

Univerzita Hradec Králové
Fakulta informatiky a managementu
Katedra rekreologie a cestovního ruchu

Sociální turismus

Vliv idiopatických střevních onemocnění na cestování

Bakalářská práce

Autor: Tereza Šedá

Studijní obor: Management cestovního ruchu

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Hrušová, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Hradci Králové dne

15. října 2020

Tereza Šedá

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Dagmar Hrušové, Ph.D., za metodické vedení dané práce a cenné rady a připomínky během konzultací. Rovněž bych chtěla poděkovat organizaci Pacienti IBD za vstřícnost v rámci uskutečněného výzkumu.

Anotace

Bakalářská práce vysvětlila pojem sociální turismus a idiopatické střevní onemocnění a v daném kontextu vymezila míru uspokojování potřeb pacientů s danou diagnózou, také zhodnotila jejich obeznámenost ohledně rizik a zvýhodnění a současně stanovila vliv, který má dané onemocnění na cestování. Teoretická část práce objasnila již zmíněné pojmy, v rámci sociálního cestovního ruchu ještě uvedla kategorizaci dané problematiky a také pojem zdravotní postižení, který je nadřazený právě idiopatickým střevním onemocněním. Pro plné pochopení daného onemocnění bylo také třeba popsat lidský trávicí trakt a vysvětlit jakým způsobem funguje. Rovněž teoretická část uvedla hlavní problémy, které mohou pacienty při cestování potkat. Praktická část práce zanalyzovala vybrané studie zabývající se problematikou idiopatických střevních onemocnění a cestování. Dále tato část zpracovala uskutečněné dotazníkové šetření na pacientech s idiopatickým střevním onemocněním. Získaná data byla následně detailně rozebrána. Výstupem této práce se staly odpovědi na stanovené výzkumné otázky, potvrzené/nepotvrzené hypotézy, návrhy na další výzkumy, a také doporučení nejen pro poskytovatele služeb cestovního ruchu, ale i pro samotné pacienty.

Klíčová slova:

Idiopatická střevní onemocnění; Crohnova nemoc; Ulcerózní kolitida;
Sociální turismus; Zdravotní postižení

Annotation

The bachelor thesis explained the concept of social tourism and idiopathic bowel disease and in the given context defined the extent of meeting the needs of patients with the diagnosis, also assessed their awareness of the risks and benefits, and at the same time determined the impact that the disease has on travel. The theoretical part of the thesis clarified the already mentioned concepts, in the context of social tourism it also introduced the categorization of the issue and the concept of disability, which is superior to idiopathic bowel diseases. To fully understand the disease, it was also necessary to describe the human digestive tract and explain how it works. The theoretical part also presented the main problems that patients may encounter when travelling. The practical part of the thesis analysed selected studies dealing with idiopathic bowel disease and travel. Furthermore, this part elaborated the questionnaire survey conducted on patients with idiopathic bowel disease. The data obtained were then analysed in detail. The outcome of this work was the answers to the set research questions, confirmed/unconfirmed hypotheses, suggestions for further research, and recommendations not only for tourism service providers but also for the patients themselves.

Key words:

Inflammatory bowel disease; Crohn's disease; Ulcerative colitis;
Social tourism; Disability

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. CÍL PRÁCE A METODIKA ZPRACOVÁNÍ	2
2.1 Cíl práce	2
2.2 Metodika výzkumu	3
3. TEORETICKÁ ČÁST	6
3.1 Sociální cestovní ruch	6
3.1.1 Definice pojmu.....	6
3.1.2 Cílové skupiny sociálního turismu.....	8
3.2 Zdravotní postižení	9
3.2.1 Definice pojmu.....	9
3.2.2 Druhy zdravotního postižení	10
3.3 Idiopatická střevní onemocnění (IBD)	11
3.3.1 Trávicí trakt.....	11
3.3.2 Definice pojmu IBD.....	13
3.3.3 Crohnova choroba (Crohn).....	15
3.3.4 Ulcerózní kolitida (UC)	17
3.4 IBD a cestování	18
4. PRAKTICKÁ ČÁST	20
4.1 Základní fakta	20
4.2 Analýza vědeckých studií	21
4.2.1 Shrnutí výsledků	29
4.3 Výsledky dotazníkového šetření	30
5. SHRUTÍ A DISKUSE VÝSLEDKŮ	36
6. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ	41
7. SEZNAM ZDROJŮ	43
8. PŘÍLOHY	46

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Trávicí trakt.....	11
Obrázek 2 - Postihované oblasti trávicího traktu Crohnem	15
Obrázek 3 - Postihované oblasti trávicího traktu UC	17

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Výsledky šetření Studie č. 1 (Philip et al., 2018)	22
Tabulka 2 - Výsledky šetření studie č. 2 (Ben-Horin et al., 2012)	24
Tabulka 3 - Výsledky šetření studie č. 3 (Ben-Horin et al., 2011)	26
Tabulka 4 - Výsledky šetření studie č. 4 (Soonawala et al., 2012)	27
Tabulka 5 - Výsledky šetření studie č. 5 (Ellul et al., 2013)	28
Tabulka 6 - Diagnostikované onemocnění	30
Tabulka 7 - Ovlivňuje Vás IBD při cestování?.....	30
Tabulka 8 - Jaký je hlavní důvod, že IBD ovlivňuje Vaše cestování?.....	31
Tabulka 9 - Jakým dopravním prostředkům se snažíte vyhnout/Vám způsobují největší obtíže při cestování?.....	31
Tabulka 10 - Musel/a jste kvůli IBD zrušit zájezd, či odjet domů dříve, než bylo původně v plánu?.....	32
Tabulka 11 - Relaps IBD v průběhu cesty/dovolené	32
Tabulka 12 - Nutnost vyhledání lékařské pomoci	32
Tabulka 13 - Jsou služby v cestovním ruchu dostatečně připraveny na IBD pacienty?....	33
Tabulka 14 - Znáte pojem „WC KARTA“ nebo „CAN'T WAIT card“?	33
Tabulka 15 - Pokud kartu znáte, využíváte ji?	34
Tabulka 16 - Stalo se Vám, že jste byl/a odmítnuta při předložení WC KARTY?	34
Tabulka 17 - Věděl/a jste že... ..	34
Tabulka 18 - Myslíte si, že jste dostatečně informováni Vaším ošetřujícím lékařem ohledně rizik, která mohou nastat při cestování?	35

1. Úvod

Cestování jako takové, je v dnešní uspěchané době symbolem volnosti a svobody. Je příjemné navštěvovat turisticky proslulé destinace, ochutnávat nové kuchyně a zároveň zažívat dobrodružství při objevování těch nových míst, které ještě lidské oko nemělo šanci spatřit. Cestování se stalo pro lid 21. století nepostradatelnou činností. Ovšem najdou se i tací, kteří nemají takové štěstí, aby tuto potřebu zvládali uspokojovat. Nemají prostě štěstí k procestování světa. Tím „štěstím“, respektive „neštěstím“, se rozumí nedostatek financí, zdravotní stav nebo jen vyšší věk. Do skupiny těch „nešťastných“ patří i osoby s idiopatickým střevním onemocněním, ovšem u nich je na zdravotní stav pohlíženo ze dvou směrů. Jednou zažívaný pocit nesmrtelnosti se pouhým lusknutím prstu promění na stavy zoufalství, slabosti a bolesti. Takový je život s IBD – někdy téměř „normální“ a stejně tak nevyzpytatelný.

Hlavním důvodem výběru tohoto tématu je fakt, že sama autorka této práce se potýká s jedním z idiopatických střevních onemocnění – Crohnovou chorobou. Tato problematika je jí tedy velice blízká a zároveň se zde nabízela možnost analyzovat dané téma i z části subjektivním pohledem. Současně se zde nabízelo mnoho výzkumných otázek, které v samotné autorce vytvářely značné pocity zvědavosti i v jejím vlastním zájmu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část, ve které přibližuje pojem sociální cestovní ruch a idiopatická střevní onemocnění, a praktickou část, která reflektuje teoretická východiska a analyzuje vybrané vědecké studie, které jsou zaměřené na cestování pacientů s idiopatickým střevním onemocněním. Dále jsou v praktické části analyzována získaná data z dotazníkového šetření ve facebookové skupině *Pacienti IBD*, která je patientskou organizací sdružující a edukující pacienty s IBD.

