akutního, ale i intermitentního emocionálního stresu. Podle Stojanovich (2009) prožívá neobvyklý emocionální stres před klinickým počátkem autoimunitního onemocnění až 80 % pacientů. Tomu odpovídají výsledky tohoto výzkumu, kdy o možném vztahu prožívaného stresu přemýšlí 8 respondentů z 10. Spojení stresu s relapsem onemocnění nachází 7 respondentů, z nich 6 přispívá vlastní zkušeností.

Chronický stres nejčastěji zazníval v podobě stresujícího dětství, vypětí v mezilidských vztazích, dlouhotrvající kumulace mnoha stresujících faktorů a z toho plynoucího přepětí nebo samoty. Ve výzkumu Dube et al. (2008) věnovanému otázce možného působení neideálního dětství na výskyt autoimunitních onemocnění zaznívala stejná téma jako u 3 oslovených respondentek, které mluvily o rozvodu rodičů, pobytu jednoho z rodičů ve vězení a konzumaci alkoholu. Výsledky shledávají stresující dětství jako možný rizikový faktor pro rozvoj autoimunitního onemocnění. Vliv dlouhodobého stresu deklaruje například studie z roku 1998 (Cohen et al.) podle níž jedinci, kteří prožívají chronické stresující události, měli vyšší pravděpodobnost nachlazení než ostatní. Konzistentně s předchozími závěry naznačují výsledky metaanalýzy ze 14 studií Mohra et al. (2004) možnou asociaci prožívaného každodenního stresu s exacerbací roztroušené sklerózy.

Absence kontaktu s lidmi, kterou uvedla 1 respondentka jako nejvýznamnější zdroj stresu, rezonuje s výsledky studie, jejíž autoři zjistili, že studenti připravující se na zkoušky ve společnosti dalších lidí vykazují vyšší imunitní kompetenci než ti, kteří se učí v izolaci (in Křivohlavý, 2001). Vliv opuštěnosti se tedy podařilo prokázat.

V několika případech se u dotazovaných respondentů manifestace nebo relaps onemocnění odehrály v období nově uzavřeného manželství nebo skonu blízkého člověka. Jeden z vybraných respondentů popisuje, že pár měsíců před manifestací jeho roztroušené sklerózy uzavřel ne příliš šťastné manželství, nicméně souvislost této události s propuknutím onemocnění nepokládá za pravděpodobnou. O tom, že velké životní události, jako je úmrtí nebo například rozvod, mohou hrát signifikantní roli v etiopatogenezi autoimunitního onemocnění referuje Porcelli et al. (2016). Kontrastní výsledky však přináší studie autorů Nisipeanu a Korczyzna (1993), kteří vystavili 32 pacientů s roztroušenou sklerózou nebezpečí v podobě raketových útoků během Války v Zálivu. Ukázalo se, že během války a následujících dvou měsíců se frekvence relapsů onemocnění signifikantně snížila. Autoři tak naznačují, že ne všechny podoby stresu vedou k nárůstu rizika exacerbace nemoci.

Respondenti zaznamenali i akutní působení stresu, kdy dávali ataky nemoci do souvislosti s pocitem zklamání, účastí na pohřbu nebo souběžným působením několika situačních stresorů. O síle vypjatých krátkodobých událostí mluví Joshi (2007), který upozorňuje na případy srdečního selhání spojené s intenzivním negativním, ale i kladným prožitkem. Poznatky souhlasí se závěry studie Halliday (1941).

Intermitentní působení stresu reprezentoval často skloňovaný stres spojený se studiem. Celkem 5 respondentů mluvilo o studijním stresu v souvislosti s manifestací, zvýrazňováním projevů i relapsem autoimunitního onemocnění. Ve dvou případech byli oslovené respondentky hospitalizovány v období zkoušek nebo státnic. Vztah stresu prožívaného studenty a imunity zkoumaly týmy Jemmotta et al. (1983) a Maruchy, Kiecolt-Glaser a Favagehi (1998). Jejich závěry shodně potvrzují, že ve zkouškovém období jsou imunitní reakce studentů oslabenější.

Hořejší (2014) poukazuje na význam hormonálních vlivů reprezentovaný faktem, že průběh některých onemocnění se výrazně mění v těhotenství. V souladu s tímto tvrzením hovoří o vlivu těhotenství na manifestaci a relaps onemocnění 2 respondentky, přičemž obě (a jako jediné z výzkumného vzorku) trpí ankylozující spondylitidou. Z oslovených respondentek

prodělaly otěhotnění a porod, však bez výrazného zhoršení onemocnění, ještě další 2 ženy, u jedné z nich však revmatoidní artritida propukla až o několik dekád později.

LIMITY TOHOTO VÝZKUMU shledávám četné. Mezi největší nedostatky patří především nízký počet respondentů. Přestože byl zvolen kvalitativní rámec, není tedy cílem přinést objektivní závěry, ale zhodnotit subjektivní výpovědi vybraných jedinců, širší výzkumný vzorek by přinesl reprezentativnější výsledky. Vzhledem k časovému omezení sběru dat a komplikacím spojeným s probíhající pandemickou situací stran osobních schůzek však nebylo možné množství zúčastněných participantů navýšit.

Protože výzkumný vzorek tvořilo 8 žen a pouze 2 muži, bylo by vhodnější zvolit vyváženější rozložení pohlaví zúčastněných respondentů. Domnívám se, že silnější zastoupení mužského pohledu by mohlo přinést odlišné výsledky. Na inzerát však zareagovali pouze 2 muži a okolo 20 žen, z nichž byli vybráni respondenti. Tento fakt si vykládám větší ochotou žen sdílet své osobní informace, rozložení však také odpovídá vyššímu výskytu autoimunitních nemocí u žen. Podobná nerovnoměrnost je patrna i v zastoupení vybraných diagnóz u jednotlivých respondentů. Nejčastěji zastoupenou diagnózou byla revmatoidní artritida, kterou trpěla polovina výzkumného vzorku, tedy 5 respondentů. Nejméně četnou skupinou byly 2 probandky s ankylozující spondylitidou. Na této dysbalanci se podílí skutečnost, že diagnóza revmatoidní artritidy se ve třech případech vyskytovala v kombinaci s některým z dalších vybraných onemocnění, a také fakt, že participantky s Bechtěrevovou nemocí se přihlásily pouze dvě.

Ve způsobu oslovení respondentů spatřuji další slabinu výzkumu. Inzerát, na nějž budoucí respondenti reagovali, visel na zdi soukromého profilu na sociální síti, dostal se tedy pouze k omezené skupině lidí. S touto skutečností souvisí i fakt, že se čtyřmi z participantů jsem se osobně poznala již před proběhnutím výzkumného interview, což mohlo ovlivnit jejich otevřenost v porovnání s ostatními.

S tím souvisejícím nedostatkem je rovněž nerovnoměrné rozložení místa bydliště respondentů. Většina, tedy 8 dotazovaných, bydlí v Olomouckém kraji, 1 respondent v Moravskoslezském a 1 respondentka v Jihomoravském kraji. Na výzkumu neparticipoval žádný respondent žijící v Čechách.

