

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

HOLISTICKÝ POHĚAD NA
GASTROINTESTINÁLNÉ OCHORENIA:
OD ŠTRUKTURÁLNÝCH OCHORENÍ
K PSYCHO-NEURO-IMUNOLÓGII
A ROLE PSYCHÉ

A HOLISTIC VIEW OF GASTROINTESTINAL DISEASES: FROM STRUCTURAL
DISEASES TO PSYCHO-NEURO-IMMUNOLOGY AND THE ROLE OF PSYCHE



Bakalárska diplomová práca

Autorka: **Lucia Školníková**

Vedúci práce: **doc. PhDr. Radko Obereignerů Ph.D.**

Olomouc

2024

Pod'akovanie:

Keď som sa vydala na cestu písania mojej prvej diplomovej práce, nevedomovala som si, akú dôležitú úlohu zohrajú ľudia, ktorými som obklopená. Teraz, keď stojím na jej konci, je mi ťou vyjadriť hlbokú vďaku všetkým, ktorí robili túto cestu znesiteľnejšou.

Svoju najhlbšiu vďačnosť by som chcela predovšetkým vyjadriť deviatim účastníkom výskumu. Ich ochota otvorene komunikovať o tak citlivej a významnej téme v ich živote, ich spolupráca, záujem a priateľský prístup boli pre mňa nielen obohatením, ale skutočným základom k preskúmaniu problematiky chronických gastrointestinálnych ochorení. Bez ich úprimných príbehov, ochoty spolupracovať a nevšednej komunikatívности by táto práca nikdy nemohla dosiahnuť svoju súčasnú podobu.

Veľkú vďaku dlžím pánovi docentovi Radkovi Obereignerů za jeho odborné vedenie, pomoc pri výbere vhodných metód výskumu a veľmi ľudský prístup, ktorý pre mňa znamenal obrovskú oporu a inšpiráciu počas celého procesu.

Ďalej by som chcela poďakovať mojej spolužiačke Tereze za jej nápomocné rady a blízkym kamarátkam za ich vypočutie, porozumenie, povzbudenie a momenty, ktoré sme spolu prežili, a ktoré mi pomáhali odvieť myšlienky od pociťovaného stresu.

Nakoniec, ale rozhodne nie na poslednom mieste, by som chcela vyjadriť vďaku mojej rodine. Ich neustála podpora a viera v mojej schopnosti sú prvkom, vďaka ktorému bol celý proces znesiteľnejším.

Miestoprísažne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu s témou *„Holistický pohľad na gastrointestinálne ochorenia: Od štrukturálnych ochorení k psycho-neuro-imunológii a role psyché“* vypracovala samostatne, pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V dňa

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČASŤ	7
1	Gastrointestinálne ochorenia	8
1.1	Štrukturálne gastrointestinálne ochorenia	9
1.1.1	Crohnova choroba	10
1.1.2	Ulcerózna kolitída	10
1.1.3	Vznik idiopatických črevných zápalov	11
1.2	Funkčné gastrointestinálne ochorenia	12
1.2.1	Syndróm dráždivého čreva	14
2	Psycho-neuro-imunológia a gastrointestinálne poruchy	15
2.1	Základy fungovania autonómneho nervového systému	16
2.2	Črevný mikrobióm a jeho rola v organizme	17
2.3	Os mozog–črevo a jeho rola v organizme	18
2.4	Blúdívý nerv a jeho rola u ochorení IBS a IBD	18
2.5	Imunitné deje a rozvoj ochorení IBS a IBD	19
2.6	Neurotransmitery a ich rola v rozvoji ochorení IBS a IBD	20
2.7	Psychické poruchy a dysregulácia mikrobiómu	22
3	Psychologické aspekty chorení IBS a IBD	24
3.1	Chronický stres v kontexte rozvoja ochorení	24
3.2	Psychické ochorenia a ich komorbidita s ochoreniami IBS a IBD	26
3.3	Osobnostné predispozície k ochoreniam IBS a IBD	28
3.4	Poruchy príjmu potravy a ich vzťah s ochoreniami IBS a IBD	29
3.5	Kvalita života jedincov s ochorením IBS a IBD	31
3.6	Sebapoňatie jedinca s ochorením IBS a IBD	34
	VÝSKUMNÁ ČASŤ	38
4	Výskumný problém a ciele práce	39
4.1	Formulácia výskumných otázok	40
5	Metodologický rámec	41
5.1	Typ výskumu	41
5.2	Metódy výskumu	42
5.2.1	Pološtruktúrovaný rozhovor	42
5.2.2	Nemocniční škála úzkosti a deprese (HADS)	42
5.3	Design výskumu a tvorba dát	44
5.4	Výskumný súbor a jeho výberové kritériá	44

5.5	Metódy spracovania dát.....	45
6	Etické hľadisko a ochrana súkromia.....	47
7	Výsledky výskumu.....	48
7.1	Prehľad spoločných tém	61
7.2	Odpovede na výskumné otázky	63
7.3	Výsledky dotazníka Nemocniční škála úzkosti a deprese.....	65
8	Diskusia.....	69
8.1	Limity práce.....	77
8.2	Ďalšie témy k preskúmaniu	78
9	Záver	79
10	Súhrn	82
LITERATÚRA		85
PRÍLOHY		98

ÚVOD

O myšlienke, či telo a myseľ na seba vzájomne pôsobia sa vedie už niekoľkoročná debata. Historické kontexty a filozofické školy, od starovekých filozofov po moderné vedecké prístupy, poskytujú rôzne perspektívy na toto zložité prepojenie. Naprieč rokmi dostala názov *mind-body problem*, a do významnej miery sa doteraz viaže najmä k menu René Descartes, ktorý s jeho dualizmom spustil krízu zviazanú s pochybami v to, či je telo a myseľ skutočne previazaným komplexom. Často považovaný za otca moderného dualizmu, Descartes výrazne prispel k tomuto diskurzu svojim rozlišovaním medzi mysliacou substanciou (*res cogitans*) a telesnou substanciou (*res extensa*). Jeho prístup ovplyvnil mnohé následné debaty o vzťahu medzi telom a mysl'ou, no súčasná veda a filozofia sa snažia preklenúť tieto rozdiely smerom k integrovanejšiemu chápaniu človeka. Možno sme rokmi prehlbovaním znalostí o každej oblasti človeka na čas stratili určitú schopnosť nadhľadu nad problémom, no možno nárast nevysvetliteľných problémov u človeka, nás opäť v posledných rokoch doviedol ku snahe o integráciu v medicíne. Dôkazom zmeny je už 200 rokov dozadu starý, Johannom Christianom Augustom Heinrothom spopularizovaný, koncept psychosomatiky, ktorý sa zameriaval na to, ako môžu duševné a emocionálne stavy ovplyvňovať fyzické zdravie jedinca. V súčasnosti je ním stále rozvíjajúca sa oblasť psycho-neuro-imunológie osvecujúca dôležitosť integrácie psychologických, neurologických a imunologických perspektív vo vnímaní organizmu. Rozvoj oblastí ako neuropsychológia, psychoneuroimunológia, a epigenetika priniesol nové poznatky o tom, ako psychologické faktory dokážu ovplyvňovať biologické procesy a naopak. Súčasná oblasť psychologického výskumu a priekopníci najmä vymenovaných smerov čím viac poukazujú na to, ako stres a emócie dokážu ovplyvňovať našu imunitnú odpoveď, hormonálnu rovnováhu, či celú genetickú expresiu. Výskum v týchto oblastiach ukazuje, že naše psychické stavy sú vzájomne úzko prepojené a neoddeliteľné od fyzického zdravia a podčiarkujú tým dôležitosť holistického prístupu k liečbe mnohých zdravotných problémov súčasnej doby.

Prostredníctvom osobných výpovedí deviatich jedincov trpiacich chronickými problémami Crohnova choroba a Syndróm dráždivého čreva, sa prostredníctvom tejto práce vydávame na cestu preskúmania komunikačnej roly cesty osa mozog–črevo, stresu a psychického prežívania v rozvoji ochorení. komplexný náhľad umožňuje identifikovať a analyzovať rôzne faktory – od genetických predispozícií, cez psychologické stresory, až

po sociálne a environmentálne vplyvy – ktoré spoločne formujú vznik a vývoj týchto ochorení. Rozpoznaním tejto komplexnosti sa otvára priestor pre vývoj inovatívnych, personalizovaných liečebných stratégií, ktoré môžu zohľadňovať celistvosť ľudskej bytosti. V tejto práci sa preto snažíme zdôrazniť význam integrácie poznatkov z psychológie, neurovedy, imunológie a gastroenterológie a poskytnúť tak ucelený pohľad na chronické gastrointestinálne ochorenia.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 GASTROINTESTINÁLNE OCHORENIA

Gastrointestinálny trakt (GIT) sa skladá z niekoľkých častí, ktorých hlavným cieľom je strávenie požitej potravy. Na dosiahnutie tohto cieľa využíva ľudské telo sériu dutých orgánov, ktorými sú ústa, pažerák, žalúdok, tenké a hrubé črevo a konečník. Okrem vymenovaných orgánov majú pri procese trávenia úlohu aj iné telesné orgány, akými je pečeň, žlčové cesty, pankreas a žľazy, ktoré vzájomne spolupracujú prostredníctvom zložitých telesných mechanizmov (Tobias & Sadiq, 2022).

Široko rozšírenou kategóriou ochorení v súčasnej populácii sú práve **poruchy gastrointestinálneho traktu**. Táto kategória ochorení je v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) označovaná pod kódmi K00-K95, ktoré zahŕňajú široké spektrum ochorení zasahujúcich orgány gastrointestinálneho traktu a orgány podieľajúce sa v procese trávenia (WHO, 1993). Poruchy gastrointestinálneho traktu sú charakterizované typickými symptómami ako je bolesť brucha, hnačka, zápcha, nafukovanie, pocity plnosti, nevoľnosť, či zvracanie (Black et al., 2020), s ktorými sa už stretlo, či dlhodobo trpí, množstvo ľudí v bežnej, zdravej populácii. V odvetví gastroenterológie sa tiež môžeme stretnúť s klasifikáciou gastrointestinálnych ochorení na dva typy – štrukturálnymi a funkčnými (Cleveland Clinic, 2021). V nasledujúcej kapitole sa venujme ich podrobnejšej charakteristike.

1.1 Štruktúrálna gastrointestinálna ochorenia

Pre **štruktúrálna gastrointestinálna ochorenia** (Structural gastrointestinal disorders; SGID) je charakteristická prítomnosť abnormality po vykonaní lekárskeho vyšetrenia, ktoré môže, napríklad, zahŕňať endoskopické, alebo kolonoskopické vyšetrenie gastrointestinálneho traktu. Do kategórie štruktúrálnych gastrointestinálnych ochorení radíme pestrý zoznam porúch tráviaceho traktu, napríklad divertikulitídy, pri ktorej sa v oblasti hrubého čreva vytvárajú drobné vypuklé vydutiny, polypov¹ hrubého čreva, rakoviny hrubého čreva, alebo zápalových ochorení gastrointestinálneho traktu (Cleveland Clinic, 2021). Vzhľadom na ciele našej práce sa zameriame práve na oblasť ochorení zahŕňajúcich zápal gastrointestinálneho traktu, konkrétne na ochorenia klasifikované podľa MKCH-10 ako Neinfekčné zápal tenkého a hrubého čreva (K50-K52), ktoré zahŕňajú Crohnovu chorobu (K50), Ulceróznu kolitídu (K51) a Iné nešpecifikované neinfekčné gastroenteritídy a kolitídy (K52) (WHO, 1993).

Neinfekčné zápal tenkého alebo hrubého čreva (Inflammatory Bowel Disease; IBD), tiež nazývané ako idiopatické črevné zápal, označujú dvojicu autoimunitných ochorení – Ulceróznu kolitídu (UC) a Crohnovu chorobu (CD) (Zavoral et al., 2021). Ako ulceróznu kolitídu označujeme ulceróznym² zápal konečníka šíriaci sa kontinuálne do častí hrubého čreva a postihujúci jeho slizničné a podslizničné vrstvy. Crohnova choroba, je rovnako zápalové ochorenie gastrointestinálneho traktu, ktoré je lokalizované izolovane alebo kombinovane na tenkom a hrubom čreve a to v jednom, alebo v niekoľkých segmentoch. Obe ochorenia sa však od seba v medzných variantoch môžu ťažko odlišovať a dokonca prechádzať jedna do druhej. Vtedy ich môžeme vo všeobecnosti označiť ako Neklasifikované zápal postihujúce hrubé črevo (IBD-U).³ Charakteristickým rysom oboch ochorení je chronický priebeh s tendenciou náhleho zhoršenia stavu – relapsu, či inak remisie. Jasná príčina oboch ochorení v súčasnosti stále neznáma (Zavoral et al., 2021).

¹ Výrastkov

² Postihnutý vredom, zvrudovatený

³ Neklasifikovaný zápal postihujúci tlusté střevo (voľne preložené)

1.1.1 Crohnova choroba

Medzi neinfekčné zápaly tenkého a hrubého čreva radíme **Crohnovu chorobu** (Crohn's disease; CD). K jej najčastejším príznakom patrí bolesť brucha, hnačka a úbytok na váhe jedinca. Ďalšími príznakmi choroby môže byť horúčka, anémia, intraabdominálne abscesy, kolikovitá bolesť⁴ a nafukovanie (Lukáš et al., 2018). Toto chronické ochorenie postihuje črevnú stenu gastrointestinálneho traktu typickým zosilnením, fibrotizáciou⁵ a zjazvením jej povrchu (Lukáš et al., 2020). Vo vzácných prípadoch postihuje Crohnova choroba aj iné časti gastrointestinálneho traktu, napríklad časti tráviacej trubice, pažerák, žalúdok, alebo dvanásťník (Zavoral et al., 2021). Lukáš a kolektív (2021), uvádzajú, že u 10–15 % pacientov s idiopatickým črevným zápalom je stanovená diagnóza Crohnovej choroby už pred osemnástym rokom života.

1.1.2 Ulcerózna kolitída

Ulcerózny chronický zápal, ktorý postihuje sliznicu konečníka a jeho okolité časti, alebo hrubé črevo v rôznom rozsahu, sa nazýva **Ulcerózna kolitída** (Ulcerative colitis; UC) (Lukáš et al., 2018). Spravidla sa jedná o kontinuálne postihnutie organizmu zápalom od rekta smerom k ústam (Lukáš et al., 2021), ktoré sa typicky prejavuje hnačkou s prímiesou hlienu a krvi v stolici sprevádzanou krčovitými bolesťami brucha. Častý je súčasný výskyt nútenia ku stolici, anorexie, úbytku na váhe, horúčky, či zápchy (Lukáš et al., 2018). Na rozdiel od CD, u UC tenké črevo nie je postihnuté zápalom (Zavoral et al., 2021). Závažným, vyeskalovaným prípadom UC je tvorba toxického megakolonu, u ktorého môže dôjsť k pretrhnutiu čreva a vzniku silného vnútorného krvácania v organizme (Lukáš et al., 2021).

⁴ Silná bolesť lokalizovaná v brušnej dutine, pre ktorú je charakteristické rytmické slabnutie a zosilňovanie v rade minút (Chrobák, 2007)

⁵ Zväzivovatením

1.1.3 Vznik idiopatických črevných zápalov

Podkladom idiopatických črevných zápalov je imunitná odpoveď organizmu, ktorá sa odvíja od interakcie genetických predispozícií, hostiteľovej imunity a vonkajších faktorov, ktoré podmieňujú chronické poškodenie sliznice. Ako argument o genetickej predispozícií k týmto ochoreniam sa uvádza výskyt ochorenia v rodine, pričom riziko rozvoja tohto ochorenia medzi príbuznými prvého stupňa je 8 až 10-krát vyššie ako u bežnej populácie (Lukáš et al., 2018). Zavoral a kolektív (2021), však uvádza, že viac než tri štvrtiny ľudí postihnutých idiopatickým črevným zápalom má úplne negatívnu rodinnú anamnézu. I keď sa neinfekčné črevné zápaly označujú primárne za autoimunitné a uvádzajú sa rôzne príčiny ich vzniku, ich jasný zdroj je v súčasnosti naďalej neznámy.

Medzi faktory vonkajšieho prostredia ovplyvňujúce rozvoj idiopatických črevných zápalov patrí vysoký hygienický štandard, diétne vplyvy – ako je spotreba vysoko rafinovaných cukrov, vysoký príjem živočíšnych proteínov, nepomer príjmu omega-6 a omega-3 polynenasýtených mastných kyselín, hormonálna antikoncepcia, hormonálna liečba postmenopauzálnych žien, zimné mesiace, apendektómia⁶ v detstve (Zavoral et al., 2021), celkový kalorický príjem, nedostatok vlákniny, či konzumácia antibiotík (Lukáš et al., 2018). Faktorom podieľajúcim sa na rozvoji Crohnovej choroby môže byť aj konzumácia tabakových výrobkov, no u Ulceróznej kolitídy sa zdá mať fajčenie skôr protektívny účinok (McDowell et al., 2024).

Približne 10 % osôb s Ulceróznou kolitídou a 20 % s Crohnovou chorobou ochorenie získa pred dvadsiatym rokom života (Zavoral et al., 2021). Vážnosť oboch ochorení značí aj fakt, že až u 15 % pacientov s neinfekčným črevným zápalom je príčinou ich úmrtia kolorektálny karcinóm. Na tento fakt sa vzťahuje vysoké množstvo rizikových faktorov, akými je mladý vek začiatku ochorenia, prítomnosť extenzívneho zápalu, výskyt hlbokaj ulcéracie, prítomnosť pseudopolypov⁷, mužské pohlavie a iné faktory (Lukáš et al., 2021). U jedincov s neaktívnou formou Crohnovej choroby môžu nepriaznivé životné udalosti, depresia a chronický stres viesť k relapsu tohto ochorenia, nakoľko sa predpokladá, že psychický stres zvyšuje aktivitu neinfekčného črevného zápalu (Belei et al., 2024).

⁶ Chirurgické odstránenie akútnym zápalom zmeneného appendixu (Lukáš et al., 2018)

⁷ Zápalové polypy, ktoré sú nešpecifickou odpoveďou na IBD (Lukáš et al., 2020)

1.2 Funkčné gastrointestinálne ochorenia

V prípadoch, kedy jedinec vykazuje niekoľko symptómov gastrointestinálneho ochorenia, no prítomnosť organickej abnormality a vysvetlenia nie je ani po klinickom vyšetrení nájdená, reč je o takzvaných **funkčných gastrointestinálnych ochoreniach** (Functional gastrointestinal disorders; FGID) (Black et al., 2020). Funkčné gastrointestinálne ochorenia tvoria skupinu porúch, ktoré sú najčastejšie sa vyskytujúcimi poruchami v skupine ochorení gastrointestinálnych ochorení (Cleveland Clinic, 2021). Ich typickým znakom je vyskytujúca sa abnormalita vo fungovaní fyziológie kvôli výskytu atypickej motility⁸ čriev, narušeného mikrobiómu, zvýšenej črevnej priepustnosti a zmenách v spracovaní senzorických vnemov pomocou centrálného nervového systému (Fikree & Byrne, 2021). Poruchy tohto druhu sú spojené s výskytom viscerálnej hypersenzitivity a zmien v mukóznej a imunitnej funkcií (Hyman & Santucci, 2021).

Pojem funkčné gastrointestinálne ochorenia zahŕňa široké spektrum porúch bez známeho organického pôvodu, ktoré klasifikujeme podľa tzv. Rímskych kritérií. Tieto ochorenia sú v najnovšom vydaní nazývanom Rome IV klasifikované ako **Poruchy interakcie čreva a mozgu** (Disorders of gut–brain interaction; DGBI) (Drossman & Hasler, 2016). Zavoral a kolektív (2021) v knihe Mařatkova Gastroenterologie 1 tieto ochorenia opisujú ako chorobné stavy prejavujúce sa tráviacimi problémami bez preukázateľnej morfolologickej alebo biochemickej príčiny. Funkčné ochorenia gastrointestinálneho traktu tu rozdeľuje na poruchy neuropatické, kedy je vzťah funkčnej poruchy k tráviacim orgánom iba zdanlivý, a na poruchy tráviace, ktoré sú skutočnými funkčnými poruchami v pravom slova zmysle. U oboch ochorení sa v zásadnej miere líši ich liečba. Na rozdiel od tráviacich porúch, u porúch neuropatických sa javí úprava stravy, či farmakoterapia ako menej efektívne riešenie, kvôli čomu sa u tohto typu ochorení skôr psychoterapeutická pomoc.

⁸ Pohyblivosť

Prieskum Sperber a kolektívu (2021) venujúci sa prevalencií funkčných gastrointestinálnych ochorení v globálnej populácii odhaľuje, že až 40 % obyvateľstva trpí nejakou formou funkčnej poruchy gastrointestinálneho traktu. Medzi jedno z najčastejšie rozšírených funkčných ochorení gastrointestinálneho traktu patrí **Funkčná dyspepsia** (Functional dyspepsia; FD) (Zavoral et al., 2021), spôsobujúcu bolesť a nepohodlie v oblasti brucha nad horizontálnou čiarou spájajúcou najnižšie body rebrových oblúkov (tzv. epigastrium) (Chrobák, 2007) a **Syndróm dráždivého čreva** (Irritable bowel syndrome; IBS), spôsobujúci abdominálny diskomfort, zmeny v črevných návykoch a nafukovanie (Fikree & Byrne, 2021). Pre Funkčnú dyspepsiu je charakteristický subjektívne vnímaný komplex nepríjemných a/alebo bolestivých vnemov spájaných s trávením v žalúdku alebo v črevách. Typická je závislosť na činnosti tráviacich orgánov, najmä pri jedle, vylučovaní, či lačnení, sprevádzaná zjavnými príznakmi tráviacej poruchy, akými je zvracanie, hnačka, bolesť, alebo iné prejavy. Spravidla je možné vysledovať túto reakciu tela v závislosti od druhu požitej potravy (Zavoral et al., 2021). Symptómy funkčných gastrointestinálnych ochorení zahŕňajú výskyt dysbiózy – narušenia homeostázy intestinálnej mikrobioty (DeGruttola et al., 2016) – a teda zmien v kompozícií a funkcií črevného mikrobiómu. Medzi typické znaky dysbiózy patrí zníženie diverzity črevnej mikroflóry, strata prospešnej mikroflóry alebo premnoženie škodlivej mikroflóry (viď kapitola 2.2) (Hrncir, 2022).

Funkčné gastrointestinálne ochorenia môžu mať vo všeobecnosti niekoľko zdrojov. Na ochorenie majú vplyv genetické predispozície, rané zážitky, či environmentálne faktory. Faktory, akými je prítomnosť sociálnej opory, kultúra, trauma, prítomnosť infekcií, pohlavie, či etnicita majú rovnako nepopierateľný vplyv na ich rozvoj. Výskyt zneužívania, sociálne učenie, strava, či rodičovské správanie v detstve sú faktormi, ktoré tiež ovplyvňujú rozvoj ochorenia. Podľa definície je dôležité dodať, že v súčasnosti však žiadne štrukturálne abnormality nevysvetľujú tento typ ochorenia gastrointestinálneho traktu. K vysvetleniu ich rozvoja je aktuálne využívaná prítomnosť obojsmernej dysregulácie interakcie osi mozog–črevo (viď podkapitola 2.3). Iné faktory, akými je viscerálna hypersenzitivita jedinca, abnormálna gastrointestinálna motilita a psychologické disturbancie, majú rovnako dokázateľný vplyv na patogenézu tohto ochorenia (Black et al., 2020). Konkrétne funkčnému gastrointestinálnemu ochoreniu, v ktorému venujeme v rámci bakalárskej práce pozornosť, sa venujeme v ďalšej podkapitole.

1.2.1 Syndróm dráždivého čreva

Funkčnú poruchu prejavovanú bolesťami v bruchu, črevnou dyspepsiou a nutkavými defekáciami sa nazýva **Syndróm dráždivého čreva**⁹ (Zavoral et al., 2021). V MKCH-10 toto ochorenie spadá do kategórie K55-K64 pokrývajúcej Iné choroby čriev, a v ktorej ochorenie IBS nájdeme pod kódom K58 (WHO, 1993). Syndróm dráždivého čreva môžeme klasifikovať aj ako bežnú poruchu interakcie čreva a mozgu (Staudacher et al., 2023).

Syndróm dráždivého čreva patrí medzi jedny z najviac skúmaných funkčných gastrointestinálnych ochorení. Je typicky spájané s výskytom nepríjemných bolestí brucha, častým nafukovaním a zmenami vo vyprázdňovaní. Jedná sa o chronickú a cyklickú poruchu tráviaceho traktu (Zhang et al., 2022), na ktorú v prípade diagnostiky musí osoba spĺňať podmienku, že výskyt symptómov s ochorením spojenými, sa u nej začal prejavovať minimálne pred 6 mesiacmi a zároveň osoba vykazuje prítomnosť symptómov posledné 3 mesiace. Medzi charakteristický znak ochorenia IBS patria poruchy vyprázdňovania zahŕňajúce výskyt zápchy, hnačky, alebo kombinácie oboch. Na základe nich klasifikujeme ochorenie do štyroch poddruhov, ktorými je Syndróm dráždivého čreva s prevládajúcou hnačkou (IBS-D), Syndróm dráždivého čreva s prevládajúcou zápchou (IBS-C), zmiešaný typ Syndrómu dráždivého čreva s hnačkou aj zápchou (IBS-M) a neklasifikovaný typ Syndrómu dráždivého čreva (IBS-U) (Lacy et al., 2016).

K vysvetleniu vzniku a vplyvu Syndrómu dráždivého čreva na človeka je najčastejšie predkladaný **bio-psycho-sociálny model** (Bio-psycho-social model; BPS) opisujúci ochorenie ako holistické a multifaktoriálne (Orel, 2019). Predložený už Georgeom L. Engelom v roku 1977, model využíva lekárska obec na opis psychiatrických ochorení a je systematicky vysvetľovaný komplexnou súhrou troch hlavných komponentov – biologickej, psychologickkej a sociálnej zložky vo vývoji psychiatrických diagnóz. Lekárska obec vďaka bio-psycho-sociálnemu modelu priznáva rolu emotivity človeka, jeho/jej osobnosti, okolitého prostredia a iných sociálnych parametrov, ktoré ovplyvňujú manifestáciu ochorenia (Drossman, 2016). Viac sa tejto téme venujeme v kapitole č. 2.

⁹ Dráždivý tračník (preložené z češtiny)

2 PSYCHO-NEURO-IMUNOLÓGIA A GASTROINTESTINÁLNE PORUCHY

Človek je „*bio-psycho-sociálne-spirituálny komplex existujúci v určitom priestore a čase*“ (Orel, 2019, s. 418). Každý ľudský problém má svoj biologický, psychologický, sociálny a spirituálny aspekt, ktoré medzi sebou interagujú na kontinuálnej báze. Naše zdravie má multidimenzionálne, komplexné charakteristiky a je vnímané ako dynamický proces, prechádzajúci zmenami počas celého života (Jochmannová & Kimplová, 2022). Už známa práca prírodovedca Charlesa Darwina pojednávala o prepojení psychického a fyzického. V jeho teórii dával C. Darwin vysoký dôraz napríklad role stresu a mechanizmov vyrovnávania sa s ním: „*Srdce, trávenie a mozog intímne komunikujú prostredníctvom pneumogastrického nervu, dôležitého nervu zapojeného do vyjadrovania a zvládania emócií u ľudí a zvierat,*“ písal. „*Keď je myseľ silne rozrušená, okamžite to zasiahne aj vnútornosti. V stave vzrušenia prebieha teda veľa vzájomných akcií a reakcií*“ (Van Der Kolk, 2022, s. 108).

V súčasnosti sa pôsobeniu psychického a fyzického stresu na imunitný systém venuje samostatná oblasť psychológie – **psychoneuroimunológia**. Držiaca základy s prvými myšlienkami o interakcii mysle a tela, ktoré môžeme datovať už k Hippokratovi, psychoneuroimunológia sa venuje vzťahu medzi imunitným, endokrinným systémom a centrálnym a periférnym nervovým systémom (Tausk et al., 2008). Pod túto problematiku sa zaraďuje aj významná Polyvagálna teória (Polyvagal theory), vytvorená v roku 1994 Stephenom Porgesom, ktorá redefinovala Darwinom spomínaný pneumogastrický nerv – v súčasnosti blúdivý nerv (*nervus vagus*). Už jej názov nesie rás komplexnosti a zdôrazňuje mnoho vetiev blúdivého nervu prepájajúceho orgány ľudského tela. Táto teória je sama o sebe rozpravou nad celkovou evolúciou autonómneho nervového systému (Autonomic nervous system; ANS) a jeho prepojenia so sociálnym správaním (Van Der Kolk, 2022). Polyvagálna teória rovnako zdôrazňuje význam fyziologických mechanizmov, akým je činnosť autonómneho nervového systému, pri vzniku behaviorálnych, či psychických patológií (Porges, 2007).

2.1 Základy fungovania autonómneho nervového systému

Ako sme už spomenuli na začiatku práce, gastrointestinálny trakt je systém telesných orgánov zodpovedný za trávenie, vstrebávanie a vylučovanie látok, ktoré sú životne dôležité pre výdaj energie a kompatibilitu so životom. Jeho fungovanie spočíva v mimoriadne komplexnej spolupráci niekoľkých systémov, z ktorých základnými centrami kontroly gastrointestinálneho traktu patrí svalová, hormonálna a nervová kontrola. Významnú rolu vo funkciách gastrointestinálneho traktu má enterický nervový systém (Enteric nervous system; ENS) a autonómny nervový systém. Všetky spomenuté centrá kontroly spolupracujú na dosiahnutí štyroch hlavných činností potrebných pre správne fungovanie gastrointestinálneho traktu, ktorými je motilita, sekrécia, trávenie a absorpcia (Tobias & Sadiq, 2022).

Špecificky ľudské črevo, na ktorého upriamujeme v rámci práce pozornosť, je pod kontrolou autonómneho nervového systému zloženého z parasympatického (Parasympathetic nervous system; PNS), sympatického (Sympathetic nervous system; SNS) nervového systému a lokálneho enterického nervového systému zloženého z myenterického Auerbachovho plexu – časti čreva riadiaceho motorické pohyby, a Meissenerovho submukózneho plexu – časti čreva riadiaceho vylučovanie submukózných žliaz (Anadure et al., 2019).

Keď hovoríme o parasympatickej činnosti centrálného nervového systému, tú riadi už spomínaný X. hlavový nerv, inak známy aj ako blúdivý nerv (*nervus vagus*). Jeho eferentné cholinergné¹⁰ nervy, ktoré vedú informácie z CNS na perifériu, pôsobia na myenterický plexus enterického nervového systému a Meissenerov plexus (Anadure et al., 2019). Naopak sympatické riadenie enterického nervového systému ovládajú odstredivé vlákna centrálného nervového systému, udržiajúce motilitu gastrointestinálneho traktu a zásobujúce brušné a panvové orgány (Sharabi & Carey, 2023). Prostredníctvom katecholamínov¹¹ ako je dopamín, adrenalín a noradrenalín sú sympatické vlákna zároveň dôležitými induktormi stresovej reakcie a majú inhibičný vplyv na organizmus (Jacobson et al., 2021). Aktiváciou sympatického nervového systému môžeme v organizme pozorovať zrýchlený srdečný tep, zúženie očných zreníc, rozšírenie dýchacích ciest pre

¹⁰ Týkajúce sa acetylcholínu

¹¹ Látky hormonálnej povahy produkované v dreni nadobličiek

zvýšenie prívodu kyslíka, inhibíciu tráviacich procesov – vrátane zníženia motility, rozšírenie ciev, zvýšenie uvoľňovania glukózy z pečene, zníženie produkcie inzulínu a enzýmov z pankreasu a ďalšie významné zmeny (Alshak & Das, 2023).