„Crohnova choroba ani ulcerózní kolitida nejsou stonáním na pár týdnů, ale chorobami, které provázejí své nositele po větší část jejich života“ - Dr. Daniel Present

2. Cíl práce a metodika zpracování

2.1. Cíl práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je seznámit s pojmem sociální cestovní ruch a idiopatické střevní onemocnění (IBD) a také specifikovat potřeby cílové skupiny pacientů IBD v rámci sociálního cestovního ruchu. Cílem výzkumné části práce je zjistit, v jaké míře jsou uspokojovány potřeby pacientů IBD v rámci cestování, dále jaká je informovanost pacientů IBD o možných rizicích/zvýhodněních s tím spojenými a následně také, jak konkrétně toto onemocnění ovlivňuje pacienty při cestování.

Výzkumné otázky

- I. V jaké míře jsou uspokojovány potřeby pacientů IBD při cestování?
- II. Jaká je informovanost pacientů IBD ohledně rizik, která spolu cestování přináší a také ohledně výhod, které v rámci cestování mají?
- III. V jaké míře IBD ovlivňuje pacienta při výběru destinace?

Pracovní hypotézy

HYPOTÉZA Č. 1	Potřeby pacientů s IBD nejsou v rámci služeb cestovního ruchu dostatečně uspokojovány.
Odůvodnění:	<i>Autorka se domnívá, že tento problém pramení z neznalosti daného onemocnění. Velké množství poskytovatelů služeb cestovního ruchu nemá ponětí o existenci IBD, ani o problémech, které s sebou přináší.</i>
HYPOTÉZA Č. 2	Pacienti s IBD nemají potřebné informace ohledně rizik a komplikací, které mohou vlivem cestování vzniknout.
Odůvodnění:	<i>Ani samotná autorka nebyla v dostatečné míře informována o komplikacích, které mohou v průběhu cestování vzniknout. Proto se domnívá, že pacienti nedostávají potřebné informace před svou cestou, ani si je sami nezjišťují z/od důvěryhodných zdrojů.</i>

HYPOTÉZA Č. 3	Pacienti s IBD nejsou dostatečně informováni o výhodách, na které mají nárok.
Odůvodnění:	<i>Tato hypotéza naráží na skutečnost, že v České republice existuje nezisková organizace Pacienti IBD, která (za poplatek 200 Kč/rok), mimo jiné výhody, poskytuje WC Kartu. Nicméně velká část pacientů nemá tušení o existenci této organizace, ať už je to špatnou propagací, nebo tím, že lékaři pacienty dostatečně neinformují – to může být zapříčiněno vlastní neinformovaností.</i>
HYPOTÉZA Č. 4	Pacienti jsou značně ovlivněni svým IBD v rámci výběru cílové destinace.
Odůvodnění:	<i>Přirozeně si pacienti vyberou destinace, které se nacházejí ve vyspělých zemích, namísto těch rozvojových, kde nemají jistotu dostupnosti toalet, vhodného jídla a, v těch nejzazších případech, ani kvalitní zdravotní péče.</i>

2.2. Metodika výzkumu

Teoretická část předkládané práce je založena na sekundárním výzkumu, tedy vyhledáváním a parafrázováním odborné literatury, která byla jednak získána na stránkách národní digitální knihovny a jednak vlastněna ve fyzické podobě. Dále byly použity vědecké články, které se přímo zaměřovaly na problematiku sociálního turismu, idiopatických střevních onemocnění a dalších přidružených oborů a situací.

Praktická část práce je rozdělena na dva na sebe navazující úseky, ve kterých je nejprve použit sekundární kvantitativní výzkum ve formě obsahové analýzy vybraných vědeckých studií a poté, ve druhé části, primární kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření.

Obsahová analýza vybraných vědeckých studií

Vědecké studie byly vybírány na základně použitých klíčových slov ve vyhledávání na webových stránkách www.mendeley.com a www.sciencedirect.com. Mezi použitá klíčová slova patří – *IBD; inflammatory bowel disease; travelling; crohn and colitis*. Veškeré vyhledávání probíhalo v angličtině, jelikož české práce týkající se daného tématu nejsou k dohledání. Vědecké studie, které se věnovaly tématu *cestování a IBD* byly dále protříděny na základně stanoveného kritéria – *studie se zaměřuje na obecné problémy a takové zdravotní komplikace, které souvisí s cestováním/nebo je cestování způsobuje (resp. může způsobovat)*. Pět vědeckých studií prošlo tímto stanoveným kritériem.

Čtyři studie se zabývaly obecnou problematikou cestování s IBD a zkoumaly i téměř totožné komplikace, obavy a rozhodnutí. Také měly podobné metodické vyhotovení – kvantitativní, většinou ve formě dotazníkového šetření. Jedna vybraná práce byla zaměřená na konkrétní zdravotní problém – průjmové onemocnění. Metodika u této práce byla totožná s těmi předchozími. I přes to, že byla daná studie odlišná od těch předchozích, jelikož se zabývala konkrétním zdravotním problémem, který může postihnout IBD pacienty při cestování, se ji autorka rozhodla taktéž zanést do praktické části práce.

Výzkumným souborem všech pěti studií byli pacienti s diagnózou IBD, nicméně další podmínky pro účast na daných výzkumech byly u každé studie rozdílné – klinická remise trvající alespoň 3 měsíce; uskutečněná cesta do zahraničí během posledních 5 měsíců; anebo uskutečněná alespoň jedna cesta do zahraničí od počátku diagnózy IBD.

Všechny zvolené studie následně prošly obsahovou analýzou, ve které byly zkoumány výsledky šetření. Studie jsou nejdříve ve stručnosti popsány a rovněž je zde popsán i výzkumný soubor, na kterém byl daný výzkum prováděn. Zásadním faktorem, který stanovoval hlavní výsledky šetření, byl počet respondentů, od kterého byl poté procentuálně odvíjen podíl na vymezených otázkách. Získané výsledky jsou pro lepší přehlednost sepsány do tabulek, pod nimiž se nachází i komentář, který dané výsledky detailně popisuje. Nakonec jsou výsledky všech studií souhrnně diskutovány.

Dotazníkové šetření

Druhá část výzkumu je zaměřena na dotazníkové šetření, které vzniklo ve spolupráci s neziskovou organizací *Pacienti IBD*. Samotný dotazník byl vytvořen na základě faktických informací získaných z teoretických východisek, a stejně tak, aby byl v souladu se stanovenými hypotézami. Rovněž čerpal z informací získaných z 5 zvolených vědeckých studií, které byly použity v první polovině výzkumné části práce. Šetření proběhlo na sociální síti Facebook ve skupině *Pacienti IBD*, tj. skupina sdružující a edukující pacienty s IBD, kterým se snaží pomáhat a ulehčovat jejich celoživotní boj s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Organizace *Pacienti IBD* nasdílela dotazník na své facebookové stránky a po dobu jednoho týdne byly shromažďovány odpovědi od IBD pacientů.

Dotazníkového šetření se během jednoho týdne zúčastnilo 104 respondentů z řad pacientů IBD, kteří zřídka nebo pravidelně cestují. Šetření se nemohl zúčastnit pacient, který nikdy necestoval – výsledky by nebyly relevantní. Na respondenty byly připraveny uzavřené otázky s předem

stanovenými odpověďmi, mezi kterými měli zvolit pouze jednu, anebo více než jednu odpověď, která se nejvíce hodila k jejich zkušenostem s IBD a cestováním. Dvě otázky, konkrétně ty, které se dotazovaly na „zakázané“ a „povolené“ země/destinace, byly otevřené a respondent mohl napsat téměř cokoliv. Dotazník měl 20 otázek, nicméně zanesených jich do praktické části je pouze 17, jelikož zbylé tři otázky nejsou pro výzkum nikterak důležité. Získaná data jsou pro větší přehlednost sepsána do tabulek.

Součástí praktické části měly být i řízené rozhovory s pacienty IBD a lékaři, které autorka pravidelně potkává v *Centru biologické léčby nespecifických střevních zánětů* Pardubické nemocnice. Nicméně, vzhledem k současné pandemické situaci to nebylo možné uskutečnit.