Výsledky výzkumu mohly ovlivnit moje velmi malé zkušenosti s kvalitativním typem výzkumu. Před zahájením tohoto výzkumu jsem měla jen jedinou zkušenost s vedením polostrukturovaných interview. Jsem si tedy vědoma, že jsem se při jejich průběhu mohla

dopustit mnoha chyb pramenících z nedostatku praxe v průběhu rozhovorů, ale i v jejich přípravě. Během setkání s respondenty jsem vyzorovala, že otázek bylo mnoho, a ne všechny souvisely s cíli výzkumu, což mohlo bránit tomu, aby byla některá témata probrána dostatečně do hloubky. Anamnestické údaje, jejichž odběr předcházela samotnému interview, mohly být rozšířeny i o další kategorie, což by přineslo komplexnější náhled na život jednotlivých respondentů. Jejich strohost souvisela s časovými důvody, protože i v této variantě se setkání pro některé respondenty ukázala být časově náročnými. Uvědomuji si, že během prvních rozhovorů jsem se dotazovaných nedostatečně doptávala na důležité informace a často respondenty nechala odbočit od linie otázek, čímž mohlo dojít k tříštění mojí i jejich pozornosti. Pocity respondentů mohl ovlivnit i fakt, že jejich výpovědi byly nahrávány, přestože s tím všichni souhlasili.

Výslednou podobu výzkumu jistě ovlivnilo i nejednotné prostředí, kde se konaly. Přestože jsem pro účely setkání s respondenty zajistila neutrální prostory lékařské ordinace, v polovině případů nebyly využity. Ve čtyřech případech byla důvodem velká vzdálenost bydliště respondentů a v jednom případě časové možnosti respondentky. Roli sehrála i pandemická situace a z ní plynoucí omezené možnosti, kde uskutečnit schůzku.

PŘÍNOS TÉTO PRÁCE vnímám především v jejím holistickém zaměření. Povědomí o somatických dopadech působení stresu a komplexní přístup v léčbě nemocných podle mého názoru stále nestojí v popředí dnešní medicíny. Výsledky poukazují na možný významný vliv stresu na vybraná autoimunitní onemocnění, což pokládám za problematiku, která si zaslouží pozornost. Práce také přinesla autentické subjektivní pohledy a zkušenosti nemocných, které bývají často opomíjeny.

Pro mne jako pro výzkumníka byla práce na kvalitativním výzkumu velmi obohacující, neboť jsem díky ní získala nejen zkušenosti s přípravou, vedením a analýzou kvalitativního výzkumu, ale také obohacení o specifické zážitky s jednotlivými respondenty. Příjemným překvapením byla upřímná touha některých respondentů dát svoje postřehy do povědomí a prostřednictvím toho třeba pomoci něco změnit.

DALŠÍ FÁZI VÝZKUMU bych doporučila provést na dostatečně širokém výzkumném vzorku, aby mohlo dojít k rozdělení respondentů do skupin podle jejich diagnóz, a porovnat, jak působení stresu vnímají lidé trpící odlišnými chorobami. Dále by mohlo být účelné stejnému výzkumu podrobit i respondenty s autoimunitními chorobami jiných orgánových soustav než neuromuskulárního systému, například s nemocemi gastrointestinálního traktu

(Crohnova choroba, ulcerózní colitida) nebo endokrinními (hypotyreóza, diabetes mellitus I. typu). Velmi zajímavý vhled by mohlo přinést rozšíření sledovaných proměnných o míru resilience nebo neuroticismu, popřípadě dalších osobnostních charakteristik respondentů.

8 ZÁVĚR

Na základě analýzy získaných dat byly stanoveny následující závěry:

- Většina zúčastněných respondentů připouští možnou souvislost stresu s klinickou manifestací jejich autoimunitního nebo autoimunitních onemocnění. Pouze 1 respondentka o možném vlivu stresu neuvažuje. V mnoha případech se jedná o kombinaci více faktorů.
- Nejčastěji uváděnou možnou příčinou je některá z podob dlouhodobého stresu. Nejfrekventovaněji skloňovaný je vliv podvědomého stresu, který nelze přesně identifikovat. Z konkrétnějších spouštěčů je zastoupen potenciální podíl stresu pocházejícího z neideálního dětství, úmrtí v rodině, dlouhodobého vypětí, změny prostředí a psychických potíží. Kromě stresu jsou popsány i další domnělé spouštěče autoimunitních onemocnění v podobě často uváděných genetických vlivů, hormonálních změn a zvýšené námahy.
- Ve 3 případech byly popsány spouštěče ataky, která vedla k diagnostikování nemoci. Roli hrálo vypětí spojené se studiem, pocit zklamání, kumulace několika stresujících faktorů v jednu chvíli a účast na pohřbu.
- Možný vliv stresu na projevy onemocnění byl spatřen téměř u všech oslovených, s výjimkou 1 respondentky. Nejčastěji ovlivňují zdravotní stav dotazovaných mezilidské vztahy a společnost. Dalším důležitým faktorem je stres spojený se studiem a přepínání se. Jako stresující byly popsány i situace, nad kterými nelze mít kontrolu. Kromě stresu byly určeny i další faktory, na než může onemocnění reagovat. Jsou to především vlivy prostředí v podobě ročních období, teplot a stupně biozátěže a přítomnost jiné nemoci. V jednom případě se příznaky onemocnění zhoršují následkem péče o svou osobu.
- O možném vztahu relapsu onemocnění a stresu hovoří 7 oslovených respondentů, přičemž na vlastní zkušenost si vzpomíná 6 z nich. V ostatních případech vliv stresu nebyl vyzorován nebo k exacerbaci nedošlo. Prudké zhoršení příznaků podle participantů souvisí se stresem ze studia, změnou prostředí nebo změnou zaměstnání, absolvováním povinné vojenské služby, úmrtím v rodině, přepínáním se nebo pocitem zklamání. Mezi další uvedené aspekty vážící se k relapsu onemocnění patří těhotenství a porod, přítomnost jiné nemoci a vliv počasí.

SOUHRN

Tato bakalářská práce se soustředila na výzkum možného vztahu prožívání stresu a klinické manifestace vybraných autoimunitních onemocnění. Vybraná onemocnění jsou v české populaci relativně častá a jejich příznaky bohaté a proměnlivé. Hlavním účelem této práce bylo na základě subjektivních výpovědí respondentů popsat, zda míra zažívaného stresu může ovlivňovat klinickou manifestaci vybraných klinických jednotek.

Teoretická část se sestává ze tří hlavních celků. Nejprve jsou představeny koncepty zdraví a nemoci a komplexní péče o lidské zdraví. V další kapitole následuje užší zaměření na autoimunitní nemoci a jejich souvislosti. Třetí část se soustředí na úvod do problematiky stresu.

Současná medicína diferencuje pojmy zdraví, choroba a nemoc. Zdraví je vysvětlováno jako stav úplné psychické, mentální a fyzické pohody. Chorobou se rozumí patologická odchylka od biologické normy. Nemoc reprezentuje individuálně odlišný vnitřní prožitek. Obvykle doprovází chorobu, ale může se vyskytnout i bez její přítomnosti. Sociální hledisko nemoci zahrnující vnější pohled vymezuje termín sickness. Jeho dlouhodobé důsledky se nazývají handicap.