2.2 Črevný mikrobióm a jeho rola v organizme

U témy rozvoja gastrointestinálnych ochorení nesmieme opomenúť rolu tzv. druhého mozgu ľudského tela – **Črevného mikrobiómu** (Gut microbiome), zloženého z 3,3 milióna génov (Lukáš et al., 2018). Vieme, že ľudský organizmus je osídlený množstvom drobných mikroorganizmov, v ktorých funkcií zohráva dôležitú rolu nielen ich koncentrácia, ale aj zloženie, ktoré je charakteristické vysokou variabilitou naprieč jedincami. Črevný mikrobióm, v porovnaní s mikrobiómami z iných častí ľudského tela, je však z hľadiska počtu mikroorganizmov najrozmanitejší (Zavoral et al., 2021).

Pokiaľ hovoríme o faktory, ktoré z dlhodobého hľadiska ovplyvňujú vývoj mikrobiómu, ide najmä o vek, genotyp jedinca a dietetické faktory (Lukáš et al., 2018). Pri opise vývoja zloženia mikrobiómu však rozhodne nesmieme opomenúť vplyv chorôb, medikácie, pravidelnosť telesnej záťaže, typ pôrodu alebo prítomnosť kojenia v ranom detstve na jeho zloženie. Kľúčovým obdobím ovplyvňujúcim zloženie mikrobiómu sa zdá byť najmä obdobie od tretieho roku vývoja, počas ktorého výživa, úroveň hygieny a medikácia zásadne ovplyvňuje jeho kvalitu (Zavoral et al., 2021). Zloženie sa však v priebehu života každého jedinca pomerne výrazne mení a jeho vývoj sa stabilizuje až v tretej dekáde života (Lukáš et al., 2018).

V kontexte gastrointestinálnych ochorení je dôležité zdôrazniť schopnosť niektorých mikróbov ovplyvňovať hostiteľa a zlepšovať tak svoje podmienky k životu. Niektoré symbiotické mikrobiota, teda baktérie, totiž svojimi metabolickými produktami modulujú imunitný systém organizmu stimuláciou tvorby regulačných T-lymfocytov a down-reguláciou protizápalových cytokínov. Jeden konkrétny druh cytokínov, tzv. *Faecalibacterium Prausnitzii*, má protizápalový efekt, ktorého znížené množstvo v organizme sa často nachádza práve u pacientov s IBD (Lukáš et al., 2018) ako je Crohnova choroba. Naopak, mikrobióm u ochorenia Syndróm dráždivého čreva typicky nevysvetľuje žiadna štrukturálna abnormalita. Na základe bio-psycho-sociálneho modelu je IBS skôr charakterizované ako ochorenie predstavujúce komplexnú obojsmernú dysreguláciu osi mozog–črevo. Rola tejto osi je v rozvoji gastrointestinálnych porúch zásadná natoľko, že sú funkčné gastrointestinálne ochorenia často považované ako poruchy

mikrobióm–os–mozog–črevo¹². Známy bio-psycho-sociálny model ochorenia ho opisuje ako holistické a multifaktorálne, zdôrazňujúc tesné prepojenie mysle a tela umožnené obojsmernou komunikáciou medzi mozgom a črevom (Black et al., 2020).

2.3 Os mozog–črevo a jeho rola v organizme

Hoci sú črevá a mozog anatomicky oddelené, existuje niekoľko ciest, prostredníctvom ktorých črevá komunikujú s centrálnym nervovým systémom (Loh et al., 2024). Obojstrannou komunikačnú cestu prepájajúcu centrálny nervový systém a enterický nervový systém, tvorí zväzok neurónov prepájajúcich črevá a mozog nazývaných **Os mozog–črevo** (Gut-brain axis; GBA) (Black et al., 2020). Funkcia osi mozog–črevo úzko súvisí so sympatickou a parasympatickou vetvou autonómneho nervového systému, enterického nervového systému, s endokrinným systémom a imunitným systémom (Mitreá et al., 2022). Jej hlavnou úlohou je monitorovanie a integrácia funkcií čreva, avšak dôležitú úlohu zohráva aj v celkovej integrácii emocionálnych a kognitívnych centier mozgu s funkciami a mechanizmami periférnych oblastí nervového systému (Carabotti et al., 2015), modulácií imunitného systému, blúdivého nervu, enterického nervového systému, neuroendokrinného systému a obehového systému prostredníctvom produkcie neuromediátorov, metabolitov a hormónov (Loh et al., 2024). Dôležitú úlohu v tejto mozog a komunikačnej ceste, zohráva aj črevný mikrobióm (Anadure, 2019), nakoľko os mozog–črevo významne ovplyvňuje črevnú permeabilitu (Carabotti et al., 2015). Prostredníctvom baktérií črevného mikrobiómu totiž os mozog–črevo riadi homeostázu v mozgu a reguluje jeho spomenuté kognitívne a emocionálne funkcie (Bhuiyan et al., 2021).

2.4 Blúdivý nerv a jeho rola u ochorení IBS a IBD

Jedným z dôležitých prvkov osi mozog–črevo je tiež **blúdivý nerv**. Tento najdlhší kraniálny¹³ nerv vychádza z predĺženej miechy (*medulla oblongata*) a inervuje množstvo dôležitých orgánov tela vrátane hltana, pľúc, srdca, pečene, pankreasu a takmer celého gastrointestinálneho traktu. *Nervus vagus* v čreve reguluje kontrakciu hladkého svalstva – črevnú motilitu, sekréciu žliaz, ovplyvňuje periférny nervový systém, ale podieľa sa aj na črevnej imunite (Mikami et al., 2022). Existujúce klinické štúdie týkajúce sa role

¹² Microbiome-GBA disorders (Black et al., 2020)

¹³ Lebečný

blúdivého nervu v rozvoji chronických zápalov v gastrointestinálnom trakte prinášajú informácie o významnej role *nervus vagus* v rozvoji idiopatických črevných zápalov. To potvrdzuje aj nedávna švédka kohortová štúdia, ktorej výsledky preukázali pozitívny vzťah medzi vagotómiou, čo je chirurgická procedúra pozostávajúca v odstránení časti blúdivého nervu, s neskorším rozvojom IBD (Liu et al., 2020).

O súvislosti činnosti *nervus vagus* so Syndrómom dráždivého čreva existuje niekoľko dôkazov. Jedným z nich je, že čoraz viac súčasných štúdií naznačuje, že mechanizmom vzniku Syndrómu dráždivého čreva je dysregulácia osi mozog–črevo. Predpokladá sa, že práve blúdivý nerv, ako prvok mozog–črevo, by mohol mať protizápalový účinok a slúžiť tak v liečbe tohto ochorenia. Tento spôsob premýšľania viedol v posledných rokoch k vzniku niekoľkých výskumov venujúcim sa potencionálnemu terapeutickému efektu stimulácie *nervus vagus* u pacientov s IBS. V nedávnom experimente vykonanom na potkanoch, bol skúmaný potencionálny terapeutický efekt blúdivého nervu na IBS a depresívnu symptomatiku s ním spojenú. Výsledky tejto štúdie ukázali, že stimulácia tohto kraniálneho nervu môže zlepšiť správanie podobné depresii, znížiť abnormálne vylučovanie stolice, nadmerný abdominálny sťahovací reflex – spájaný s typickou bolesťou pri IBS – a znížiť priepustnosť hematoencefalickej bariéry (Yan et al., 2023). Aj táto štúdia je teda ďalším s argumentov, pre komplexný prístup ku gastrointestinálnemu ochoreniu.

2.5 Imunitné deje a rozvoj ochorení IBS a IBD

Gastrointestinálny trakt je kontinuálne vystavovaný rôznym antigénom nachádzajúcim sa v potravinách a okolí, na čo je však zdravý organizmus schopný adekvátne reagovať. V bežnom stave udržiava telo homeostázu v čreve potlačením premrštených imunitných reakcií, avšak v prípade neinfekčných črevných zápalov je v tele prítomná dysregulácia bežných imunitných dejov (Lee et al., 2018) a narušenie črevného mikrobiómu. Toto narušenie homeostázy je nevyhnutné pre vznik, či udržanie zápalu prítomného u idiopatických črevných zápalov. Zdrojom dysbiózy môže byť pravidelné vystavovanie sa rôznym environmentálnym spúšťačom, ktorými môže byť strava, rôzne gastrointestinálne infekcie, konzumácia liekov, psychický stres, fajčenie a iné faktory, ktoré vedú k vzniku dysfunkcie normálnej imunitnej odpovede. Významným faktorom v rozvoji dysbiózy je označované požívanie antibiotík, a to najmä v detstve, ktoré sa následne podieľa na vzniku Crohnovej choroby (Santana et al., 2022).

Podobný mechanizmus zahrňajúci funkciu imunitného systému, sa týka aj rozvoja Syndrómu dráždivého čreva, nakoľko medzi najčastejší zdroj ochorenia patrí prekonanie gastrointestinálnej infekcie. Asociovanými faktormi spojenými s infekciou je tiež jej serióznosť, ženské pohlavie, prítomnosť antibiotík a najmä miera psychického stresu. Stres je totiž typicky označovaný ako zásadný faktor hrajúci rolu v možnej iniciácii symptómov, alebo zhoršení závažnosti symptómov. Opäť sa tým odvolávame na výraznú rolu osi mozog–črevo na vzniku tohto ochorenia (Aguilera-Lizarraga et al., 2022). Prostredníctvom osi mozog–črevo totiž baktérie črevného mikrobiómu komunikujú priamo s mozgom cez neuroglie, a zohrávajú tak úlohu pri udržiavaní celkového imunitného systému, regulácii neuroimunitných sietí a modifikácii nervových okruhov (Bhuiyan et al., 2021).

V posledných rokoch je venovaná zvýšená pozornosť rozvoja Syndrómu dráždivého čreva vplyvom imunitnej aktivácie. Aguilera-Lizarraga a kolektív (2022), napríklad, zdôrazňujú rolu mediátorov pochádzajúcich z imunitných buniek, ktoré môžu aktivovať alebo senzibilizovať aferentné¹⁴ nervy, čo vedie k vzniku chronickej bolesti brucha u pacientov s IBS. Mechanizmy vedúce k tomuto prepojeniu sú však naďalej predmetom diskusií.

2.6 Neurotransmitery a ich rola v rozvoji ochorení IBS a IBD

Významnú rolu v rozvoji ochorení na úrovni mozog–črevo majú chemické látky s informačnou funkciou – **neurotransmitery**. Tieto chemické látky sú totiž produkované aj črevnou mikroflórou a ovplyvňujú tak CNS cez os mozog–črevo. Symptómy IBS ako je abnormálna gastrointestinálna motilita, viscerálne a sensorické abnormality, úzkosti, depresia a iné prejavy úzko súvisia s neurotransmitermi. Zmeny mikrobiálneho zloženia a metabolizmu súvisia s abnormalitami v expresii neurotransmiterov, ktoré nielenže regulujú prietok krvi, ale ovplyvňujú aj črevnú motilitu, vstrebávanie živín, prirodzenú imunitu gastrointestinálneho systému a zloženie mikrobioty (Chen et al., 2022).

Podstatným neurotransmitterom hrajúcim rolu v kontexte vzniku týchto ochorení je **serotonin** (5-Hydroxytryptamin; 5-HT) (Lukáš et al., 2021), ktorý reguluje množstvo biologických procesov, napríklad kardiovaskulárne funkcie, pohyblivosť čriev, ejakuláciu, či kontrolu močového mechúra (Berger et al., 2009). Je zároveň dôležitou látkou u liečiv

¹⁴ Dostredivé, vedúce informácie z periférie do centrálného nervového systému

využívaných pri liečbe depresie a iných duševných porúch. Jeho funkcia a zásah sa však neviaže výhradne len na centrálny nervový systém a jeho funkciu. Naopak, koncentrácia 5-HT práve v oblasti gastrointestinálneho traktu je zvlášť významná (Lukáš et al., 2021), nakoľko samotné črevo je zdrojom viac než 90 % celkového množstva produkovaného serotonínu v celom organizme. V čreve serotonín zvyšuje motilitu tu-lokalizovaných svalov, a čo je dôležité v kontexte IBS a IBD, zohráva rolu vo výskyte symptómov gastrointestinálneho zápalu. Zároveň môže fungovať ako mediátor hrajúci úlohu pri inhibícii vyprázdňovania žalúdka, stimulácii žalúdočnej sekrécie a podieľa sa na metabolickom procese príjmu glukózy (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022).

Koncentrácia serotonínu v organizme je previazaná s psychologickou rovinou a predpokladá sa, že produkcia 5-HT v čreve je regulovaná črevnou mikroflórou (Chen, et al., 2022). Guzel & Mirowska-Guzel (2022), udávajú, že nadmerné uvoľňovanie serotonínu v tele podporuje gastrointestinálnu motilitu, ktorá súvisí so symptómami typickými pre IBS-D. Ako dôvod pre tento predpoklad spomínajú metabolit vznikajúci zo serotonínu, získaný z baktérií nachádzajúcich sa v črevnom mikrobióme, ktorý urýchľuje motilitu hrubého čreva. Jeho alteráciou totiž podľa všetkého vznikajú typické symptómy pripomínajúce hnačku. Na druhej strane, zvýšená funkcia proteínu, ktorý sa podieľa na spätnom vychytávaní serotonínu (SERT) a downregulácia enzýmu syntetizujúceho serotonín (TPH1), môže znížiť motilitu GI, čo vedie k oneskorenému črevnému tranzitu (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022) – inak typickému prejavu IBS-C (Okawa, 2021). Z vyššie spomenutých poznatkov môžeme premýšľať nad tým, že zvýšené hladiny serotonínu v tele by mohli byť spojené so zvýšenou pravdepodobnosťou výskytu IBS-D. Naopak, príliš nízke hladiny 5-HT by sa mali spájať s IBS-C, ktoré sprevádza charakteristická zápcha, či kŕče – odkazujúc na fakt oneskoreného črevného tranzitu spojeného so zvýšenou funkciou SERT a TPH1 (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022).

Psychické poruchy môžu ovplyvniť priebeh symptomatických ochorení a prispieť k zvýšenému zápalu (Bauer & Teixeira, 2019). U pacientov so zápalovým ochorením čriev sú úzkosť a depresia považované za komorbidity, ktoré súvisia s aktiváciou **osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky** (Hypothalamic pituitary axis; HPA) a zvýšenými hladinami cirkulujúceho kortizolu. Dlhodobá aktivácia osi HPA, ktorá sa často pozoruje pri chronickom strese alebo zápale, ako napríklad pri IBD, vedie k trvalému zvýšeniu hladiny kortizolu, čím sa znižuje citlivosť glukokortikoidných receptorov. Táto znížená citlivosť môže zosilniť imunologické reakcie, čo vedie k zvýšenému zápalu. Je

pozoruhodné, že liečba zahŕňajúca kortikosteroidy môže vyvolať psychiatrické príznaky (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022).

Výskum naznačuje, že prevalencia depresie u pacientov s IBD sa pohybuje od 15 % do 25 %, pričom u pacientov s Ulceróznou kolitídou je potenciálne nižšia v porovnaní s pacientmi s Crohnovou chorobou. Úzkosť je ešte častejšia a postihuje takmer 30 % jedincov s IBD. Miera úzkosti a depresie býva vyššia v obdobiach vzplanutia ochorenia (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022). Približne 30 % jedincov s IBD užíva antidepresíva, ktoré riešia duševné zdravie, črevné príznaky alebo oboje (Mikocka-Walus et al., 2019). Je zaujímavé, že takmer tri štvrtiny antidepresív sa predpisujú bez špecifických psychiatrických indikácií (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022).

So zmenou črevnej mikroflóry súvisia rovnako tiež **dopamínové receptory**. Dysregulácia dopaminergného systému sa spája s úzkosťou, depresiou, nerovnováhou črevných mikroorganizmov (González-Arancibia et al., 2019) a zmeny dopamínového systému sa rovnako nachádzajú aj u pacientov s IBS. U pacientov je rovnako pozorovaný výskyt zmien na GABA receptoroch, ktoré sú pripisované zvýšenému stresu. Ako jedna z alternatív liečby tohto ochorenia preto môžu byť liečivá ako je napríklad pregabalín, môže zlepšiť problémy s nafukovaním, uľaviť od bolesti brucha a hnačiek (Chen et al., 2022). Neurotransmitery akými je acetylcholín, serotonín, dopamín, GABA a iné mediátory, môžu byť rovnako zapojené pri patogenéze zápalových ochorení sprostredkovaných imunitným systémom vrátane IBD, nakoľko zohrávajú fyziologickú úlohu v regulácii imunitnej odpovedi pri regulácii zápalu (Oshaghi et al., 2023).

2.7 Psychické poruchy a dysregulácia mikrobiómu

Simpson a kolegovia (2021) sa rovnako zamerali na súvislosť výskytu duševných porúch u pacientov so Syndrómom dráždivého čreva. V rámci systematického review sedemnástich štúdií venujúcich sa komorbidite psychických porúch s gastrointestinálnymi poruchami poukázali na fakt, že ľudia so súčasne vyskytujúcim sa ochorením IBS a úzkosťou alebo depresiou majú významne narušený mikrobióm. To má za následok zvýšenú zápalovú funkciu vedúcu k vyššej priepustnosti čreva a vzájomnému ovplyvňovaniu s mozgovými stresovými mechanizmami. Táto vzájomná komunikácia môže zhoršovať negatívne reakcie v rámci osi HPA a spôsobovať nadmernú produkciu kortizolu. Zvýšené hladiny kortizolu a zápalových látok sú rovnako spojené s úzkostnými a depresívnymi poruchami. Táto komunikácia funguje obojsmerne. To znamená, že vyšší

stres môže spôsobovať zvýšenú produkciu kortizolu, čo ovplyvňuje imunitné procesy, priepustnosť čreva a zloženie črevnej mikroflóry. Mechanizmus vzniku opäť zdôrazňuje obojstrannú interakciu tela a duše na úrovni komunikácie imunitného a nervového systému (Simpson et al., 2021).

Okrem črevného mikrobiómu má v ľudskom organizme dôležitú úlohu tenká mukózna vrstva nazývaná intestinálna bariéra. Toto hlavné rozhranie medzi vonkajším prostredím a telom má za úlohu udržiavať homeostázu a ochraňovať telo pred toxínmi a baktériami. Súčasný výskum pripisujú vplyv narušenej intestinálnej bariéry rozvoju patológií ako sú autoimunitné ochorenia (diabetes mellitus typ 1), či gastrointestinálne ochorenia (celiakia, IBD a IBS). Jedným z faktorov, ktorý črevnú priepustnosť môže zvyšovať je psychosociálny stres, u ktorého sa opäť pripisuje význam dlhodobej nadmernej aktivácií osi HPA a **sympatoadrenálny medulárny systém** (Sympathoadrenal Medullary System; SAM) (La Torre et al., 2023). Ako významným faktorom v rozvoji ochorení spojených s osou mozog–črevo je označovaná tiež modulácia emócií a správania vplyvom akcie cytokínov uvoľňovaných makrofágmi v rámci akútnych alebo dlhodobých zápalových procesov prebiehajúcich v tele. Tie majú schopnosť priamo ovplyvniť funkciu nervových sietí, ktoré modulujú emočné prežívanie jedinca (Lukáš et al., 2021).

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY CHORENÍ IBS A IBD

V tejto časti práce bližšie explorujeme významnú časť rozvoja a priebehu chronických ochorení – psychologické aspekty prežívania a vplyv ochorení na kvalitu života a sebaopätanie jedincov.

3.1 Chronický stres v kontexte rozvoja ochorení

Ľudský organizmus má prirodzenú schopnosť zvládať určitú tiaž vyvolanú náročnými a problémovými situáciami (Jochmannová & Kimplová, 2022). Známy Hans Selye, autor pojmu stres, prvýkrát pomenoval zoznam dôsledkov – nešpecifických reakcií organizmu na akékoľvek požiadavky, ktoré sú naň kladené – ako následky stresu. Na základe klinických pozorovaní, ktoré Hans Selye spísal, bolo, neskôr v roku 1936, v prestížnom časopise Nature publikované, že rôzne stavy, akým je aj stres, indukujú vznik žalúdočných vredov, hypertrofiie nadobličiek a atrofie lymfatických orgánov u potkanov (Herman et al., 2020). Samotná prítomnosť stresu však nie je jediným prvkom, ktorý zohráva rolu v rozvoji ochorení. Zásadnými prvkami je tiež jeho zvládanie a dĺžka trvania. Pokiaľ totiž čelíme nežiadúcim stimulom a zotrávame tým v stave aktivácie sympatického nervového systému dlhodobo, môže dochádzať až k trvalým škodám v organizme (APA, 2022). V prípade dlhodobého stavu neschopnosti riešiť stres aktívnou cestou sa stretávame s pojmom **chronický stres** (Jochmannová & Kimplová, 2022). Chronický stres je vyčerpávajúci dlhodobý stav narušenej homeostázy, ktorý môže výrazne ovplyvniť nielen fyzický stav, ale najmä psychický. Jeho typickými efektmi sú často pocity úzkosti, nespavosti, bolesti svalov, vysokého krvného tlaku a oslabeného imunitného systému (APA, 2022). Hansom Selyeom formulovaný koncept tzv. **Všeobecného adaptačného syndrómu** (General Adaptation Syndrome; GAS), ktorý kladie dôraz na fyziologický model reakcie jedinca na stres. Reakciu na stres Selye rozdelil na trojstupňovú telesnú reakciu: štádium pohotovostnej reakcie, štádium odolnosti a štádium vyčerpania, ktoré nastáva pri dlhodobom vystavení organizmu stresovým podnetom.

Pokiaľ práve organizmus prejde až do fáze vyčerpania, táto udalosť má často negatívne dôsledky, akými je choroba, únava, či úplné vyhorenie (Soliemanifar et al., 2018).

Centrálным prvkom, ktorý sa podieľa na udržiavaní homeostázy stresovej reakcií a energetickom metabolizme, je **Os hypotalamus-hypofýza-nadobličky** (Sheng et al., 2021). Tento robustný neuroendokrinný mechanizmus v prípade výskytu ochorenia Syndróm dráždivého čreva prechádza dysreguláciou, čo má za následok zníženie tlmivého efektu stresorov na organizmus a následné náchylnejšie reagovanie čreva na stresové udalosti (Staudacher et al., 2023). Okrem fyziologických zmien v organizme zohráva spomenutá os HPA dôležitú rolu pri udržiavaní duševného a telesného zdravia (Leistner & Menke, 2020). V kapitole 3.2 venujeme pozornosť súvislosti psychických porúch s ochoreniami žalúdočného traktu.

Hovoriac o IBD a ich súvislosti so stresom, výsledky nehovoria o inom. Podľa výsledkov systematického review venujúceho sa role stresu u neinfekčných črevných zápalov predchádza psychický stres zhoršeniu príznakov IBD (Black et al., 2022). I keď je dlhodobá IBD považovaná za autoimunitné ochorenie podmienené neprimeranou imunitnou reakciou na črevnú mikrobiótu u geneticky náchylných jedincov, ako sme už spomenuli v kapitole 1, jeho jasná príčina je dodnes záhadou (McDowell et al., 2024).

K zaujímavému zisteniu prišli Engel a kolegovia (2021), v ktorých práci sa venovali výskumu miery psychologickú záťaž u pacientov s IBD. Týmto pacientom administrovali niekoľko sebaopisovacích dotazníkov venujúcim sa miere vážnosti symptómov. Okrem neho bola účastníkom administrovaná rada dotazníkov, ktoré mali určovať mieru psychologickú záťaž choroby na organizmus – Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7), Operationalized Psychodynamic Diagnosis – Structure Questionnaire (OPD-SQ), Mentalization Questionnaire (MZQ) a Experiences in Close Relationships Scale (ECR-RD). Na základe analýzy odpovedí účastníkov bolo zistené, že viac ako 70 % pacientov s IBD sa domnievalo, že stres alebo ich osobnosť sú faktormi prospievajúcimi k ich ochoreniu. Nešlo však o obyčajnú prítomnosť stresujúcich životných udalostí, ale najmä vnímaný stres. Tento predpoklad nás opäť vracia k problematike enterického nervového systému, ktorý je aktivovaný vplyvom psychosociálneho stresu, vedúceho k tvorbe zápalových procesov v tele, a ktorý vedie k zhoršeniu symptómov IBD.

3.2 Psychické ochorenia a ich komorbidita s ochoreniami IBS a IBD

„Syndróm dráždivého čreva (IBS) postihuje 5–10 % svetovej populácie. Až jedna tretina ľudí s IBS má tiež úzkosť alebo depresiu“ (Staudacher et al., 2023, s. 1).¹⁵ Nedávno publikované systematické review zahŕňajúce 11 štúdií dokázalo významnú súvislosť výskytu komorbidnej depresie s IBS. Využitá dáta poukázali na fakt, že ľudia s depresiou majú dvojnásobne vyššie riziko vzniku IBS v porovnaní s jednotlivcami bez depresie. Dáta tiež poukázali na to, že u jedincov so závažnejšou formou IBS sa typicky vyskytuje vyšší stupeň psychologickú záťaž. Zaujímavým faktom je kauzalita vzniku týchto ochorení, nakoľko mnoho psychických porúch môže predchádzať, sprevádzať, či byť následkom telesných ochorení akým je IBS (Staudacher et al., 2023).

Tarar a kolegovia (2023) zase prostredníctvom retrospektívnej analýzy National Inpatient Sample (NIS z rokov 2016 až 2019) zistili, že prítomnosť IBS sa spája so zvýšeným výskytom pridružených psychiatrických porúch, ktorými je najčastejšie úzkosť, depresia, či suicidálne pokusy alebo ideácie.

Na psychologickú stránku ochorenia IBS sa pozrela aj pred pár mesiacmi publikovaná štúdia Bárdosa (2024), ktorá sa okrem iného zdôraznila typickú katastrofizáciu a somatizáciu u pacientov so Syndrómom dráždivého čreva, ktoré majú vplyv na závažnosť a trvanie ochorenia. V práci tiež spomína rolu učenia na rozvoj IBS, nakoľko sa ukazuje, že u ľudí s IBS, ktorí často navštevujú lekára kvôli menej vážnym ochoreniam, sa vyskytujú viaceré somatické ťažkosti. Ako významný prvok rozvoja IBS rovnako vyzdvihuje psychosociálne faktory, ako napríklad história sexuálneho zneužívania, či prežitie stresujúcich životných udalostí.

¹⁵ Irritable bowel syndrome (IBS) affects 5–10% of the global population. Up to one-third of people with IBS also experience anxiety or depression (Staudacher et al., 2023, s. 1)

Štúdiá Jordi a kolegov (2022) sa venovala vzájomnému vzťahu medzi depresiou, genetickými rizikovými faktormi pre depresiu a tzv. flare-ups¹⁶. V rámci štúdie bol 1137 ľuďom s Crohnovou chorobou a 836 ľuďom s Ulceróznou kolitídou, alebo neurčitou kolitídou, administrovaný **dotazník Nemocničnej škály úzkosti a depresie** (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS). Na základe odpovedí respondentov bolo zistené, že až 9,5 % ľudí s CD – oproti 6,5% ľudí s UC – malo skóre vypovedajúce o prítomnej depresii participanta (HADS-D ≥ 11). Tieto zistenia rovnako ukázali výskyt depresie u pacientov s IBD ako vysoko významný rizikový faktor pre klinické zhoršenie stavu pacienta. Podobné pozorovania tiež prinieslo systematické review z roku 2021 (Barberio et al., 2021), ktorá skúmala prevalenciu príznakov úzkosti a depresie u pacientov IBD. U pacientov s IBD bola pozorovaná vysoká prevalencia príznakov úzkosti a depresie, pričom až tretina pacientov trpela príznakmi úzkosti a štvrtina príznakmi depresie.

K porovnaniu výsledkov respondentov v dotazníku HADS publikovaných Jordi a kolegami (2022) oproti norme, sa odkážme na výskum Hinza & Brählera (2011), ktorí sa pokúsili o vytvorenie prieskumu o normatívnych hodnotách pre sebaopisujúci dotazník HADS v Nemecku. Tejto štúdie sa zúčastnilo 4410 respondentov, pričom v práci sú prezentované priemerné hodnoty úzkosti a depresie aj v populáciách od 18 do 30 rokov, ktorej sa venujeme aj v rámci našej bakalárskej práce. Výsledky nemeckej populácie mužov v škále úzkosti (HADS-A) bolo 3,6 bodov so štandardnou odchýlkou (SD) 3,1 bodov. Priemerné skóre v škále depresie (HADS-D) bolo 3,2 bodov so SD 3,6 bodov. Celkové skóre u mužov dosahuje v nemeckej populácii jedincov od 18 do 30 rokov 6,8 bodov so SD 6,1 bodov. U žien od 18 do 30 rokov bolo priemerným skóre v škále HADS-A skóre 4,3 bodov so SD 3,4 bodov a priemerné skóre v škále HADS-D 2,9 so SD 3,2. V nemeckej populácii žien (18-30 rokov) bolo priemerným celkovým skóre 7,1 bodov so SD 6,0 bodov. Tieto výsledky naznačujú, že v normálnej populácii jedincov od 18 do 30 rokov vykazujú ženy vyššie priemerné skóre v úzkosti, zatiaľ čo muži majú mierne vyššie skóre depresie. Celkové skóre v dotazníku HADS v tejto vekovej skupine je zároveň vyššie u žien v porovnaní s mužmi.

Trend signifikantne zvýšenej úzkosti vo všeobecnej ženskej populácii v dotazníku HADS opisuje napríklad aj štúdiá Iani a kolektívu (2014), ktorá zároveň zdôrazňuje zvyšujúci trend v úzkosti a depresii s vekom.

¹⁶ Vzplanutia

Zaujímavým poznatkom, ktorý môžeme pozorovať u ochorenia IBD je určitá cyklickosť, či obojsmernosť psychologických a fyziologických symptómov ochorenia. Pokiaľ sa bavíme o úzkosti, u pacientov s príznakmi úzkosti sa častejšie objavujú tzv. flare-ups, ktoré sú typické zhoršením stavu choroby a naopak u pacientov so zvýšenou aktivitou u IBD sa častejšie objavuje úzkosť (Engel et al., 2021).