Zpracování výsledků

Výsledky ze zmíněných 5 studií a dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí syntézy, která nejprve proběhla utříděním získaných dat z jednotlivých studií a dotazníku do přehledných tabulek. Získaná data byla nejdříve singulárně diskutována a následně souhrnně vzájemně porovnávána. Výsledné závěry se shrnuly a rozebraly v kapitole č. 5 – *Shrnutí a diskuse výsledků*. Tato kapitola rovněž přináší odpovědi na zvolené výzkumné otázky a také potvrzení/nepotvrzení stanovených hypotéz.

3. Teoretická část

3.1 Sociální cestovní ruch

V tomto odstavci autorka, na základě vlastních znalostí, stručně shrnuje důvod vzniku a poslání sociálního cestovního ruchu. Protože stejně s tím, jak se rozvíjejí technologie, se rozšiřují i potřeby, které společnost považuje za nezbytné, někdy téměř klíčové, k tomu, aby přežila. Cestování se stalo jednou z nich, potřebou, bez které už nelze v dnešním světě fungovat. Nicméně fakt, že se svět a společnost zdokonalují s sebou přináší i značnou diferenciaci v rámci sociálních skupin. Pohlíží se na to, zdali určitá společenství, či jen rodiny nebo jednotlivci, překypují bohatstvím, či zapadají do střední až chudé vrstvy. Dále jestli jsou zdraví či nemocní, staří či mladí, nebo zda mají nějaké omezení v rámci pohyblivosti. Problém nastává ve chvíli, kdy se tato diferenciacie protne s rozvojem lidských potřeb a nutností cestovat. Ať už se jedná o nedostatek finančních prostředků, věk nebo zdravotní stav, všechny tyto faktory se podílejí na možnosti, či spíše nemožnosti cestovat, tedy naplňovat jednu ze zásadních potřeb pro existenci člověka. Sociální cestovní ruch se touto problematikou zabývá a snaží se vytvořit podmínky k dostupnému cestování pro tyto skupiny lidí, tedy pro ty, kteří ne úplně zapadají do konceptu „standardního člověka 21. století“.

3.1.1 Definice pojmu

Sociální turismus je součástí takzvaného *vázaného cestovního ruchu*, jenž Pásková & Zelenka (2002) vymezují jako cestovní ruch, ve kterém jsou účastníci se klienti závislí na splnění předem stanovených podmínek – např. doporučení lékaře, či členství v organizaci, anebo trvalé bydliště v určité lokalitě. Pásková & Zelenka (2002:271) dále definují také sociální turismus a to jako „*cestovní ruch, pro sociálně handicapované osoby (vysoký věk, nízké příjmy, tělesné nebo duševní postižení apod.)*“. Sociální cestovní ruch se tedy snaží, podle Minnaert et al. (2009), přinést do turismu kousek morálních hodnot a zahrnout i osoby, které by z něj byly jinak vyloučené, ať už kvůli jejich finanční situaci, či věku, anebo příslušnosti k určité sociální skupině. Sigmund (2006) se pak jménem Evropského hospodářského a sociálního výboru, dále jen EHSV, detailněji vyjadřuje k tématice sociálního cestovního ruchu ve „*Stanovisku EHSV k tématu sociální cestovní ruch v Evropě*“ a zmiňuje, že by každý měl mít právo na volný čas, díky kterému by mohl rozvíjet všechny aspekty své osobnosti a také se zapojovat do společenského života. Sigmund (2006) v daném stanovisku dále zdůrazňuje důležitost dostupného cestovního ruchu pro všechny obyvatele Evropy i světa. Rozvoj sociálního turismu

považuje za příležitost pro průmysl cestovního ruchu v souvislosti se získáváním nových klientů z různých kultur a věkových kategorií. Királ'ová et al. (2008) v této souvislosti uvádí, že sociální turismus úzce souvisí s produkty cestovního ruchu a konkurenceschopností dané destinace, neboť účastník jistě upřednostní tu destinaci, jež bude lépe uspokojovat jeho potřeby, požadavky, očekávání a sny, v souladu s vlastním rozpočtem.

Dále Sigmund (2006) jménem EHSV vytvořila podrobný popis a analýzu problematiky sociálního turismu, při východisku, že je cestovní ruch právem, které by mělo být dostupné každému. Dané stanovisko obsahuje i doporučení institucím pro zlepšení a zpřístupnění cestovního ruchu pro všechny.

Podmínky pro účast na sociálním cestovním ruchu podle Sigmund (2006:2):

- *„Skutečné životní okolnosti jsou takové, že je naprosto nebo zčásti nemožné v plné míře uskutečňovat právo na cestovní ruch. To může být zapříčiněno ekonomickou situací, fyzickým nebo mentálním postižením, osobní nebo rodinnou izolací, sníženou pohyblivostí, geografickými obtížemi a celou škálou důvodů, které nakonec představují reálnou překážku.*
- *Někdo – ať už se jedná o veřejnou nebo soukromou instituci, společnost, či odborovou organizaci nebo pouze jen organizovanou skupinu lidí – se rozhodne uskutečnit kroky ke zdoání nebo alespoň ke zmenšení bariéry, která dané osobě brání realizovat její právo na cestovní ruch.*
- *Tyto činnosti jsou efektivní a skutečně pomohou skupině lidí účastnit se na cestovním ruchu takovým způsobem, který respektuje hodnoty udržitelnosti, dostupnosti a solidarity.“*

Co se týče podpory a financování sociálního turismu, tak Pásková & Zelenka (2002) uvádí, že financování sociálního cestovního ruchu spadá z části do rukou klienta, který si uhradí stanovenou část hodnoty zájezdu a druhá část je doplacena z jiných prostředků, do kterých se řadí nemocenské pojištění, fondy organizací či kulturní nebo fond sociálních potřeb. Minnaert et al. (2009) se také zabývali podporou sociálního turismu a doplňují, že popud k podpoře sociálního turismu může být jak komerční i nekomerční, tak i v rámci podpory od vládních organizací či soukromých subjektů. Konkrétně se jedná o různé malé charitativní organizace, které zprostředkovávají zájezdy pro děti z nízkopříjmových rodin nebo hotelové řetězce, které podnikají takové kroky, aby bezbariérově zpřístupnili pobyty pro osoby s omezenou schopností pohybu.

3.1.2 Cílové skupiny sociálního turismu

Cílové skupiny účastníků sociálního cestovního ruchu Királ'ová et al. (2008:33) rozděluje následovně:

- *Mládež*
- *Nízkopříjmové rodiny*
- *Zdravotně handicapované osoby*
- *Senioři*

Do skupiny účastníků sociálního turismu „*mládež*“ se řadí osoby ve věku od 15 do 25 let. Podle Királ'ové et al. (2008:34) se cestovní ruch mládeže dělí na dva aspekty, a to kvantitativní a kvalitativní. Uvádí, že „*z hlediska kvantitativního jde o nárůst počtu účastníků cestovního ruchu z řad mládeže, jejich podíl na mezinárodním cestovním ruchu i na výdajích na cestovní ruch*“. V rámci kvalitativního aspektu zmiňuje kvalitu služeb, bezpečnost, flexibilitu a dostupnost. Velice přínosnou je mezinárodní studentská karta ISIC (*international student identity card*), která nabízí výhodné slevy na dopravu, či ubytovací a stravovací služby, dále na vstupy do historických budov a muzeí a také k účasti na rekreačních aktivitách (Királ'ová et al., 2008).

Další skupinou účastníků jsou nízkopříjmové rodiny s jedním a více dětmi, které mohou být úplné či neúplné – rodič samoživitel. Pro tuto skupinu jsou, jak uvádí Királ'ová et al. (2008), specifické ubytovací, stravovací a rekreační služby a také ceny, které jsou uzpůsobovány požadavkům a potřebám dané skupiny – například nabízené rodinné vstupenky.