Komplexní přístup v péči o zdraví byl znám již v antické medicíně, až roku 1818 spolu s uvedením pojmu psychosomatika je však odstartován jeho průnik do moderní medicíny. Bio-psycho-sociální nebo také celostní model poukazuje na vzájemné působení jednotlivých složek ve vztahu k nemoci. Postupem času došlo k rozšíření modelu o další dimenze. Z tohoto konceptu vychází psychosomatická medicína, podle které člověk znázorňuje jednotu fyzického a psychického se svým prostředím, v jakémkoliv stavu a pohybu jeho existence.

Imunita je schopnost obrany lidského organismu vůči nebezpečným vlivům okolního prostředí. Její základní dispozicí je rozlišení patogenů a poškozených buněk od svých vlastních struktur. Činí tak pomocí svojí vrozené neboli neadaptivní a získané čili adaptivní složky. Adaptivní imunita na rozdíl od vrozené disponuje vysokou specifitou a pamětí. Neadaptivní imunita naproti tomu vyniká rychlostí odpovědi. Pomocí autotolerance, která probíhá na centrální i periferní úrovni, imunita předchází napadení svých vlastních tkání. Jestliže mechanismy tolerance nefungují, dochází k ději, který je znám jako autoimunita. V současnosti je známo propojení mezi imunitním, endokrinním a nervovým systémem.

Z neuroendokrinních mechanismů se na imunitním systému nejmarkantněji odráží stres, ať už akutní nebo chronický.

Autoimunitní onemocnění jsou příznačná právě prolomením mechanismů tolerance, což vede k poškození vlastních tkání autoimunitní reakcí. Přestože jsou považována za poměrně vzácná, vyznačují se tendencí s trvalým nárůstem počtu případů. Etiologie autoimunitních onemocnění bývá multifaktoriální, přičemž se většinou jedná o interakci genetických a environmentálních faktorů v kombinaci s vnějším spouštěčem. V této práci jsou charakterizována 4 vybraná onemocnění: roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida a psoriáza.

Roztroušená skleróza je progresivním degenerativním onemocněním postihující centrální nervovou soustavu, kde vyvolává demyelinizaci axonů. Příznaky jsou velmi pestré a vázané na lokalizaci leze. Rumatoidní artritida patří k zánětlivým chorobám ovlivňujícím klouby i mimokloubní struktury. Projevuje se otokem, bolestivostí, ztuhlostí a omezením rozsahu. Ankylozující spondylitida nebo také Bechtěrevova nemoc je zánětlivé onemocnění zejména páteřních struktur, ale i periferních kloubů a šlachových úponů. Vlivem autoimunitní reakce zde dochází k osifikaci a vznikají tzv. ankylózy. U většiny nemocných se vyskytuje antigen HLA-B27. Psoriáza alias lupénka náleží mezi nejznámější kožní dermatózy. Je příznačná trvalým zánětem v podobě ložisek na kůži.

Stres je ve své nejobecnější definici chápán jako nespecifická reakce na jakoukoliv zátěž, tedy snaha o udržení homeostázy. Kromě velkých individuálních stresorů má svůj význam i kumulace běžných každodenních starostí. Stres a s ním spojené chemické pochody vyvolávají reakce na úrovni všech orgánových systémů. Dopad stresu tak působí na lidskou psychiku, endokrinní, kardiovaskulární, dýchací, zažívací, rozmnožovací a vylučovací ústrojí a v neposlední řadě, jak už bylo zmíněno, na imunitu.

V rámci výzkumné části byl proveden kvalitativní výzkum s cílem zodpovědět stanovené výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka: VO1: *Vnímají oslovení respondenti možnou souvislost mezi prožitím stresu a klinickou manifestací vybraného autoimunitního onemocnění?* Dílčí výzkumné otázky: VO2: *Vnímají oslovení respondenti možnou souvislost mezi prožíváním stresu a změnami v závažnosti symptomů vybraného autoimunitního onemocnění?*, VO3: *Vnímají oslovení respondenti možnou souvislost prožívání stresu s relapsem vybraného autoimunitního onemocnění?*

Výzkumný vzorek tvořilo 10 respondentů trpících roztroušenou sklerózou, revmatoidní artritidou, ankylozující spondylitidou, psoriázou anebo kombinací těchto diagnóz. Zúčastnilo se celkem 8 žen a 2 muži v následujícím zastoupení diagnóz: roztroušená skleróza – 3 respondenti; revmatoidní artritida – 5 respondentů, ankylozující spondylitida – 2 respondenti, psoriáza – 3 respondenti. Rozpětí věku dotazovaných respondentů se pohybovalo mezi 26 a 85 lety s průměrným věkem 48,70 let.

Hlavní výzkumnou metodou bylo polostrukturované interview tvořené 15 otázkami, kterému předcházela odběr základních anamnestických údajů. Během rozhovoru jsem sestavovala časovou osu každého respondenta. K fixaci dat sloužil audiozáznam. Výzkumný vzorek byl získán za pomoci metody samovýběru, kdy zájemci o účast ve výzkumu odpověděli na inzerát vyvěšený na sociální síti.

Před samotnou analýzou jsem provedla doslovnou transkripci dat z audiozáznamu. Dále bylo přistoupeno ke třídění, klasifikaci a deskripci dat. V průběhu analýzy docházelo ke vzniku kategorií a podkategorií obsahujících společná témata a odpovědi jednotlivých respondentů.

Cílem tohoto výzkumu bylo přiblížit subjektivní výpovědi respondentů a nikoliv získat objektivní výsledky. Zjištěné závěry se proto nedají zobecnit na populaci všech jedinců trpících autoimunitním onemocněním.

Na základě analýzy se ukázalo, že devět respondentů uvažuje o vlivu stresu na manifestaci jejich autoimunitního onemocnění, naproti tomu jedna respondentka možný vztah nenachází. Všechny 9 zbylých účastníků vnímá jakožto možný spouštěč svého onemocnění působení dlouhodobého stresu. Mluví o stresujícím dětství, úmrtí v rodině, dlouhodobém vypětí, změně prostředí a psychických obtížích. Kromě stresu byla účastníky výzkumu zmíněna úloha genetických vlivů, hormonálních změn a zvýšené námahy. Tři respondentky popsaly i akutní stresové spouštěče, které odstartovaly ataku vedoucí k určení diagnózy.

Možný vliv stresu na projevy onemocnění vnímá opět devět respondentů. Jedna respondentka žádnou souvislost nezaznamenala. Podobně jako v předchozí otázce i zde většina respondentů nachází více faktorů ovlivňujících jejich zdravotní stav. Nejčastěji uvádějí stres spojený s mezilidskými vztahy a společností, studium, přepínání se a ztrátu kontroly nad situací. Mezi uvedené faktory nestresové povahy byl zařazen jednoznačně vliv prostředí, dále jiná nemoc a péče o sebe.

Prudké zhoršení svého autoimunitního onemocnění zažilo 6 respondentů. Jedna respondentka nedetekuje souvislost mezi relapsy jejích onemocnění a stresem, u 2 respondentek k relapsu podle jejich slov nedošlo, a 1 respondent se vyjádřil pouze v obecné rovině. Exacerbaci onemocnění podle nich potencoval nejčastěji rozhodně stres ze studia. Dalšími uvedenými faktory jsou změna prostředí, změn a zaměstnání, účast na povinné vojenské službě, úmrtí v rodině, vypětí a pocit zklamání. Vliv podle dotazovaných mohl mít i porod, jiná nemoc nebo počasí.