3.3 Osobnostné predispozície k ochoreniam IBS a IBD

Funkciu autonómnych, imunitných a hormonálnych dejov ovplyvňujú nielen vonkajšie okolnosti, ale rovnako tiež osobnostné črty a emocionálne vzorce jedinca (Muscatello et al., 2016). Osobnosť je súhrn, súvislosť, či prepojenie charakteru, temperamentu, schopností a konštitučných vlastností človeka (Cakirpaloglu, 2012), ktorú ovplyvňujú určité vrodené vzorce adaptácie, ale rovnako tiež dôsledky aktívneho interagovania jedinca s okolím (Nakonečný, 2021). Nakoľko ide o určité vzorce, akými jedinec interaguje s prostredím, osobnostné faktory zohrávajú dôležitú úlohu pri identifikácii stresových udalostí, reakcií naň a ich riešení. Miera, do ktorej človek znáša určité stresové udalosti, je do istej miery determinovaná našou vlastnou interpretáciou danej udalosti. Do spôsobu, akým stres ovplyvňuje našu osobnosť zasahuje množstvo konštruktov viazaných na našu osobnosť, akými je: **Odolnosť** (Resilience), **Sebaúčinnosť** (Self-efficacy), **Optimizmus** (Optimism), **Naučená vynaliezavosť** (Learned resourcefulness), **Nádej a zmysel pre súdržnosť** (Sense of Coherence; SOC) (Soliemanifar et al., 2018).

Jediným z významných osobnostných faktorov týkajúcich sa reaktivity organizmu na stres je označovaný **Neuroticizmus** (Soliemanifar et al., 2018). Ako súčasť faktorového modelu konštruovaného H. J. Eysenckom, tiež označovaný ako emočná labilita, tento pojem charakterizuje typicky nestále, ľahko vyvolateľné a podnetom často neprimerané emočné reakcie, kolísanie nálad, nepokoj, zvýšenú senzitivitu, častú rozmrzenosť, či rozladenosť a precitlivenosť¹⁷ (Nakonečný, 2021). Súvislosti týchto faktorov s ochoreniami IBS a IBD preto rozoberáme v nasledujúcich odsekoch.

¹⁷ *Emoční labilita (neuroticizmus) znamená nestálé, ľahce vyvolateľné a podnetům často nepřiměřené emoční reakce, kolísání nálad, neklid, zvýšenou senzitivitu, častou rozmrzelost či rozladěnost, přecitlivělost* (Nakonečný, 2021, s. 365).

Cong a kolegovia (2022) vo svojom článku podrobnejšie skúmajú vzťah medzi neuroticizmom a gastrointestinálnymi symptómami u jedincov s IBS. Na základe dotazníkových metód poukazuje, že pacienti, ktorí vykazujú zvýšené skóre neuroticizmu trpia príznakmi IBS každý deň a naopak pacienti s nízkym skóre neuroticizmu tvrdia, že majú príznaky IBS iba raz za mesiac. Miera neuroticizmu môže teda súvisieť s gastrointestinálnymi príznakmi u IBS. Po zbere celkového množstva dotazníkov of 167 ľudí, pacienti s IBS, ktorí vykazovali vysoké skóre neuroticizmu mali horší spánok, silnejšie nadúvanie žalúdka, silnejšie spastické bolesti v nadbrušku a pociťovali zvýšenú stratu chuti do jedla. Nielen neuroticizmus, ale do vysokej miery aj spánok mal významný sprostredkujúci účinok na vplyv neuroticizmu na niektoré príznaky IBS.

Oproti IBS, je jasný vplyv osobnostných zložiek, na rozdiel od stresu a depresívnych symptómov, na ochorenie IBD nedostatočne preskúmaný (Jordi et al., 2022). Tento záver bol vykonaný na základe pomerne veľkej štúdie, ktorej sa zúčastnilo 3754 pacientov s IBD. Účastníkom výskumu bol administrovaný dotazník NEO-FFI (NEO-Five-Factor Inventory), ktorý mal značnú prediktívnu silu ukázať sklon participantov k recidíve, depresívnym symptómom a nízkej kvalite života. Napriek tomu sa osobnosť pacientov s IBD podstatne nelíšila od bežnej populácie (Jordi et al., 2022).

3.4 Poruchy príjmu potravy a ich vzťah s ochoreniami IBS a IBD

Nepredvídateľnosť symptómov spojených s IBS môže hlboko zasahovať aj stravovacie návyky, prostredníctvom ktorých sa pacienti snažia vyhýbať nepríjemným symptómom a znížiť tak pociťovaný diskomfort, nafukovanie, bolesti brucha, či hnačku. Charakteristickými spôsobmi modifikácie stravovacích návykov môže byť vynechávanie jedál, obmedzovanie sa voči určitým potravinám alebo dodržiavanie určitej formy reštriktívnej diéty (Harer, 2019). U osôb s gastrointestinálnou poruchou nám preto môže napadnúť otázka pýtajúca sa na možnú súvislosť týchto porúch s **Poruchami príjmu potravy (PPP)**.

MKCH-10 vymedzuje poruchy príjmu potravy (F50.0–F50.9) ako skupinu ochorení, kam patrí mentálna anorexia, mentálna bulímia a prejedanie spojené ďalšími psychickými poruchami (WHO, 1993). Nakoľko sa u týchto ochorení stretávame s častými obavami z priberania, zmenami v príjme potravy, ktoré majú za cieľ znížiť hmotnosť osoby, a tiež s určitou mierou telesnej dysmorfie – skresleného vnímania vlastného tela (WHO, 1993), trvalým následkom týchto porúch môže byť práve narušenie tráviacich procesov a s tým previazané GI komplikácie (Santonicola et al., 2019).

Santonicola a kolektív (2019) v review venujúcom sa súvislosti vzniku gastrointestinálnych problémov ako následok histórie poruchy príjmu potravy (PPP) predkladá dôkazy pre túto hypotézu. V článku sa venuje samostatne najrozšírenejším poruchám príjmu potravy, akými je mentálna anorexia (*anorexia nervosa*; AN), mentálna bulímia (*bulimia nervosa*; BN) a poruchám spojeným so záchvatovým prejedaním (Binge eating disorders; BED), ktorých prítomnosť bola spojená s dlhodobým narušeným stravovacím režimom. V článku predkladá tvrdenie, že porucha akou je napríklad BED, u ktorej je typická konzumácia veľkého množstva jedla počas krátkej doby, môže mať potencionálne za následok vznik funkčnej dyspepsie, ktorá je typická pre IBS. Okrem toho je správanie typické pre jedincov s BED signifikantne asociované s nafukovaním a bolesťou v hornej časti brucha.

Jafar a Morgan (2021) vo svojom článku rovnako zdôrazňujú vysoký výskyt funkčných gastrointestinálnych problémov u ľudí s mentálnou anorexiou. V článku prezentujú štúdiu, v ktorej prieskume až 62 % participantov s mentálnou anorexiou vyhľadalo pomoc gastroenterológa, alebo všeobecného lekára, kvôli gastrointestinálnym komplikáciám. Mårild a kolektív (2017) zase zdôrazňujú významnú súvislosť medzi výskytom mentálnej anorexie a chronickými gastrointestinálnymi poruchami, ako je Crohnova choroba a celiakia.

Nakoľko poruchy príjmu potravy majú často bio-psycho-sociálnu patogenézu a sú často hojne spájané s psychiatrickými ochoreniami ako sú napríklad poruchy nálad, úzkostné poruchy, či poruchy spánku, s inými somatickými ochoreniami, napríklad hormonálnymi dysbalanciami, či s gastrointestinálnymi problémami ako je zápcha, bolesť brucha, či hnačka, tieto predpoklady by do istej miery mohli vysvetľovať súčasný výskyt porúch príjmu potravy a gastrointestinálnych porúch (Hetterich et al., 2019).

3.5 Kvalita života jedincov s ochorením IBS a IBD

„WHO definuje **kvalitu života** ako vnímanie postavenia jednotlivca v živote v kontexte kultúry a hodnotových systémov, v ktorých žije, a vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniam, štandardom a obavám.“¹⁸ (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996).

Pokiaľ sa bavíme o ochorení IBS, kvalita života osôb žijúcich s týmto ochorením je zásadne znížená. Škála symptómov tohto ochorenia je pomerne široká a nezahŕňa len oblasť gastrointestinálneho traktu. Pomerne častými sú u pacientov s IBS tiež somatické problémy akými je častá únava, bolesť tela, alebo problémy so spánkom. Tieto príznaky majú následne významný vplyv aj na denné fungovanie a odrážajú sa na **psychickom zdraví** jedinca (Trindade et al., 2022). Nevots a kolektív (2023), dokonca označujú kvalitu života osôb trpiacich zhoršeným IBS dokonca za rovnocennú, či dokonca ešte väčšiu ako pri Crohnovej chorobe, alebo iných chronických ochoreniach.

O vplyve IBS na pracovný život jedincov hovorí štúdia Frändemark a kolegov (2022), ktorá sa venovala zvládajúcim mechanizmom, ktoré využívajú jedinci s IBS v kontexte práce. Vykonaním 23 rozhovorov s pacientmi s IBS boli identifikované 4 rôzne mechanizmy vyrovnávania sa so symptómami ochorenia v kontexte práce, ktorými bola pripravenosť, obmedzenie vplyvu, zosúladenie a prispôsobenie sa. Tieto stratégie jedincom slúžili na obmedzenie vplyvu IBS na pracovný život, pričom zosúladenie IBS s pracovným životom bolo vnímané ako ideálny výsledok vyrovnávania sa s ich situáciou, pričom zahŕňalo **dostatočnú pripravenosť** na výskyt limitujúcich symptómov a zároveň snahu o **obmedzenie vplyvu symptómov na výkon**. Prispôsobovanie sa ostatným ľuďom na pracovisku naopak zasahovalo osoby s IBS, nakoľko boli náchylnejšie k rozvoju nepríjemných symptómov.

¹⁸ WHO defines Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

So zaujímavým poznatkom prišli Petersen a kolektív (2020), ktorí sa pozerajú na ochorenie IBS ako na jednu z niekoľkých foriem manifestácie problému určitého typu. V práci uvádzajú pojem **Bodily distress syndrome (BDS)**¹⁹, ktorý má pokrývať ochorenia funkčného typu – akým je aj IBS. Pojem zavádzajú z dôvodu, že ochorenie zdieľa veľmi podobné charakteristiky spolu s ďalšími funkčnými ochoreniami, ako je aj fibromyalgia (FM), chronický únavový syndróm (CFS), poruchy spojené s poranením krčnej chrbtice (WAD) a viacnásobná chemická citlivosť (MCS). Petersen a kolektív (2020) predpokladajú, že všetky tieto ochorenia sú len rozličnými manifestáciami toho istého fenoménu, ktorý môže mať formu kardiopulmonárnu, gastrointestinálnu, muskuloskeletálnu a typ, u ktorého je charakteristická všeobecná únava. Na základe predpokladu Petersena a spoluautorov bola vykonaná pomerne rozsiahla štúdia, v ktorej bolo prevedené interview s 1590 participantmi. Výskyt aspoň jedného z funkčných ochorení u zúčastnených osôb bol zistený až u 9,3 % respondentov a celková prevalencia BDS bola 10,5 %. U niekoľkých podtypov funkčných ochorení, vrátane IBS, bola preukázaná prítomnosť **nezamestnanosti** alebo **neschopnosti si udržať prácu, nízkej kvality života, obmedzení v bežnom fungovaní** a zároveň **komorbidita** s ďalšou formou funkčného ochorenia a psychického ochorenia.

Hovoriac o kvalite života jedincov s IBD, u týchto pacientov je aj po nastavení správnej liečby **bolesť brucha** častým pretrvávajúcim problémom. Typická chronická bolesť má teda významný vplyv na kvalitu života a psychické zdravie týchto pacientov, najmä vzhľadom na fakt, že bolesti brucha bývajú často odborníkmi nedocenené a nedostatočne liečené (Bakshi et al., 2021).

V štúdií Varma a kolektívu (2022) venujúcej sa subjektívnemu vplyvu CD na jedincov výsledky odhalili, že až 93,0% jedincov s ochorením považuje práve gastrointestinálne problémy ako najčastejšie reportovanú položku narušujúcu ich každodenný život. Aj v súvislosti s vysokou frekvenciou práve gastrointestinálnych symptómov býva u jedincov s IBD zdôrazňovaná znížená kvalita života chorých asociovaná s **praceneschopnosťou, invaliditou** a inými psychosociálnymi aspektmi. Vnímaná kvalita života je však individuálna (Lukáš et al., 2020).

¹⁹ Syndróm telesného distresu (voľne preložené)

Na život s IBD v kontexte s prácou sa venovala aj štúdia Young a kolektívu (2017), vykonaná na kórejskej populácii 599 respondentoch. Až 81 % z týchto respondentov označilo, že pociťovalo únavu, ktorá v remisií zvyčajne klesla o 20 %. Ich ochorenie však kvôli IBD viedlo v priemere k 18-dňovej absencii v zamestnaní alebo škole v období šiestich mesiacov. Až 64 % z týchto respondentov stresovala ich **absencia v zamestnaní** alebo škole a až 47 % respondentov, a to najmä s Crohnovou chorobou, uviedlo negatívny vplyv ich choroby na mesačný príjem. Takmer polovica zároveň hlásila skúsenosť s diskrimináciou alebo nevhodnými poznámkami na pracovisku a 61 % respondentov pociťovalo prekážky pri nadväzovaní alebo udržiavaní priateľstiev vo všeobecnosti.

V roku 2016 prebehla aj v Českej republike multicentrická štúdia skúmajúca kvalitu života pacientov s IBD, ktorá sa zamerala na aspekty určujúce kvalitu života pacientov s týmto ochorením, ako sú demografické údaje jednotlivca, diagnostika a liečba, dopad choroby na kvalitu života, vplyv choroby na pracovnú aktivitu a práceneschopnosť a informovanosť pacientov. V štúdií sa zúčastnilo 1228 chorých, z toho dve tretiny mali Crohnovu chorobu. Podľa výsledkov sebapozudzovacieho dotazníka, ktorý bol respondentom administrovaný, bol označený ako najvýznamnejší faktor znižujúci kvalitu života **pocit vyčerpanosti a veľká únava**, ktoré svojím vysokým výskytom a intenzitou prevyšovali gastrointestinálne problémy, ako sú bolesti brucha a hnačky. Až 42 % participantov uviedlo, že IBD je príčinou určitých **obmedzení v ich pracovnom procese** a všetci si museli oficiálne upraviť svoj pracovný režim – napríklad zavedením flexibilnej pracovnej doby alebo skrátením pracovnej doby (Lukáš et al., 2020). Iné štúdie zase poukázali na významnú rolu únavy na každodenné fungovanie jedinca. U jedincov s IBD je jedným z veľmi často označovaných limitujúcich symptómov a môže sa vyskytovať takmer u 50 % pacientov (Nocerino et al., 2020).

Chronický charakter choroby a dlhotrvajúca únava však znemožňujú bežné fungovanie jedinca a zasahujú nielen sociálnu a vzťahovú oblasť a celkovú kvalitu života, ale aj pracovnú produktivitu osôb s IBD (Borren et al., 2019). Jedna z významných multicentrických štúdií venujúcich sa vplyvu **chronickej únavy** u pacientov s IBD na ich život bola prevedená Daneseom a kolegami (2014). Štúdie sa zúčastnilo 631 respondentov, najmä z oblasti Európy, ale aj Severnej Ameriky, Ázie a Tichomorja, ktorým bola administrovaná dotazníková metóda. Získané dáta ukázali, že až 80 % pacientov uviedlo významnú únavu, ktorá sa často spomína s vyskytujúcou sa anémiou u pacientov s IBD.

V štúdií vykonanej na čínskej populácii pacientov trpiacich IBD zase zdôraznili **rolu miery funkcie rodiny**, ktorá negatívne ovplyvňuje výskyt symptómov depresie a úzkosti u pacientov s IBD. Tento fakt poukazuje na dôležitosť sociálnej a emočnej podpory v manažmente a liečbe IBD a na to ako môže rodinné prostredie ovplyvňovať fyzické aj psychické zdravie pacientov. V štúdií bola tiež zdôraznená významná rola miery sebaúcty, ktorá sa zdá byť podľa publikovaných výsledkom facilitátorom dlhodobej duševnej pohody jedincov²⁰ (Wu et al., 2022).

Pozitívny prínos ochorení IBD rovnako opísali Hamama-Raz a kolektív (2021), ktoré sa venovali otázke post-traumatického rastu u jedincov s IBD. Štúdia zdôraznila významnú rolu **kognitívnej interpretácie** ochorenia jedincov. Podľa získaných odpovedí malo na výskumnú vzorku (n = 200) ochorenie vplyv na oblasť spirituality, ktorá bola u jedincov vplyvom ich skúsenosti prehĺbená, alebo zvýšená tendencia si viac vážiť každý deň.

3.6 Sebapoňatie jedinca s ochorením IBS a IBD

Chronické ochorenia akými je IBS a IBD významnou mierou ovplyvňujú život pacientov s týmito ochoreniami (Schreiner et al., 2021; Nevots et al., 2023). Ich komplexný zásah do života jedinca je jednoznačný a nepopierateľný, no vplyv oboch ochorení môžeme pozorovať aj na naše self²¹. Vzhľadom na ich chronickú povahu a charakteristiku symptómov s nimi spojenými, vplyv pozorujeme na celkovom **sebapoňatí** jedinca (Grodzinsky et al., 2015; Peters & Brown, 2022). To, ako osoby s IBS a IBD vnímajú samých seba, významne ovplyvňuje ich celkové prežívanie a celý rad negatívnych psychologických dôsledkov vrátane emočného zmätku, celkovo vedie k nízkej úrovni sebaúcty (Peters & Brown, 2022). V krátkosti teda definujeme, čo pod sebapoňatím myslíme.

Sebapoňatie je:

„specifickým osobnostným konštruktom, komplexným obrazom seba sama složeným z dílčích mentálních reprezentací, charakteristik, názorů, ale i přání a dosud nenaplněných představ. Je kognitivním schématem, které zjednodušuje zpracování nových informací a ovlivňuje i jejich selekci.“ (Vágnerová, 2010, s. 301).

²⁰ Mental wellness (voľne preložené)

²¹ Ja, vlastná osoba

Pojem pokrýva celý organizovaný systém, ktorý tvaruje to ako vnímame sami seba, ostatných a naše sociálne vzťahy (Showers et al., 2015). So sebapoňatím spájame aj pojem **sebahodnotenie** (Self-esteem), pôvodne zavedeným Morrisom Rosenbergom, opisujúci pocit vlastnej hodnoty a sebaúcty. Sebahodnotenie je ovplyvňované spôsobom, akým je sebapoňatie formované (Showers et al., 2015) a je hodnotiacou zložkou sebapoňatia (Monteiro et al., 2022).

Zvýšená miera psychologickej záťaže a vysoká komorbidita ochorenia IBS s depresiou (Staudacher et al., 2023) nie sú jedinými psychologickými aspektmi života s ochorením IBS. Grodzinsky a kolektív (2015) vo svojej práci rovnako zdôrazňujú súvislosť IBS s celkovou zmenou v psychologických a kognitívnych funkciách jedinca, ktorých dôsledkom sú **poruchy nálady, somatizácia, katastrofizácia a zmeny vo vnímaní vnútorných zmien v organizme**, či **stresu**, ktoré sú časté u osôb trpiacich IBS. Využitím troch sebaposudzovacích dotazníkov skúmali práve mieru sebahodnotenia (Self-esteem) a pocitu súdržnosti (Sense of coherence; SOC) u ľudí s IBS. Tohto výskumu sa zúčastnilo 140 ľudí s diagnostikovaným ochorením IBS a 213 ľudí, ktorí boli v kontrolnej skupine, bez tohto ochorenia. Výsledky tejto štúdie ukázali, že účastníci s diagnostikovaným IBS mali v tejto štúdií významne **zvýšené sebahodnotenie** ($p < 0,001$), **nižšie skóre pozitívneho sebahodnotenia** ($p < 0,001$) a **nižší pocit súdržnosti** ($p < 0,001$) ako jedinci v kontrolnej skupine (Grodzinsky et al., 2015).

Peters & Brown (2022) sa tiež venujú vzťahu IBD a spôsobu vnímania tohto ochorenia s celkovým sebapoňatím a **sebariadením** (Self-management). Autori práce vyzdvihujú vplyv IBD na celkovú identitu jedinca, čo môže viesť k **vzniku nového obrazu seba samého** a následného rozporu medzi chorobou-ovplyvnenými a zaužívanými predstavami o sebe. Zaujímavým aspektom tejto práce je diferenciacia prežívania ochorenia IBD do štyroch rôznych **identít choroby** (Illness identities), pôvodne vytvorenými Leen Orisom s kolegami (2018). Medzi vymedzené identity choroby radil Leen Oris: Prijatie (Acceptance), Obohatenie (Enrichment), Pohltie (Engulfment) a Odmietnutie (rejection), ktoré sa javia ako dôležitý prvok majúci efekt na sebapoňatie a stratégie zvládania ochorenia. Podľa Peters & Brown (2022) môžu pozitívne označené identity, akceptácia a obohatenie, viesť k **osobnému rastu a lepšiemu sebariadeniu**, zatiaľ čo negatívne identity, ako sú pohltie a odmietnutie, môžu brániť vynaloženiu väčšieho úsilia o sebariadenie a zlepšenie stavu pacienta.

V štúdií vykonanej na nórskej populácii na pacientoch s IBD bola venovaná pozornosť aj **zložke sebaúcty** v kontexte choroby. Administráciou sebaodhadovacieho dotazníka The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), The General Self-Efficacy Scale (GSE) a The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sa venovali téme sebaúcty, sebaúčinnosti a miere úzkosti a depresie u ich participantov. Výsledky celkovej vzorky pacientov s IBD ukázali, že **vyššie skóre sebaúčinnosti** (Self-efficacy) a **mužské pohlavie** sú nezávisle spojené s **vyššou sebaúctou** a zároveň **vyššie skóre úzkosti a depresie** v dotazníku HADS bolo nezávisle spojené s **nižšou sebaúctou** (Opheim et al., 2020).

Je dôležité však zdôrazniť vysokú mieru individuality u Crohnovej choroby, s ktorou súvisí aj rozdielnosť vnímania ochorenia. Na vnímanie ochorenia osobami s CD sa zamerala napríklad štúdia Norton a kolektívu (2012), ktorá vykonala kvalitatívny výskum s 98 osobami od 18 do 75 rokov s CD zamerané na subjektívne vnímanie ich choroby. Respondenti mali vo výskume za úlohu nahrať videodenník, alebo monológ s opisom ich skúseností s ochorením, v ktorom odpovedali na otázky týkajúce sa aj toho, aké to je fyzicky a psychicky žiť s ochorením Crohnova choroba, a ako ich vo všeobecnosti ochorenie ovplyvňuje. Niekoľko významných odpovedí zahŕňalo slová typu: choroba ma dovedla k rozvodu, choroba neovplyvnila len môj život, ale aj život ostatných, nedokážem už rozlíšiť čo je norma, ovplyvnilo to celý môj život a vzalo mi to 10 rokov života. Respondenti opisovali, že kvôli ich ochoreniu mali často v hlave otázku: „Prečo ja?“, opisovali, že už nie sú tým človekom, ktorým pred chorobou bývali, že sa cítia ako záťaž pre ich okolie, alebo naopak pociťujú výčitky zo strany okolia, v zmysle, že ich ochorenie si spôsobili ich nevhodnou stravou. Ochorenie pre týchto respondentov skutočne znamenalo **komplexnú zmenu v niekoľkých oblastiach života**.

Podobné zachytenie subjektívneho vnímania choroby bolo vykonané aj na pacientoch so Syndrómom dráždivého čreva. V kvalitatívnom systematickom review Shorey a kolektívu (2021), bolo zozbieraných 17 štúdií, na ktorých bola následne vykonaná metaanalýza venujúca sa vplyvu ochorenia IBS na človeka. Štúdia poukazuje aj to, ako subjektívne jedinci vnímali svoje ochorenie. V týchto opisoch sme sa často stretli s IBS ako niečím, čo im vyvoláva **pocit neistoty, zbytočnosti, strachu zo straty kontroly**, stresu, obáv, poníženia, či nespravodlivosti. Spomenuli rovnako aj ich nespokojnosť s jedlom. Niektorí respondenti mali obavy z exacerbácie IBS do onkologického ochorenia, či iných gastrointestinálnych ochorení. Ochorenie pre nich znamenalo problémy so sústredením a pocit nedostatočného pochopenia od okolia spojeného s odcudzenosťou. Respondenti rovnako využili určité špecifické frázy na opis ich skúsenosti s IBS, ktoré zahŕňali: strach zo straty kontroly, „prečo ja?“, byť zachytený v cykle úzkosti a depresie, šialený, či vo všeobecnosti „zlá nálada.“

VÝSKUMNÁ ČASŤ

4 VÝSKUMNÝ PROBLÉM A CIELE PRÁCE

Primárnym **cieľom bakalárskej práce** je poukázať na multidimenzionalitu ochorení IBS a IBD, ich previazanosť s psychickým prežívaním jedinca a celkovým vplyvom ochorení na život mladého dospelého. Práca má zvýrazňovať rolu bio-psycho-sociálneho modelu človeka pri rozvoji ochorení tohto druhu a rolu psychoneuroimunológie, stresu, či v rozvoji gastrointestinálnych ochorení.

Výskumný problém sa venuje tomu, ako má multidimenzionalita ochorení gastrointestinálneho traktu vplyv na život mladého dospelého. Vo výskume sa zaoberáme komplexným vplyvom ochorení IBS a IBD na život, ktorý zahŕňa opis zdravotného stavu, spúšťačov ochorenia a kvality života jedincov. Zaoberáme sa aj súvislosťou ochorení s mierou depresie a úzkosti.

Cieľom výskumu je zistiť možné súvislosti výskytu stresových udalostí, či iných faktorov na vznik ochorení IBS a IBD a nájsť možné opakujúce sa vzorce medzi životmi účastníkov tohto výskumu. Výsledky práce majú prispieť k rozšíreným znalostiam v problematike ochorení IBS a IBD, získaným priamo od osôb trpiacim týmto ochorením.

4.1 Formulácia výskumných otázok

Na základe nami vymedzeného výskumného problému a cieľu sme formulovali nasledujúce **výskumné otázky (VO)**:

1. **VO č. 1:** Ako mladí dospelí vnímajú ich ochorenie?
2. **VO č. 2:** Akým spôsobom ovplyvňuje ochorenie kvalitu života mladých dospelých?
 - a. **Podotázka č. 1:** Akým spôsobom ochorenie zasahuje do vzťahov a intímneho života?
 - b. **Podotázka č. 2:** Akým spôsobom ochorenie zasahuje do sociálneho a pracovného života?
 - c. **Podotázka č. 2:** Akým spôsobom ochorenie zasahuje do stravovania a vzťahu k jedlu?
3. **VO č. 4:** Vnímajú mladí dospelí ich ochorenie ako dôsledok stresových udalostí?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Táto kapitola sa podrobnejšie venuje vymedzeniu témy výskumu, využitému designu a metódach, ktoré boli vybraté k nájdeniu odpovedí na naše výskumné otázky.

5.1 Typ výskumu

So snahou získania celostného pohľadu na tému ochorení IBS a IBD u mladých dospelých sme zvolili **zmiešaný výskum**. Hendl (2023) definuje zmiešaný výskum ako prístup využívajúci kvantitatívne a kvalitatívne metódy, techniky, alebo paradigmy v rámci jednej štúdie. Voľbou tohto designu využívame komplementaritu oboch výskumných metód. Hĺbkové štúdium pomocou kvalitatívnej metódy nám pomáha zachytiť jedinečnosť výpovedí osôb s ochoreniami a to dostatočne flexibilnou formou. Štruktúrovanejší charakter kvantitatívnej metódy, ktorá sa opiera o štandardizované a kvantifikovateľné dáta, nám naopak pomôže získať jednoducho porovnateľné výsledky a získať údaje týkajúce sa miery úzkosti a depresie jedincov s ochoreniami IBS a IBD (Hendl, 2023).

Pre analýzu dát sme zvolili **interpretatívnu fenomenologickú analýzu (IPA)**, ktorej typický znak zameriavajúci sa na žitú skúsenosť človeka, ju robí jednou z ideálnych volieb vzhľadom na komplexnosť témy práce. Pomocou metodológie IPA sme sa pokúsili porozumieť celkovej skúsenosti človeka na idiografickej úrovni a zistiť to, aký význam prisudzuje jednotlivým aspektom IBS, či IBD. Založená na fenomenológii, hermeneutike a idiografickom prístupe, IPA nám pomáha zistiť odpoveď na otázku ako jednotlivec s IBS alebo IBD vníma, či prežíva jeho ochorenie a akým spôsobom mu prisudzuje zmysel. Čerpáme tiež z jej vlastnosti, že každý detail osoby nás dokáže priviesť bližšie k významným aspektom zdieľaného fenoménu – ochorenia IBS alebo IBD – a osvetľuje tak jeho dimenzie a bohatosť (Čermák & Kostínková, 2013).

5.2 Metódy výskumu

Pre získanie relevantných informácií pre náš výskum bol s každým účastníkom vykonaný osobný, alebo online **rozhovor** v pološtruktúrovanej forme. Pre doplnkové obohatenie dát v rámci výskumu využívame aj psychodiagnostickú metódu **Nemocniční škála deprese a úzkosti** (Hospitalization anxiety and depression scale; HADS) (Zigmond & Snaith, 1983).

5.2.1 Pološtruktúrovaný rozhovor

Ako hlavnú metódu výskumu sme zvolili pološtruktúrovaný rozhovor, ktorý pozostával z 19 otázok vzťahujúcich sa k ochoreniu IBS alebo IBD. V rámci neho boli respondentovi rovnako podané vybrané otázky týkajúce sa jeho osobnej, rodinnej a sociálnej anamnézy, ktoré slúžili pre získanie bližších detailov a kontextu o účastníkovi. Celý rozhovor mal približné trvanie 40-80 minút a bol vykonaný s 9 osobami – z toho 4 rozhovory boli vykonané v osobnej forme a 5 rozhovorov v online forme.

Tento typ rozhovoru sme zvolili vzhľadom na jeho ideálnosť v kontexte prevádzania interpretatívnej fenomenologickej analýzy (IPA) pri analýze textu (Řiháček et al., 2013) a vzhľadom na jeho pomernú flexibilitu, ktorú ponúka. Pološtrukturovaný rozhovor sa na rozdiel od neštruktúrovaného rozhovoru odlišuje tým, že je v ňom stanovené isté pevné jadro, ktoré nám dáva vo výskume istý opakujúci sa formát alebo konkrétne sadu tém a otázok, ktoré sú účastníkovi pokladané (Magaldi & Berler, 2020). Dodáva nám teda určitú mieru istoty, že všetky podstatné témy riadne preskúmame, ale zároveň nám umožňuje pokryť individuálne špecifické témy a facilitovať príbehy, myšlienky a pocity (Čermák & Kostínková, 2013) spojené s ochorením IBS alebo IBD.

5.2.2 Nemocniční škála úzkosti a deprese (HADS)

Pred prevedením rozhovoru – sprostredkovanej a interaktívnej metódy získavania dát (Ferjenčík, 2010) – bola účastníkom administrovaná dotazníková metóda **Škála nemocniční úzkosti a deprese** (Hospitalisation and anxiety scale; HADS) (Zigmond & Snaith, 1983).