Zdravotně handicapovaní jsou další kategorií, která se účastní sociálního cestovního ruchu (*jednotlivé druhy zdravotního postižení/handicapu jsou uvedeny v kapitole „3.1.4 Druhy zdravotního postižení“ – pozn. autora*). Vystoupil et al. (2015:156) v tomto kontextu zmiňuje, že „*je nutné nabízet aktivity cestovního ruchu se zohledněním specifických potřeb a požadavků*“. Navíc dodává, že „*i když organizování účasti zdravotně postižených osob na cestovním ruchu je organizačně, sociálně i ekonomicky náročnější, je nutné vytvářet pro ně stejné možnosti jako pro zdravou populaci*“. Cestování handicapovaných nabízí i řadu výhod v komparaci s cestováním „zdravého člověka“. Například to, že s sebou handicapovaní přivádí další osoby, ať už v podobě přítele, příbuzného či nějakého opatrovníka/sociálního pracovníka (*to ubytovacímu zařízení přinese větší tržbu, než za jednotlivce*), anebo také skutečnost, že cestování handicapovaných může snižovat sezónnost, jelikož mohou cestovat kdykoliv i mimo hlavní turistickou sezónu (Királ'ová et al., 2008).

Posledním segmentem jsou senioři, což jsou lidé starší 50 let, kteří se podílejí na cestovním ruchu. Dále se tato skupina podle Királ'ové et al. (2008) dělí na tyto podkategorie:

- *Mladší senioři* → 50-64 let
- *Starší senioři* → 65-70 let
- *Veteráni* → nad 70 let

Stejně jako kategorie zdravotně handicapovaných, i kategorie seniorů přináší do turismu řadu výhod. Dle Királ'ové et al. (2008) senioři disponují velkým časovým fondem a tím se významně podílejí na snižování sezónnosti. Podstatný je i věk účastníků, neboť má za následek stupňující se požadavky na větší komfort a kvalitu služeb, za které se daný segment (*nejčastěji ve věku 50-59 let*) nebojí zaplatit i vyšší obnos peněz (Királ'ová et al., 2008).

3.2 Zdravotní postižení

V souvislosti sociálního turismu a dále také idiopatických střevních onemocnění je třeba vymezit pojem *zdravotní postižení*, a to z důvodu, že zdravotně postižení jsou jedna ze sociálních skupin, na které se sociální turismus zaměřuje a současně také skupina, pod kterou spadají idiopatická střevní onemocnění.

3.2.1 Definice pojmu

Světová zdravotnická organizace (2008), dále jen WHO, ve své publikaci *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* vymezila pojem *zdravotní postižení* do tří termínů, které na sebe popořadě vzájemně navazují. V průběhu času se daná terminologie několikrát měnila, nicméně finální podoba je následující:

1. *poškození/porucha – impairment*
2. *aktivita – activity*
3. *participace – participation*

Detailněji tyto pojmy WHO (2008:221) vysvětluje takto – pojem poškození/porucha je chápán jako „*ztráta nebo abnormalita tělesné struktury nebo fyziologické funkce (včetně funkcí mentálních)*. Abnormalita je zde striktně chápána jako *signifikantní odchylka od statisticky stanovených norem...*“. Dále pojem aktivita, nebo spíše limit aktivity, který je vymezen jako „*...obtíže, které jedinec může mít, když provádí nějaké aktivity*.“ Poslední pojem participace, přesněji omezení participace, vymezuje jako „*problémy které člověk může prožívat, když se*

zapojuje do životních situací. Přítomnost omezené participace je určována srovnáním participace jedince s tím, co se očekává od jedince bez překážek v téže kultuře nebo společnosti.“

V České republice se pojem zdravotní postižení, v rámci obecné úřední definice, definuje jako „osoba jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“ – definice zdravotně postižené osoby podle Českého statistického úřadu (ČSÚ) (2014:1).

3.2.2 Druhy zdravotního postižení

ČSÚ (2014) rozděluje zdravotní postižení následovně:

- *Tělesné postižení* – následek úrazu, či jiné důvody, které způsobí ztrátu nebo poruchu funkce končetin nebo jiné části těla, zapříčiňující omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění (ztráta prstů na ruce/noze...)
- *Mentální postižení* – lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace
- *Duševní postižení* – organické a neorganické duševní poruchy (autismus, psychózy, demence...)
- *Vnitřní postižení* – další onemocnění, která významně ovlivňují některou ze základních životních potřeb/funkcí a tím i začlenění/uplatnění člověka ve společnosti (nemoci nervové, dýchací a oběhové soustavy, infekční a endokrinní nemoci...)

3.3 Idiopatická střevní onemocnění (IBD)

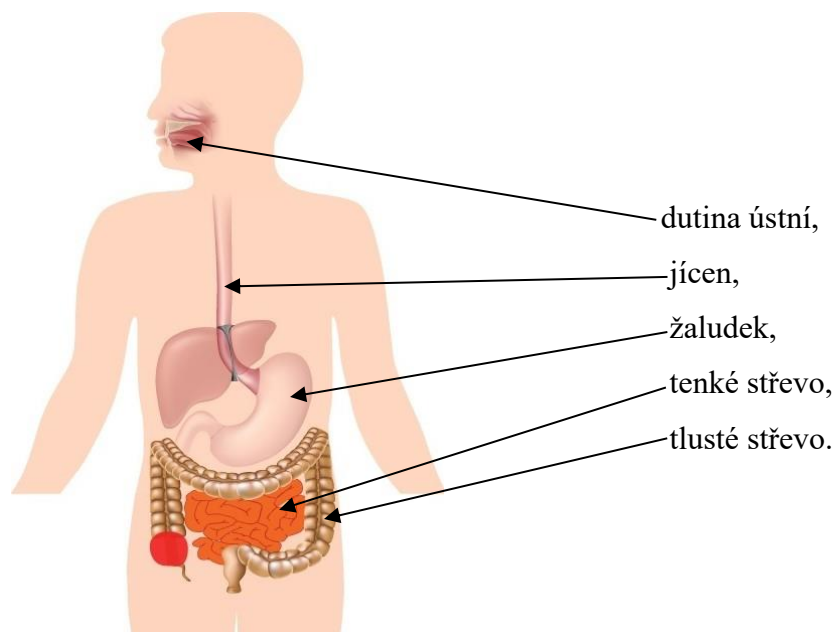
„Neviditelné“ onemocnění, které omezuje svého nositele buď nikde, anebo úplně všude. Průběh IBD je totiž rozdělen na dvě fáze/období, a to *remise* a *relaps* (Červenková (2009) ještě doplňuje třetí fázi/období – *rekurence* – *nemoc se projeví znovu, ale v dosud nepostižené oblasti střeva*). V případě období remise je pacient téměř bez příznaků onemocnění, občas se může objevit nějaká menší křeč v oblasti břicha, ale to se většinou přisuzuje nevhodné volbě potravin, samozřejmě je to velice individuální. Opakem remise je období relapsu, kdy zánět opět vzplane a pacient se dostává do situace, kdy se potýká s neúnosnými křečemi v břiše a dalšími projevy zánětu, které ho v neuvěřitelné míře omezují na „normálním“ fungování. Nevyzpytatelnost IBD s sebou přináší značnou škálu problémů, kterým musí pacienti čelit, ať už se jedná o běžné pracovní nasazení, anebo, u těch odvážnějších, o cestování.

Tato kapitola přináší definici pojmu IBD, v jehož souvislosti je nejprve nutné zmínit složení a funkce *trávicího traktu*, který je hlavním terčem tohoto onemocnění. Následně je rozebírán vybraný pojem IBD a popsány jeho podkategorie – *Crohnova choroba* a *ulcerózní kolitida*, poslední část upřesňuje problémy, které mohou nastat u pacientů IBD v rámci cestování.

3.3.1 Trávicí trakt

Nejprve je nutné představit celou soustavu orgánů, která tvoří trávicí trakt lidského těla, což blíže znázorňuje obrázek 1.

Obrázek 1 - Trávicí trakt



Zdroj: Symptomy.cz (2020); upraveno (2021)

Trávicí trakt je životně důležitým mechanismem, jelikož zajišťuje trávení a vstřebávání všech základních živin, tedy bílkovin, sacharidů, tuků a dále také vitamínů, minerálů a stopových prvků. Novotný et al. (2010) doplňuje, že tato soustava orgánů také produkuje množství hormonů, které ovlivňují nejen činnost jednotlivých částí trávicí trubice, ale celého organismu. Rovněž uvádí zapojení trávicího traktu i do oblasti imunologické, neboť se zcela jednoznačně podílí na imunitních procesech ovlivňujících nejen gastrointestinální trakt, ale celý organismus. – Aneb, jak praví staré přísloví: „*jste to, co jíte*“ (-pozn. autora).