Přínos spatřuji především v holistickém zaměření této práce a podání autentických pohledů a zkušeností s vybranými autoimunitními nemocemi.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH	adrenokortikotropní hormon
APA	Americká psychologická asociace (z anglického <i>American Psychological Association</i>)
AS	ankylozující spondylitida
CNS	centrální nervová soustava
CRF	kortikotropin
GAS	obecný adaptační syndrom (z anglického <i>General Adaptation Syndrom</i>)
HLA-B27	lidský hlavní histokompatibilní komplex (z anglického <i>human leukocyte antigen</i>), lokus B27
HLA-DR 1	lidský hlavní histokompatibilní komplex (z anglického <i>human leukocyte antigen</i>), lokus DR1
HLA-DR 4	lidský hlavní histokompatibilní komplex (z anglického <i>human leukocyte antigen</i>), lokus DR4
HLAB-DRB1	lidský hlavní histokompatibilní komplex (z anglického <i>human leukocyte antigen</i>), lokus DRB1
ID	invalidní důchod
MRI	magnetická rezonance (z anglického <i>magnetic resonance imaging</i>)
MŠ	mateřská škola
MUS	anglicky <i>medically unexplained syndroms</i>
PTSD	posttraumatická stresová porucha (z anglického <i>Posttraumatic Stress Disorder</i>)
RA	revmatoidní artritida
RS	roztroušená skleróza
SD	starobní důchod
SŠ	střední škola
UVB	ultrafialové (anglicky <i>ultraviolet</i>) záření typu B

VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace (z anglického <i>World Health Organization</i>)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Aaron, L., Wusterhausen, P., & Torsten, M. (2015). The World Incidence and Prevalence of Autoimmune Disease is Increasing. *International Journal of Celiac Disease*, 3(4), 151-155. Získáno 23.4.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/294419057_The_World_Incidence_and_Prevalence_of_Autoimmune_Diseases_is_Increasing.
2. Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A., & Vorlíček, J. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres. Příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada.
3. Ahmed, A., Saha, B., Patwardhan, A., Shivprasad, S., & Nandi, D. (2009). The Major Players in Adaptive Immunity. *Resonance*, 14(5), 455-471. Získáno 1.11.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/225480299_The_major_players_in_adaptive_immunity.
4. Allsworth, J. E., Clarke, J., Peipert, J. F., Herbert, M. R., Cooper, A., & Boardman, L. A. (2007). The influence of stress on the menstrual cycle among newly incarcerated women. *Womens Health Issues*, 17(4), 202-209. Získáno 22.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2170522/>.
5. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186. Získáno 23.9.2020 z: https://www.divisionsbc.ca/sites/default/files/Divisions/Nanaimo/Dr.%20Perry%20and%20Dr%20Anda_%20enduring%20effects.pdf.
6. Auerback, A., & Smith, D. R. (1952). Psychosomatic problems in urology. *California Medicine*, 76(1), 23-26. Získáno 23.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1521180/>.
7. Bagdhais, M. M. O., Qorban, G. N. M., Albaqami, A. S., Nemer, A. A., Alali, A. J., Al Yaqoub, R. F. H., Alshamrani, H. A., Badahman, O. H., Ansaif, R. A., Alasmari, M. A., Alghamdi, A. Y., Alshareef, H. A. S., Almohammed, A. A., Filmban, D. M., & Alaql, A. S. (2018). Rheumatoid Arthritis, Patopsychology and Management. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(11), 1898-1903. Získáno 17.4.2020 z: http://egyptianjournal.xyz/7011_5.pdf.

8. Baštecký, J., et al. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
9. Bathia, V., & Tandon, R. K. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 20, 332-339. Získáno 21.9.2020 z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1746.2004.03508.x>.
10. Bečvář, R., & Pavelka, K. (2009). Současné trendy v diagnostice a léčbě revmatoidní artritidy. *Interní medicína pro praxi*, 11(7 a 8), 340-344. Získáno 16.4.2020 z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/07/08.pdf>.
11. Benáková, N. (2005). Psoriáza a současné léčebné možnosti. *Interní medicína pro praxi*, 2, 88-91. Získáno 20.4.2020 z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/02/06.pdf>.
12. Borikar, H., & Sheth, K. N. (2016). Stress and Human Body System Reaction – A Review. *RESEARCH HUB – International Multidisciplinary Research Journal (RHIMRJ)*, 3(12), 1-6. Získáno 18.9.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/316919424_Stress_and_Human_Body_System_Reaction_-_A_Review.
13. Boruchovitch, E., & Mednich, B. R. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712002000200006.
14. Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Journal of Medical Ethics and Medical Humanities*, 26, 9-17. Získáno 5.10.2020 z: <https://mh.bmj.com/content/26/1/9>.
15. Chabas, D., & Fontaine, B. (2004). Multiple sclerosis. *Orphanet Encyklopedia*. Získáno 13.4.2020 z: <https://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-MS.pdf>.
16. Chaplin, D. D. (2010). Overview of the Immune Response. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125 (2 Suppl 2), S3-23. Získáno 29.4.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923430/>.
17. Chatterjee, A., & Chatterjee, R. (2009). How stress affects female reproduction: An overview. *Biomedical Research*, 20(2), 1-10. Získáno 22.9.2020 z: <https://www.alliedacademies.org/articles/how-stress-affects-female-reproduction-an-overview.pdf>.
18. Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, Jr. J. M. (1998). Type of Stressors That Increase Susceptibility to the Common Cold in Healthy Adults. *Health Psychology*, 17(3), 214-223. Získáno 20.9.2020 z:

- <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.526.6744&rep=rep1&type=pdf>.
19. Cohen, S., Tyrrell, D. A. J., & Smith, A. P. (1991). Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold. *The New England Journal of Medicine*, 325, 606-612. Ziskáno 20.9.2020 z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199108293250903>.
 20. Debus, G., & Kästner, R. (2015). Psychosomatic Aspects of Urinary Incontinence in Women. *Geburstshilfe und Frauenheilkunde*, 75(2), 165-169. Ziskáno 23.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361165/>.
 21. Dobson, R., & Giovannoni, G. (2019). Multiple sclerosis – a review. *European Journal of Neurology*, 26, 27-40. Ziskáno 13.4.2020 z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ene.13819>.
 22. Dougados, M. (2005). Ankylosing spondylitis. *Orphanet Encyclopedia*. Ziskáno 20.4.2020 z: <https://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-Ankylosing-spondylitis.pdf>.
 23. Drozenová, H. (2008). Lupénka. *Dermatologie pro praxi*, 2(3), 121-125. Ziskáno 20.4.2020 z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/03/03.pdf>.
 24. Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felliti, V. J., Anda, R. F., & Croft, J. B. (2009). Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 243-250. Ziskáno 14.12.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3318917/>.
 25. Dutta, S., Chawla, S., & Kumar, S. (2018). Psoriasis: A Review of Existing Therapies and Recent Advances in Treatment. *Journal of Rational Pharmacotherapeutics and Research*, 4(1), 12-23. Ziskáno 21.4.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/328138246_Psoriasis_A_Review_of_Existing_Therapies_and_Recent_Advances_in_Treatment#fullTextFileContent.
 26. Empire Rheumatism Council. (1950). A controlled investigation into the aetiology and clinical features of rheumatoid arthritis. *British Medical Journal*, 1, 799-805. Ziskáno 14.3.2021 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2037394/pdf/brmedj03593-0003.pdf>.
 27. Eng, C. S., et al. (2013). *Management of psoriasis vulgaris. Clinical Practice Guidelines*. Putrajaya: Malaysia Health Technology Assessment Section (MaHTAS). Ziskáno 20.4.2020 z: <http://www.moh.gov.my/moh/attachments/9004.pdf>.