Pôvodne navrhnutý ako screeningový nástroj pre posúdenie miery úzkosti a depresie u pacientov s telesnými ochoreniami a duševnými problémami, sme túto metódu zvolili ako najvhodnejší spôsob preskúmania miery úzkosti a depresie u ľudí s IBS a IBD, u ktorých sa často nachádza komorbidné psychické ochorenie (Barberio et al., 2021; Staudacher et al., 2023). Výhodou tohto dotazníku je aj jeho pomerne krátka doba vyplnenia, ktorá je približne odhadovaná na 2–5 minút (Snaith, 2003).

Sebapozudzovací dotazník HADS sa skladá z 14 položiek rozdelených do 2 škál – **škála depresie (HADS-D)** a **škála úzkosti (HADS-A)**. Obe subškály poskytujú 2 nezávislé merania. Každú škálu sýti 7 položiek, pričom otázky č. 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 tvoria škálu HADS-D a otázky č. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 tvoria škálu HADS-A. Na každú otázku môže respondent zvoliť jednu zo 4 odpovedí, ktoré sú skórované od 0 do 3 bodov, pričom celkový počet bodov, ktorý môže respondent získať v každej škále je 21. Podľa získaných skóre možno u participanta považovať v oboch škálach skóre 0 až 7 za normálne. Skóre 11 a viac však už naznačuje pravdepodobnú prítomnosť poruchy nálady a skóre 8 až 10 len potvrdzuje prítomnosť daného stavu (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith, 2003; Stern, 2014). Obe škály sú členené na miernu (mild) úzkosť/depresiu, ktorá sa vyskytuje u ľudí so skóre v intervale 8–10, strednú (moderate) úzkosť/depresiu reprezentovanú intervalom 11–14 bodov a ťažkú (severe) formu úzkosti/depresie reprezentovanú intervalom od 15–21 bodov. Celkové skóre respondenta môže mať teda rozsah od 0 do 42 bodov (Stern, 2014).

V našom výskume sme využili českú verziu škály HADS, ktorá dosahuje dobrú reliabilitu (Crohnbachova alfa $> 0,7$). Dotazník dosahuje vnútornú konzistenciu položiek u oboch škál, kde škála HADS-A dosahuje Cronbachovu alfu (α) 0,82 a škála HADS-D dosahuje Crohnbachovu alfu (α) 0,80 (Bužgová et al., 2014).

Tabuľka 1 - Hodnotenie miery úzkosti a depresie v dotazníku Nemocniční škála úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS).

Počet bodov v škále HADS-A/HADS-D	Miera úzkosti/depresie
0–7	Normálna
8–10	Nízka
11–14	Stredná
15–21	Vysoká

Pozn.: V ľavom stĺpci tabuľka zobrazuje bodové škály pre škálu úzkosti (HADS-A) a škálu depresie (HADS-D). Zdroj: Stern (2014).

5.3 Design výskumu a tvorba dát

Výskum k tejto práci sme realizovali počas mesiaca február 2024, kedy sme s 9 osobami trpiacimi ochorením IBS alebo IBD vykonali pološtrukturovaný rozhovor v osobnej (4), alebo online (5) forme, pred ktorým bol účastníkom administrovaný dotazník HADS. Vymedzením základných tém tejto práce určujeme nemennú štruktúru pre každé interview, čo nám umožňuje porovnávať jednotlivé výpovede medzi sebou a hľadať možné podobnosti vnímania problematiky IBS a IBD naprieč všetkými respondentmi. Táto metóda nám dodáva dostatočnú voľnosť v prebádaní každého prípadu a zároveň stále umožňuje vyvodiť všeobecný, opakujúci sa vzorec naprieč prípadmi.

Všetky rozhovory sme vykonali po vyjadrení ústneho súhlasu respondenta s účasťou vo výskume. Rozhovor mohol prebiehať v online forme (5), alebo v osobnej forme v kaviarni (4). Dĺžka každého rozhovoru bola v rozmedzí 39 minút až 77 minút. Priemerná doba rozhovoru trvala 56 minút a celková doba rozhovorov 503 minút.

Dotazník HADS bol účastníkom, s ktorými prebehol rozhovor v online forme administrovaný v online forme pomocou Google Forms, na ktorý bol každému účastníkovi pred zahájením interview preposlaný link. Účastníci, s ktorými sme vykonali rozhovor v osobnej forme dostali stručné inštrukcie k jeho vyplneniu a následne dotazník v papierovej podobe vyplnili pred zahájením rozhovoru. Počas rozhovoru sme využili škálu Holmes & Rahe (1967) pre ukážku možných stresových udalostí, ktorým mohli jedinci počas posledných rokov čeliť.

5.4 Výskumný súbor a jeho výberové kritériá

K získaniu respondentov do nášho výskumu sme sa rozhodli vybrať **metódu zámerného a dostupného výberu**. Pre získanie participantov do výskumu bol vytvorený plagát využitím platformy www.canva.com a stručný opis výskumu, ktorý sme zdieľali na sociálnych sieťach Instagram a Facebook. Príspevok sme zdieľali na Instagram Stories na súkromnom profile a rovnako bol publikovaný vo Facebook skupine „Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.“ Osoby, ktoré mali záujem o účasť vo výskume museli spĺňať nasledujúce podmienky:

- Osoba má vek **od 18 do 30 rokov**
- Osoba trpí **Syndrómom dráždivého čreva** alebo **Crohnovou chorobou**

Prostredníctvom Facebook skupiny sa nám podarilo získať 3 účastníkov, ktorí nás kontaktovali priamo prostredníctvom Messengeru. Na Instagrame sa nám podarilo získať 2 účastníkov. Dvaja účastníci sa zapojili do výskumu, o ktorom sa dozvedeli prostredníctvom komunikácie s ľuďmi v našom okolí a 2 účastníci z nášho okolia boli priamo kontaktovaní s ponukou účasti vo výskume. So všetkými osobami sme sa následne dohodli na termíne a forme vykonania rozhovoru a tým sa stali účastníkmi v našom výskume.

Celkový **výskumný súbor** tvorilo 9 osôb – 5 osôb Crohnovou chorobou (3 muži a 2 ženy) a 4 osoby so Syndrómom dráždivého čreva (2 muži a 2 ženy). Výskumu sa celkovo zúčastnilo 5 mužov a 4 ženy vo veku od 18 do 30 rokov. Priemerný vek účastníka bol 25 rokov (u žien 24 a u mužov 28 rokov).

5.5 Metódy spracovania dát

Z každého z ústnych rozhovorov s respondentmi bol vykonaný **audiozáznam**, o ktorého vykonaní bol každý respondent informovaný. Pri vykonávaní audiozáznamu sme zároveň využili pomocný záznamový hárok.

Po vykonaní rozhovorov boli všetky nahrávky prepísané v doslovnej forme bez vykonávania korekcií do textovej formy v programe Microsoft Word. Následne bola na dátach vykonaná redukcia prvého rádu, pomocou ktorej boli vynechané nepodstatné časti (slovná vata, výrazy narušujúce plynulosť odpovedí). V redukovaných textoch sme následne identifikovali podstatné časti a rozdelili text do častí podľa tém. Tieto témy sme s pomocou programu Atlas.ti označili pomocou kódov, ktoré sme podľa podobnosti zaradili do kategórií.

Ako **metódu spracovania dát** sme zvolili interpretatívnu fenomenologickú analýzu, ktorej počiatočným krokom bola reflexia vlastnej skúsenosti s témou výskumu pomocou vnútorného dialógu samých so sebou, ktorého hlavné body sme si zhrnuli v písomnej forme na pomocou papiera a ceruzky. Následne sme si vzali prvý transkript, ktorý sme si niekoľkokrát pozorne preštudovali. Po tomto kroku nasledovala časť vytvárania poznámok a zvýrazňovania dôležitých častí v texte. V nasledujúcej fáze sme z rozhovoru s poznámkami a zvýraznenými témami klasifikovali do objavených tém, ktoré sme si zároveň vypísali na jedno miesto. Ďalej sme sa pokúsili tieto témy zorganizovať do

myšlienkovej mapy a zmapovať ich vzájomné vzťahy medzi sebou. Určité témy po istom sa po čase ako dôsledok vysokej saturácie stali nadradenými témami.

Všetky s vypísaných fáz sme následne vykonali osobitne, u každého zo zvyšných 8 rozhovorov. Po vykonaní detailnej analýzy každého rozhovoru sme sa pokúsili nájsť opakujúce sa vzorce naprieč všetkými rozhovormi. Vytvorili sme si pri tom jednu veľkú myšlienkovú mapu, zahŕňajúcu všetky objavené témy a ich vzťahy medzi nimi.

Na záver sme sa pokúsili vzniknutú myšlienkovú mapu interpretovať a vyvodit' možné závery, ktoré sme mohli prezentovať ako výstup nášho výskumu.

Okrem analýzy IPA sme dáta získané z dotazníku HADS najprv prepísali do dátovej matice v Microsoft Excel. Každému účastníkovi sme následne vypočítali získané skóre na základe kritérií vyhodnocovania dotazníku prezentovaných v článku od Radky Budžgovej a kolektívu (2014).

6 ETICKÉ HL'ADISKO A OCHRANA SÚKROMIA

Pred účasťou vo výskume boli všetky osoby oboznámené s cieľmi a charakterom výskumu. Účastníkov sme na začiatku uistili, že všetky informácie, ktoré nám poskytnú budú uchované v anonymnej forme a budú spracované v súlade s platnými právnymi predpismi o ochrane údajov. Účastníkov sme informovali, že všetky osobné údaje budú spracované v súlade s cieľmi výskumu a ich meno alebo iné identifikačné údaje nebudú zverejnené ani zdieľané s tretími stranami. Rovnako respondenti vyjadrili súhlas s tým, že výsledky výskumu môžu byť zverejnené alebo prezentované bez uvedenia ich osobných údajov.

Pred vykonaním interview vyjadril každý z 9 účastníkov **ústny súhlas** s tým, že jeho účasť vo výskume je plne dobrovoľná a je si zároveň vedomý možnosti kedykoľvek prerušiť, či odstúpiť od výskumu bez udania dôvodu. Rovnako bola všetkým účastníkom podaná informácia o možnosti dodatočného kontaktovania organizátora výskumu v prípade ďalších otázok.

Aby bola anonymita účastníkov zachovaná, každému zo zúčastnených bol priradený jedinečný kód skladajúci sa z 2 písmen a 2–4 číslic. Po prepísaní audio nahrávky do textovej formy boli všetky informácie uchované len pod vybraným kódom a audio nahrávky následne podľa dohody vymazané.

7 VÝSLEDKY VÝSKUMU

V nasledujúcej časti práce prezentujeme výsledky analýzy dát nášho výskumu. V prvej časti sa venujeme analýze jednotlivých rozhovorov s respondentmi a u každého respondenta odpovedáme na naše výskumné otázky týkajúce sa 3 oblastí:

1. **Zdravotný stav**
2. **Vznik ochorenia a významné stresové udalosti**
3. **Kvalita života**

Respondent č. 1 (R1): muž, 28 rokov, Syndróm dráždivého čreva (IBS)

Zdravotné problémy

R1 čelí rade zdravotných problémov. Približne v období 3.–4. ročníka strednej školy (SŠ) začal R1 mať silné kŕče a bolesti brucha, čo viedlo k diagnostike syndrómu dráždivého čreva (IBS), na ktorý sa lieči aj v súčasnosti. Okrem IBS trpí aj divertikulitídou, ľahkou astmou a má potravinové alergie na kazeín, sóju, ako aj senzitivitu na lepok. Tieto ťažkosti sú doplnené problémami pri konzumácií ovocia so zrníčkami a šupkami, orechov a zeleniny. Gastrointestinálnym (GI) ochorením trpí aj jeho otec, ktorý má ťažkosti so žalúdkom a žlčníkom. R1 bol niekoľkokrát hospitalizovaný kvôli bolestiam spojeným s jeho divertikulitídou. Jeho zdravotný stav vykazuje tendenciu zhoršovania. Má plánované vyšetrenie u obezitológa.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

R1 si svoje zdravotné problémy spája predovšetkým so stresom, ktorý identifikuje ako hlavný spúšťač jeho ochorenia. Verí, že kombinácia nevhodných stravovacích návykov a vysokého stresu v období SŠ zohrala kľúčovú úlohu v rozvoji jeho problémov. Opisuje, že najstresovejšie obdobie prežíval práve počas 3.–4. ročníka SŠ. Jeho nechut' ku škole a nízke sebavedomie prispievali k celkovému psychickému tlaku, ktorý prešiel do záchvatového prejedania, ktorým riešil stresovú situáciu. Najväčší strach mal z neúspechu na maturitnej skúške. Svoj vzťah k jedlu opisuje ako komplikovaný a dáva ho do kontextu s jeho dlhodobou nadváhou. V minulosti sa pokúsil o mliečnu diétu, ktorá sa

v retrospektíve javí ako kontraproduktívna (v súčasnosti trpí alergiou na mliečne proteíny). R1 uznáva, že jeho stravovacie návyky mohli prispieť k exacerbácii jeho zdravotných problémov. Pozerajúc sa spätne na vznik IBS hovorí, že: „*Jsem nemusel být jako tak kulatej, že jsem se mohl třeba krotit s jídlem, že jsem mohl na nějakým dietním omezením spíš zůstat... žádný jezení ve stresu, třeba zvýšení nějakého příjmu vlákniny.*“ R1 sa zmieňuje aj o svojom detstve, ktoré považuje za šťastné, hoci zahŕňalo fyzické tresty zo strany matky. Napriek tomu nevníma tieto skúsenosti ako traumatizujúce a tvrdí, že s rodičmi si vyjasnil minulosť. Ako ďalšiu stresovú udalosť v osobnom živote označil neopätovanú lásku počas dospievania.

Kvalita života

Pre R1 je ochorenie IBS určitou formou obmedzenia, ktorú dokáže podchytiť len do istej miery: „*Je to furt jako na houpačce – nahoru, dolu.*“ Ako najzásadnejšiu vec, ktorá R1 ovplyvňuje život je neschopnosť si čokoľvek vopred naplánovať a fungovať „*jako normální člověk.*“ Kvôli bolestiam a častým zhoršeniam stavu je už od novembra 2023 na pracovnej neschopnosti, nakoľko pracovné podmienky vodiča električky zahŕňajú nepravidelný spánkový režim, obmedzený prístup k toaletám a stretávanie sa so stresujúcimi situáciami. Podobné rozhodnutie však už musel spraviť niekoľkokrát v minulosti: „*Vždycky, když už to vypadá, že to je lepší, tak se to prostě vrátí,*“ dodáva. Symptómy ochorenia mu narušujú možnosť sa stretávať s kamarátmi, chodiť hocikedy na nákupy, alebo vo všeobecnosti plánovať, nakoľko ho často popadne hnačka. Svoj vzťah k jedlu opisuje ako komplikovaný: „*Kdyby se to vyvíjelo tím tempem, jakým se to vyvíjí teď, tak si myslím, že se tak pětatřiceti jako reálně nedožiju.*“ Dodáva, že si s istotou myslí, že bude musieť podstúpiť chirurgické odstránenie časti čreva a schudnúť. Doteraz vyskúšal množstvo liečiv na uľavenie jeho symptómov – avšak bez významných pokrokov. Po neúspešnej liečbe liekmi využívanými u pacientov s Crohnovou chorobou (CD), bol: „*Hodně nešťatnej z toho, že mám jako takový trable při jenom něčem, co jako nikomu vůbec nevadí, co nikoho nerozhodí.*“ R1 sa snaží pristupovať k svojmu zdravotnému stavu aktívne, hľadá možnosti, ako zlepšiť svoje symptómy. Hovorí, že ochorenie je niečím, čo mu prináša pochopenie pre chorých.

Respondent č. 2 (R2): muž, 29 rokov, Syndróm dráždivého čreva (IBS)

Zdravotné problémy

R2 začal pociťovať prvé zdravotné problémy na SŠ v 17-tich rokoch. Spočiatku ich pripisoval športovému zraneniu – bolestiam šliach – ktoré mu bránili zúčastňovať sa tímových pretekov v atletike. Tvrdí, že o 2 roky neskôr si uvedomil psychosomatický pôvod jeho ťažkostí, nakoľko jeho bolesti prešli aj do tráviacich ťažkostí, kedy pociťoval konštantné zovretie žalúdka a kŕče. Často cítil nechutenstvo počas konzumácie jedla, ktoré následne nedojedol. Trpel tiež migrénami. S narastajúcim vekom, najmä na VŠ, sa jeho stav zhoršil a prejavili sa aj úzkostné a panické ataky. Počas VŠ vyhľadal psychologickú pomoc. R2 opisuje, že nedokáže pracovať s emóciami a má abnormálny vzťah k jedlu sprevádzaný záchvatovým prejedaním. Tráviace problémy označuje za psychosomatické, ktoré následne eskalovali počas pobytu v Číne, kde sa stretol so zhoršením GI ťažkostí a sezónnymi kožnými vyrážkami, ktoré pretrvávajú dodnes. Jeho stav sa pravidelne zhorší v stresujúcich situáciách, napr. počas skúškového obdobia.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

R2 opisuje rozvod rodičov, pocity osamelosti a strachu spojené s vyrastaním na dedine. Jedine bezpečné miesto bola pre neho materská škola. Tvrdí, že v detstve emócie nemal priestor ventilovať a počas rozhovoru sa priznal, že bol „zaplavený emóciami“ pri spomienkach na detstvo. Vzťah k otcovi opisuje ako problematický, vytváral na neho tlak. Otec bol presvedčený, že muži neplačú. Naposledy ho videl keď mal 8 rokov po konflikte, v ktorom otec nazval respondenta nevďačným. S matkou aj v súčasnosti o otcovi nekomunikujú. Počas účasti na atletických súťažiach na ZŠ bol u neho prítomná vysoká miera obáv, strach zo sklamaní tímu, spojené najmä s jeho prvotným zranením, ktoré u neho vyvolávali bolesti brucha: „*Ten strach z toho, že si znovu niečo udelám, mi způsobil tu bolest.*“ V tomto období dosiahol svoju najnižšiu váhu, čo pripisuje poruche príjmu potravy (PPP). Hoci strach z jedla nepociťoval, bol veľmi vyberavý. Mal prehľad o každej potravine a inklinoval k vysokobielkovinovej diéte. Na ZŠ bol obeťou šikany. Avšak raz, keď agresor verbálne útočil na iného spolužiaka, si obeť R2 zastal. V období VŠ začal častejšie zažívať úzkostné stavy a jeden panický atak vyvolaný užitím marihuany: „*Byla to houpačka... občas mi bylo dobře, ale bylo to spíš na té stupnici, že mi bylo zle.*“ Počas SŠ sa u R2 rozvil problém záchvatového prejedania v strese. Táto tendencia pokračovala aj počas štúdia na VŠ, kedy si po príchode z prednášky „*koupil*

z kapesného čokoládu...a celou jsem ji snědl.“ Jeho zlozvyk mohol byť podľa neho ovplyvnený záchvatovým prejedaním zo strany matky.

Kvalita života

Pre R2 znamená IBS to, že už od rána cíti nepokoj, je zahltený myšlienkami, s ktorými nedokáže pracovať a pociťuje stres. Celý deň cíti pocity nafúknutia. IBS mu narušuje sociálny aj pracovný život kvôli obavám z pociťovania hladu alebo nevoľnosti počas stretnutí. Z konzumácie jedla cíti obavy a po jedle sa bojí športovať. Tieto obavy zásadne ovplyvňujú jeho intímny život a schopnosť dochádzať načas na stretnutia. Pociťuje obavy z toho, že bude počas stretnutia pociťovať hlad, alebo nevoľnosť a diskomfort, pokiaľ sa naje. Pracuje na svojich úzkostných stavoch, ktoré dokáže lepšie rozpoznať a snaží sa riešiť stres pravidelným spánkom a stravovaním, dychovými cvičeniami a meditáciami. Snaží sa neprejeďať a vyhýbať sa extrémom v strave. Tvrdí, že priestor zdieľať jeho problémy s okolím má minimálny. Po rozhovore preto cíti väčšie pochopenie a podporu.

Respondent č. 3 (R3): muž, 27 rokov, Crohnova choroba (CD)

Zdravotné problémy

R3 zažíval zdravotné problémy už od detstva, kedy bol hospitalizovaný kvôli zápalu pľúc a trpel silnou alergiou na peľ. V puberte sa k týmto problémom pridali migrény a únava, ktorú sčasti pripisoval liekom na alergiu. Počas VŠ sa jeho zdravotný stav zhoršil kvôli nevysvetliteľným krčom v bruchu, ktoré nakoniec viedli k diagnóze CD v treťom ročníku VŠ. Počas hospitalizácie, keď nevedeli určiť príčinu jeho problémov, bol R3 uvedený na tekutú stravu a podstúpil CT vyšetrenie, ktoré odhalilo štyri zápaly v tenkom a hrubom čreve a intoleranciu na laktózu. Nasledovala operácia a biologická liečba, ktorá výrazne zlepšila jeho stav. Jeho zdravie je stabilizované a navštevuje pľúcneho lekára kvôli potenciálnemu riziku rozvoja ochorenia v dôsledku liečby. Z jeho rodinnej anamnézy vyplýva prítomnosť autoimunitných ochorení, ako je psoriáza a ulcerózna kolitída.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

R3 má na svoje detstvo pozitívne spomienky, hovorí, že výchova v jeho rodine bola založená na princípe, že: *"Chlap jako nemá emoce, nebrečí."* Téma duševného zdravia bolo tabu: *"Já sám jsem si myslel, že tam jako ten problém není, protože ani rodiče se o ničem takovým jako nebavili."* Napriek istému kruhu kamarátov sa R3 na ZŠ stretával so

šikanou, ktorá sa vyhrotila do fyzického násilia. Obrat nastal, keď sa rozhodol postaviť agresorovi, čo ho učinilo silnejším. Významným bolo obdobie VŠ, ktoré považuje za hlavný spúšťač jeho choroby z dôvodu vysokého stresu, vysokotučnej stravy a veľkých akademických výziev: *"Myslím, že já jsem tam měl největší stres právě z té vysoký školy... a ten pocit, že bych jako se vrátil z Brna jako s prázdnou byl jako...to byla určitě stresová myšlenka."* Tento stres bol prítomný počas celého štúdia, najmä v treťom ročníku, kedy sa jeho zdravotný stav kvôli množstvu zápalov výrazne zhoršil. V rozhovore opisuje jeho tendenciu k potláčaniu emócií: *„Já... jsem se naučil kolikrát emoci prostě zazdit za kamennou tváří a když mě něco trápí, tak spíš se to snažím ignorovat, nebo nějak to překrýt. Ale pracuju na tom.“*

Kvalita života

Po diagnostikovaní CD bola u neho prítomná obava z jedla: *„Bál jsem se jídla, nevěděl jsem, který jídlu vlastně tohleto způsobí... Moje váha začala prostě rychle, rychle padat.“* Na začiatku ochorenia musel prerušiť štúdium kvôli jeho zdravotnému stavu. Vďaka podpore okolia sa mu podarilo adaptovať na život s CD: *„Teď mě to vlastně nijak nelimituje, protože vlastně teď to mám v klidovém období a vlastně jsem i jakoby na biologický léčbě... teď mě to jako limituje velice minimálně. S tím, že vlastně jsem kvůli tomu přestal kouřit a snažím se limitovat vlastně pití alkoholu na minimum.“* Vyhýba sa aj veľmi koreneným jedlám alebo čili. Jedlo si v súčasnosti pripravuje doma namiesto využívania donáškovej služby ako jeho kolegovia v práci. Ochorenie ho však motivovalo viac sa o seba starať z psychického aj fyzického hľadiska. V súčasnosti sa snaží viesť aktívny životný štýl, venovať pozornosť strave. Opisuje aj jeho zvýšenú schopnosť kontroly a ukladania svojho tela cez riadené dýchanie: *„Mě to konečně jako motivovalo, víc se nad sebou zamyslet a víc se o sebe starat. Jako jak zdravotní stav, tak fyzický, tak mentální.“*

Respondent č. 4 (R4): muž, 18 rokov, Crohnova choroba (CD)

Zdravotné problémy

R4 v detstve často trpel ekzémami a silnými migrénami, ktoré pripisuje nevedomej intolerancii na lepok: *„Ja som mal vlastne, skoro perma(nentne) migrénu...od detstva.“* Od 11-tich rokov začal konzumovať zvýšenú mieru liekov proti bolesti, čo spolu s jedlom považuje za zdroj jeho ochorenia. Medzi prvými a častými symptómami CD boli hnačka, kŕče a bolesti brucha: *„Aj 6x za deň som musel ísť na WC, aj 7x. A už ma prostě aj bolelo“*

brucho a už sa to nedalo vydržať.“ CD mu bola diagnostikovaná v roku 2017, keď bol na ZŠ. Po diagnostike choroby absolvoval liečbu imunosupresívom, ktorá mu spôsobila zápal pankreasu a následnú hospitalizáciu. Aktuálne je na biologickej liečbe, ktorá mu výrazne zlepšila zdravotný stav. Jeho rodičia majú intoleranciu na lepok a raž a jeho sestra má intoleranciu na mliečnu bielkovinu.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

R4 uvádza, že za vznik svojho ochorenia môže nevhodná strava, predovšetkým konzumácia lepku, a zvýšená konzumácia liekov proti bolesti. Tvrdí, že keby vedel o vedľajších účinkoch látky ibuprofen, neužíva ju vo zvýšenej miere. Spomína aj nevhodnosť konzumovanej stravy: *„Keby som vedel, že ako vplyva jedlo na telo, tak by som určite zmenil stravu. Ale nemôžem byť na seba nahnevany.“* Ďalej spomína šikanu a nevhodné správanie pedagógov na ZŠ: *„Proste som nechodil do školy (s tým), že „aha, super, idem sa učiť,“ ale proste, že „niečo sa môže stať a nikto mi nemôže pomôcť.“* Kvôli šikane následne zmenil školu. Pri riešení problémov nemá tendenciu pýtať si o pomoc. I keď jeho rodičia sa podľa neho snažia robiť to najlepšie a udržuje si úzky kruh priateľov, ktorým dôveruje, tvrdí, že svoje okolie nechcel zaťažovať: *„Všetkým problémom som sa vždycky postavil čelom a riešil ich proste sám so sebou. Lebo nepomôže mi keď to budem iba na ostatných hádzat'...Ja tie problémy neberiem moc vážne..., žijeme iba raz.“* Ako významné obdobie spomína zápal pankreasu, vyvolaný liečivom, kvôli ktorému bol 2 týždne hospitalizovaný v nemocnici, schudol 10 kilogramov a bol podvyživený. Stresujúcim obdobím, kedy sa mu symptómy zhoršili, bol pre neho rozchod s bývalou partnerkou, ktorá mala suicidálne myšlienky.

Kvalita života

V súčasnosti tvrdí, že žije plnohodnotný život. Jeho zdravotný stav je do veľkej miery ovplyvnený stravou a tvrdí, že aj napriek možnosti užívania rôznych liekov, ak by nezmenil svoje stravovacie návyky, jeho stav by sa zhoršil. Zdôrazňuje, že konzumácia spracovaných jedál plných aditív a konzervantov by jeho zdravotný stav výrazne zhoršila. Veľakrát sa cíti byť limitovaný výberom potravín, ktorý obchody ponúkajú: *„Bud' si musím navariť sám, alebo musím ísť do obchodu, kde 99% čo predávajú, tak nechcem.“* Na stravovanie dáva R4 dôraz aj tým, že si počíta svoj kalorický príjem cez aplikáciu – nie však kvôli CD. Hoci sa vo svojom okolí cíti pochopený, nevyhľadáva aktívne pomoc. Opisuje, že rád by sa odsťahoval z bytu, v ktorom žije, nakoľko mu pripomína traumatické

obdobie vzniku ochorenia. Tvrdí, že po tom, čo si prešiel náročným obdobím, kedy bolo jeho zdravotný stav výrazne zhoršený, sa už veľa vecí neobáva: „*Vždycky sa všetko nejak vyriešilo. A nemám čas na to mať nejaké depresie.*“ R4 verí tomu, že jeho ochorenie má potenciál úplne vymiznúť, nakoľko má respondent stále nízky vek. Tvrdí, že jeho choroba mu priniesla zdravie. CD nevníma ako niečo zlé, ale skôr niečo, čo mu umožnilo otvoriť oči.

Respondent č. 5 (R5): žena, 27 rokov, Crohnova choroba (CD)

Zdravotné problémy

V rodine R5 sú tráviace ťažkosti rozšírené. Jej starý otec má odstránenú časť žalúdka a v súčasnosti musí dodržiavať prísnu diétu, jej otec trpí žalúdočnými vredmi a jej sestra má diagnostikované IBS, žalúdočné vredy a anémiu. Pred 7-8 rokmi, počas štúdia VŠ, R5 objavila krv v stolici. To neskôr vyústilo k diagnostike CD. V detstve odmietala niektoré ťažké jedlá, najmä s paprikou. Prvé výrazné príznaky, ako veľká únava, sa objavili už na základnej škole. V 12-tich rokoch jej bola diagnostikovaná anémia. Počas štúdia na VŠ, v období zvýšeného stresu a rodinných zdravotných problémov, kedy jej sestra takmer umrela, sa jej ochorenie plne vyvinulo. Odvtedy s prestávkami navštevuje psychológa. Prvotné liečby priniesli R5 limitujúce vedľajšie účinky, napríklad prehrievanie a závraty. V dôsledku choroby sa vyhýba niektorým potravinám, ktoré jej spôsobujú ťažkosti, ako je cesnak, na ktorý je alergická, ale aj paradajky, paprika, surové mäso a mliečne výrobky. Rovnako má problémy s refluxom a vrodenu chybou v oblasti bedrových kĺbov, ktorá jej znemožňuje dlhšie túry a maratóny.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

Rozvoj jej zdravotných ťažkostí sprevádzal pocit nedostatočnej podpory zo strany rodičov a zvýšený tlak na výkony v škole. „*Bolo odo mňa očakávané neskutočne veľa. Čisté jednotky, čo som nedokázala splniť,*“ hovorí. Navštevovanie detskej psychologičky počas ZŠ v dôsledku anémie a absencie v škole ukončili jej rodičia, ktorí zhodnotili, že pomoc nepotrebuje: „*Mamina prisudzuje mne, že som dôvodom na nejaké inakšie veci. Takže je tam to obviňovanie, ktoré si už neberiem k srdcu nejak.*“ V rodine vo všeobecnosti prevláda tabu ohľadom duševného zdravia. Kvôli bolestiam však užívala často analgetiká. Počas prípravy na maturitnú skúšku zažívala depresívne stavy a čelila nedostatku podpory od rodinných členov. Pandémia COVID-19 a vážny zdravotný stav jej sestry predstavovali významnú stresovú záťaž, čo vyústilo v prvý panický atak

u respondentky: „*Tak nejako to padlo všetko na mňa, že o všetko som sa takmer starala ja. A moji rodičia to zatiaľ prežívali a ja som nemala čas na to to prežívať.*“ Stres, genetická predispozícia a zmeny v stravovaní respondentka identifikuje ako faktory, ktoré prispeli k rozvoju jej ochorenia. Jej stravovacie návyky sa menili s priebehom času a ako boli ovplyvnené životnými okolnosťami – od bezlepkovej stravy na ZŠ, cez nepravidelnú konzumáciu jedla počas VŠ, až po snaženie o pravidelnejšie stravovanie v súčasnosti. R5 poukazuje na jej vzťah k jedlu ovplyvnený stresom, nakoľko často konzumuje zvýšené množstvo jedla, najmä čokolády vplyvom stresu.