Dutinou ústní začíná celý proces trávení potravy, jelikož je zde přijaté jídlo rozmělněno zuby a jazykem promíšeno se slinami, které obsahují enzymy na štěpení škrobů – slinná amylasa (Novotný et al., 2010). Poté se polknutím dané sousto dostane do hltanu, který jej následně zavede do jícnu. Tento trubicovitý úsek, který spojuje hltan se žaludkem, je dlouhý asi 30 centimetrů. Stěnu jícnu tvoří sliznice, podslizniční vrstva a vrstva svaloviny, kterou nelze vědomě ovládat (*vyjma příčně pruhovaného svalstva v horní části jícnu, jež už lze ovládat vlastní vůlí*) (Novotný et al., 2010). Jícen vede středem těla, tzv. mezihrudím, přes bránici a končí v žaludku, zastává tedy především funkci transportní, resp. spojovací. Žaludek, který se nachází na samotném konci jícnu, je dutý vakovitý svalový orgán složený z esofagu (*místo vústění jícnu*), fornixu (*horní vyklenutá část žaludku*), samotného těla žaludku a poté z pyloru (*konečná část žaludku*) (Novotný et al., 2010). Hlavní funkci žaludku shrnuje Novotný et al. (2010) jako proces promíšení potravy se žaludečními šťávami a její dokonalé rozmělnění, načež ji žaludek posouvá dále do tenkého střeva. Tenké střevo je další částí trávicího traktu a jak bylo uvedeno, tak přebírá práci po žaludku. Dochází zde k finální fázi trávení a vstřebávání většiny živin. Tenké střevo je rozděleno na 3 části, které na sebe vzájemně navazují, jak anatomicky, tak i svými funkcemi. Novotný et al. (2010:13-14) popisuje tenké střevo následovně – první je *dvanáctník*, ve kterém „*dochází k chemickému rozkladu tráveniny na základní stavební kameny a jejich následnému vstřebávání kartáčkovým lemem enterocytů tenkého střeva. Živiny jsou pak odváděny do krve do vrátnicové žíly a posléze do jater k dalšímu zpracování, některé formy tuků jsou do jater odváděny mízním systémem.*“, další je *lačník* „*...nejdelší úsek tenkého střeva... který se svou stavbou od dvanáctníku příliš neliší, a probíhá v něm trávení potravy a absorpce živin.*“, poslední částí tenkého střeva je *kyčelník* – místo, kde se tenké střevo napojuje na střevo tlusté – nazývaný též *ileum*, ve kterém kromě jiného „*dochází k absorpci vitamínu B₁₂ a solí žlučových kyselin.*“. Ileum ústí *Bauhinskou chlopní* do tlustého střeva. Konečným úsekem trávicího systému, kde také probíhají závěrečné fáze a následné vyměšování potravy z těla ven, je tlusté střevo. Lze ho považovat za jakési odpadní potrubí, do kterého putují zbytky

tráveniny, které předchozí orgány nebyly schopny nijak zpracovat, a tak musí z těla ven. Hlavní funkcí tlustého střeva je kromě vstřebávání vody, a některých vitamínů a minerálů, i zahušťování obsahu (Novotný et al., 2010). Na rozdíl od tenkého střeva, které je naprosto sterilní, je tlusté střevo plné bakterií, které ovšem nejsou nikterak škodlivé, spíše naopak. Významně se podílejí na procesu tvorby stolice (*zahuštěné nestravitelné zbytky*), která následně odchází konečníkem z těla ven (Novotný et al., 2010).

3.3.2 Definice pojmu IBD

Idiopatická střevní onemocnění neboli *inflammatory bowel disease*, dále jen IBD, jsou nespecifická zánětlivá onemocnění trávicího traktu (dutina ústní, jícen, tenké střevo a tlusté střevo), rozdělená do dvou podkategorií, a to Crohnovy choroby, dále jen Crohn, a ulcerózní kolitidy, dále jen UC.

Obě tyto nemoci jsou poměrně mladé. Stručnou historii ulcerózní kolitidy popisuje Červenková (2009:10) – „v Londýně roku 1909 se konalo první velké sympozium na toto téma (UC – pozn. autora), na kterém lékaři referovali o 317 pacientech s podobnými potížemi, které v průběhu let 1888 až 1907 léčili v sedmi zdejších nemocnicích. O čtyři roky později, na mezinárodním lékařském kongresu v Paříži, se už tahle diagnóza jednou provždy odloupla od infekčních zánětů tlustého střeva. To ještě lékaři věřili, že je (UC – pozn. autora) typickým psychosomatickým onemocněním. Až po druhé světové válce ji díky rozvoji imunologie mohli označit za onemocnění autoimunitní...“ – což se postupem času opět vyloučilo, ale autoimunitní znaky nemoci přetrvaly. Crohn je ještě mladší nemocí, která se své suverénnosti dočkala až roku 1932. Nicméně, Červenková (2009:12) uvádí, že „už ve staré lékařské literatuře jsou k nalezení popisy nemocných, které sedí i na současné pacienty. Například jistý doktor Fabry informuje v roce 1612 o tom, že při pitvě adolescenta, jenž zemřel krátce poté, co si začal stěžovat na bolesti břicha a horečku, objevil výraznou stenózu terminálního ilea (zúžení v přechodu tenkého střeva do tlustého – pozn. autora) s nápadně zesílenou střevní stěnou. Právě ta způsobila neprůchodnost střeva a následnou perforaci (proděravění – pozn. autora).“. Nemoc tu tedy byla už v 17. století, své jméno ale získala až v roce 1932, po lékaři, který se zkoumáním tohoto střevního onemocnění, společně se svými kolegy v newyorské nemocnici Mount Sinai, zabýval – Burrill Bernard Crohn (Červenková, 2009). Každopádně skutečnost, že se Crohnova nemoc jmenuje právě po tomto lékaři, je důsledkem abecedního řazení jmen lékařů – Crohn se objevil na prvním místě v seznamu, a tak se jeho jméno stalo v medicíně nesmrtelným.

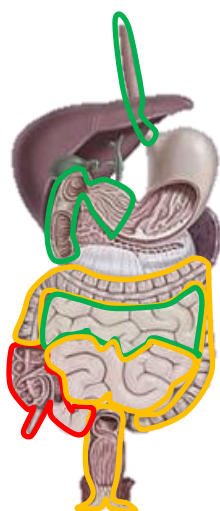
Co se týče současné situace v oblasti IBD, tak je velice příznivá, jelikož medicína přichází s novými způsoby léčby, která dokáže pacientům IBD zajistit skoro „normální“ život. Pouze 5 % nemocných se nemůže zapojovat do pracovního procesu a trápí je i další významná omezení (Červenková, 2009). Nicméně, stále neznámá etiologie IBD s sebou také přináší velké množství problémů. Především to, že současná medicína stále nezná způsob, jak těmto nemocem předcházet, ani jak je definitivně vyléčit (*pouze potlačit příznaky a nastavit udržovací fázi remise*). V této souvislosti se uvádí, že by zjištění příčiny vzniku IBD značně usnadnilo péči o pacienty, neboť by případné odstranění vyvolávající příčiny mohlo teoreticky vést k úplnému vyléčení nemoci (Novotný et al., 2010). Výzkumem vzniku nemoci se lékaři zabývají poněkud intenzivně a výsledky nabízejí velké množství teorií. Novotný et al. (2010), například předpokládá, že velmi důležitou úlohu při vzniku i v průběhu IBD zaujímá nerovnováha a ztráta imunologické tolerance s nevhodnou odpovědí a převahou prozánětlivých reakcí na sliznici trávicího traktu. Pavelka (2014) doplňuje, že vznik IBD je zapříčiněn nepřiměřenou reakcí imunitního systému, který chybně rozpoznává fyziologické mikrobioty v tlustém a tenkém střevě a nesprávně je interpretuje jako patogeny. Následná reakce imunitního systému, původně cílená na odstranění zmíněných patogenů, vede pouze k destrukci vlastní střevní tkáně. Kohoutová (2013) dodává, že vznik těchto nemocí je výsledkem nepřiměřené odpovědi na střevní bakterie u geneticky predisponovaných jedinců (*více u Crohnovy choroby*). Naopak Kohout (2004) podotýká, že tyto choroby úzce souvisejí s výživou a tím pádem jako hlavní příčinu vzniku IBD uvádí vliv různých dietních součástí. Konkrétně se jedná o dietu s nízkým obsahem vlákniny, vyšším obsahem nasycených tuků a rafinovaných cukrů. V této souvislosti vysvětluje i důvod výrazného navýšení počtů nových IBD pacientů, a to právě změnami výživových zvyklostí a způsobem života, což *„může vést ke změně mikrobiální flóry, která potom vede ke změně způsobu odpovědi na požití antigeny“* (Kohout, 2004:25). Objevuje se i názor, který se zaměřuje na fakt, že jsou IBD výrazněji rozšířeny v průmyslově vyspělých zemích a že pravděpodobným faktorem může být i hygienická čistota prostředí, do kterého se daný jedinec narodí. *„Tato „čistota“ může paradoxně vést k tomu, že imunitní systém není dostatečně vytrénován na samém počátku života jedince a v jeho dalším průběhu pak reaguje s jistou přecitlivělostí. Důsledkem této přecitlivělosti mohou být pak nejen střevní záněty, ale pravděpodobně i jiná chronická zánětlivá onemocnění.“* (Novotný et al., 2010:18). Dalším faktorem, který se ve velké míře může podílet na vzniku IBD, může být samotná psychická stránka jedince. Neboť vyskytuje-li se osoba v dlouhodobém psychickém stresu (*„...proces, v němž požadavky okolí překračují adaptivní kapacitu organismu, což vede k psychologickým a biologickým změnám, které mohou zvyšovat riziko*