28. Faizan, R., & Haque, ul, A. (2019). Working Efficiency of Contrasting Genders under Eustress, Distress, Hyper-Stress, and Hypo-Stress. *Prabandhan: Indian Journal of Management*, 12(11), 32-46. Získáno 3.12.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/337427298_Working_Efficiency_of_Contrasting_Genders_under_Eustress_Distress_Hyper-Stress_and_Hypo-Stress.
29. Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
30. Fava, G. A., & Sonito, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 69, 184-197. Získáno 27.9.2020 z: <https://www.karger.com/Article/PDF/12393>.
31. Fink, G. (2017). Stress: Concepts, Definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1-9. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/285784528_Stress_Definition_and_history.
32. Flytström, I. (2012). *Different aspects of psoriasis etiology and treatment*. Gothenburg: Aidla Trading AB/ Kompendiet. Získáno 21.4.2020 z: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/28949/4/gupea_2077_28949_4.pdf.
33. Forejtová, Š. (2009). Diagnostika a léčba spondyloartritid. *Medicina pro praxi*, 6(1), 30-33. Získáno 17.4.2020 z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/07.pdf>.
34. Gerson, M.-J. (2002). Psychosomatic and Psychoanalytic Theory. The Psychology of Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Psychoanalytic Psychology*, 19(2), 380-388. Získáno 29.9.2020 z: <https://pdfs.semanticscholar.org/cd16/f34dc7b0a6995f27323cd1bb6beda06d8d70.pdf>.
35. Gitlin, D. F., Levenson, J. L., & Lyketsos, C. G.(2004). Psychosomatic Medicine: A New Psychiatric Subspeciality. *Academic Psychiatry*, 28(1), 4-11. Získáno 27.9.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/8564856>.
36. Golder, V. (2013). Ankylosing spondylitis: an update. *Australian Family Physician*, 42(11), 780-784. Získáno 19.4.2020 z: <https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2013/November/201311golder.pdf>.

37. Grossman, P. (1983). Respiration, Stress, and Cardiovascular Function. *Pathophysiology*, 20 (3), 284-300. Získáno 18.9.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/16786982>.
38. Halliday, J. M. (1942). Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 35, 455-457. Získáno 14.3.2021 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1998235/pdf/procrsmed00631-0003.pdf>.
39. Havelková, A., & Slezáčková, A. (2017). Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetími, vývojem a současnými tématy. *E-psychologie*, 11 (3), 39-50. Získáno 11.10.2020 z: <http://e-psycholog.eu/pdf/havelkova-slezackova.pdf>.
40. Heresová, J., & Vrzáňová, M. (2007). Hirsutizmus. *Medicína pro praxi*, 4, 165-168. Získáno 21.9.2020 z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2007/04/05.pdf>.
41. Hoang, P. (2010). Multiple Sclerosis. In J. Carr, & R. Shepherd (Ed), *Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance*. London: Elsevier – Health Science Division.
42. Horáková, D. (2011). Roztroušená skleróza – naše současné možnosti při diagnostice, stanovení prognózy nemoci a sledování efektivity léčby. *Neurologie pro praxi*, 13(4), 265-269. Získáno 13.4.2020 z: file:///C:/Users/%C5%A0%C3%A1rka/Downloads/Solen_neu-201104-0012.pdf.
43. Hořejší, V. (2014). *Jak (ne)funguje imunitní systém*. Praha: Ústav molekulární genetiky Akademie věd ČR. Získáno 22.4.2020 z: https://www.img.cas.cz/files/2015/03/Horejsi_Imunita_vkn_8_web.pdf.
44. Huerta-Franco, M.-R., Vargas-Luna, M., Tienda, P., Delgadillo-Holtfort, I., Balleza-Ordaz, M., & Flores-Hernandez, C. (2013). Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 4(4), 108-118. Získáno 21.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3829457/>.
45. Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, XI(2), 26-31. Získáno 18.2.2021 z: <https://www.sktlib.cz/?p=324#more-324>.
46. Chvála, V., & Skorunka, D. (2017). Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. *Psychiatrie pro praxi*, 18(1), 42-46. Získáno 15.12.2020 z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2017/01/09.pdf>.
47. Jemmott, J. B., Borysenko, J. Z., Borysenko, M., McClelland, D. C., Chapman, R., Meyer, D., & Benson, H. (1983). Academic Stress, power motivation, and decrease

- in secretion rate of salivatory immunoglobulin A. *Lancet*, 25(1), 1400-1402. Získáno 5.11.2020 z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6134179/>.
48. Jose, J., Naidu, R. M., Sunil, P. M., & Varghese, S. S. (2014). Pathogenesis of Autoimmune Diseases: A Short Review. *Oral and Maxillofacial Pathologists Journal*, 5(1), 434-436. Získáno 2.11.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/260652505_Pathogenesis_of_Autoimmune_Diseases_A_Short_Review.
49. Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
50. Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 18(5), 681-706. Získáno 11.9.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/30844793_Chronic_stress_acute_stress_and_depressive_symptoms.
51. Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Gravenstein, S., Malarkey, W. B., & Sheridan, J. (1996). Chronic Stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 93(7), 3043-3047. Získáno 5.11.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC39758/?page=1>.
52. Kohout, P. (2010). Možnosti ovlivnění imunitního systému nutraceutiky. *Interní medicína pro praxi*, 12(3), 140-144. Získáno 17.10.2020 z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/03/06.pdf>.
53. Kopecký, J., & Kopecký, O. (2010). NK buňky, chemokiny a chemokinové receptory. *Klinická onkologie*, 23(1), 5-9. Získáno 17.10.2020 z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/154/3577.pdf>.
54. Kourilovitch, M., Galarza-Maldonado, C., & Ortiz-Prado, E. (2014). Diagnosis and Classification of Rheumatoid Arthritis. *Journal of Autoimmunity*, 48-49. Získáno 16.4.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/260314900_Diagnosis_and_classification_of_rheumatoid_arthritis.
55. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
56. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
57. Kutínová, Z. (2015). *Náročné životní situace a jejich řešení*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství.
58. Li, C.-T., & Li, T. M. H. (2016, 12.-16 září). *Eustress or distress: an empirical study of perceived stress in everyday college*. Příspěvek byl prezentován na konferenci