Kvalita života

CD je pre R5 niečím, kvôli čomu si začala dávať oveľa väčší pozor na to, čo konzumuje. Ochorenie negatívne ovplyvňuje jej sociálny a pracovný život, najmä kvôli veľmi častej únave. Pred nástupom do práce sa musela informovať o možnosti home-office. Symptómy sa jej zhoršujú v stresových obdobiach, kedy zároveň podľahne „stress-eatingu.“ Kvôli ochoreniu si musí do práce prinášať vlastné jedlo alebo objednávať cez donáškovú službu, aby predišla reakcii jej tela na jedlo z kantíny. Zmenu k lepšiemu vníma vo zvýšení pravidelnosti jedál: „*V práci ideme presnú hodinu na obed...Nezabúdám na jedlo, nevypijem tej kávy toľko ako kedysi.*“ Vzťahy s rodinou opisuje skôr negatívne, avšak vzťahy s priateľmi sú pre ňu zdrojom opory. Jej ochorenie zasahuje aj do sexuálneho života kvôli zníženému libidu a únave. R5 pravidelne dochádza na psychoterapiu. Negatívne hodnotí jej spánok, nakoľko je veľmi ľahký.

Respondent č. 6 (R6): žena, 25 rokov, Syndróm dráždivého čreva (IBS)

Zdravotné problémy

R6 má od malička problémy s trávením, ktoré sa jej dlhodobo prejavovali bolesťami brucha, kŕčmi, hnačkami alebo zápchou. Trpí atopickým ekzémom a má silné alergie na trávy, stromy, rôzne peľe, roztoče, psy a mačky. Reaguje zle na hrušky, kakao a lepok. V dospievaní ju trápili migrény. Od 9.–10. roka sa jej začali prejavovať vážnejšie žalúdočné problémy, napr. kŕče a bolesti brucha, či zvracanie. Často omdlievala. Snaží sa vyhýbať lepku, na ktorý je citlivá a korenenému jedlu. Je vegánka, konzumuje viac zeleniny a vyhýba sa vysoko-spracovaným potravinám. Musí nahradzovať kávu čajom. Skúšala aj kvapky určené na žalúdočné ťažkosti. Viac než 3 roky je abstinentkou. Jej súčasným problémom okrem IBS a s ním spojenými kŕčmi, hnačkami a zápchou aj úzkostné stavy.

Navštevuje psychoterapeutku. Je liečená na panickú poruchu. V rodine majú rozšírené alergie a astmu. Jej stará mama trpí GI ochorením a úzkostne-depresívnou poruchou.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

R5 opisuje vzťahy v rodine ako toxické, s despotickými a násilnými členmi rodiny, kde nebolo miesto na komunikáciu o emóciách: *„Prostě tam nebyl prostor na to, aby jsme si sedli jako velká šťastná rodina a říkali si o tom, jak se cítíme. To se tak u nás neřešilo.“* Vníma, že jej ochorenie je dôsledkom genetických faktorov, ale aj psychického stavu ovplyvneného detstvom. Ako dieťa cítila tlak zo strany okolia, zažívala fyzické a psychické násilie v detstve a cítila nebezpečenstvo. V detstve boli pre ňu oporou hlavne ľudia na dedine a jej o 4 roky starší brat. Oporu nevnímala ako dostatočnú. Ten je v súčasnosti vyčlenený zo spoločnosti, doktorov nenavštevuje a má dlhodobý problém s pečeňou, nakoľko dlhodobo užíval drogy. Na strednej škole si prešla epizódou depresie spojenou so suicidálnymi ideáciami. Prechod na inú VŠ, zmena kolektívu a štúdium boli pre ňu v posledných rokoch najviac stresujúcimi udalosťami. V zhoršení jej zdravotného stavu hrali rovnako rolu.

Kvalita života

R6 tvrdí, že má kvôli IBS problém s niečím, čo ľuďom bežne nespôsobuje problém. Má citlivý žalúdok. IBS zasahuje do jej života zásadným spôsobom. R6 často cíti únavu, aj napriek snahe o dostatočné množstvo spánku. Jej úzkostné stavy, krče, problémy s trávením a hnačky, ktoré tvoria cyklus. Často pociťuje úzkosť z určitej situácie, z tej máva hnačky, alebo keď neje kvôli úzkosti trpí krčmi. Musí tiež premýšľať o tom, ako sa bude cítiť v dlhšom časovom úseku a vyhýbať sa jedlu, ktoré jej spôsobuje problémy. Keď vie, že bude pociťovať zvýšený stres, vyhýba sa jedlu: *„Což asi není úplně nejmoudřejší, ale nevím jak to udělat, aby mi nebylo jako špatně.“* Najväčšou komplikáciou je pre ňu nekonzumovať jedlo, z ktoré jej ubližuje. Má tendenciu k záchvatovému prejedaniu a následným výčitkám. *„Někdy prostě člověk ani neví, co mu to zrovna jakoby způsobilo. To je na tom podle mě to nejhorší, že vlastně, úplně nevím stoprocentně všechny potraviny, kteří mi vaděj. A někdy, i když něco mi vadí, tak to si to i tak dám, protože často právě, že člověk jde někam jíst, tak úplně ne vždycky tam jsou jídla, který by nedráždily břicho a tak, že jo?“* Kvôli IBS sa vyhýba lepku, avšak nie vždy má na to dostatočnú vôľu. Svoje vzťahy hodnotí pozitívne, najmä vďaka podpore partnera.

Respondent č. 7 (R7): muž, 28 rokov, Crohnova choroba (CD)

Zdravotné problémy

Prvým spúšťačom CD u R7 bol úpal v 11-tom roku života, hoci v tom čase respondent ešte necítil žiadne problémy s trávením. Okolo 12.–13. roku mu začali komplikácie s bolesťou brucha, kŕčmi a zvracaním. Lekári predpokladali, že ide o psychický problém kvôli zvýšenému CRP a absencii iných patológií. V 15.–16. roku sa mu objavila kožná vyrážka, ktorá bola neskôr identifikovaná ako symptóm CD. Diagnostikované zápal v tráviacom trakte viedli k liečbe kortikoidmi a protizápalovým liečivom. Diagnózu vnímal ako oslobodenie: *„Pak jsem to konečně přijal, že mi něco bylo, a vy jste mi nevěřili...já nepotřeboval tu pomoc zpracovat, já to měl zpracovaný dávno, že mi něco je.“* V 18-tom roku však výrazne schudol a cítil pokračujúcu zmätenosť vo vzťahu k jedlu. Vyhľadal psychiatrickú pomoc a užíval liečivo mirtazapín, ktoré mu zlepšilo spánok, vybudoval si vďaka nemu lepší vzťah k jedlu a prinieslo mu celkovú úľavu. Kvôli CD je aktuálne na lieku azathioprin, jeho stav je stabilizovaný a ochorenie je v remisií. GI problémy v rodine nemajú.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

Respondent sa vo všeobecnosti vníma ako citlivý, empatický a vnímavý, čo vedie k nadmernému premýšľaniu a hypochondrii. Vždy mal tendenciu si problémy vsugerovať, analyzovať veci vo svojej hlave, aj keď netvrdí, že zažíval traumatizujúce udalosti v detstve. R7 pripisuje vznik svojho ochorenia zlému jeho psychickému nastaveniu, ktorému sa nechal poddať po úpale: *„(Mně) nic nebylo, jenom jsem si vyvolával ty stavy kolabování, bál jsem se, že někam půjdu a bude mi zase blbě a neměl jsem chuť k jídlu.“* Opisuje, že si vyvolával stavy kolabovania, trpel neustálymi rumináciami a cítil strach z jedla. Zároveň bolesť potláčal a časom stratil schopnosť rozoznať, či aktuálne v tele prebieha patologický proces, alebo ide len o psychické rozpoloženie a pocit, ktorý má len v hlave. Myslel si, že má anorexiu a jeho rodina nevenovala dostatočnú pozornosť komunikácií o duševnom zdraví. S ochorením sa však vyrovnal on sám.

Kvalita života

Pre R7 je CD niečo, vďaka čomu kvôli chronickej únave, bolestiam a častým horúčkam si nedokázal užívať detstvo a neustále sa trápil. Okolie ho dlho nechápalo a CD mu vzala najmä čas. Aj v súčasnosti stále cíti, že jeho vzťah k jedlu je problematický a miestami pociťuje z neho obavy – tak ako aj v počiatkoch ochorenia. CD mu odobrala

schopnosť si užívať prítomný okamih: „*I když je nějaké hezké moment, furt mě tam něco trápí. Vždy tam něco je, co mi ten moment trochu jako kazí.*“ Kontinuálne cíti niečo, čo ho požíera, cíti tenziu, má niečo nad čím hľba a nedokáže týmto myšlienkam uniknúť. Choroba jeho kontinuálne ruminácie umocnila, „*zamkla*“ – ako on opisuje. Tvrdí, že si často vyčítal jeho prežívanie: „*Já jsem si i kolikrát říkal jako „Kámo, ty máš všechno, ale furt ti něco je.*“ *Už jsem si říkal, (že) já asi třeba potřebuju, abych měl hrozně moc starostí, abych měl pak důvod nebýt spokojený. Můj problém je, že mám všechno vlastně.*“ Usudzuje, že ho máloktorá vec baví a naplňa. Ochorenie nevníma ako veľký postih, nakoľko každý človek dostáva v živote určitú daň. U neho sú to lieky, alebo určité obmedzovanie sa. Prepad choroby, ktorý ovplyvnil jeho pracovný život, mal naposledy počas pandémie COVID-19, kedy mu režim vyvolal silnejšie krče, kvôli ktorým musel prejsť do pokojnejšieho režimu. R7 hovorí, že pokoj mu naopak prináša šport, počúvanie podcastov, alebo čas na chalupe. Jeho domov a manželku vníma ako jeho bezpečné miesto, na ktoré sa rád vracia. Tvrdí, že sa v súčasnosti stravuje vyvážene a je bez stresu.

Respondent č. 8 (R8): žena, 22 rokov, Syndróm dráždivého čreva (IBS)

Zdravotné problémy

R8 je osoba s rodinnou históriou dedičných kardiovaskulárnych ochorení. Jej matka zomrela pred piatimi rokmi na aneuryzmu v mozgu. Mala chronické problémy so štítnou žľazou. Jej stará mama trpela Alzheimerovou chorobou. R8 bývala zdravým dieťaťom, na konci ZŠ však utrpela otras mozgu. Počas štúdia na päťročnom gymnáziu sa jej problémy zhoršili, keď jej bola zistená intolerancia na laktózu a IBS. V 3. ročníku SŠ pociťovala nafukovanie, mala zlé trávenie, zápchu, krče, tvrdé brucho a cítila celkový diskomfort po jedle. Štyri roky trpela silnými migrénami a užívala niekoľkokrát do týždňa lieky proti bolesti. Keďže jej symptómy neutíchli ani po 12 mesiacoch sebamonitorovania, podstúpila vyšetrenie, na ktorom jej bola potvrdená intolerancia na laktózu a predispozícia na celiakiu. Určité obdobie užívala liek proti výskytu zápchy. Počas pandémie COVID-19, stratila menštruáciu ako dôsledok podvýživy. Mala správanie človeka s PPP, konzumovala 1300 kcal/deň a vykonávala intenzívne tréningy niekoľkokrát do týždňa. Liečba u nej v súčasnosti neprebíha, no pokiaľ niekedy konzumuje určitú potravinu, pociťuje diskomfort: „*Ja to mám proste tak, že mám také brucho tvrdé ako tehotná...a krče strašné.*“ Kvôli psychickým problémom vyhľadala počas SŠ pomoc u klinickej psychologičky.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

Podľa R8 má jej ochorenie psychosomatický pôvod. Zásadným elementom jej ťažkostí bol jej vzťah k jedlu a cvičeniu, ktoré boli ovplyvnené okolím. Spomína aj správanie trénerov v tanečnej škole už v 10-tich rokoch: „*Na tanečnej nám furt vraveli, že máme schudnúť,...že sme moc tučné od malička.*“ Celá séria ďalších problémov sa u R8 spustila traumatickou udalosťou predčasnej smrti jej matky v roku 2019. Vtedy R8 schudla na 45 kg. Mala zápal obličky, kvôli ktorému bola týždeň hospitalizovaná v nemocnici. Tvrdí, že už pred smrťou jej matky trpela PPP: „*Už v tom roku 2018 som (schudla) tých 7 kíl. A to bolo v pohode...No a už potom to šlo zase iba...Ja som jedla, jedla, jedla..., koláče, všetko, čo som videla...Ja som proste jedla, ale ako keby to nešlo nikam.*“ O rok neskôr spôsobila autonehodu, ktorú vzala ako znamenie pre zmenu a vyhľadala psychológa. Absolvovala 10 sedení, ktoré označila ako mimoriadne nápomocné. Komunikovať o emóciách na terapií dokázala, no vnímala ako náročnejšie sa podeliť o svojich trápeniach s blízkymi. Spätne vníma, že: „*Musela som a chcela tak nastaviť, že proste „you're strong enough“ a ideš...Ja to odvtedy vnímam tak, že všetko sa deje pre niečo...má ti to niečo povedať, ale nezistíš to hneď.*“ Tvrdí, že ochorenie bolo pre ňu znamením spomaliť, vyriešiť problémy vo svojej hlave, zamerať sa na stravu a až na záver sa zaujímať o okolie. Rovnako ju podnietilo viac komunikovať s okolím a naučiť sa nájsť si čas pre seba.

Kvalita života

Pre R8 je IBS to, že „*si proste v takom nejakom nepokoji z toho, že sa necítiš tak akože well.*“ vníma o R8 má 3 práce, študuje 2 VŠ a má partnera, s ktorým má dlhodobý vzťah. Je veľmi vyťažená. Obavy zo socializácie však nemá. Oporu a pochopenie má od jej priateľa, ktorý pri nej stál aj počas všetkých traumatizujúcich udalostí a od priateľov. IBS jej v súčasnosti zasahuje do oblasti stravovania a socializácie: „*Človek je taký opatrnejší...Ako keď vidím niekoho, že sa idú len tak hocikde najesť a úplne v chille si dajú hocičo, na čo majú chuť, tak je to také...aaah.*“ Dbať musí na zvýšenú opatrnosť a plánovanie jedál. Nosieva voľné oblečenie, ktoré je pre ňu komfortnejšie. Jej stav sa skôr zlepšil, nakoľko lepšie pozná reakcie svojho tela. Jedlá v súčasnosti už nevynecháva, tvrdí, že stav hladovania už nechce zažiť. V súčasnosti nepocituje vysokú mieru stresu a naučila si udržiavať nadhľad nad situáciami. V prípade stresujúcejšieho obdobia – napr. skúškové obdobie, či náročné obdobie v práci – využíva techniku kontrolovaného dýchania do bránice. V takých obdobiach pociťuje zhoršenie symptómov. Naučila sa chodiť spať

pomerne skoro a vstávať včas. Pred rozvojom jej ochorenia chodievala častejšie spať až neskoro v noci. Menštruačné problémy jej úplne vymizli.

Respondent č. 9 (R9): žena, 22 rokov, Crohnova choroba (CD)

Zdravotné problémy

R9 trpí od 16-teho roku CD a v súčasnosti aj stredne ťažkým až ťažkým štádiom depresie a anxióznym syndrómom. Od začiatku CD na sebe pozoruje vznik alergií a intolerancií na potraviny – napr. orechy, jahody a iné ovocie. R9 je fajčiarka. Opisuje dlhodobú prítomnosť psychických problémov, kvôli ktorým absolvovala v roku 2023 5-mesačnú psychoterapiu, neskôr podstúpila psychiatrickú liečbu liečivom sertralín, neskôr venlafaxín. Príznaky CD sa jej začali prejavovať v 16. roku života únavou a malátnosťou: *„Cítila som jednoducho, že ráno som vstala a už na obed sa mi chcelo spať. Také, že nezlučiteľné s normálnym fungovaním.“* R9 bola diagnostikovaná anémia. Suplementácia železa však nezlepšila jej stav. Tvrdí, že bolesti brucha začala pociťovať až po zistení diagnózy CD. Pred diagnózou bola týždeň hospitalizovaná na detskom oddelení v nemocnici, čo vníma ako traumatizujúcu skúsenosť: *„Cítila som sa tam veľmi nepríjemne. Bola som bez rodiny, úplne mimo komfortnej zóny, v bolestiach.“* Následne začala s liečbou azathioprinom a liekom na udržiavanie nezápalových hodnôt v tele. Pri ich užívaní cítila slabosť, malátnosť a vyčerpanie. Po čase musela prestúpiť na biologickú liečbu, ktorú po 7 cykloch prerušila, kvôli kožnej reakcii. K liečbe sa od 18. roku nikdy nevrátila. Jej matka sa ešte v čase ukončenia liečby rozhodla, že sa bude R9 liečiť iba úpravou stravy. R9 sa stravovala 2 roky podľa pravidiel GAPS diéty, ktorej pripisuje významnú rolu v zlepšení jej stavu – vďaka nej necítila žiadnu bolesť. Tvrdí, že diéta jej ubližovala po psychickej stránke, nakoľko si všade nosila svoju stravu a nebola s týmto prístupom stotožnená. Diéta jej spôsobila vznik senzitivít na orechy a surové ovocie so šupkou, ktoré dlho nekonzumovala.

Vznik ochorenia a významné stresové udalosti

Vznik ochorenia pripisuje potláčaniu emócií, traumatickými udalosťami z detstva a raného adolescentného veku. Keď mala 11 rokov, prechádzala si náročnými 18 mesiacmi, v priebehu ktorých jej zomrel otec ako následok rakoviny mozgu a oba starí otcovia. Obdobie pred otcovou smrťou opisuje nasledovne: *„Určite som tušila, že asi sa z toho nedostane. A asi som chcela najmä ostať silná kvôli mamine a takýmto spôsobom ju podporovať, lebo som vedela, že to má ťažké.“* Tvrdí, že v tomto období potláčala svoje

emócie: „(Ja) som vedela, že musím byť silná kvôli nej, nemôžem plakať lebo aj ona začne.“ Dlhodobu sa snažila na obdobie zabudnúť, ovplyvnilo ju to v bežnom fungovaní a „v bežných emóciách, že som to nevedela nejak filtrovať a muselo sa to asi nejak odraziť.“ Vníma ako chybu, že vtedy nevyhľadala psychológa. Tému úmrtia začala rozoberať s jej matkou až pred pár mesiacmi. Nedávne návštevy psychoterapie hodnotí ako prínosné aj v tejto oblasti. Rovnako ju naučili si prioritizovať jej vlastný pokoj a zdôraznili tendenciu na seba vytvárať veľký tlak. Dodáva, že „sú veci, ktoré som ani neotvorila... dá sa povedať, že také tie čo ma najviac trápia...opäť som to vnímala, keď som tam bola, že s tým, mi asi nebude vedieť pomôcť.“

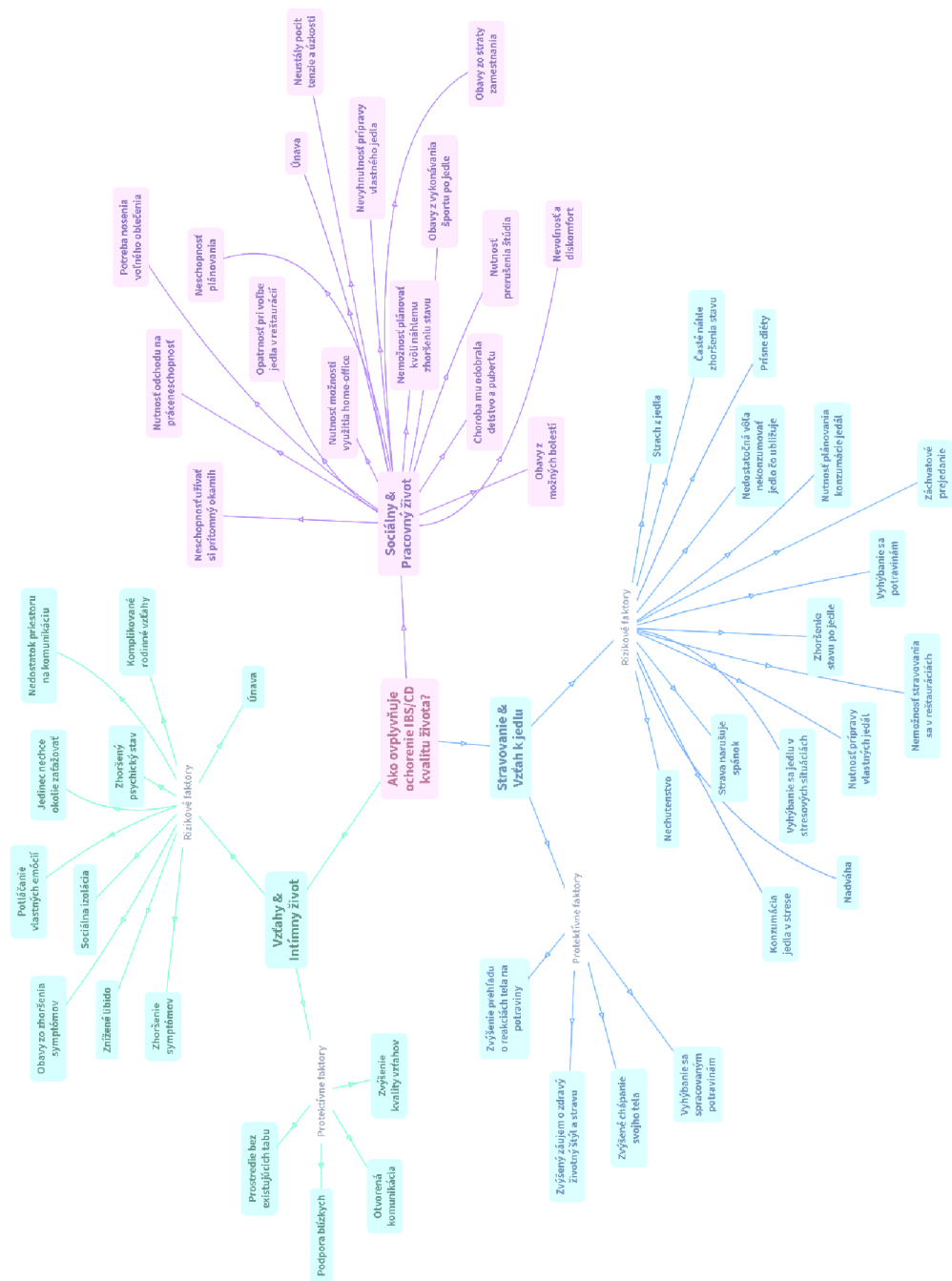
Kvalita života

R9 vníma CD ako chronický zápal, alebo chorobu, ktorá je pre odborníkov stále veľmi neuchopiteľná a individuálna. V súčasnosti sa snaží aplikovať určité prvky GAPS diéty: „Keď mám obdobie, že jem veľa jedla, ktoré je príliš spracované, alebo proste nie také, že vývarik, ktorý mi dobre spraví, tak mám podráždené črevá, že je to horšie.“ R9 cíti mierne zhoršenie stavu akým je tlak a citlivosť po jedle. Zhoršenie pripisuje stresu: „Nemusi to byť ani nejaký extrémny faktor ako napríklad skúškové obdobie, ale stačí, že je to nejaký mnou vyfabulovaný problém.“ R9 tvrdí, že v súčasnosti pozná reakcie svojho tela a ak by v súčasnosti nekontaktovala lekára, tak „by som sa vyhýbala rôznym sociálnym prostrediam, pretože by som pociťovala bolesť.“ R9 si myslí, že by mala zmeniť jej životosprávu, nakoľko sa cíti byť mentálne obmedzovaná a má výčitky, keď tak nerobí. Tvrdí, že je pre ňu ťažké rozlíšiť, čo jej súčasnú únavu spôsobuje. Kvôli CD sa naučila viac prioritizovať svoj vnútorný pokoj. Zhoršený stav pripisuje stresu a vysokej miere frustrácie, ktorú cíti z kariéry, od ktorej má vysoké nároky. O jej zdravotných problémoch komunikuje len s profesionálom. Jej okolím sa cíti byť pochopená a vo vzťahoch cíti harmóniu, ktorá ju udržiava na úrovni stability. S jej sestrou majú úprimný vzťah, no s jej zdravotnými problémami ju nechce zaťažovať. Zo strany matky cíti a vždy cítila záujem o pomoc.

7.1 Prehľad spoločných tém

Pre prehľadnejšie zhrnutie opakujúcich sa tém naprieč všetkými rozhovormi slúži Obrázok 1.

Obrázok 1 - Výsledok interpretatívnej fenomenologickej analýzy (IPA) o vplyve Syndrómu dráždivého čreva (IBS) alebo Crohnovej choroby (CD) na kvalitu života mladých dospelých



Pozn.: Myšlienková mapa obsahuje súhrn opakujúcich sa tém v analyzovaných rozhovoroch s respondentmi trpiacimi Crohnovou chorobou (CD) a Syndrómom dráždivého čreva (IBS). Mapa zahŕňa 3 samostatné oblasti života, ktorým sa venujeme v rámci 2. Výskumnej otázky (VO2): "Akým spôsobom ovplyvňuje ochorenie kvalitu života mladých dospelých?" Konkrétne sa pýtame na to akým spôsobom ochorenie zasahuje do vzťahov a intimného života, sociálneho a pracovného života a stravovania a vzťahu k jedlu. V oblasti vzťahov a vzťahu k jedlu rozčleňujem témy na protektívne faktory – tie, ktoré mali potenciál udržiavať kvalitu života jedincov – a rizikové faktory, ktoré mali potenciál ju znižovať. V oblasti sociálneho a pracovného života menujeme len rizikové faktory.

7.2 Odpovede na výskumné otázky

Táto časť práce obsahuje odpovede na všetky výskumné otázky výskumu. Odpovede sme získali pomocou podrobnej analýzy rozhovorov všetkých deviatich účastníkov.

VO č.1: Ako mladí dospelí vnímajú ich ochorenie?

Pre niektorých, ako napríklad R1 a R2, ochorenie predstavuje formu obmedzenia alebo zdroj stresu, ktoré vyžaduje neustálu pozornosť a prispôsobenie. Je to niečo, s čím musia žiť a čo ovplyvňuje ich každodenné rozhodovanie, či už v stravovaní alebo plánovaní dňa. Ich ochorenie vyžaduje potrebu kontroly a self-managementu, zvlášť v obdobiach zvýšeného stresu. Na druhej strane, R3 a R4 vnímajú svoje ochorenie ako niečo, čo ich významne neobmedzuje. Pre R3 Crohnova choroba nie je hlavným zdrojom starostí vďaka efektívnej liečbe. R4 síce vidí svoje ochorenie ako celoživotné postihnutie, ale tiež ako niečo, čo mu umožnilo otvoriť oči. R5 až R9 majú tendenciu vnímať svoje ochorenie ako výzvu, ktorá ich prinútila zmeniť svoj pohľad na život, stravovanie a seba samých. Všetci respondenti hľadajú spôsoby, ako žiť plnohodnotnejšie.

VO č.2: Akým spôsobom ovplyvňuje ochorenie kvalitu života mladých dospelých?

a) Akým spôsobom zasahuje ochorenie do vzťahov a intímneho života?

Respondenti R1 a R3 opisujú pozitívny vplyv ochorenia, kde otvorená komunikácia a podpora zo strany blízkych ľudí im pomáhajú minimalizovať negatívny vplyv choroby na ich vzťahy a intímny život. Ich skúsenosti naznačujú, že keď je vytvorené prostredie bez tabu a s pochopením, môže to výrazne prispieť k zvýšeniu kvality vzťahov. Na druhej strane, respondenti ako R2, R4, R5 a R6 opisujú situácie, kde ochorenie vedie k sociálnej izolácii, komplikovaným rodinným vzťahom, alebo k pocitom nedostatočnej podpory. Respondenti R7 a R8 spomenuli, že ich vzťahy a intimitu boli ovplyvnené ochorením hlavne cez psychický stav a emocionálne prežívanie. R9 zdôrazňuje vplyv psychického stavu na kvalitu života a vzťahov, poukazujúc na dôležitosť psychologickej pomoci a otvorenej komunikácie o svojom zdravotnom stave aj v rámci rodiny. Rovnako však spomína jej tendenciu nezaťažovať jej okolie problémami. Pre zvládanie oboch ochorení sa teda javia ako najvýznamnejšie faktory podpora, otvorená komunikácia a psychologická pomoc. Práve tie môžu výrazne pomôcť v zmiernení negatívnych dopadov.

b) Akým spôsobom zasahuje ochorenie do sociálneho a pracovného života?

Respondenti, ako R1 a R6, opisujú významné narušenie svojho sociálneho a pracovného života kvôli IBS, kde bolesti a náhle zhoršenia stavu limitujú ich schopnosť plánovať akékoľvek aktivity mimo domova. R2 a R8 zase poukazujú na komplikácie pri účasti na sociálnych akciách a potrebu byť mimoriadne opatrní pri výbere potravín, čo negatívne ovplyvňuje ich sociálne interakcie a účasť na spoločenskom živote. R7 a R9 zdieľajú skúsenosti s prispôbením sa novým pracovným podmienkam a hľadaním stratégií, ako zvládať svoj zdravotný stav v kontexte pracovných záväzkov a sociálnych aktivít, pričom zároveň zdôrazňujú význam podpory zo strany okolia a vlastného prístupu k zvládaniu ochorenia. Napriek výzvam si mnohí respondenti, ako R3, R4, a R5, dokázali nájsť cesty, ako minimalizovať vplyv ochorenia na svoj pracovný a sociálny život prostredníctvom opatrnejšieho prístupu k stravovaniu, využívania home-office, alebo získavania podpory od kolegov, rodiny a priateľov.

c) Akým spôsobom zasahuje ochorenie do stravovania a vzťahu k jedlu?

Napriek prípadmi sa objavuje opakujúci sa vzor zmeny stravovacích návykov, vyhýbania sa určitým potravinám a zvládnutia potravinových intolerancií alebo alergií, čo vyžaduje vysokú úroveň sebadisciplíny a záväzku voči vlastnému zdraviu. R1 až R9 opisujú, ako ich ochorenie núti k vyhýbaniu sa širokej škále potravín a ako sa musia prispôbiť špeciálnym diétam, aby predišli exacerbácii symptómov. Táto nutnosť plánovania jedál a predvídať možné reakcie tela zasahuje nielen do ich stravovacích návykov, ale aj do sociálnych aktivít. Vzťah respondenta k jedlu často prechádza zložitým vývojom, pričom niektorí z nich, ako R2 a R9, opisujú obdobie, kedy jedlo predstavovalo zdroj stresu alebo psychického diskomfortu. Zmeny v stravovaní im prinášajú denné výzvy a vyžadujú neustálu pozornosť a prispôbovanie. Napriek tomu, respondenti ako R5 a R8 nachádzajú spôsoby, ako si udržať zdravý a vyvážený jedálny lístok.