onemocnění.“ (Obereignerů & Kollárová, 2008:29)), či horších stavech jako je například deprese, výrazně se to může podepsat na jeho fyzickém zdraví. Obereignerů & Kollárová (2008:28) dané tvrzení potvrzují a v souvislosti s IBD uvádí, že „nepříznivé životní události, chronický stres a deprese zvyšují pravděpodobnost relapsu u pacientů v klidovém období IBD – jelikož chronický psychický stres bývá považován za subklinický spouštěč zánětu...“. Zároveň lze psychologické problémy propojit s již zmíněnou teorií výživy a vznikem IBD, jelikož při horších psychických stavech se jedinec není schopen stravovat tak, aby plně uspokojil své vlastní tělo a dostal do něho všechny potřebné živiny, vitamíny a minerály. Může se taktéž nacházet ve stavu, který nabude až do poruchy příjmu potravy (*anorexie, bulimie*).

3.3.3 Crohnova choroba (Crohn)

Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění trávicí soustavy, které může postihnout kteroukoli její část (Červenková, 2009). Nejčastěji se však objevuje v ileocékální oblasti. Samotné projevy onemocnění se odvíjejí od místa postiženého zánětem a vzhledem k tomu, že Crohn může napadnout jakoukoli část trávicího traktu, tak jsou velice rozmanité. Nicméně, jak se rovněž uvádí, tak většina nemocných mívá lokalizaci zánětu stabilizovanou (Novotný et al., 2010). To znamená, že pokud se po úspěšném nastolení fáze remise zánět znovu rozjede, většinou se objeví na místě původní lokalizace. Obrázek 2 blíže znázorňuje oblasti, které Crohnova choroba postihuje.

Obrázek 2 - Postihované oblasti trávicího traktu Crohnem



Číselné informace převzaty z webových stránek strevni-zanety.cz (2021):

- málo časté (jícen, dvanáctník, lačník)
- 25-40 % případů (kyčelník, tračník vzestupný, tračník příčný, tračník sestupný, konečník, řitní otvor)
- 45 % a více případů (ileocékální oblast – Bauhinská chlopeň; appendix)

Zdroj: muschealth.org (2021); upraveno (2021)

Mezi nejběžnější příznaky probíhajícího zánětu se řadí trýznivé křeče v oblasti břicha (*nejčastěji po jídle, ale není to pravidlem*), horečky a průjmová stolice s příměsí krve a hlenu.

Další symptomy Crohna se odvíjejí od místa postižení. V případě, že zánět postihne oblast tenkého střeva, dochází u pacienta ke značným váhovým úbytkům, jelikož střevo není schopno získat z potravy potřebné živiny (*tzv. malabsorpční syndrom (Novotný et al., 2010:20)*). Červenková (2009:15) také uvádí, že Crohn s sebou přináší i řadu komplikací, jako například to, že postihuje „*celou tloušťku stěny trávicí trubice – tím způsobuje vředy (ulcerace), zúžení (stenózy) a píštěle (fistulace)*“. Novotný et al. (2010:22) doplňuje, že tyto komplikace mohou „*po letech dospět k těžším formám nemoci... většina těchto komplikovaných stavů vyžaduje operační řešení, a není proto divu, že pravděpodobnost operace se u pacientů s Crohmem pohybuje kolem 70-75 %*“. Kromě těchto zmíněných, pacienty s Crohmem postihují ještě problémy mimostřevní, zejména pak bolesti kloubů, chudokrevnost, celková únava, nechutenství, občasné zvracení, a také kožní problémy, které se nejčastěji objevují v oblasti bérců. Červenková (2009) rovněž zmiňuje záněty rohovky a duhovky.

Přestože se Crohn stále řadí k nevléčitelným nemocem, většina pacientů se přece jenom, díky dnešním způsobům léčby, dočká skoro stejné kvality života, jako mají jejich zdraví vrstevníci. Léčba se rozlišuje podle období remise, tedy když je pacient téměř bez příznaků onemocnění, a relapsu neboli období opětovného vzplanutí střevního zánětu. Mezi související způsoby léčby se řadí medikamentózní, chirurgická, anebo kombinace obojího, což bývá u těchto pacientů nejčastější. Medikamentózní léčba se snaží zánět zklidnit do takové míry, že se pacient dostane do remise. Novotný et al. (2010:40) uvádí, že je při medikamentózní léčbě „*používán obecný princip postupu po jednotlivých krocích, kdy jsou nejdříve užívány léky takzvané běžné, s minimálními vedlejšími účinky. Pokud nedojde k úlevě obtíží nebo zhojení střevního zánětu, je léčba stupňována*“. Léčba Crohna je velice individuální, tedy co vyhovuje *pacientovi A* nemusí vůbec působit na *pacienta B* a naopak. Medikamentózní léčba se provádí pomocí aminosalicylátů, kortikosteroidů, imunosupresiv, a také biologické léčby (*kombinace typů léčby jsou velice individuální*) (Červenková, 2009). Novotný et al. (2010) dále zmiňuje důležitost suplementování vitamínů, minerálních látek a také probiotik, které mohou značně ovlivnit zdravotní stav pacienta tím, že se jejich podáním střevní prostředí změní nebo stabilizuje. Co se týče chirurgické léčby, tak Novotný et al. (2010:53) upřesňuje, že „*operací se řeší spíše komplikace nemoci (které vznikly v průběhu léčby medikamentózní – pozn. autora) ... s chirurgem se během svého života setká 70-90 % nemocných s Crohmem*...“. Tentýž kolektiv autorů také představuje hlavní důvody, které vedou k chirurgickému zákroku – jsou to:

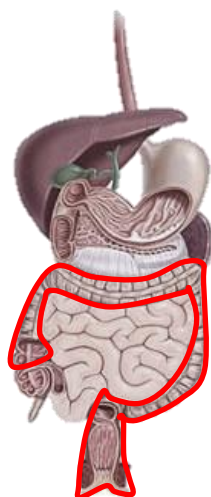
- „*selhání či nesnášenlivost konzervativní léčby,*
- *zhoubný nádor střeva, podezření na střevní nádorové onemocnění,*

- *vleklá až akutní střevní neprůchodnost,*
- *střevní píštěl s příznaky,*
- *vleklé až život ohrožující krvácení do zažívacího traktu,*
- *perforace střeva, zánět pobřišnice,*
- *těžká kolitida,*
- *hnisavá ložiska, abscesy.*“

3.3.4 Ulcerózní kolitida (UC)

Ulcerózní kolitida je druhým onemocněním spadajícím do IBD, které taktéž napadá trávicí trakt, ovšem, na rozdíl od Crohna, který může zasáhnout všechny jeho části, UC způsobuje neplechu pouze v tlustém střevě a konečniku. To je patrné z obrázku 3, který znázorňuje oblasti postižené ulcerózní kolitidou.