- UBICOMP/ISWC'16. Získáno 10.9.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/308043050_Eustress_or_distress_an_empirical_study_of_perceived_stress_in_everyday_college_life.
59. Lukešová, Š. (2016). Imunologie, autoimunitní onemocnění. *Medicína pro praxi*, 13(4), 171-174. Získáno 22.4.2020 z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/04.pdf>.
60. Ma, X., Yue, Z.-Q., Ging, Z.-Q., Zhang, H., Duan, N.-Y., Shi, Y.-T., Wei, G.-X., & Li, Y.-F. (2017). The Effects of Diaphragmatic Breathing on Attention, Negative Affect and Stress in Healthy Adults. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-12. Získáno 20.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5455070/pdf/fpsyg-08-00874.pdf>.
61. Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada Publishing.
62. Mariotti, A. (2015). The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanism of brain-body communication. *Future Science OA*, 1(3), 1-6. Získáno 11.9.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/282510471_The_effects_of_chronic_stress_on_health_New_insights_into_the_molecular_mechanisms_of_brain-body_communication.
63. Marucha, P. T., Kiecolt-Glaser, J. K., & Favagehi, M. (1998). Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 362-365. Získáno 5.11.2020 z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9625226/>.
64. Masih, J., Belschak, F., Verbeke, J. M. I. W. (2019). Mood configurations and their relationship to immune system responses: Exploring the relationships between moods, immune system responses, thyroid hormones, and social support. *PLoS One*, 14(5), 1-15. Získáno 6.11.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544341/pdf/pone.0216232.pdf>.
65. Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006). Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6, 337-348. Získáno 16.9.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/247903487>.
66. Maxová, H., & Vizek, M. (2010). Žírné buňky – nový pohled na staré známé. *Časopis lékařů českých*, 149(7), 319-323. Získáno 23.9.2020 z:

- <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2010-7-2/download?hl=cs>.
67. Meluzínová, E. (2010). Současné možnosti léčby roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*, 11(5), 307-311. Získáno 13.4.2020 z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/05/07.pdf>
68. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
69. Mishra, S., Kusuma, Y. S., & Babu, B. V. (2013). Concepts of health and illness: Continuity and change among migrant tribal community in an Eastern Indian city. *Antropological Notebooks*, 19(3), 61-69. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/286619393_Concepts_of_health_and_illness_Continuity_and_change_among_migrant_tribal_community_in_an_Eastern_Indian_city.
70. Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
71. Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
72. Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Cox, D., & Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 328(7442):731. Získáno 13.3.2021 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC381319/>.
73. Mustafa, M., Iftikhar, M., Elahee, M. I., & Mya, N. (2018). Clinical advancement in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 17(2), 55-61. Získáno 17.4.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/323410272_Clinical_advancement_in_Rheumatoid_Arthritis.
74. Nakonečný, M. (1998). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
75. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2005). *Progress in Autoimmune Diseases Research. Report to Congress*. USA: U.S. Department of Health and Human Services. Získáno 22.4.2020 z: <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/adccfinal.pdf>.
76. Nevoralová, Z. (2013). Lokální léčba lupénky. *Praktické lékařství*, 9(2), 59-62. Získáno 21.4.2020 z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/02/03.pdf>.
77. Nicholson, L. B. (2016). The immune system. *Essays in Biochemistry*, 60, 275-301. Získáno 17.10.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091071/>.

78. Nissipeanu, P., & Korczyn, A. D. (1993). Psychological stress as risk factor for exacerbation in multiple sclerosis. *Neurology*, 43, 1311-1312. Získáno 13.3.2021 z: <https://n.neurology.org/content/neurology/43/7/1311.full.pdf>.
79. Nouza, K., Madar, J., Nouza, M., & Kučera, E. (2011). *Imunita, nervstvo a hormony. Solutio*. Získáno z: <https://www.medon-solutio.cz/online2011/index.php?linkID=txt10&lang=1>.
80. Orel, M., et al. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
81. Patel-Rhodes, D., & Rhodes, A. (2017). *Stress and Health: Learn the Effects of Stress and How to Deal with It*. USA: University of Maryland Extension. Získáno 10.9.2020 z: https://extension.umd.edu/sites/extension.umd.edu/files/_docs/publications/FS-1057%20Stress%20and%20Health.pdf.
82. Pavelka, K. (2012). Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu ankylozující spondylitidy. *Česká revmatologie*, 20(1), 4-11. Získáno 17.4.2020 z: https://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/Doporuceni_CRS_ankylozujici_spondylitida.pdf.
83. Pelcák, S. (2013). *Osobní nezdolnost a zdraví*. Praha: Gaudeamus.
84. Pelcák, S. (2014). *Psychologie zdraví a nemoci*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové.
85. Perciavalle, V., Blandini, M., Fecarotta, P., Buscemi, A., Corrado, Di, D., Bertolo, L., Fichera, F. & Coco, M. (2017). The role of deep breathing on stress. *Neurological Sciences*, 38(3), 451-458. Získáno 20.9.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/311750288_The_role_of_deep_breathing_on_stress.
86. Piňha, J., Vojtíšková, J., & Král, N. (2017). *Roztroušená skleróza. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2017*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
87. Pomahačová, R., Sýkora, J., Paterová, P., Fiklík, K., Schwarz, J., Lád, V., Skalická, E., Černá, Z. & Zamboryová, J. (2015). Sdružená autoimunitní onemocnění v dětském věku. *Pediatric pro praxi*, 16(2), 78-81. Získáno 23.4.2020 z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/02/02.pdf>.
88. Ponciano, D., Klinger, E. F., Chiacchio, F. B., Prado, D. S., Barros, D. A., Araujo, W. N., Arruda, M. A., & Gurgel, G. (2019). Psychosomatic Phenomenon According

- to the Stages of Development. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 13(3-4), 1-7. Ziskáno 30.9.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/340458174>.
89. Porcelli, B., Pozza, A., Bizzaro, N., Fagioloni, A., Costantini, M.-C., Terzuoli, L., & Ferretti, F. (2016). Association between stressful life events and autoimmune diseases: A systemic review and meta-analysis of retrospective case-control studies. *Autoimmunity Reviews*, 15(4), 325-334. Ziskáno 15.9.2020 z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997215002621>.
90. Pruett, S. B. (2003). Stress and the immune system. *Pathophysiology*, 9, 133-153. Ziskáno 5.11.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/231583322>.
91. Ranabir, S., & Reetu, K. (2011). Stress and hormones. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(1), 18-22. Ziskáno 21.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079864/>.
92. Rendon, A., & Schäkel, K. (2019). Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(6), 2-28. Ziskáno 20.4.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6471628/>.
93. Robinson, A. (2018). Let's Talk About Stress: History of Stress Research. *Review of General Psychology*, 1-9. Ziskáno 14.9.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/322880845_Let's_Talk_About_Stress_History_of_Stress_Research.
94. Saad, M., Medeiros, de, R., & Mosii, A. C. (2017). Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of „Spiritual“. *Medicines (Basel)*, 4(4), 1-6. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750603/pdf/medicines-04-00079.pdf>
95. Sari, I., Öztürk, M. A., & Akkoç, N. (2015). Treatment of ankylosing spondylitis. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(2), 416-430. Ziskáno 17.4.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/278792177_Treatment_of_ankylosing_spondylitis.
96. Satpathy, M. (2008). The Role of Neuro-endocrine system in Stress Mediation and Health Maintenance. In R. Singh, R. Shyam, & S. Singh (Ed.) *Psychoneuroimmunology* (pp. 265-290). New Delhi: Global Vision Publishing House.

97. Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/6124143_Stress_and_Health_Psychological_Behavioral_and_Biological_Determinants.
98. Seiper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A., & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. *Annals of the Rheumatologic Diseases*, 61(3), iii8-iii18. Získáno 19.4.2020 z: https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/61/suppl_3/iii8.full.pdf.
99. Sharma, D. K. (2018). Physiology of Stress and its Management. *Medical Student Research Journal*, 1:001, 1-5. Získáno 23.9.2020 z: file:///C:/Users/%C5%A0%C3%A1rka/Downloads/Physiology_of_Stress_and_its_Management.pdf.
100. Singh, S. P., Wal, P., Wal, A., Srivastava, V., Tiwari, R., & Sharma, R. D. (2016). Understanding Autoimmune Disease: An Update Review. *International Journal of Pharmaceutical Technology and Biotechnology*, 3(3), 51-65. Získáno 23.4.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/318393865>.
101. Skorunka, D. (2006). Psychosomatika – medicína zaměřená na lidské příběhy. *Praktický lékař*, 86(6), 357-359. Získáno 30.9.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/274379328>.
102. Slavich, G. M. (2016). Life Stress and Health: A Review of Conceptual Issues and Recent Findings. *Teaching of Psychology*, 43(4), 346-355. Získáno 23.4.2020 z: https://www.uclastresslab.org/pubs/Slavich_ToP_2016.pdf.
103. Slavíková, K (2007). *Osobnostní souvislosti zvládnání zátěže* (diplomová práce). Brno: Masarykova Univerzita.
104. Smith, A. L., Leung, J., Kun, S., Zhung, R., Karagiannides, I., Raz, S., Lee, U., Glovatscka, V., Pothoulakis, C., Bradesi, S., Mayer, E. A., & Rodríguez, L. V. (2011). The effects of acute and chronic psychological stress on bladder function on a rodent model. *Urology*, 78(4), 967.e1-967.e7. Získáno 23.9.2020 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190050/>.
105. Snast, I., Reiter, O., Atzmony, L., Leshem, Y.A., Hodak, E., Mimouni, D., & Pavlovky, L. (2018). Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, 178, 1044-1055. Získáno 14.12.2021 z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/bjd.16116>.

106. Stojanovich, L. (2009). Stress and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews*, 9, A271-A276. Získáno 13.12.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/40025080_Stress_and_autoimmunity.
107. Suchý, D. (2003). Revmatoidní artritida – diagnóza a léčba. *Interní medicína pro praxi*, 7, 342-347. Získáno 16.4.2020 z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2003/07/05.pdf>.
108. Sundhararaman, R., & Sumathy, N. (2015). Stress Management. *Shanlax International Journal of Commerce*, 3(2), 97-100. Získáno 3.12.2020 z: http://www.shanlaxjournals.in/pdf/COM/V3N2/COM_V3_N2_014.pdf.
109. Šenolt, L. (2011). Současný pohled na diagnostiku a léčbu ankylozující spondylitidy. *Interní medicína pro praxi*, 13(10), 374-377. Získáno 17.4.2020 z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/02.pdf>.
110. Tichá, I. (2012). *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
111. Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.
112. Tsang, B. K-T. (2011). Multiple sclerosis. Diagnosis, management and prognosis. *Australian Family Physician*, 40(12), 948-955. Získáno 13.4.2020 z: <https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/December/201112tsang.pdf>.
113. Urbanovská, E. (2012). *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
114. Vácha, J. (2003). Patologická fyziologie jako věda. Zdraví a nemoc. In K. Kaňková, et al. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy (7-11)*. Brno: Masarykova Univerzita.
115. Vališ, M. (2018). Etiopatogeneze (12-22). In M. Vališ, Z. Pavelek et al., *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxdorf Jesenius.
116. Vališ, M., & Pavelek, Z. (2015). Základní diagnostika a léčba roztroušené sklerózy. *Medicína pro praxi*, 12(2), 77-82. Získáno 13.4.2020 z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/02/07.pdf>.
117. Vališ, M., & Pavelek, Z. (2018). Klinické projevy (23-27). In M. Vališ, Z. Pavelek et al., *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxdorf Jesenius.

118. Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, 10(4), 188-192. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>.
119. Venter, A. (2001). Higher rate of autoimmune disease in teachers. *Trends in Microbiology*, 9(9), 415. Získáno 19.5.2020 z: https://www.researchgate.net/publication/247208397_Higher_rate_of_autoimmune_disease_in_teachers.
120. Wang, L., Wang, F.-S., & Gershwin, E. (2015). Human autoimmune diseases: a comprehensive update. *Journal of Internal Medicine*, 278, 369-395. Získáno 23.4.2020 z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/joim.12395>.
121. Wasserman, A. M. (2011). Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis. *American Family Physician*, 84(11), 1245-1252. Získáno 16.4.2020 z: <https://www.aafp.org/afp/2011/1201/p1245.pdf>.
122. Wikman, A., Marklund, S., & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 450-454. Dostupné z: <https://jech.bmj.com/content/59/6/450>.
123. Viswanath, D. (2013). Understanding Autoimmune Diseases – A Review. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 6(6), 8-15. Získáno 22.4.2020 z: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol6-issue6/B0660815.pdf>.
124. World Health Organization (2020). *Constitution*. [online]. [2020] [cit. 2020-19-3]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
125. World Health Organization. (2016). *Global report on psoriasis*. Geneva: WHO Press.
126. Yaribegi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16, 1057-1072. Získáno 18.9.2020 z: <https://www.researchgate.net/publication/319402332>.
127. Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing.
128. Zhu, W., He, X., Cheng, K., Zhang, L., Chen, D., Wang, X., Qiu, G., Cao, X., & Weng, X. (2019). Ankylosing spondylitis: etiology, pathogenesis, and treatment. *Bone Research*, 22(7), 1-16. Získáno 19.4.2020 z: <https://www.nature.com/articles/s41413-019-0057-8.pdf>.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: Abstrakt diplomové práce

PŘÍLOHA 2: Abstract of thesis

PŘÍLOHA 3: Informovaný souhlas o účasti ve studii (šablona)

PŘÍLOHA 4: Znění polostrukturovaného interview

PŘÍLOHA 5: Ukázka časové osy u vybrané respondentky (R9)

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Možné souvislosti klinické manifestace vybraných autoimunitních onemocnění s prožitím stresu

Autor práce: Mgr. Šárka Fajstlová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Počet stran a znaků: 98, 187 141

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 128

Abstrakt: Tato bakalářská práce se zabývá popsáním možné souvislosti mezi prožitím stresu a klinickou manifestací vybraných autoimunitních onemocnění. Cílem je přinést ucelené informace založené na autentických výpovědích jednotlivců trpících roztroušenou sklerózou, revmatoidní artritidou, ankylozující spondylitidou, psoriázou nebo kombinací uvedených diagnóz. Teoretická část představuje koncepty zdraví, nemoci a komplexní péče o lidské zdraví, imunitu a její souvislosti a problematiku stresu. Ve výzkumné části byl aplikován kvalitativní přístup. Výzkumné otázky se týkají možného vztahu stresu a klinické manifestace, zhoršení příznaků a relapsu vybraných onemocnění. Výzkumný soubor je tvořen 10 respondenty ve věku od 26 do 85 let. K získávání dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru, kterému předcházela odběr stručných anamnestických základů. Většina respondentů uvádí možnou roli stresu ve vztahu ke klinické manifestaci, zhoršení příznaků i relapsu vybraných autoimunitních onemocnění. Respondenti pozorují vliv chronického, akutního i intermitentního stresu. Mimo stres byly popsány i další faktory, které působí na vybraná onemocnění.