VO č.3: Vnímajú mladí dospelí ich ochorenie ako dôsledok stresových udalostí?

R1, R2, R7, R8 a R9 vnímajú svoje ochorenie v kontexte psychosomatiky a oni sami vnímajú stres a významné až traumatizujúce emocionálne zážitky ako kľúčový faktor, alebo priamo zdroj vzniku a pretrvávania ich ochorenia. R1 spája IBS s kombináciou nevhodného stravovania a stresu počas strednej školy, v čom zdieľa podobné vnímanie ako R3, ktorý vníma ochorenie ako následok genetických predispozícií, stresu a nevhodného zdravotného štýlu počas vysokej školy. R4 rovnako kládol skôr dôraz na jeho nevhodný životný štýl počas základnej školy – najmä stravovacie návyky a užívanie liekov – pred vznikom ochorenia, pričom neopomínal ani význam stresu v rozvoji, alebo zhoršenia priebehu ochorenia. R2, R6 a R9 zdôrazňujú rolu akumulácie nespracovaných emócií z detstva v rozvoji IBS. R8 a R9 spomínajú smrť rodiča ako významný faktor rozvoja ich choroby. Každý respondent však uznáva rolu stresu na priebehu alebo rozvoji jeho ochorenia. Niektorí respondenti ho vnímajú ako psychosomatický jav, vyvolaný stresom.

7.3 Výsledky dotazníka Nemocniční škála úzkosti a deprese

Zozbierané dáta z dotazníku Nemocniční škála úzkosti a deprese (HADS), ktorý bol využitý ako doplnková metóda nášho výskumu, sme najprv exportovali do dátovej matice programu Microsoft Excel 2016. V prípade dotazníkov vyplnených v papierovej forme, ich výsledky boli doplnené do vzniknutej dátovej matice. Následne sme k položkám priradili príslušnú hodnotu od 0 do 3, vypočítali celkové skóre u každého účastníka v oboch samostatných škálach a sčítali celkové bodové skóre v dotazníku. Výsledky dotazníkového prieskumu zobrazujú Tabuľky 2 až 4 nižšie.

Tabuľka 2 - Vyhodnotenie skóre respondentov v dotazníku *Nemocniční škála úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)* podľa bodových škál zobrazených v Tabuľke č.1.

Pohlavie	Kód	Vek	Ochorenie	HADS-A	Miera úzkosti	HADS-D	Miera depresie	Celkové skóre
M	R1	28	IBS	7	Normálna	4	Normálna	11
M	R2	29	IBS	12	Stredná	3	Normálna	15
M	R3	27	CD	12	Stredná	3	Normálna	15
M	R4	18	CD	5	Normálna	1	Normálna	6
Ž	R5	27	CD	9	Nízka	6	Normálna	15
Ž	R6	25	IBS	17	Vysoká	7	Normálna	24
M	R7	28	CD	12	Stredná	7	Normálna	19
Ž	R8	22	IBS	5	Normálna	4	Normálna	9
Ž	R9	22	CD	19	Vysoká	10	Nízka	29

Pozn. Tabuľka zobrazuje údaje o našom výskumnom súbore (n = 9) získané na základe dotazníka HADS. Tabuľka zachytáva ich aktuálne psychické zdravie – mieru úzkosti a mieru depresie v súvislosti s ich ochoreniami. Zľava zaznamenáva: pohlavie (muži = M, ženy = Ž), identifikačný kód respondenta (R1-R9), vek (18-29 rokov), typ ochorenia (IBS – Syndróm dráždivého čreva, CD – Crohnova choroba), bodové skóre vyjadrujúce mieru úzkosti (stĺpec HADS-A) a za ním nasledujúce vyjadrenie miery úzkosti na základe existujúcej škály (viď. Tabuľka č. 1), bodové skóre vyjadrujúce mieru depresie (stĺpec HADS-D) a za ním nasledujúce vyjadrenie miery depresie na základe existujúcej škály (viď. Tabuľka č. 1) a celkové skóre. Stĺpce pre HADS-A a HADS-D poskytujú informácie o miere úzkosti a depresie, klasifikované ako Normálna (0-7 bodov), Nízka (8-10 bodov), Stredná (11-14 bodov) a Vysoká (15-21 bodov).

Tabuľka 3 - Skóre účastníkov (n = 9) v dotazníku *Nemocniční škála úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)* škále miera depresie (*Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression; HADS-D*).

Miera depresie	IBS	CD	Celkový počet
Normálna	4	4	8
Nízka	0	1	1
Stredná	0	0	0
Vysoká	0	0	0
Ar. Priemer	4,5	5,4	5
Min.–Max.	0–21	0–21	0–21
Std. Dev.	1,73	3,51	-

Pozn. Tabuľka 3 poskytuje prehľad skóre účastníkov (n = 9) podľa dotazníka *Nemocniční škála úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)*, konkrétne zameraného na časť hodnotiacej miery depresie (HADS-D). Tabuľka je rozdelená podľa typu ochorenia – syndróm dráždivého čreva (IBS) a Crohnova choroba (CD) – a poskytuje údaje o počte účastníkov v každej kategórii depresie: normálna, nízka, stredná, vysoká. „Celkový počet“ sumarizuje počet účastníkov v každej kategórii bez ohľadu na typ ochorenia. Sekcia "Ar. Priemer" udáva aritmetický priemer skóre získaných účastníkmi v dotazníku HADS-D pre IBS a CD, ako aj celkový priemer. "Min.–Max." predstavuje rozsah skóre, ktoré účastníci dosiahli, pre oba typy ochorení aj celkovo, s rozpätím od 0 do 21 bodov. Sekcia „Std. Dev.“ predstavuje štandardnú odchýlku v danej kategórii.

Tabuľka 4 - Skóre účastníkov ($n = 9$) v dotazníku *Nemocniční škála úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) škále miery úzkosti (Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety; HADS-A)*.

Miera úzkosti	IBS	CD	Celkový počet
Normálna	2	1	3
Nízka	0	1	1
Stredná	1	2	3
Vysoká	1	1	2
Ar. Priemer	10,25	11,4	10,89
Min.–Max.	0–21	0–21	0–21
Std. Dev.	5,38	5,13	-

Pozn.: Tabuľka 4 poskytuje prehľad skóre účastníkov ($n = 9$) podľa dotazníka *Nemocniční škála úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS)*, konkrétne zameraného na časť hodnotiacej miery úzkosti (*HADS-A*). Tabuľka je rozdelená podľa typu ochorenia – syndróm dráždivého čreva (*IBS*) a Crohnova choroba (*CD*) – a poskytuje údaje o počte účastníkov v každej kategórii depresie: normálna, nízka, stredná, vysoká. „Celkový počet“ sumarizuje počet účastníkov v každej kategórii bez ohľadu na typ ochorenia. Sekcia "Ar. Priemer" udáva aritmetický priemer skóre získaných účastníkmi v dotazníku *HADS-A* pre *IBS* a *CD*, ako aj celkový priemer. "Min.–Max." predstavuje rozsah skóre, ktoré účastníci dosiahli, pre oba typy ochorenia aj celkovo, s rozpätím od 0 do 21 bodov. Sekcia „Std. Dev.“ predstavuje štandardnú odchýlku v danej kategórii.

Z našich dát vieme usúdiť, že väčšina respondentov vykazuje **normálnu, alebo strednú mieru úzkosti**. Zaujímavé je, že len 2 z 9 respondentov majú vysokú mieru úzkosti, čo ukazuje na významné psychické zaťaženie v ich prípade. Respondenti s *CD* majú vyššie priemerné skóre úzkosti (11,4) v porovnaní s *IBS* (10,25), čo naznačuje, že *CD* môže byť spojená s vyšším stupňom úzkosti.

V škále depresie (*HADS-D*) spadá veľká väčšina respondentov (8 z 9) do kategórie normálnej miery depresie, čo naznačuje, že v našom výskumnom súbore nie je depresia tak rozšírená ako úzkosť. Len jedna respondentka s *CD*, vykazuje nízku mieru depresie. Priemerné skóre depresie je všeobecne nízke, s miernym rozdielom medzi skupinami *IBS* (4,5) a *CD* (5,4).

Naše výsledky naznačujú, že zvýšená miera depresie a úzkosti u pacientov s *CD* a *IBS* sú relevantným bodom ovplyvňujúcim život jedincov. Jedinci s *CD* vykazujú o niečo vyššiu úroveň úzkosti a depresie ako s *IBS*, pričom rozdiel medzi mierou úzkosti u *CD* a *IBS* je vyšší ako rozdiel medzi mierou depresie u *CD* a *IBS*. Miera depresie u respondentov s *IBS* a *CD* však nepoukazovala na výskyt zvýšeného skóre u ľudí s týmto

ochorením. Je dôležité však poznamenať, že tieto závery sú založené na prieskume vykonanom na skutočne malej vzorke ($n = 9$) a teda nemusia nutne odrážať realitu a zvyčajný trend v populácií jedincov s týmito ochoreniami.

Naše dáta v porovnaní s výsledkami v nemeckej populácií (Hinz & Brähler, 2011) ukazujú, že respondenti v našej vzorke majú vyššie skóre v škále depresie (HADS-D) aj v škále úzkosti (HADS-A) ako zdraví jedinci, čo naznačuje vyššiu úroveň depresívnych a úzkostných symptómov u respondentov oproti zdravej populácií. Kombinované štandardné odchýlky naznačujú variabilitu skóre medzi skupinami.

Tabuľka 5 – Porovnanie priemerných počtov skóre a štandardných odchýlok (SD) nášho výskumného súboru ($n = 9$) v dotazníku Nemocniční škála deprese a úzkosti (HADS) oproti zdravej populácií

Premenná	Avg. Vys.	Avg. Zdr.	SD Vys.	SD Zdr.
HADS-D IBS	4,5	3,2	1,73	3,6
HADS-D CD	5,4	3,2	3,51	3,6
Rozdiel v SD	-	-	0,87	1,57
HADS-A IBS	10,25	3,6	5,38	3,1
HADS-A CD	11,4	3,6	5,13	3,1
Rozdiel v SD	-	-	2,69	2,29

Pozn. Tabuľka 5 poskytuje prehľad priemerných skóre a štandardných odchýlok (SD) účastníkov výskumu ($n = 9$) a zdravej populácie ($n=4410$) v Nemocničnej škále úzkosti a deprese (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS), rozdelených do dvoch častí: HADS-D, hodnotiaca mieru depresie, a HADS-A, zameraná na mieru úzkosti. Tabuľka je usporiadaná podľa typu ochorenia – syndróm dráždivého čreva (IBS) a Crohnova choroba (CD) – a poskytuje priemerné skóre pre obe výskumné skupiny (Avg. Vys.) v porovnaní so zdravou populáciou (Avg. Zdr.). Rovnaké porovnanie výskumného súboru (SD Vys.) a zdravej populácie (SD Zdr.) porovnáva aj pomocou štandardných odchýlok (SD). Umožňuje tak porovnať, ako sa skóre týchto skupín líši od priemerov zdravej populácie. Zvláštna pozornosť je venovaná rozdielom v SD medzi výskumným súborom (IBS: $n = 4$, CD: $n = 5$) a zdravou populáciou ($n = 4410$), čím poukazujeme na variabilitu skóre medzi pacientmi s IBS a CD v porovnaní so zdravou populáciou. Dáta o hodnotách v zdravej populácie sme získali z výskumu Hinz & Brähler (2011).

8 DISKUSIA

Výskumným problémom tejto práce bolo zachytiť komplexnosť gastrointestinálnych ochorení a ich vplyv na kvalitu života a prežívanie na mladých dospelých vo veku od 18 do 30 rokov. Naším cieľom bolo zistiť vplyv ochorení Crohnova choroba (CD) a Syndróm dráždivého čreva (IBS) na kvalitu života a prežívanie jedincov a zároveň venovať pozornosť stresovým udalostiam v živote jedincov, ktoré mohli do určitej miery ovplyvniť psychický a fyzický zdravotný stav mladých dospelých. Uvedené ciele sme formulovali na základe existujúcich výskumných štúdií prezentujúcich komplexný vplyv ochorení IBS a CD na život jedincov.

Venujme sa **výskumnej otázke č. 3 (VO3)**, v ktorej sme sa pýtali „Vnímajú mladí dospelí ich ochorenie ako dôsledok stresových udalostí? Túto otázku sme si kládli na základe poznatkov o funkcií enterického nervového systému (ENS) a centrálného nervového systému (CNS), ktoré sú súčasťou obojstrannej komunikačnej cesty – osi mozog–črevo – prenášajúcej informácie medzi mozgovými oblasťami a neurónmi v oblasti gastrointestinálneho (GI) traktu, podľa ktorých dokážeme odôvodňovať psychosomatický podklad rozvoja GI ochorení (Black et al., 2022; Loh et al., 2024). Mechanizmy funkcie tohto obojstranného komunikačného systému dokazujú významnosť roly stresu v aktivácii imunitných dejov rozvíjajúcich symptómy GI ochorení (Lukáš et al., 2018; Lee et al., 2018; Aguilera-Lizarraga et al., 2022). Vo funkcií osi mozog–črevo zohrávajú rolu črevné baktérie, ktoré modifikujú homeostázu v mozgu prostredníctvom osi mozog–črevo (Bhuiyan et al., 2021), *nervus vagus*, ktorý sa javí ako zložka zohrávajúca rolu v rozvoji chronických GI ochorení podieľajúca sa na črevnej imunite (Mikami et al., 2022) a tiež neurotransmitery, produkované (nielen) črevnými baktériami, ktoré sú súčasťou črevného mikrobiómu a ovplyvňujú prirodzenú imunitu GI systému (Chen et al, 2022).

Pozornosť sme upreli najmä na rolu neurotransmiteru serotonínu, ktorý zohráva rolu aj vo výskyte symptómov GI zápalu, ale zároveň môže fungovať ako meditátor hrajúci rolu v ďalších tráviacich procesoch akými je inhibícia vyprázdňovania žalúdka a stimulácia žalúdočnej sekrécie (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022). Jeho koncentrácie v oblasti GI traktu sa preto javia ako obzvlášť významné (Lukáš et al., 2021) – konieckoncov, jeho esencialitu a rolu v tejto oblasti organizmu odráža ja fakt, že až 90 % serotonínu v celom organizme je produkovaného samotným črevom (Guzel & Mirowska-Guzel, 2022) a jeho koncentrácie reguluje priamo črevná mikroflóra (Chen et al., 2022).

Engel a kolegovia (2021) neuro-psycho-imunologické deje opisujú v kontexte subjektívnej vnímanej psychologickej záťaže ochorenia. Pomocou výsledkov sebakontrolných dotazníkov administrovaným osobám s IBD, z ktorých až 70 % respondentov označilo subjektívne vnímaný stres alebo ich osobnostné vlastnosti ako zásadné faktory hrajúce rolu v ich ochorení. Tento výskum sa prelína s výsledkami IPA, vykonanými na našej výskumnej vzorke, v ktorej všetci (9 z 9) účastníkov uznávajú čiastočný vplyv stresu na ich zdravotný stav (R3, R4, R5), alebo dokonca považujú ich ochorenie ako dôsledok chronického stresu (R1, R2, R6, R7, R8, R9). R1 a R8 sami nazývajú ochorenie ako psychosomatické, vyplývajúce z kumulácie vysoko-stresujúcich udalostí v ich živote. Pre R8 to bola smrť rodiča a autonehoda, ktoré respondentka označila ako spúšťače, ktoré odštartovali lavínu GI ťažkostí a najmä IBS a pre R1 to bolo obdobie konca strednej školy, kedy jeho obavy z neúspechu, otázky týkajúce sa budúcnosti spustili rovnako sled významných zdravotných ťažkostí, ktoré vyvršili v IBS a divertikulitídu. Oba respondenti však neopisujú výskyt žiadnej komorbidnej psychickej poruchy, alebo všeobecne psychických problémov, v čom sa líšia od R2 a R6. Skóre R1 a R8 v dotazníku HADS rovnako potvrdzuje ich výpovede, nakoľko skóre oboch účastníkov v škále depresie a v škále úzkosti dosahovalo normálnych hodnôt.

Rolu stresu u pacientov s IBS opisuje štúdia Bárdosa (2024), ktorá zdôrazňuje vplyv subjektívnej katastrofizácie a somatizácie u pacientov s IBS, ktoré ovplyvňujú ich zdravotný stav. Tieto mechanizmy sme mohli pozorovať napríklad u R2, ktorý sám priznáva jeho tendenciu k somatizácií, a to napríklad aj v kontexte s predošlým športovým zranením, a rovnako opisuje jeho opakujúce sa myšlienkové scenáre vytvárajúce úzkostný bludný kruh katastrofizácie udalostí, ktoré zhoršujú jeho zdravotný stav. Tieto úzkostné myšlienky sú podľa neho priamym dôvodom vzniku IBS, ktoré považuje za psychosomatické ochorenie.

Štúdia Bárdosa (2024), rovnako zdôrazňuje možný vplyv psychosociálnych faktorov, akými je sexuálne zneužívanie, či prežitie stresujúcich životných udalostí, o ktorých hovorí R2 v súvislosti s jeho traumatizujúcim detstvom a komplikovaným vzťahom s jeho otcom. Rovnaké vzorce pozorujeme aj u R6 s IBS, ktorej zvýšená miera úzkosti bola zobrazená aj v jej výsledkoch v HADS dotazníku spolu s prítomnosťou významne traumatizujúcich udalostí vrátane psychického a fyzického násillia v domácnosti. Výskyt psychickej poruchy akou je u R2 sa vyskytujúca panická porucha a v minulosti opisovaná depresívna epizóda zahŕňajúca suicidálne ideácie argumentuje aj štúdia Tarar a kolegov (2023), opisujúca častý výskyt komorbidity s IBS. Obaja respondenti, R2 a R6, hovoria o výskyte úzkostných a panických atakov, čo hovorí o zvýšenej miere úzkosti u pacientov s IBS potvrdenej niekoľkými výskumami (Black et al., 2020; Simpson et al., 2021; Chen et al., 2022; Aguilera-Lizarraga, et al., 2022; Staudacher et al., 2023; Tarar et al., 2023).

Formulovaná otázka o vplyve stresu na priebeh ochorenia podporujú aj poznatky o vzniku a zhoršení symptómov u Crohnovej choroby, alebo vo všeobecnosti idiopatických črevných zápalov (IBD), akým je CD. I keď tieto poruchy primárne opisujeme ako imunitnú odpoveď organizmu, ktorá sa odvíja od interakcie genetických predispozícií, hostiteľovej imunity a vonkajších faktorov podmieňujúcich chronické poškodenie črevnej sliznice (Lukáš et al., 2018), význam váhy stresujúcich udalostí na zhoršenie symptomatiky jedincov s CD v remisií, taktiež nemôžeme opomínať. Na Crohnovu chorobu môžu mať vplyv okrem vymenovaných elementov aj nepriaznivé životné udalosti, depresia a chronický stres viesť k relapsu tohto ochorenia (Black et al., 2022; Belei et al., 2024). Tieto tvrdenia potvrdzuje aj charakter 5 účastníkov nášho výskumu s CD.

S fenoménom zhoršenia CD v stresovom období sa stretávame u všetkých respondentov s CD – R3, R4, R5, R7 a R9. Každý však túto dynamiku vníma vo svojom špecifickom zmysle a pridáva stresovým obdobiam rôznu mieru vplyvu.

R3 napríklad opisuje rozvoj intenzívnych kríčov v bruchu stresujúceho obdobia na vysokej škole, ktoré opisuje ako významný faktor zhoršenia jeho stavu a rozvoja choroby, alebo R4, ktorého stav sa zhoršil v období štúdia na základnej škole, spojenej s potencionálnymi rizikovými faktormi akými bola šikana, nepochopenie a nevhodné správanie pedagógov a následná zmena školy. R4 však napriek tomu neprisudzuje stresu význam v kontexte rozvoja jeho ochorenia, ktoré vníma čisto ako následok nevhodnej stravy (Lukáš et al., 2018) a zvýšenej konzumácie liekov proti bolesti (Santana et al.,

2022). Je nutné poznamenať, že R4 sa počas javil ako jedinec s tendenciou pripisovať následky jeho zhoršeného zdravotného stavu takmer výhradne fyzickým faktorom, čo môže zohrávať rolu v jeho vnímaní ochorenia. Tendenciu ku zhoršeniu stavu pacienta s CD argumentuje napríklad Liu a kolegovia (2020), kvôli role *nervus vagus* v rozvoji chronických zápalov v GI trakte, čo opäť viaže ochorenie k funkcií osi črevo-mozog, ktorá reguluje rovnako psychické, ale aj fyzické deje v organizme (Carabotti et al., 2015; Anadure et al., 2019; Black et al., 2020; Bhuiyan et al., 2021; Mitrea et al., 2022; Mikami et al., 2022; Loh et al., 2024).

S mechanizmami vzniku CD v období významného psychického stresu, sa potýkame vo výpovedí R5, ktorá opisuje rolu dlhodobého stresu, nepochopenia a tlaku zo strany rodičov, ktorým čelila už od raného veku a rovnako traumatizujúcu udalosť, akou bol vážny zdravotný stav blízkeho člena rodiny, ktoré ovplyvnili priebeh jej choroby. Na rozdiel od R3 a R4, ktorých ochorenie je v remisií, R3 v súčasnosti trpí aktívnou formou CD. Otázne je, nakoľko môže v jej súčasnom stave zohrávať rolu jej súčasný psychický stav a pracovná záťaž v zhoršení symptomatiky, nakoľko jej výsledky v škále HADS-A ukázali nízku úroveň úzkosti, čo mierne prevyšuje normu, ale zároveň potvrdzuje tvrdenie napríklad Guzel & Mirowska-Guzel (2022), že miera úzkosti býva vyššia v obdobiach zhoršenia ochorenia.

Podobný trend zhoršovania symptomatiky v období stresu u ochorenia, ktoré sa dlhodobo vyskytovalo v remisií, sa stretávame aj u R9, ktorej zhoršenie stavu sama prisudzuje zvýšeným obavám týkajúcim sa jej kariéry a význam prikladá komorbidnej úzkostnej a depresívnej poruche. Guzel & Mirowska-Guzel (2022) dokladajú, že u jedincov s CD býva miera depresie a úzkosti vyššia v obdobiach zhoršenia. Tvrdenie potvrdzuje aj výskum Bauer & Teixeira (2019), ktorí dokazujú, že psychické poruchy môžu ovplyvňovať priebeh symptomatických ochorení a viesť k zvýšenému zápalu. Toto tvrdenie sa zdá byť odrazené vo výsledku HADS, v ktorom v škále úzkosti (HADS-A) respondentka získala najvyššie skóre úzkosti spomedzi všetkých respondentov a rovnako ako jediná dosahovala zvýšené skóre v škále depresie. R9 sa navyše približne trištvrte roka lieči s depresívnou a úzkostnou poruchou, čo by sme mohli dať do súvislosti s jej zhoršeným stavom v kontexte CD. Predpoklad argumentuje Guzel & Mirowska-Guzel (2022) opisom podobného mechanizmu vzniku IBD, úzkosti a depresie. Nakoľko Crohnova choroba, ale aj úzkosť a depresia súvisia s aktiváciou osi hypothalamus-hypofýza-nadobličky, ktorej dlhodobá aktivácia viditeľná v období chronického stresu vedie k zoznamu vnútorných dejov vedúcich k zosilneniu imunologických reakcií a teda zvýšeniu zápalu v tele. R9 môžeme taktiež predpokladať vplyv zhoršenej stravy (Zavoral et al., 2021) a konzumácie tabakových výrobkov (Lukáš et al., 2018), ktoré zohrávajú rovnako rolu v jej zhoršenom stave. Ona sama označovala svoje ochorenie ako výsledok stresových udalostí a potláčania emócií.

S tendenciou potláčania emócií sa stretávame aj u ďalších 5 respondentov (R2, R3, R5, R7, R8). Otáznym je výskyt potláčania emócií u R4, ktorého tendencia k racionalizácii problémov je z pozorovateľná z jeho výpovedí. Celkové výsledky v dotazníku HADS, v ktorých účastníci s CD mali vyššie priemerné skóre úzkosti a depresie potvrdzuje štúdia Barberio a kolegov (2021), opisujúcich vysokú prevalenciu príznakov úzkosti a depresie u jedincov s IBD – najmä Crohnovou chorobou.

Posudzujúc významnú súvislosť oboch ochorení so stresovými udalosťami a tiež komorbiditu s psychickými problémami, samostatnú pozornosť sme sa rozhodli venovať vo **výskumnej otázke č. 2 (VO2)**: „Akým spôsobom ovplyvňuje ochorenie kvalitu života mladých dospelých?“ Výsledky IPA poukázali na skutočne významný vzťah ochorení IBS a CD a kvality života jedincov s týmto ochorením, ktorých život je negatívne, ale aj pozitívne ovplyvňovaný v oblasti vzťahov a intímneho života, sociálneho a pracovného života a stravovania a ich vzťahu k jedlu.

V oblasti **vzťahov a intimacy**, na ktorú sme sa zamerali v prvej podotázke, väčšina respondentov opisovala, že od ľudí v ich blízkom kruhu cítia podporu a pochopenie (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9). R2 sa k téme opory a pochopenia vyjadroval skôr negatívnymi konotáciami, nakoľko zo strany okolia skôr pociťoval tendenciu k zľahčovaniu jeho ťažkostí, alebo nedostatočný priestor k vyjadreniu jeho trápení. R7 však vyzdvihuje dlhodobé obdobie nepochopenia zo strany okolia v počiatkoch CD, ktoré zhoršovalo jeho psychický stav a viedlo k pocitom odcudzenia od otca, čo len odpovedá výsledkom prezentovaným Wu a kolegami (2022), zdôrazňujúcich dôležitosť sociálnej a emočnej opory v manažmente a liečbe IBD. Respondenti spomínali vplyv ich ochorenia na vzťahovú zložku života v kontexte ich chronickej únavy, a to najmä u respondentov s CD (R5, R7, R9), ale aj respondentov s IBS (R6), o ktorej píše Danese a kolegovia (2014), Borren a kolegovia (2019), Nocerino a kolegovia (2020), či Trinidad a kolegovia (2022).

Registrovaný vplyv ochorenia na **sociálny a pracovný život** respondentov opisovali ako o niečo zásadnejší. Respondenti často opäť spomínali vplyv chronickej únavy, ktorá znemožňovala ich účasť na rôznych sociálnych aktivitách (Danese et al., 2014; Borren et al., 2019; Nocerino et al., 2020; Trinidad et al., 2022). Ochorenie respondentov rovnako ovplyvňovalo v oblasti pracovného života. R5 napríklad opisovala potrebu možnosti využitia home-office, v prípade zhoršeného stavu (Borren et al., 2019; Lukáš et al., 2020). Výhodu využitia home-office zdôrazňoval aj R1, ktorý kvôli serióznosti jeho stavu musel niekoľkokrát zostať na pracovnej neschopnosti, ktorá do obdobia rozhovoru pretrvávala už takmer 4 mesiace, čo mu prinášalo výrazné obavy z budúcnosti a jeho schopnosti sa zapájať do pracovného procesu. R6 spomína zásah jej ochorenia do tejto oblasti aj v spojení s jej panickou poruchou, ktorá v kombinácii s IBS znamená častý výskyt GI symptómov – zápchy, hnačky, kŕčov, bolestí, alebo celkového diskomfortu limitujúcich možnosť vykonávania stretnutí (Young et al, 2017; Lukáš et al., 2020; Frändemark et al., 2022; Varma et al, 2022). S podobným zásahom symptómov ochorenia sa stretávame u R1, R2, R5, R8 a R9. R9 a R8.

V poslednej podotázke sa venujeme miere vplyvu ochorenia na stravovanie a **vzťah s jedlom**, u ktorého pozorujeme najvýznamnejšie komplikácie. U ochorenia IBS, spojeného s nepredvídateľnosťou symptómov pred a po konzumácií jedla, bol opisovaný významný zásah ochorenia do vzťahu s jedlom a stravovacích návykov respondentom. Až

7 z 9 respondentov uviedli, že pred vznikom ochorenia alebo počas ich ochorenia mali, alebo majú narušený vzťah k jedlu.

R2 a R6, trpiacich IBS, opisujú časté vynechávanie jedál kvôli obavám z diskomfortu, nafukovania, bolesti, či hnačke, o ktorých vo svojej práci hovorí aj Harer (2019). Zaujímavé je, že práve títo jedinci ako jediní medzi respondentmi s IBS vykazovali zvýšené skóre úzkosti v škále HADS-A. Obaja tiež v rozhovore opisovali pocity častej rozmrzenosti, kolísania nálad, výraznejších emočných reakcií, nepokoja a celkovej zvýšenej senzitivite, ktoré sa pripisujú k osobnostnému faktoru neuroticizmus (Soliemanifar et al., 2018; Nakonečný et al., 2021), u ktorého Cong a kolegovia (2022) dokázali, že jedinci s týmto faktorom majú tendenciu sa sťažovať oveľa pravidelnejšie na výskyt limitujúcich symptómov akým je silnejšie nadúvanie žalúdka, či kŕčovité bolesti brucha ako jedinci s nižším neuroticizmom. Miera neuroticizmu v intenzite prežívaných symptómov a tiež vzťahu k jedlu sa teda zdá hrať rolu u jedincov s IBS.

Ako veľmi zaujímavý a často opakujúci sa vzorec naprieč niekoľkými respondentmi u oboch ochorení, bol výskyt konzumácie zvýšeného množstva jedla pod vplyvom stresu, alebo dokonca záchvatového prejedania. K fenoménu, ktorí sme vypozerovali u respondentov sa vyjadril Santonicola s kolegami (2019), ktorí predniesli tvrdenie, že záchvatové prejedanie môže mať za následok vznik funkčnej dyspepsie, ktorá je typická pre IBS. História, alebo prítomnosť záchvatového prejedania opisovali až 3 zo 4 respondentov s IBS, čo sa javí ako významný faktor, ktorí mohol, alebo v súčasnosti ovplyvňuje priebeh ochorenia u týchto jedincov. Jedinci s CD často opisovali pocity strachu z jedla, a to najmä v počiatkoch ich ochorenia. R2 v rozhovore spomenul, že určité obdobie počas ochorenia podľa neho trpel mentálnou anorexiou. R7 opisuje zase trvalý vplyv jeho choroby na jeho vzťah k jedlu spojeného s obavami, ktoré v začiatku ochorenia rovnako popisoval ako mentálnu anorexiu. Je však otázne nakoľko mohlo ísť len o drastické schudnutie vplyvom ochorenia, ktoré je u CD veľmi časté (Lukáš, et al., 2021) a nakoľko šlo o skutočne narušený vzťah k jedlu spojený s drastickým schudnutím. R8 okrem toho opisovala jej históriu poruchy príjmu potravy, ktorá bola spojená s veľmi dlhou konzumáciou nízkeho množstva kilokalórií a dlhodobo jej čelila počas štúdia na strednej škole. Jej príznaky IBS však začali až po čase, čo zvýšila jej kalorický príjem.