Obrázek 3 - Postihované oblasti trávicího traktu UC



Zdroj: muschealth.org (2021); upraveno (2021)

Další porovnání UC a Crohna je v rámci obtíží, které obě nemoci způsobují. Zatímco Crohn má příznaky velice různorodé, UC je spíše stereotypní, co se příznaků týče – bolestivé nucení na stoli, krvácení z konečniku a průjemy (Červenková, 2009). Obdobně se zde střídají období remise a relapsu. Červenková (2009) dále zmiňuje důležitost prvních tří let od stanovení diagnózy UC, jelikož opakují-li se relapsy během těchto let častěji, bude se nemoc chovat stejně i nadále a naopak, pokud dojde po úvodní atace ke zklidnění v dlouhodobém časovém horizontu, nebudou se relapsy ani v budoucnu častěji opakovat.

Tatáž autorka dále rozděluje UC podle rozsahu zánětu na:

- *Proktitidu* – kdy zánět zasahuje pouze konečnou část tlustého střeva – konečník; pro tuto fázi jsou typické *tenesmy*, které Novotný et al. (2010:22) popisuje jako „*nepříjemné, až bolestivé nucení na stolicí spojené s odchodem abnormálního obsahu konečníkem, zatímco stolice může být jen nepatrné množství*“
- *Ohraničený tvar UC* – kdy zánět zasahuje společně s konečníkem i různě rozsáhlou část tlustého střeva; v této fázi pacienti trápí průjemovité stolice, tenesmy a krvácení z konečníku, dále pacienti uvádějí bolesti v levém podbřišku
- *Extenzivní tvar UC* – v této fázi nemoc postihuje celé tlusté střevo; potíže zůstávají stejné jako u druhé fáze a přidávají se ještě možné komplikace ve formě toxického megakolon (*rozepjetí tlustého střeva a jeho následná neprůchodnost*) a střevní perforace, tyto komplikace se musí řešit chirurgicky

Červenková (2009) uvádí, že způsoby léčby UC jsou podobné již zmíněným způsobům léčby Crohna – medikamentózní, chirurgická, anebo kombinace obojího. Rovněž zmiňuje, že stejně jako u Crohna, se i zde u medikamentózní léčby používají aminosalicyláty, kortikosteroidy, imunosupresiva a také biologická léčba – rovněž je způsob léčby UC, který pacientovi bude vyhovovat, velice individuální. Následky neúspěšné léčby medikamenty se řeší většinou chirurgicky. Důležitý je také celkový životní styl, strava a suplementace vitamínů, minerálů a probiotik.

3.4 IBD a cestování

Jak už bylo řečeno, cestování se stalo jednou z potřeb, bez které už nelze, v relaci s rozkvětem životní úrovně obyvatelstva, normálně fungovat. Pacienti se musí přizpůsobit tomuto dynamickému rozvoji tak, aby splňovali zažitý rámec „normálního“ člověka, ale zároveň se chovat k sobě samému takovým způsobem, aby v závažné míře nezhoršili svůj zdravotní stav.

Zdravotní stav pacientů s IBD se během cestování může zhoršit především ze dvou aspektů, jak uvádí Novotný et al. (2010), a to jednak kvůli fyziologické změně střevní mikroflóry a jednak kvůli možnosti vzniku prudké střevní infekce, která následně může vést k relapsu střevního zánětu (*více u UC*). Dalším problémem, který potkává pacienty s IBD, kteří jsou léčeni imunosupresivní a biologickou léčbou, je očkování tzv. *živými vakcínami*, které jsou většinou potřebné pro cesty do exotických destinací. Novotný et al. (2010:30) vysvětluje, že „...*nemocní, kteří jsou léčeni imunosupresivní nebo biologickou léčbou, nesmí dostat živou nebo oslabenou*

vakcínu kvůli možnosti vyvolání onemocnění... očkování živými vakcínami je možné tři týdny před zahájením a dva měsíce po skončení této léčby.“. Bortlík et al. (2016:75) naopak uvádí, že je možné vakcinaci provést „...*minimálně 3 týdny před ukončením nebo 3 měsíce po něm.*“ Zde tedy záleží na druhu aplikované léčby, neboť pacienti užívající aminosalicyláty, anebo lehké dávky kortikosteroidů, se mohou téměř bezstarostně nechat očkovat živou vakcínou (Novotný et al., 2010).

Dalším problémem, který může významně zkomplikovat cestování pacientů s IBD je vyšší nadmořská výška. „*Dle dostupných studií je dokázáno, že je zde jistá spojitost mezi relapsem IBD onemocnění a pobytem v oblastech s vyšší nadmořskou výškou, to samé se týká cestování leteckou dopravou.*“ uvádí Vavricka et al. (2016:2).

Předcházení zdravotním komplikacím, které mohou během cestování vzniknout, je v silách pacientů. Je třeba se řídit radami gastroenterologů (resp. praktických lékařů) a užívat předepsané léky. Rovněž je vhodné užívání probiotických bakterií, které mohou pozitivně ovlivnit střevní mikroflóru. Kohoutová (2013:11) toto tvrzení doplňuje a uvádí, že probiotika „...*snižují pravděpodobnost uplatnění se patogenů v gastrointestinálním traktu.*“ Stejně důležité je i samotné chování pacienta, který by se neměl vydávat na delší cesty do zahraničí v případě, že se již dlouhodobě necítí dobře. To by totiž mohlo být zapříčiněno zvýšenou aktivitou střevního zánětu.

4. Praktická část

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit v jaké míře jsou uspokojovány potřeby pacientů s IBD, dále stanovit jaká je informovanost pacientů s IBD a také určit v jaké míře samotné IBD ovlivňuje výběr cílové destinace pacienta. První polovina praktické části byla provedena pomocí obsahové analýzy vybraných vědeckých studií. Pro řádnou komparaci a stanovení kvalitních výsledků bylo třeba použít více než jednu studii. Vybrané práce zjišťují různé vzniklé problémy související s výběrem destinací, nadmořskou výškou, a také zkoumají, jaká je informovanost pacientů o možných komplikacích, které mohou právě kvůli špatné obeznámenosti nastat, a také zvýhodněních, na které mají pacienti nárok. Druhá polovina praktické části se zabývá analýzou dotazníkového šetření, které vzniklo ve spolupráci s facebookovou skupinou *Pacienti IBD*, která sdružuje a edukuje osoby s IBD.

4.1 Základní fakta

V této části chtěla autorka na základě vlastních zkušeností osvětlit základní fakta týkající se cestování a IBD. Cestování je i pro pacienty IBD nenahraditelným statkem, na který by měli mít během svého života nárok. Nicméně jejich zdravotní stav jim vždy nedovolí vše uskutečňovat v plné míře. Z toho důvodu je nutné, stejně jako se to děje u handicapovaných osob, zpřístupňovat služby cestovního ruchu i pro osoby s diagnostikou IBD. Služby v cestovním ruchu by měly osobám s IBD nabídnout cestu či pobyt, který by zaručoval splnění alespoň poloviny potřeb, které pacienti mají. Příkladem můžou být soukromé toalety, určené jen pro IBD pacienty, či možnost vybrat si druh stravování bez zvýšených poplatků – každému vyhovuje odlišný způsob stravování a odlišné potraviny.

Každá mince má ale dvě strany, což platí i v této situaci. Je důležité, aby lidé s IBD plánovali své dovolené a zájezdy na základě svého onemocnění, a to jen tehdy, jsou-li v dlouhodobé fázi remise a nepocítují zvýšenou aktivitu zánětu. Opakem, tedy cestováním ve fázi relapsu střevního zánětu, by se dostali do zvýšeného zdravotního rizika, které by je mohlo stát i život. Klíčová je v tomto případě i informovanost IBD pacientů o rizicích a možných komplikacích, které mohou vzniknout během cest do zahraničí, ať už se jedná o riziko nákazy infekčním průjmovým onemocněním či o riziku očkování živými vakcínami. Zároveň je nutné sledovat zvýhodnění, které pacienti mají – tím může být „*WC Karta*“ či „*Can't Wait Card*“, která by měla umožnit držitelům přístup na neveřejné toalety ve chvíli kdy to nejvíce potřebují.