Klíčová slova: stres, autoimunitní onemocnění, roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, psoriáza, klinická manifestace, relaps

Abstract of Thesis

Title: Potential links between clinical manifestation of autoimmune disease and experiencing stress

Author: Mgr. Šárka Fajstlová

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel

Number of pages and characters: 98, 187 141

Number of appendices: 5

Number of references: 128

Abstract: This bachelor thesis deals with the description of the possible links between the experience of stress and the clinical manifestation of selected autoimmune diseases. The aim is to provide comprehensive information based on authentic testimonies of individuals suffering from multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriasis or a combination of these diagnoses. The theoretical part presents the concepts of health, disease and comprehensive care for human health, immunity and its context and the issue of stress. A qualitative approach was applied in the research part. Research questions concern the possible relationship between stress and clinical manifestations, worsening of symptoms and relapse of selected diseases. The research group consists of 10 respondents aged 26 to 85 years. To data obtaining was used the method of semi-structured interview, which was preceded by taking brief anamnestic basics. Most respondents state the possible role of stress in relation to clinical manifestations, worsening of symptoms and relapse of selected autoimmune diseases. Respondents observe the effect of chronic, acute and intermittent stress. Apart from perceiving stress, other factors influencing selected diseases have been described.

Key words: stress, autoimmune disease, sclerosis multiplex, rheumatic arthritis, ankylosing spondylitis, psoriasis, clinical manifestation, relapse

PŘÍLOHA 3: Informovaný souhlas o účasti ve studii

Informovaný souhlas o účasti ve studii

Já,, níže podepsaný(á), souhlasím s poskytnutím rozhovoru za účelem výzkumu prováděného v bakalářské práci Mgr. Šárky Fajstlové, studentky Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, na téma „Možné souvislosti klinické manifestace vybraných autoimunitních onemocnění s prožitím stresu“. Je mi více než 18 let.

1. Souhlasím, že rozhovor bude nahráván.
2. Byl(a) jsem seznámen(a) s postupy a cíli studie a o mojí roli v rámci výzkumu. Byl(a) jsem informován(a) o tom, že provádění studie je výzkumnou činností.
3. Moje účast ve studii je dobrovolná. Byl(a) jsem srozuměna s tím, že svou účast ve výzkumu mohu kdykoliv přerušit a bez udání důvodu odstoupit. Moje výsledky budou zveřejněny pouze s mým souhlasem.
4. Řešitel výzkumu se zavazuje, že moje data budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle daných etických pravidel. Dále souhlasím s tím, že získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a vždy v podobě neobsahující mé identifikační údaje (tzn. anonymní data). Porozuměl(a) jsem tomu, že moje identifikační údaje se nebudou nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie, vždy se zachováním anonymity a nezveřejňováním žádných identifikačních údajů.
5. Měl(a) jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl(a) jsem možnost se o všem, co jsem považoval(a) za podstatné, informovat u řešitele výzkumu. Na mé dotazy jsem dostal(a) jasnou a srozumitelnou odpověď.

V případě potřeby mohu výzkumníka kontaktovat telefonicky na čísle +420 608 028 200, nebo elektronicky na adrese: petrsa01@upol.cz.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu.

Datum a místo:

Datum a místo:

Podpis účastníka:

Podpis řešitele výzkumu:

PŘÍLOHA 4: Polostrukturované interview

POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW

OBDOBÍ PŘED NEMOCÍ

- 1) Jak vypadal Váš život před diagnostikováním Vašeho onemocnění?

STANOVENÍ DIAGNÓZY

- 2) Jaké byly první projevy Vašeho onemocnění? Co Vás přimělo vyhledat lékaře?
- 3) Dělo se v té době ve Vašem životě něco náročného nebo stresujícího?
- 4) Může podle Vás Vaše onemocnění s něčím souviset? Prolínal se jeho klinický začátek s něčím?
- 5) Měl/a jste v době stanovení diagnózy povědomí o Vaší nemoci?
- 6) Jaké byly Vaše pocity po sdělení diagnózy lékařem?

POSTOJ K NEMOCI

- 7) Jak vnímáte svoje onemocnění dnes? (jako nepřítele x svoji součást x ignorujete ji)
- 8) Jak se s vaší nemocí vyrovnalo Vaše okolí? (partner/děti/rodiče/sourozenci/přátelé)
- 9) Myslíte si, že se Vaší nemoci dalo předejít nebo její manifestaci nějak ovlivnit? Jak podle Vás?
- 10) Myslíte si, že míra zažívaného stresu může mít na projevy Vašeho onemocnění nějaký vliv? Jaký by mohl být?

VLIV NEMOCI NA SOUČASNÝ ŽIVOT

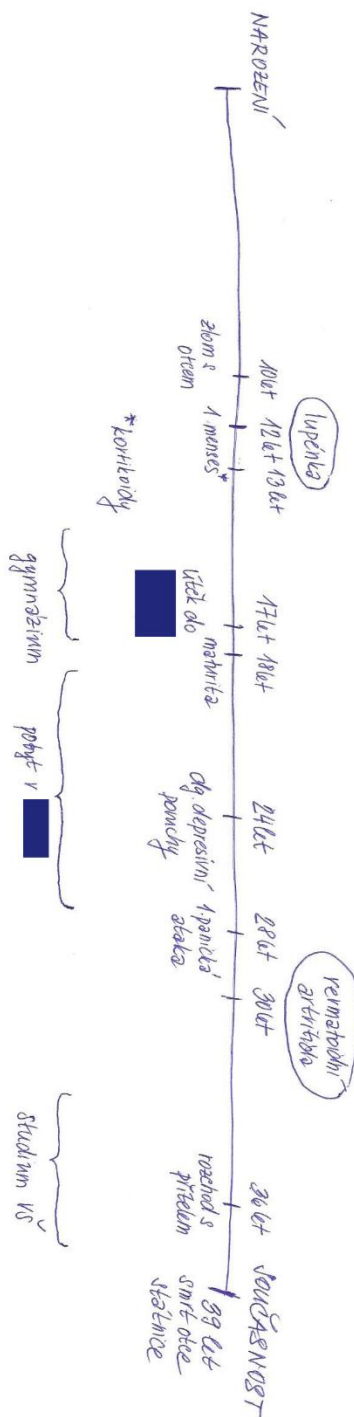
- 11) Jak pohlížíte na svůj život v současnosti?
- 12) Jaké jsou nynější příznaky a projevy Vašeho onemocnění?
- 13) Jaké změny jste musel/a podstoupit v souvislosti s Vaším onemocněním? (operace a jiné zákroky/medikace/speciální léčba)
- 14) Když prožíváte stres, cítíte se zdravotně hůř? Došlo dokonce k někdý k závažnému zhoršení nemoci (relapsu) v období, kdy jste prožíval/a stres? O co se jednalo?
- 15) Jak se v současné vyrovnáváte se stresem? Které situace jsou pro Vás stresující?

Napadá Vás ještě něco, co by se k tomu dalo dodat?

Co byste doporučil/a někomu v podobné situaci?

PŘÍLOHA 5: Ukázka časové osy u vybrané respondentky (R9)

Zde přiložená časová osa slouží k ukázce. Výstupy z analýzy časových os všech zúčastněných respondentů jsou součástí výsledků výzkumu. Vlastní jména a názvy měst jsou z důvodu ochrany osobních údajů zakryty.



respondentka č. 9