Podobný fenomén opisuje aj Jafar a Morgan (2021), ktorí v ich článku opisujú vysoký výskyt funkčných GI problémov u ľudí s mentálnou anorexiou. Mohli by sme teda ďalej skúmať nakoľko môže história mentálnej anorexie vplývať na rozvoj IBS.

Na záver, u všetkých respondentov bola prítomná nutnosť vykonať nejakú formu úpravy stravy už pred alebo po vzniku ochorenia. Či už išlo o nutnosť vyhýbania sa určitým potravinám vyvolávajúcim alergické reakcie, zápchu, či hnačku u jedinca, alebo šlo o lekársky potvrdené potravinové intolerancie, všetci respondenti museli spraviť nejakú formu úpravy ich stravy. O rovnakom fenoméne píše napríklad Harer (2019).

Vo **výskumnej otázke č. 1 (VO)**, v ktorej sme sa pýtali: „Ako mladí dospelí vnímajú ich ochorenie?“ a snažili sme sa o zachytenie významnosti individuality vnímania ochorenia u respondentov, zároveň pochopili ich jedinečnú interpretačnú tendenciu. Respondenti s IBS mali tendenciu ich ochorenie vnímať ako formu obmedzenia, všeobecné pocity nepokoja, zahľtenosti myšlienkami, kontinuálneho pociťovania stresu. R1, R6 a R8 zdôraznila to, že IBS v ich živote znamená, že pociťujú diskomfort a je im zle aj po jedlách, ktoré bežne nikomu neublížia. Respondenti R1, R2 a R6 rovnako spomínali pocity zacyklenosti v bludnom kruhu, ktoré boli previazané úzkosťou, obavami a gastrointestinálnymi problémami. R1 hovoril o pocitoch frustrácie z toho, že IBS nedokáže tak jednoducho podchytiť liečbou, ako je to napríklad podľa jeho slov možné u CD.

Veľmi podobné konotácie o tomto ochorení prezentovala aj Shorey s kolegami (2021) v jej rozsiahlej metaanalýze 17 štúdií, kde jedinca rovnako vnímali IBS ako zdroj neistoty, stresu, obáv, problémov so sústredením, existovaním v bludnom kruhu, či všeobecnej zlej nálade.

V podobnom zmysle opisovali ich ochorenie aj respondenti s Crohnovou chorobou, ktorí ju opisovali ako celoživotné postihnutie (R4), zvýšenie pozornosti na stravu (R5), alebo niečo, čo je veľmi individuálne a veľmi ťažko uchopiteľné (R9). R7 zdôrazňuje, že CD znamenala pre neho stratu času a puberty, zároveň pre neho bola zdrojom frustrácie, nakoľko jeho okolie neverilo vážnosti jeho stavu a tiež pocitu, že nedokáže odlíšiť čo je pre neho normálny stav.

Veľmi podobné konotácie k CD opísala aj štúdiá Norton a kolektívu (2012), ktorá vyzdvihla vnímanie ochorenia ako niečoho, čo zasiahlo nielen pacientov, ale aj ich okolie, niečo, čomu iní nechápu a myslia si, že je len následok nevhodnej stravy, alebo neschopnosti odlíšiť, čo je norma – s čím sme sa mohli stretnúť práve u R7.

Okrem negatívnych konotácií IBS a CD respondenti opisovali určité prínosy, ktoré ich ochorenie do života prinieslo, napríklad zdroj nového pohľadu na zdravie (R1, R2, R3, R8, R9), niečo, čo respondentom umožnilo si otvoriť oči (R4) a začať žiť zdravší život. Všetci respondenti vnímali ochorenie ako niečo, čo ich donútilo sa zamerať viac na seba samých a ich duševné zdravie. O prínosoch ochoreniach hovorí aj Hamama-Raz a kolektív (2021), ktorí vyzdvihli pacienti s Crohnovou chorobou bolo prehlbenie spirituality – viditeľné u R9 – alebo zvýšená tendencia si užívať každý deň života.

8.1 Limity práce

Aj napriek snahe o komplexné zachytenie problematiky gastrointestinálnych ochorení prezentujeme jej limity. Faktorom, ktorý rozhodne ovplyvnil výsledky práce bola malá výskumná vzorka, ktorá mohla mať za následok získanie nepresných, skreslených údajov o vybranej populácii jedincov. Rolu mohla zohrávať aj ochota respondentov komunikovať o veľmi citlivej téme a uvedenie pravdivých údajov. Je nutné podotknúť, že veľká väčšina však pristupovala k rozhovorom s otvorenosťou a ochotou diskutovať citlivé témy. Rozdielny vplyv na výsledky mohli mať aj podmienky, v ktorých boli rozhovory vykonávané, nakoľko 5 rozhovorov prebehlo v online forme a z miesta domova respondenta, kde mohli potencióálne cítiť väčší komfort a ochotu komunikovať ako respondenti (4), s ktorými bol vykonaný rozhovor osobne.

Nakoľko sme pri analýze rozhovorov využili IPA, ktorá sa zameriava na subjektívne skúsenosti respondentov, interpretácia výpovedí prešla subjektívnym procesom interpretácie, ktorý môže byť ovplyvnený našimi doterajšími znalosťami, skúsenosťami a oboznámenosťou s danou problematikou. Hĺbková analýza týchto rozhovorov bola rovnako časovo náročná a naše počiatkové odhady o čase trvania výskumu boli rovnako mierne podcenené. V snahe o získanie komplexného obrázku o každom z 9 príbehov, sa preto niektoré rozhovory predĺžili takmer o 35 minút než bol pôvodne odhadovaný čas trvania rozhovoru. Dĺžka rozhovorov mohla rovnako vniešť aj potencióálne misinterpretácie, alebo skreslené vnímanie výpovedí respondentov, nakoľko sme pracovali s množstvom informácií vnímaného 9 rôznymi jedincami.

Nakoľko náš výskum bol vykonaný na špecifickej vekovej skupine, naše výsledky rovnako nemusia odrážať trendy naprieč staršími alebo mladšími jedincami v širšej populácii, čo nám znemožňuje generalizovať výsledky výskumu na celú populáciu jedincov s IBS a CD. Limitáciou výskumu bolo využitie sebapostudujúceho dotazníka, ktorý je zvyčajne ovplyvnený faktormi ako je aktuálna nálada a psychické rozpoloženie jedinca, alebo schopnosť introspekcie a vyjadrenia pocitov.

8.2 Ďalšie témy k preskúmaniu

V rámci nami otvorenej problematiky sa otvoril priestor diskutovať súvislosť porúch príjmu potravy s rozvojom IBS a CD alebo ich komorbiditou. Prínosným by mohol byť preskúmanie spirituálnych aspektov, copingových mechanizmov u jedincov s týmito ochoreniami, či ponorenie sa do problematiky osobnostných predispozícií v kontexte IBS. Ako mimoriadne prínosným by mohlo byť preskúmanie efektívnejších stratégií pre manažment týchto ochorení a následné zlepšenie kvality života pacientov.

9 ZÁVER

Výsledky interpretatívnej fenomenologickej analýzy (IPA) a doplnkovej metódy Nemocniční škála úzkosti a deprese (HADS) nám pomohli odkryť jedinečnosť a vysokú mieru individuality dôsledkov chronických gastrointestinálnych (GI) ochorení. Pomocou výskumnej časti sa nám podarilo zachytiť skutočnú komplexitu a multidimenzionalitu GI ochorení, najmä Crohnovej choroby (CD) a Syndrómu dráždivého čreva (IBS), a ich vplyvom na kvalitu života mladých dospelých (18-30 rokov). Vďaka výpovediam 5 respondentov s CD a 4 respondentom s IBS dopracovali k záverom otázok, ktoré sme si kládli na začiatku výskumu. Na začiatku práce sme sa venovali otázke subjektívneho vnímania ochorenia u mladých dospelých. Prostredníctvom analýzy príslušných výpovedí respondentov sme dospeli k poznatkom, že mladí dospelí s IBS typicky majú tendenciu vnímať ich ochorenie ako zdroj obmedzení a nepohody, ktoré im prinášajú stres, úzkosť a zlú náladu, a to hlavne v kontexte konzumácie potravín, ktoré bežne nebývajú zdrojom problémov. Rovnako sme sa stretli s pohľadom, vyjadrujúc frustráciu z toho, že liečba IBS nie je taká priama ako pri Crohnovej chorobe (CD), čo odrážalo aj jeho všeobecný pocit neistoty a zacyklenosti v problémoch súvisiacich s týmto ochorením, s ktorým sme sa stretli aj u iných respondentov. Respondenti s Crohnovou chorobou zase priradili svojmu ochoreniu konotácie celoživotné postihnutie, spojené so zvýšenou potrebou dbať pozornosť na stravu. Pre niekoho mohla CD znamenať nielen zdroj frustrácie kvôli nedostatku pochopenia, ale najmä stratu času a puberty, počas ktorej prežíval nepríjemné bolesti. Napriek vymenovaným negatívnym aspektom oboch ochorení respondenti opisovali určité prínosy, akým bol nový pohľad na zdravie a zameranie sa na duševné zdravie.

V ďalšej časti práce sme poukázali na premennú kvalita života v kontexte týchto chronických ochorení a bližšie sme objavili významné opakujúce sa vzore v ich narušení pod vplyvom ochorenia. V oblasti vzťahov a intimity vzišla dôležitosť prítomnosti sociálnej a emočnej podpory ako veľmi dôležitý protektívny prvok, poskytujúci jedincom zdroj pochopenia a opory. U jedincov, u ktorých sociálna a emočná opora nebola prítomná sme sa mohli stretnúť naopak s prítomnosťou zľahčovania problému zo strany okolia, ktoré viedlo k zhoršenému stavu respondentov, prítomnosti nedostatočného priestoru a nepochopenia na ventináciu emócií, ktoré u respondentov zároveň súviseli so zvýšenou úzkosťou.

Oblasť sociálneho a pracovného života bola u respondentov najviac zasiahnutá chronickou únavou a častými GI problémami, ktoré znemožňovali ich účasť na spoločenských aktivitách, viedli k pracovnej neschopnosti a vyvolávali u nich obavy z budúcnosti. Ako nápomocným sa zdalo byť spomenutá nutnosť možnosti využitia home-office, ktorá má schopnosť prínosu určitej miery úľavy pre trpiaceho. V tomto kontexte však niektorí respondenti spomenuli najmä nedostatočnú možnosť jednoducho „žiť normálne.“

Významnou oblasťou, snád' s najzásadnejším vplyvom na respondentov, bola oblasť stravovania a vzťahu k jedlu. Všetci respondenti spomenuli nutnosť vykonania nejakej formy úpravy stravy, či už na začiatku ochorenia, alebo aj v súčasnom priebehu ochorenia. Respondentov výrazne zaťažovala nepredvídateľnosť reakcie tela na jedlo, alebo všeobecných symptómov, čo v nich vytváralo narušený vzťah až strach z jedla, čo v niektorých prípadoch viedlo k drastickému schudnutiu. Významným pozorovaním bola aj opakujúca tendencia respondentov k záchvatovému prejedaniu alebo konzumácie zvýšeného množstva jedla pod vplyvom stresu. Všetci respondenti s IBS vo svojom rozhovore spomenuli, že v minulosti prejavovali rysy, alebo priamo trpeli poruchou príjmu potravy, čo si niektorí respondenti vykladali ako jeden z možných faktorov hrajúcich rolu v rozvoji ich ochorenia. U respondentov s CD bola pozorovaná zároveň vyššia miera úzkosti ako u respondentov s IBS, ktorá aj podľa slov respondentov bola častým pociťovaným stavom.

Na záver sme sa pokúsili o aplikáciu znalostí o osi mozog–črevo a previazanosti orgánových systémov v tele a pokúsili sme sa overiť subjektívnu mieru vnímanej roly stresu u respondentov a pýtali sme, či vnímajú mladí dospelí ich ochorenie ako dôsledok stresových udalostí. Niekoľko respondentov ochorenie priamo označovalo ako psychosomatické. Úlohu priradzovali napríklad traumatickým udalostiam, ako bol rozvod rodičov, fyzické a psychické násilie v domácnosti, smrť rodiča, či šikana, alebo vysokej miere stresu – napr. počas štúdia na strednej alebo vysokej školy, ktoré vyvrcholili v chronické ochorenie. Niektorí respondenti prikladali rolu ich komorbidnému psychickému ochoreniu, alebo všeobecne psychickým problémom, ktoré mali tendenciu zhoršovať stav jedinca. U týchto respondentov bola aj preto pozorovateľná zvýšená miera úzkosti v dotazníkoch HADS. Nedostatok emočnej opory, nepochopenie a potláčanie emócií označovali niekoľkí respondenti ako ďalší faktor v rozvoji ich ochorenia. Je nutné dodať, že nie všetci respondenti vnímali ochorenie ako priamy následok stresu, avšak všetci respondenti uznali aspoň čiastočnú rolu stresu v rozvoji, alebo zhoršení ich ochorenia, čím sme odhalili skutočne rozsiahly vplyv stresu na organizmus.

Vďaka ochote 9 respondentov sa zúčastniť rozhovorov zachytávajúcich veľmi citlivú a všadeprenikajúcu oblasť ich života a ich úprimnosti a otvorenosti počas komunikácie o nej, sme sa mohli dopracovať k významným poznatkom o ľudskom organizme a psyché a zdôrazniť tak komplexnosť a rozsiahlosť vplyvu týchto ochorení na celkový bio-psycho-sociálne-spirituálny komplex, ktorou je človek. Práca takto zdôrazňuje význam osvedčenia a edukácie pacientov a zdravotníckych pracovníkov o prepojeniach medzi psycho-neuro-imunologickými dejmi v organizme a psychickým prežívaním jedincov s chronickým ochorením.

10 SÚHRN

Bakalárska práca poskytuje multidimenzionálny pohľad na problematiku chronických gastrointestinálnych ochorení (GI) – najmä špecificky Crohnovej choroby (CD) a Syndrómu dráždivého čreva (IBS). Prostredníctvom krátkeho exkurzu do oblasti gastroenterológie predkladá poznatky o fungovaní gastrointestinálneho traktu prostredníctvom opisov štrukturálnych a funkčných GI ochorení. Ďalej čitateľa uvádza do problematiky psycho-neuro-imunológie, zohrávajúcej rolu v kontexte ochorení GI traktu. Podrobnejšie sa v nej venujeme role základom fungovania centrálného nervového systému a enterického nervového systému a obojsmernej komunikačnej ceste medzi črevom a mozgom – osi mozog–črevo, ktorá na podieľa na ovplyvňovaní nielen fyzických dejov v organizme, ale aj psychických. V práci ďalej zameriavame pozornosť na psychologické aspekty GI ochorení v kapitole č. 3. Tu podrobnejšie rozoberáme problematiku chronického stresu a jeho vplyvu na organizmus a komorbidity GI ochorení s psychickými ochoreniami a poruchami príjmu potravy. Podrobnejšie sa venujeme vplyvu ochorení na kvalitu života a celkové sebapoňatie jedinca, ktorým bližšiu pozornosť venujeme v praktickej časti tejto práce.

Výskumným problémom tejto práce je zachytiť multidimenzionalitu a komplexnosť GI ochorení a ich vplyv na kvalitu života a prežívanie na mladých dospelých vo veku od 18 do 30 rokov. Na základe formulovaného výskumného problému a výskumného cieľa sme vytvorili výskumný cieľ zistiť vplyv ochorení Crohnova choroba a Syndróm dráždivého čreva na kvalitu života a prežívanie jedincov a zároveň venovať pozornosť potencionálnym spúšťačom a stresovým udalostiam v živote jedincov, ktoré mohli do určitej miery ovplyvniť psychický a fyzický zdravotný stav jedinca.

Nakoľko sme sa rozhodli vykonať zmiešaný výskum, na základe tohto výskumného cieľa sme formulovali 3 výskumné otázky: „Ako mladí dospelí vnímajú a čo pre nich znamená ich ochorenie?“, „Akým spôsobom zasahuje ochorenie do kvality života mladých dospelých?“, „Vnímajú mladí dospelí ich ochorenie ako dôsledok stresových udalostí?“ K druhej výskumnej otázke boli zároveň formulované 3 podotázky venujúce sa vplyvu ochorenia na vzťahy a intímny život, sociálny a pracovný život a ich stravovanie a vzťah k jedlu. Odpovede na formulované výskumné otázky sme sa rozhodli hľadať vykonaním pološtruktúrovaných rozhovorov s 5 jedincami s CD a 4 jedincami so Syndrómom dráždivého čreva a administráciou dotazníka Nemocniční škála úzkosti a deprese (HADS), na zmapovanie miery úzkosti a depresie u respondentov. Prepísanú formu rozhovorov sme analyzovali využitím interpretatívnej fenomenologickej analýzy, v ktorej sme vytvorili 3 kategórie: zdravotné problémy, vznik ochorenia a významné stresové udalosti a kvalita života.

Dôkladnou analýzou sme sa dopracovali k odpovediam na naše výskumné otázky. Prostredníctvom analýzy rozhovorov sme sa dozvedeli, že respondenti s IBS typicky vnímajú ich ochorenie ako zdroj stresu, frustrácie, úzkosti, či zlej nálady. Na druhej strane respondenti s CD opisovali ich ochorenie ako celoživotné postihnutie, spojené so zvýšenou potrebou dbať zvýšenú pozornosť na stravu, alebo zdroj frustrácie a obmedzenia. Na odpoveď týkajúcej sa kvality života jedincov sa v oblasti vzťahov a intimity zdala byť u respondentov významná dôležitosť prítomnosti sociálnej a emočnej podpory, ktorá zohrávala rolu protektívneho prvku poskytujúceho jedincom zdroj pochopenia a opory. Oblasť sociálneho a pracovného života bola u respondentov ovplyvnená najmä chronickou únavou a častými GI problémami, ktoré obmedzovali účasť na spoločenských aktivitách a významne narušovali ich pracovný život cez pracovnú neschopnosť, čo viedlo k obavám o budúcnosť. Posledná oblasť – stravovanie a vzťah k jedlu – sa respondentov týkala zásadnou mierou. U všetkých respondentov sme sa stretli s nutnosťou úpravy stravy kvôli ochoreniu. Častým vzorcom opakujúcim sa naprieč prípadmi, bol narušený vzťah respondentov k jedlu. V záverečnej časti sme venovali priestor psycho-neuro-imunológii a vplyvu stresu na rozvoji. Niekoľko respondentov ich ochorenie označilo za psychosomatické, spájajúc ho s traumatickými udalosťami alebo vysokým stresom, iní zase uviedli len počiatočnú rolu stresu v rozvoji ich ochorení a pripisovali rolu iným aspektom. U respondentov navyše zohrávala rolu aj komorbidity s psychickým ochorením.

Záverom sme poukázali na potrebu interdisciplinárneho prístupu k problematike nielen funkčných, ale aj štrukturálnych GI ochorení a význam osvedy o faktoroch akými je stres a kvalita života v kontexte GI ochorení.

LITERATÚRA

- Aguilera-Lizarraga, J., Hussein, H., & Boeckxstaens, G. E. (2022). Immune activation in irritable bowel syndrome: what is the evidence? *Nature reviews. Immunology*, 22(11), 674–686. <https://doi.org/10.1038/s41577-022-00700-9>
- Alshak, M. N., & M Das, J. (2023, May 8). Neuroanatomy, sympathetic nervous system. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31194352/>
- American Psychological Association. (2022, November 1). *Stress won't go away? Maybe you are suffering from chronic stress*. APA. <https://www.apa.org/topics/stress/chronic>
- Anadure, R. K., Shankar, S., Prasad, A. S. (2019). The gut-brain axis. *Medicine Update*. In *API Textbook of Medicine*. API, 1–5. <https://www.researchgate.net/publication/331152198> *The Gut-brain Axis*
- Bakshi, N., Hart, A. L., Lee, M. C., Williams, A. C. C., Lackner, J. M., Norton, C., & Croft, P. (2021). Chronic pain in patients with inflammatory bowel disease. *Pain*, 162(10), 2466–2471. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002304>
- Barberio, B., Zamani, M., Black, C. J., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2021). Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 6(5), 359–370. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00014-5](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00014-5)
- Bárdos, G. (2024). Irritable bowel syndrome (IBS): could we decide what is behind?. *Biologia futura*, 10.1007/s42977-024-00205-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s42977-024-00205-7>
- Bauer, M. E., & Teixeira, A. L. (2019). Inflammation in psychiatric disorders: what comes first?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1437(1), 57–67. <https://doi.org/10.1111/nyas.13712>
- Berger, M., Gray, J. A., & Roth, B. L. (2009). The expanded biology of serotonin. *Annual review of medicine*, 60, 355–366. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.042307.110802>

- Bhuiyan, P., Chen, Y., Karim, M., Dong, H., & Qian, Y. (2021). Bidirectional communication between mast cells and the gut-brain axis in neurodegenerative diseases: Avenues for therapeutic intervention. *Brain Research Bulletin*, *172*, 61–78. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2021.04.010>
- Black, C. J., Drossman, D. A., Talley, N. J., Ruddy, J., & Ford, A. C. (2020). Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. *Lancet (London, England)*, *396*(10263), 1664–1674. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32115-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32115-2)
- Black, J., Sweeney, L., Yuan, Y., Singh, H., Norton, C., & Czubier-Dochan, W. (2022). Systematic review: the role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *56*(8), 1235–1249. <https://doi.org/10.1111/apt.17202>
- Borren, N. Z., van der Woude, C. J., & Ananthakrishnan, A. N. (2019). Fatigue in IBD: epidemiology, pathophysiology and management. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, *16*(4), 247–259. <https://doi.org/10.1038/s41575-018-0091-9>
- Bužgová, R., Hajnová, E., Feltl, D., & Stolička, M. (2014). Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Český a slovenský psychiatr*, *110*(5), 243-249. <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=981>
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada Publishing.
- Carabotti, M., Scirocco, A., Maselli, M. A., & Severi, C. (2015). The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Annals of gastroenterology*, *28*(2), 203–209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830558/>
- Cleveland Clinic. (2021, January 14). *Gastrointestinal diseases*. Retrieved March 2, 2024 from <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/7040-gastrointestinal-diseases>
- Cong, X., Li, Y., & Bian, R. (2022). Relationship between neuroticism and gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome: the mediating role of sleep. *Iranian journal of public health*, *51*(9), 1999–2006. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i9.10554>

- Čermák, I., & Kostínková, J. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych & Kolektiv (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy* (s. 9-43). Masarykova Univerzita.
- Danese, S., Hoffman, C., Vel, S., Greco, M., Szabo, H., Wilson, B., & Avedano, L. (2014). Anaemia from a patient perspective in inflammatory bowel disease: results from the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Association's online survey. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 26(12), 1385–1391. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000200>
- DeGruttola, A. K., Low, D., Mizoguchi, A., & Mizoguchi, E. (2016). Current understanding of dysbiosis in disease in human and animal models. *Inflammatory bowel diseases*, 22(5), 1137–1150. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000750>
- Drossman, D. A. & Hasler, W. L. (2016). Rome IV—functional gi disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257-1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-127. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Engel, F., Berens, S., Gauss, A., Schaefer, R., Eich, W., & Tesarz, J. (2021). Higher levels of psychological burden and alterations in personality functioning in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Frontiers in Psychology*, 12, 671493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.671493>
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu (2. Vyd.). Portál.
- Fikree, A., & Byrne, P. (2021). Management of functional gastrointestinal disorders. *Clinical medicine (London, England)*, 21(1), 44–52. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0980>
- Frändemark, Å., Törnblom, H., Simrén, M., & Jakobsson, S. (2022). Maintaining work life under threat of symptoms: a grounded theory study of work life experiences in persons with Irritable Bowel Syndrome. *BMC gastroenterology*, 22(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02158-4>

González-Arancibia, C., Urrutia-Piñones, J., Illanes-González, J., Martínez-Pinto, J., Sotomayor-Zárate, R., Julio-Pieper, M., & Bravo, J. A. (2019). Do your gut microbes affect your brain dopamine?. *Psychopharmacology*, *236*(5), 1611–1622. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05265-5>

Grodzinsky, E., Walter, S., Viktorsson, L., Carlsson, A. K., Jones, M. P., & Faresjö, Å. (2015). More negative self-esteem and inferior coping strategies among patients diagnosed with IBS compared with patients without IBS—a case-control study in primary care. *BMC family practice*, *16*, 6. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0225-x>

Guzel, T., & Mirowska-Guzel, D. (2022). The role of serotonin neurotransmission in gastrointestinal tract and pharmacotherapy. *Molecules*, *27*, 1680. <https://doi.org/10.3390/molecules27051680>

Hamama-Raz, Y., Nativ, S., & Hamama, L. (2021). Post-traumatic growth in inflammatory bowel disease patients: The role of illness cognitions and physical quality of life. *Journal of Crohn's and Colitis*, *15*(8), 1060–1067. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa247>

Harer, K. N. (2019). Irritable bowel syndrome, disordered eating, and eating disorders. *Gastroenterology & hepatology*, *15*(5), 280–282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6589841/>

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (5. Vyd.). Grada Publishing.

Herman, J. P., Nawreen, N., Smail, M. A., & Cotella, E. M. (2020). Brain mechanisms of HPA axis regulation: neurocircuitry and feedback in context Richard Kvetnansky lecture. *Stress*, *23*(6), 617–632. <https://doi.org/10.1080/10253890.2020.1859475>

Hetterich, L., Mack, I., Giel, K. E., Zipfel, S., & Stengel, A. (2019). An update on gastrointestinal disturbances in eating disorders. *Molecular and cellular endocrinology*, *497*, 110318. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2018.10.016>

Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(2), 74-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hrncir, T. (2022). Gut microbiota dysbiosis: triggers, consequences, diagnostic and therapeutic options. *Microorganisms*, 10(3), 578. <https://doi.org/10.3390/microorganisms10030578>
- Hyman, P.E. & Santucci, N.R. (2021). Approach to the child with a functional gastrointestinal disorder. In R. Wyllie & J. S. Hyams, & M. Kay M, editors. *Pediatric gastrointestinal and liver disease (6th ed)*. Elsevier, 61-69. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323672931000074>
- Chen, M., Ruan, G., Chen, L., Ying, S., Li, G., Xu, F., Xiao, Z., Tian, Y., Lv, L., Ping, Y., Cheng, Y., & Wei, Y. (2022). Neurotransmitter and intestinal interactions: focus on the microbiota-gut-brain axis in irritable bowel syndrome. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 817100. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.817100>
- Chrobák, L. a kol. (2007). *Propedeutika vnitřního lékařství* (2. vydání). Grada Publishing.
- Iani, L., Lauriola, M., & Costantini, M. (2014). A confirmatory bifactor analysis of the hospital anxiety and depression scale in an Italian community sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(84). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-84>
- Jacobson, A., Yang, D., Vella, M., & Chiu, I. M. (2021). The intestinal neuro-immune axis: crosstalk between neurons, immune cells, and microbes. *Mucosal immunology*, 14(3), 555–565. <https://doi.org/10.1038/s41385-020-00368-1>
- Jafar, W., & Morgan, J. (2021). Anorexia nervosa and the gastrointestinal tract. *Frontline gastroenterology*, 13(4), 316–324. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2021-101857>
- Jochmannová, L. & Kimplová, T. (2022). *Psychologie zdraví*. Grada Publishing.

- Jordi, S. B. U., Lang, B. M., Wyss, J., Auschra, B., Yilmaz, B., Krupka, N., Greuter, T., Schreiner, P., Biedermann, L., Preisig, M., von Känel, R., Rogler, G., Begré, S., Misselwitz, B., & Swiss IBD cohort study group (2022). The personality traits activity, self-reproach, and negative affect jointly predict clinical recurrence, depressive symptoms, and low quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Journal of gastroenterology*, 57(11), 848–866. <https://doi.org/10.1007/s00535-022-01902-7>
- Kim, Y. S., Jung, S. A., Lee, K. M., Park, S. J., Kim, T. O., Choi, C. H., Kim, H. G., Moon, W., Moon, C. M., Song, H. K., Na, S. Y., Yang, S. K., & Korean Association for the Study of Intestinal Diseases (KASID) (2017). Impact of inflammatory bowel disease on daily life: an online survey by the Korean Association for the Study of Intestinal Diseases. *Intestinal research*, 15(3), 338–344. <https://doi.org/10.5217/ir.2017.15.3.338>
- La Torre, D., Van Oudenhove, L., Vanuytsel, T., & Verbeke, K. (2023). Psychosocial stress-induced intestinal permeability in healthy humans: What is the evidence?. *Neurobiology of stress*, 27, 100579. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2023.100579>
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393–1407. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Lee, S. H., Eun Kwon, J., & Cho, M.-L. (2018). Immunological pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Intestinal Research*, 16(1), 26–42. <https://doi.org/10.5217/ir.2018.16.1.26>
- Leistner, C., & Menke, A. (2020). Chapter 4 - Hypothalamic–pituitary–adrenal axis and stress. In R. Lanzenberger, G. S. Kranz, & I. Savic (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology*, 175, 55–64. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00004-7>
- Liu, B., Wanders, A., Wirdefeldt, K., Sjölander, A., Sachs, M. C., Eberhardson, M., Ye, W., Ekblom, A., Olén, O., & Ludvigsson, J. F. (2020). Vagotomy and subsequent risk of inflammatory bowel disease: a nationwide register-based matched cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 51(11), 1022–1030. <https://doi.org/10.1111/apt.15715>

- Loh, J. S., Mak, W. Q., Tan, L. K. S., Ng, C. X., Chan, H. H., Yeow, S. H., Foo, J. B., Ong, Y. S., How, C. W., & Khaw, K. Y. (2024). Microbiota–gut–brain axis and its therapeutic applications in neurodegenerative diseases. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(37). <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01743-1>
- Lukáš, M. a kol. (2020). *Idiopatické střevní záněty*. Grada Publishing.
- Lukáš, M. a kol. (2021). *Idiopatické střevní záněty II*. Grada Publishing.
- Lukáš, M., Hoch, J. a kol. (2018). *Nemoci střev*. Grada Publishing.
- Magaldi, D., & Berler, M. (2020). Semi-structured interviews. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_857
- Mårild, K., Størdal, K., Bulik, C. M., Rewers, M., Ekbom, A., Liu, E., & Ludvigsson, J. F. (2017). Celiac disease and Anorexia nervosa: a nationwide study. *Pediatrics*, 139(5), e20164367. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4367>
- McDowell, C., Farooq, U., & Haseeb, M. (2024, August 4). Inflammatory bowel disease. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/>
- Mikami, Y., Tsunoda, J., Kiyohara, H., Taniki, N., Teratani, T., & Kanai, T. (2022). Vagus nerve-mediated intestinal immune regulation: therapeutic implications of inflammatory bowel diseases. *International Immunology*, 34(2), 97–106. <https://doi.org/10.1093/intimm/dxab039>
- Mikocka-Walus, A., Prady, S. L., Pollok, J., Esterman, A. J., Gordon, A. L., Knowles, S., & Andrews, J. M. (2019). Adjuvant therapy with antidepressants for the management of inflammatory bowel disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD012680. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012680.pub2>
- Mitreă, L., Nemeş, S. A., Szabo, K., Teleky, B. E., & Vodnar, D. C. (2022). Guts imbalance imbalances the brain: a review of gut microbiota association with neurological and psychiatric disorders. *Frontiers in medicine*, 9, 813204. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.813204>

- Monteiro, R. P., Coelho, G. L. de H., Hanel, P. H. P., Medeiros, E. D. de, & Gomes da Silva, P. D. (2022). The efficient assessment of self-esteem: proposing the brief Rosenberg Self-Esteem Scale. *Applied Research Quality Life*, 17, 931–947 <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09936-4>
- Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Mento, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2016). Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 22(28), 6402-6415. <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v22/i28/6402.htm>
- Nakonečný, M. (2021). *Psychologie osobnosti*. Triton.
- Nevots, C., Nisior, E., & Sabaté, J.-M. (2023). Living with irritable bowel syndrome: a significant impact on patients' everyday lives. *Ethics, Medicine, and Public Health*, 26, 100857. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2022.100857>
- Nocerino, A., Nguyen, A., Agrawal, M., Mone, A., Lakhani, K., & Swaminath, A. (2020). Fatigue in Inflammatory bowel diseases: etiologies and management. *Advances in therapy*, 37(1), 97–112. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01151-w>
- Norton, B. A., Thomas, R., Lomax, K. G., & Dudley-Brown, S. (2012). Patient perspectives on the impact of Crohn's disease: results from group interviews. *Patient preference and adherence*, 6, 509–520. <https://doi.org/10.2147/PPA.S32690>
- Okawa Y. (2021). Development of colonic transit time and ultrasound imaging tools as objective indicators for assessing abnormal defecation associated with food intake: a narrative review based on previous scientific knowledge. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00222-1>
- Opheim, R., Moum, B., Grimstad, B. T., Jahnsen, J., Prytz Berset, I., Hovde, Ø., Huppertz-Hauss, G., Bernklev, T., & Jelsness-Jørgensen, L. P. (2020). Self-esteem in patients with inflammatory bowel disease. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(7), 1839–1846. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02467-9>
- Orel, M. (2019). *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Grada Publishing.

Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., Arat, S., Vandenberghe, J., Westhovens, R., & Moons, P. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 25(4), 429–440. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9552-0>

Oshaghi, M., Kourosch-Arami, M., & Roozbehkia, M. (2023). Role of neurotransmitters in immune-mediated inflammatory disorders: a crosstalk between the nervous and immune systems. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 44(1), 99–113. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06413-0>

Peters, L. A. & Brown, E. M. (2022). The relationship between illness identity and the self-management of Inflammatory Bowel Disease. *British Journal of Health Psychology*, 27(3), 956-970. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12584>

Petersen, M. W., Schröder, A., Jørgensen, T., Ørnboel, E., Meinertz Dantoft, T., Eliassen, M., Benros, M. E., & Fink, P. (2020). Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. *Scientific reports*, 10(1), 3273. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60318-6>

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, 74(2), 116–143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>

Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova Univerzita Brno.

Santana, P. T., Rosas, S. L. B., Ribeiro, B. E., Marinho, Y., & de Souza, H. S. P. (2022). Dysbiosis in inflammatory bowel disease: pathogenic role and potential therapeutic targets. *International Journal of Molecular Sciences*, 23, 3464. <https://doi.org/10.3390/ijms23073464>

Santonicola, A., Gagliardi, M., Guarino, M. P. L., Siniscalchi, M., Ciacci, C., & Iovino, P. (2019). Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients*, 11(12), 3038. <https://doi.org/10.3390/nu11123038>

Sharabi, A. F. & Carey, F. J. (2023, August 14). Anatomy, abdomen and pelvis, splanchnic nerves. In *StatPearls*. Retrieved February 26, 2024, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560504/>

Sheng, J. A., Bales, N. J., Myers, S. A., Bautista, A. I., Roueifar, M., Hale, T. M., & Handa, R. J. (2021). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis: development, programming actions of hormones, and maternal-fetal interactions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *14*, 601939. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.601939>

Shorey, S., Demutska, A., Chan, V., & Siah, K. T. H. (2021). Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *140*, 110289. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110289>

Showers, C. J., Ditzfeld, C. P., & Zeigler-Hill, V. (2015). Self-concept structure and the quality of self-knowledge. *Journal of personality*, *83*(5), 535–551. <https://doi.org/10.1111/jopy.12130>

Schreiner, P., Rossel, J. B., Biedermann, L., Valko, P. O., Baumann, C. R., Greuter, T., Scharl, M., Vavricka, S. R., Pittet, V., Juillerat, P., Rogler, G., von Känel, R., Misselwitz, B., & Swiss IBD Cohort Study Group (2021). Fatigue in inflammatory bowel disease and its impact on daily activities. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *53*(1), 138–149. <https://doi.org/10.1111/apt.16145>

Simpson, C. A., Diaz-Arteche, C., Eliby, D., Schwartz, O. S., Simmons, J. G., & Cowan, C. S. M. (2021). The gut microbiota in anxiety and depression - a systematic review. *Clinical psychology review*, *83*, 101943. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101943>

Snaith R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and quality of life outcomes*, *1*, 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

Solimanifar, O., Soleymanifar, A., & Afrisham, R. (2018). Relationship between personality and biological reactivity to stress: a review. *Psychiatry investigation*, *15*(12), 1100–1114. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.10.14.2>

- Sperber, A. D., Bangdiwala, S. I., Drossman, D. A., Ghoshal, U. C., Simren, M., Tack, J., Whitehead, W. E., Dumitrascu, D. L., Fang, X., Fukudo, S., Kellow, J., Okeke, E., Quigley, E. M. M., Schmulson, M., Whorwell, P., Archampong, T., Adibi, P., Andresen, V., Benninga, M. A., Bonaz, B., ... Palsson, O. S. (2021). Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome foundation global study. *Gastroenterology*, *160*(1), 99–114.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
- Staudacher, H. M., Black, C. J., Teasdale, S. B., Miklocka-Walus, A., & Keefer, L. (2023). Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity — approach to multidisciplinary management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, *20*, 582–596. <https://doi.org/10.1038/s41575-023-00794-z>
- Stern, A. F. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*, *64*(5), 393–394. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024>
- Tarar, Z. I., Farooq, U., Zafar, Y., Gandhi, M., Raza, S., Kamal, F., Tarar, M. F., & Ghouri, Y. A. (2023). Burden of anxiety and depression among hospitalized patients with irritable bowel syndrome: A nationwide analysis. *Irish Journal of Medical Science*, *192*, 2159–2166. <https://doi.org/10.1007/s11845-022-03258-6>
- Tausk, F., Elenkov, I., & Moynihan, J. (2008). Psychoneuroimmunology. *Dermatologic Therapy*, *21*(1), 22–31. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00166.x>
- Tobias, A. & Sadiq, N. M. (2022, September 26). Physiology, gastrointestinal nervous control. In *StatPearls*. Retrieved March 2, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545268/>
- Trindade, I. A., Melchior, C., Törnblom, H., & Simrén, M. (2022). Quality of life in irritable bowel syndrome: exploring mediating factors through structural equation modelling. *Journal of psychosomatic research*, *159*, 110809. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110809>
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova.
- Van der Kolk, B. (2022). *Telo si pamätá*. Tatran.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? *World Health Forum*, 17(4), 354-356. <https://iris.who.int/handle/10665/54358>

World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.

Wu, Q., Zhu, P., Liu, X., Chen, C., Ji, Q. & Gu, Q. (2022). The impact of family function on mental health status in patient with inflammatory bowel disease: The mediating role of self-esteem. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1007318>

Yan, Q., Chen, J., Ren, X., Song, Y., Xu, J., Xuan, S., Jiang, X., Kuang, Z., & Tang, Z. (2023). Vagus nerve stimulation relieves irritable bowel syndrome and the associated depression via a7nAChR-mediated anti-inflammatory pathway. *Neuroscience*, 530, 26–37. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2023.08.026>

Zavoral, M. a kol. (2021). *Mařatkova Gastroenterologie*. Karolinum.

Zhang, T., Ma, X., Tian, W., Zhang, J., Wei, Y., Zhang, B., Wang, F., & Tang, X. (2022). Global research trends in irritable bowel syndrome: a bibliometric and visualized study. *Frontiers in medicine*, 9, 922063. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.922063>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Abstrakt v slovenskom jazyku
2. Abstrakt v anglickom jazyku
3. Plagát
4. Ukážka prepisu rozhovoru
5. Zoznam otázok k rozhovoru

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Holistický pohľad na gastrointestinálne ochorenia: Od štrukturálnych ochorení k psycho-neuro-imunológii a role psyché

Autor práce: Lucia Školníková

Vedúci práce: doc. PhDr. Radko Obereigner Ph.D.

Počet strán a znakov: 81 strán, 161 902 znakov

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 103

Abstrakt (800–1200 zn.):

V tejto bakalárskej práci skúmame vplyv chronických gastrointestinálnych ochorení (CD a IBS) na kvalitu života mladých dospelých (18-30 rokov). Práca ponúka úvod do gastroenterológie, fungovania nervového systému a vzťahu medzi črevom a mozgom. Ďalej sa venuje vplyvu stresu a psychických faktorov na rozvoj ochorení. Analýza rozhovorov s 9 respondentmi (5 s CD a 4 s IBS) ukazuje, ako choroby ovplyvňujú osobné vzťahy, prácu, stravovanie a celkový vzťah k jedlu. Výsledky poukazujú na značný vplyv týchto ochorení na život mladých dospelých. Jedinci sú nútení k plánovaniu jedál, vyhýbaniu sa niektorým potravinám a zvládaniu tráviacich ťažkostí ovplyvňujúcich prácu a sociálny život. Významnú úlohu zohráva psychická podpora a zvláštny dôraz sa kladie na vzťah k jedlu a vplyv stresu. Výsledky dotazníka Nemocniční škála úzkosti a deprese (HADS) ukazujú, že najmä respondenti s CD majú zvýšené skóre úzkosti. Práca zdôrazňuje potrebu rozšírenia povedomia a zlepšenia porozumenia o týchto ochoreniach medzi odborníkmi aj verejnosťou. Zároveň vyzýva k ďalšiemu výskumu s cieľom zlepšiť diagnostiku, liečbu a podporu pacientov.

Kľúčové slová: gastrointestinálne ochorenia, kvalita života, os črevo-mozog, stres

ABSTRACT OF THESIS

Title: A holistic view of gastrointestinal diseases: From structural diseases to psycho-neuro-immunology and the role of psyche

Author: Lucia Školníková

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů Ph.D.

Number of pages and characters: 81 pages, 161 902 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 103

Abstract (800–1200 characters):

In this bachelor thesis we investigate the impact of chronic gastrointestinal diseases (CD and IBS) on the quality of life of young adults (18-30 years). The thesis offers an introduction to gastroenterology, the functioning of the nervous system and the relationship between the gut and the brain. It also discusses the impact of stress and psychological factors on the development of the diseases. Analysis of interviews with 9 respondents (5 with CD and 4 with IBS) shows how illnesses affect personal relationships, work, eating and overall relationship with food. The results show the considerable impact of these diseases on the lives of young adults. Individuals are forced to plan meals, avoid certain foods and manage digestive difficulties affecting work and social life. Psychological support plays an important role and particular emphasis is placed on the relationship with food and the impact of stress. Results from the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire show that respondents with CD in particular have elevated anxiety scores. The work highlights the need to expand awareness and improve understanding of these conditions among professionals and the public. It also calls for further research to improve diagnosis, treatment and patient support.

Keywords: gastrointestinal diseases, quality of life, gut-brain axis, stress

PLAGÁT



Katedra
psychologie
Filozofická fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci

ZAPOJTE SA DO VÝSKUMU!

Získajme Komplexnejší Pohľad na Ochorenie IBS & IBD

Bolo vám diagnostikované **ochorenie IBS** (Syndróm dráždivého čreva) alebo **IBD** (Crohnova choroba/ Ulcerózna kolitída)? Máte **18-30 rokov**? **Zdieľajte** vašu skúsenosť s ochorením v krátkom rozhovore.

Bližšie Informácie

Podajte sa o vašu skúsenosť, pocity, či následky vzniku vášho IBS/IBD. Zúčastnite sa súkromného 40-minútového rozhovoru týkajúceho sa života s ochorením, vedeného študentkou 3. ročníka psychológie v rámci bakalárskej práce. Svojou účasťou pomôžte zvýšiť kvalitu poznatkov o vplyve gastrointestinálnych ochorení na fyzickú, duševnú, sociálnu a spirituálnu stránku človeka.

Kontakt

Lucia Školníková
študentka Bc. Psychologie na
Univerzite Palackého v Olomouci
lu.skolnikova@gmail.com



UKÁŽKA PREPISU ROZHOVORU

R1: Muž, 28 rokov, Syndróm dráždivého čreva (IBS)

T: Tak a keby sme sa vrátili na začiatok, čo si ty predstavuješ pod tým názvom, syndróm dráždivého čreva? Čo to pre teba znamená? Ako si to v hlave predstavuješ?

R: Ach (smích) nevím, co mám odpovědět... Tak pro mě, je to asi jenom takový to, že vím, že s něčím takovým musím počítat, že to je nějaká forma omezení pro mě, že to je něco prostě co tady je. Nemůžu to ovlivnit a musím s tím nějakým způsobem pracovat, že to je něco, co dokážu podchytit do určité míry, ale že prostě nějaký následky bohužel neovlivním. To asi toto pro mě znamená, jestli to dokážu nějak rozumně formulovat. A že se musím prostě v určitých situacích hlídat, že když třeba jsou nějaký zvýšený stresový nároky, což vzhledem k mojí práci je docela vtipný, ale... Snažím se snížit si tu míru toho stresu, a pak se snažím prostě vyvarovat některým potravinám, takovým těm víc jako agresivnějším, jako je třeba pálivý a podobně. Jo, že třeba vím, že prostě nadýmání, potraviny dělají neplechu apod.

T: Keď už hovoríme o príznakoch. Takže približne kedy sa to u teba osobne začalo?

R: No. Tady ten, tady toleto toto IBS. Tak to si myslím bylo tak 2013-2014 jako.

T: A čo boli tvoje prvé príznaky?

R: Primárně to byly asi největší jakože křeče v břiše a bolesti.

T: Pamätáš si po akých jedlách to bolo?

R: Ne. Já právě jenom vím, že právě to byl ten třetí, čtvrtý ročník na té střední. Tak já jsem teda právě nebyl moc fanoušek chození do školy, měli jsme tam prostě...nějakej blok tam trošičku byl, moc se mi tam nechtělo. A myslím si, že ten stres byl, samozřejmě z dlouhodobého hlediska, byl ten spouštěč. Vyloženě, že by to bylo jako potravinama, to si úplně v té době nemyslím. Ten stres. Já jsem tehdy byl takový fakt jako hodně stresář, že jsem si byl sebou nejistej. Ať to bylo nějaký nízký sebevědomí, komunikace mezi ostatníma a celkově i ta škola jako taková, tak jsem se vnímal pod nějakým tlakem. No a neuměl jsem s tím pracovat, bohužel jako vůbec.

R: Ty si navštevoval tu v Olomouci nějakú školu?

T: Ano, já jsem chodil tady na střední. Teďka se to jmenuje XXX střední škola a dřív se to jmenovalo XXX, ale mám tam jakoby ekonomku.

T: Takže máš odbornú školu vyštudovanú?

R: Ano.

T: A pamätáš si, z akého dôvodu si nemal dobrý vzťah ku škole? Myslíš, že to bolo ovplyvnené základnou školou, alebo to začalo na tej strednej?

R: Já si myslím, že ten môj vzťah k té škole byl negativní, protože jsem jako v ní neviděl úplně budoucnost. Já jsem sice na ten obor jakoby chtěl, ale chtěl jsem, protože naši mi dali nějakou alternativu, co bych tak jako mohl dělat, co by tak jako bylo fajn a nějakým způsobem se mi to, se mi to jako líbilo. A když to šlo potom do nějakýho toho procesu jako už prostě fungování jsem si říkal dobře, tak udělám si nějakou střední, ale nebude to moje budoucnost, jo? Já třeba furt doteď nevím. To je takový to, jak když za tebou vždycky přijde v dětství někdo dospělý a čím chceš, abys byl. Prostě čím se chceš jako stát? Co chceš jako dělat? Jo. A já jsem vždycky říkal, že jako když jsem byl děcko, tak jsem se hrál s roboty, tak jsem říkal budu stavět roboty. Jako jo. Z toho vyrosteš, a pak se dostaneš do té fáze, že jako – co ze mě bude? Co bych jako chtěl dělat? A já to pořád nevím. Já to nevím do teď. Jako jo, já spíš mám danou jenom tu prioritu toho, aby mě ta práce bavila.

T: A v súčasnosti máš taký pocit, že ťa to baví – tá práca?

R: Jo, já jsem určitě mezi takovýma dvouma postavama, kdy tu práci úplně miluju a kdy ji nenávidím. Tak prostě mezitím. (smích) Jako ano, je to práce s lidma, je to někdy náročný v té dopravě, to někdy je legrace. Ale obecně můžu říct, že tu práci jako mám rád.

T: A ako dlho tam vlastne pracuješ?

R: Teďka to budou... v březnu to bylo 4 roky.

T: A čo sa týka vlastne práce a tých tvojich symptómov, už si sa predtým vyskytoval v nejakej situácii, že si musel ísť na tú neschopenku?

R: Jo, přesně tak. A největší asi trabl bylo tak 5 roků zpátky. To nebylo teďka v aktuální práci, ale v té předchozí, kdy jsem pracoval jako prodavač v XXX. A tam se mi... A nebylo to konkrétně to IBS. Bylo to právě ty divertikly a tam jsem před nástupem vlastně do té práce byl asi týden 10 dní hospitalizovaný v nemocnici. Vlastně, že to střevo se celý zanítilo, začlo prostě krvácet a takhle.

T: Vtedy u teba prebehla nejaká liečba?

R: Určitě. Tam jsem dostal antibiotika, přímo.

T: Tie si užíval ako dlho? Pamätáš si?

R: No určitě, co jsem byl v té nemocnici, že to bylo těch sedm až deset dní. A pokud je to nějak jako důležitý, tak ty antibiotika jako užívám teď během roku třeba i šestkrát, sedmkrát.

T: Čo sa týka vlastne tých symptómov IBS a tých antibiotík, máš taký pocit, že je to vtedy lepšie, alebo je to skôr horšie? Alebo sa to nemení?

R: Je to asi blbý, ale většinou je to s nima lepší. Bohužel.

T: Takže to skôr pomôže na tie symptómy?

R: Mě jo.

T: V súvislosti s takými prechodnými chrípkami berieš antibiotiká?

R: Ne, to nikdy. To většinou ne. Jedinou věc, kterou vždycky jako nezvládám, tak je v létě. To je každoročně vždycky standardně, když se objeví to období, kdy já vlastně jsem ve voze a klimatizujeme tam, tak já chytanu angínu. A většinou takovou, že jako přicházím kompletně o hlas, jsem úplně hotovej a to tělo to nezvládá. Takže většinou jdou antibiotika z takovýho toho jako rýmička kašilek, tak jenom v tom létě většinou jednou za rok.

...

T: Keď si začal pociťovať tie limitujúce symptómy, ako si vtedy konal? Navštívil si všeobecného lekára?

R: Jo, přesně tak. Ano, to bylo právě kolem té střední. Právě jsem říkal, jako mám tady ty trable. My jsme udělali všechny různé vyšetření. Jako kontrolu žaludku a krev a různé stěry. A tam se ukázalo, že jako takhle to vypadá jako všechno v pohodě. A právě tehdy jako doktorka říkala jako a můžete mi to nějak jako popsat? Já jsem jí to trochu víc jako ještě... A ona řekla: "No ale to vypadá jako prostě že máte jako dráždivý tračník." A říkám: "aha, a co s tím jako můžu dělat?" Říká: "Já mám pro vás blbou zprávu, s tím se toho moc jako dělat nedá." No tak od té doby prostě vím, že když nastanou tady ty stresový situace a podobně, tak že.. nějak s tím jako fungujeme. Ale ono to v té době ono to nebylo tak dramatický. Protože jsem ještě neměl úplně rozjetou tu alergii na ten, třeba na ten kasein.

T: A to bolo stále na tej strednej?

R: Ano, přesně tak. Ano. To bylo přesně na hranici toho, kdy já jsem vlastně skončil tu střední a nějak jsem se zapojoval do pracovního procesu.

T: A vtedy si podstúpil aj kolonoskopiu aj endoskopiu?

R: Pěsne tak.

T: Testy na intolerancie?

R: Ano.

T: A tebe dal vtedy lekár nejakú liečbu alebo sa to neliečilo?

R: Jako vyloženě léky jsem na to nedostal. Jediný co, tak v případě třeba nějakého překyselení nebo tak, tak jsem dostal, akorát Omeprazol.

...

T: A čo sa týka iných suplementov, tie berieš?

R: Já zkouším teďka nově, protože ono mi nic moc jinýho nezbyvá, protože vlastně z té konzervativní léčby vlastně už jsme vyzkoušeli úplně všechno. A dokonce jsme zkoušeli právě i co se týče jako jak bývají léky na Crohna, jako je ten... Já si teď nemůžu vzpomenout. Zkoušeli jsme kortikosteroid XXX. A ten byl úplně bez nějakýho dramatického účinku, ten se minul úplně. A myslím, že se to jmenuje XXX a jsou to takový kuličky. Víím, že se to ve formě čípků a tabletek a tak těch kuliček, ale nemůžu si zaboha vzpomenu jak se to jmenuje. Mělo by to být něco přímo na ulcerózní kolitidu. Protože jsem jak na toho Crohna, tak i na tu kolitidu jsem byl testovaný a tam všechno vyšlo negativní, což... na jednu stranu je fajn, na druhou stranu jsem byl hodně nešťastnej z toho, že mám jako takový trable při jenom něčem, co jako nikomu vůbec nevaří, co nikoho nerozhodí. Třeba. A jako já mám výborného gastroenterologa, kterej je otevřenej všem těm možnostem, co jako, protože to se mnou není jednoduchý. Nejsem úplně jako klasický případ, protože třeba ty divertikly jako takový mají lidi většinou s tím probléím až 50+. Jo, mi to začalo kolem těch pětadvaceti, což je prostě mimo tabulky. No takže jsme zkoušeli právě i ty léky jak na tu kolitidu, co byly asi ty imunopresiva a zkoušeli jsme ty kortikoidy a aktuálně tam máme danej ten XXX a když jsou nějaký potíže, tak ten XXX s tím XXX.

T: Takže tú farmakoterapeutickú liečbu si podstúpil?

R: Jo. Máme asi úplně všechno. Tam už není jako nic.

T: V súčasnosti na nejaké pravidelné kontroly k nemu chodíš?

R: Hmmm. Jde o to, že spíš já to mám jako takový nárazovky, že to spíš jako zničehonic přijde. Jsou to jako průjmy s velkým množstvím hleny a máme spolu takovou úmluvu, že když prostě dojde, dojde na krev, tak se vidíme. (smích) No takže nějaký pravidelný kontrolování nemáme, protože se vidíme třeba na dvou tří měsíční bázi, někdy jako třeba co 14 dnů, někdy je to prostě nešťastný, no.

T: No a vlastne vtedy, keď keď je to ako vážnejšie a je ti nastavený ďalší liek? Alebo ako on vlastne koná? Ten lekár.

R: No, on vlastně v tu chvíli, kdy se začne ten stav jako takhle dramaticky zhoršovat, kdy už prostě fakt jako seš v bolestech, křečích, nedokážeš fungovat. Posledně to byla hodně velká párty a bylo to asi sobota nebo neděle. To bylo teď někdy ještě ve vánočním čase. Tak jsem šel do nemocnice. Ale kdybych šel za ním, tak to vyřeším jako třeba antibiotika. A protože on samozřejmě ví, že to přijde, uděláme krevní test na hladinu toho CRP. A podle toho se vždycky rozhodne.

T: A okrem toho gastroenterológa, si v kontakte ešte s nejakým iným odborníkom?

R: Určitě. Chodím. Jakoby tu neschopenku jako takovou tu mám vedenou u svojí obvodní doktorky, ale teďka jsem objednaný právě na obezitologii a dietologii právě k nám tady do fakulty, ale tam jdu až v březnu.

T: A čo sa týka možno nejakej inej alternatívnej liečby, tu si niekedy skúšal?

R: Jo, právě jsem jako zvažoval tu čínskou medicínu a s tím, že mám právě kamaráda, kterej má Crohna a ten mi doporučil jednoho pána s tím, že vlastně on dělá nějakou... Co se týče těch střev, tak mix nějakých bylinek, plus právě tu akupunkturu. A potom jak jsme se o tom nějak bavili, tak jakože doporučil mi to, že to je fajn, ale že jakoby ten účinek není takovej, jak by si úplně jako představoval. Takže ve finále jsme se dostali k tomu, že z mé strany mě to prostě nepřesvědčilo, abych to jako vyzkoušel. Co se týče nějakých jako léků a právě těch bylinek a podobně, co si člověk může jako pořídit sám. Tak já mám udělaný teďka aktuálně čajík mix z různých bylinek, kde to je nějaká mochna, možná řebříček, kopřiva, prostě všechny ty věci, který jsem se který jsem jakoby dohledal, že by měly fungovat prostě jako protizánětlivě a příznivě na to trávení. Tak to se snažím tak nějak jako popíjet třeba 2 šálky denně a jestli to má nějaký účinek, to teď těžko říct. No a další věc, tak zkusíme nově Dračí krev. No a každý ráno ještě. Jmenuje se to XXX. No

má to být kyselina křemičitá, nebo něco takového? No, že by to mohlo teoreticky snížit to množství toho zánětu? Takže to asi je všechno. (úsměv)

T: A cítíš aktuálně nějaký efekt?

R: Hmm. Byl jsem přesvědčenější ještě tak do minulého týdne, že je to lepší. Teď už si tím tak jistý nejsem. (smích)

T: Bolo to vyvolané nejakou udalosťou? To zhoršenie.

R: Hmm. Nevím úplně co přesně. Myslím si, že prostě, že mi to třeba. Že se to rozjelo tak, jak by se to mohlo rozjet. Tak to si myslím, že to, že ta situace toho zánětu tam jakoby proběhla, ale ne na takovou úroveň, že to tělo nějak zvládlo. Že to tělu jako pomáhá, ale myslím si, že aby to vyřešilo ten můj stav, tak to stačit nebude. Určitě. Neřekl bych, že to je nefunkční, že to je k ničemu. Jo, ale nevím, která z těch jestli jsou to ty čajíky nebo ta krev nebo ten XXX, nebo ta kombinace dohromady, jestli to má nějaký, co z toho má ten efekt, to bohužel nevím.

T: Ale teda snažíš sa aktívne vyhľadávať pomoc?

R: Velice, velice.

T: A čo sa týka možno nejakých relaxačných cvičení, s tým máš akú skúsenosť? Možno nejaká meditácia, jóga?

R: Co se týče jako meditace, tak to mám největší zkušenost právě z období té střední školy a to většinou dopadlo tak, že jsem usnul. (smích) Takže já vím, že se to stává lidem, co se snaží jako. Ale já jsem se nikdy nedostal přes tu fázi, aniž by mě to aspoň na chvíli nevezalo. Já jsem, já spíš relaxuju tak, že prostě jsem doma, jsem v klidu a jsem hodně zaseknutý na počítači. Nějaký YouTube, surfování. Jsem aktivní hráč WOWka, LOLka. Takže jakože tady ty, tady ty úniky z té reality těžce, tak to je, to je můj relax, tam já úplně vypnu mentálně.

R: A myslíš, že si to takto mával aj keď si bol mladší?

R: Určitě. To se mnou nese. No, no.

...

T: A čo je taký najvýznamnejší faktor, ktorý proste tebe aktuálne ovplyvňuje život?

R: No. Asi to, že mám problém si cokoliv naplánovat. Reálně. No...protože...no cokoliv. Obecně, celkově to fungování jako normální člověk. Když to řeknu blbě, fakt jako to, že

třeba dneska jsme jako v klidu, to je taky docela zázrak, že si tak jako můžem povídat, že máme ten rozhovor, protože někdy se prostě stane zničeho nic, že právě přijdou ty křeče. Není ti dobře, máš bolesti. A u mě to většinou jako vypadá tak, že prostě na hodinku a půl se zavřu na záchodě. Úplně s přehledem.

T: No a čo si vlastne v tom živote musel zmeniť? Kvôli tomu ochoreniu.

R: Hmm. No, aktuálně, protože jsme v té fázi jako takové, že už jsem na té neschopence a mám opravdu problém fungovat běžně. Tak právě zvažujeme, jak to bude s mojí prací vypadat. Vypadat jako dál, protože ono přece jenom nemám tam nějakou benevolenci. Asi jako řidič prostě nemůžu vzít nějakou home-office a nemůžu si říct jo, tak já dneska nepřijdu, nebo že si vezmu sick day. Je to trošku náročný, protože za mě se vždycky musí najít náhrada. A to buď jako aspoň ten den předstihu, což já vůbec nevím, jak bude následující den vypadat. Je to taková nejistota? A nebo za mě jezdí? Říká se tomu pohotovost. Jsou to dva lidi, kteří jsou vyhranění na to, když třeba se řidičovi udělá zle nebo se stane nějaká nehoda a musí vyjet. Nebo se třeba porouchá nějaká tramvaj a je potřeba ji vyměnit a svým způsobem to, že když já jsem v práci, tak je to vždycky nějaký riziko, že tady ten člověk za mě bude muset jezdit, což je strašně takový nepříjemný.

...

ZOZNAM OTÁZOK K ROZHOVORU

1. Aké ochorenie ti bolo diagnostikované?
2. Čo pre teba znamená CD/IBS?
3. Kedy približne si začal/a pociťovať symptómy ochorenia? Ako si vtedy konal/a?
4. V akom bode si sa rozhodol/rozhodla vyhľadať pomoc odborníka? U koho si vyhľadal/a pomoc? Absolvoval/a si nejaké vyšetrenia?
5. Podstúpil/a si nejakú liečbu? Ak áno, akú?
6. Prebieha u teba aktuálne nejaká forma liečby? Ak áno, aká? Si aktuálne pod dohľadom nejakého odborníka?
7. Hovoriac o symptómoch ochorenia, prejavujú sa ti v konkrétnych situáciách?
8. Ako ovplyvňuje ochorenie tvoj súčasný život?
9. Čo si musel/a kvôli ochoreniu v živote zmeniť?
10. Ako ťa obmedzujú problémy v stravovaní?
11. Má ochorenie vplyv na tvoj sociálny život?
12. Dokážeš povedať, že sa tvoje symptómy zhoršili alebo zlepšili?
13. Využívaš aktuálne nejaké metódy k stlmeniu symptómov? Máš skúsenosť s nejakými relaxačnými technikami? (napr. meditáciou, či jogou)
14. Máš možnosť sa rozprávať s okolím o tvojich problémoch? Ak nie, prečo?
15. Cítiš sa byť pochopená/pochopený okolím, či profesionálmi?
16. Keď ide o obdobie, v ktorom sa začali objavovať tvoje prvé symptómy, je niečo, čo šlo v tom období možno spraviť inak?
17. Tušíš akou udalosťou mohli byť symptómy vyvolané? *predložená škála stresu od Holmes & Rahe (1967)
18. Čo ti ochorenie prináša?
19. Ako si predstavuješ svoj život s ochorením v budúcnosti?