4.2 Analýza vědeckých studií

Bylo vybráno pět vědeckých studií zkoumající IBD pacienty v souvislosti s cestováním. Čtyři zvolené studie jsou zaměřeny na vliv IBD na cestování, jako na obecnou problematiku a nezohledňují jeden konkrétní zdravotní problém, ale obecné obavy, komplikace, relapsy během cest, informovanost a preference destinací pacientů s IBD. Pouze jedna ze studií je zaměřena na konkrétní zdravotní problém, který nastává během cestování.

Studie č. 1:

Health concerns associated with travelling with inflammatory bowel disease (IBD): a questionnaire survey (Philip et al., 2018)

První ze studií se zabývala zdravotními problémy, které mohou vzniknout při cestování u pacientů s IBD. Cílem studie bylo prozkoumat přístup pacientů k cestování a identifikovat oblasti služeb, kde potřeby pacientů s IBD nejsou plně uspokojovány. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem jsou narušovány cestovní plány pacientů a také jaké obtíže s sebou IBD přináší.

Šetření proběhlo kvantitativně pomocí dotazníkového šetření o 36 otázkách a jediným kritériem pro účast na tomto šetření bylo diagnostikované IBD. Dotazník byl koncipován na uzavřených otázkách s odpovědí „*ano, ne a neaplikovatelné*“ a na možnosti zaškrtnout více odpovědí, a to především u otázek směřující do oblasti zkvalitnění služeb.

Celkově se výzkumu zúčastnilo 136 pacientů IBD, nicméně 15 z nich uvedlo, že od diagnostiky IBD do zahraničí necestovalo, proto nadále, aby byla získaná data relevantní, **výzkum počítá s 121 pacienty**, namísto původních 136.

Tabulka 1 - Výsledky šetření Studie č. 1 (Philip et al., 2018)

121 IBD pacientů	
Informovanost	<p>64 % získalo potřebné informace od svého ošetřujícího lékaře; 21 % nebylo spokojeno s informacemi od svého lékaře; 71 % bylo uspokojeno získanými informacemi od svého lékaře vzhledem k jejich budoucí cestě; 63 % nebylo lékařem informováno, že by se měli vyhnout živým vakcínám, pokud pobírají imunosupresivní léčbu; 92 % pacientů nebylo informováno o riziku opětovného vzplanutí zánětu při cestách do oblastí s vyšší nadmořskou výškou; 72 % pacientů neznalo „Can't Wait Card“ (karta umožňující přístup na toaletu – v ČR „WC karta“)</p>
Vliv IBD na cestování	<p>30 % uvedlo vliv IBD na zámořské cestování; 40 % uvedlo vliv IBD při výběru destinace; 61 % pocíťovalo obavy o svůj zdravotní stav při cestování do zahraničí; 89 % pacientů si zvolilo možnost cestovat navzdory možným zdravotním rizikům; 60 % pacientů uvedlo, že IBD nemělo žádný vliv na výběr destinace</p>
Problémy	<p>38 % pacientů zažilo relaps během cestování; 12 % obdrželo živou vakcínu, i přes medikaci imunosupresiv, kvůli své cestě do zahraničí; 18 % cestovalo navzdory probíhajícímu relapsu; 27 % pacientů cestovalo do oblastí s vyšší nadmořskou výškou a z toho 46 % zažilo relaps střevního zánětu</p>

Zdroj: Zpracováno na základě dat ze Studie č. 1 (Philip et al., 2018); vlastní zpracování (2021)

Dle dat z tabulky 1 pouze menší část pacientů (21 %) nebyla spokojena s informacemi od svého ošetřujícího lékaře, nicméně v následujících otázkách byli pacienti dotazováni na negativní skutečnosti související s cestováním, které by jim měl jejich ošetřující lékař před vycestováním sdělit. Většina odpovědí ale naznačuje, že informovanost pacientů není příliš dostačující.

U otázek, které se týkaly vlivu IBD na cestování, což je zřejmé z tabulky 1, pouze menší část pacientů (30 %) z celkového počtu uvedl, že IBD mělo vliv na jejich cesty do zámořských destinací. Odpovědi respondentů týkající se celkového vlivu IBD na výběr destinace, viz tabulka 1, se zvýšily o deset procent, oproti předchozí otázce, což vypovídá o tom, že vliv IBD na výběr destinace je již znatelný, nicméně stále se jedná o menší část pacientů. Výrazné byly odpovědi na otázku týkající se obav o vlastní zdravotní stav, kde, dle dat z tabulky 1, už více než polovina pacientů uvedla, že určité obavy pociťovala. Každopádně, téměř většina dotazovaných, jak je z tabulky 1 patrné, by upřednostnila cestování i navzdory případným zdravotním komplikacím, které během něho mohou, vlivem IBD, nastat.

Jak je patrné z tabulky 1, tak poslední část otázek se týkala zdravotních komplikací, které potkaly pacienty při cestování. Relaps střevního zánětu zde nastal u 38 % z celkového počtu dotazovaných. Část otázek souvisela s těmi předchozími, které se zaměřovaly na informovanost. Jelikož pacienti nebyli informováni, tak cestovali do oblastí s vyšší nadmořskou výškou, kde téměř polovinu z nich postihl relaps IBD a menší část pacientů (12 %), viz tabulka 1, byla kvůli své cestě do zahraničí očkována *živou vakcínou*, i přes medikaci imunosupresiv. Dále skoro 20 % pacientů cestovalo i navzdory probíhajícímu relapsu onemocnění.

Studie č. 2:

Travel-Associated Health Risks for Patients With Inflammatory Bowel Disease (Ben-Horin et al., 2012)

Tato studie je ještě podrobnější než ta předchozí. Jejím cílem bylo zjistit a vyhodnotit incidenci a charakteristiku zdravotních rizik, která provázejí pacienty IBD při cestování do destinací klasifikovaných podle HDI – Human Development Index – neboli indexu lidského rozvoje. Země, které byly podle HDI (*v roce 2012*) umístěné do 38. místa byly hodnoceny jako vyspělé a země, které nestačily na umístění do 38. místa byly hodnoceny jako rozvojové – u zemí hodnocených jako „rozvojové“ se dále ještě pohlíželo na příslušnost k tropickým oblastem.

Metodicky byl sběr dat proveden kvantitativně pomocí dotazníkového šetření a také kvalitativně pomocí řízených rozhovorů. Cílové destinace si vybírali samotní účastníci výzkumu.

Šetření v tomto případě probíhalo sestavením dvou skupin participantů – IBD pacientů a dobrovolnické kontrolní skupiny osob, takzvaných „zdravých jednotlivců“, dále pouze ZJ, bez diagnostikovaného IBD, která se skládala ze zdravotního personálu, příbuzenstva IBD pacientů

a doprovodů při endoskopických vyšetření. V rámci výzkumu se uskutečnilo 1099 cest a zúčastnilo se jich celkem 222 pacientů IBD (523 cest) a 224 ZJ (576 cest). Je nutné dodat, že u otázky ohledně vzplanutí onemocnění nebyl u skupiny ZJ uveden druh onemocnění.

Tabulka 2 - Výsledky šetření studie č. 2 (Ben-Horin et al., 2012)

	IBD pacient (222)	ZJ (224)
Cesty do zahraničí	38 % cest do rozvojových zemí – z toho 49 % do tropických oblastí; 62 % cest do vyspělých zemí	42 % cest do rozvojových zemí – z toho 57 % do tropických oblastí; 58 % cest do vyspělých zemí
Vzplanutí nemoci (% zúčastněných)	17 % rozvojové země a z toho 24 % tropické oblasti; 14 % vyspělé země	21 % rozvojové země a z toho 31 % tropické oblasti; 3 % vyspělé země
<small>(u IBD pacientů šlo o IBD a u ZJ nebyla nemoc uvedena)</small>		
Nutnost hospitalizace	1 % cest	0,7 % cest
Doba strávená na cestách	11 203 dní a z toho proběhlo 79 vzplanutí nemoci (7% šance / 10 dní)	12 597 dní a z toho proběhlo 63 vzplanutí nemoci (5% šance / 10 dní)
Počet relapsů onemocnění po návratu domů (% zúčastněných)	16 % – z toho 40 % případů bylo pokračováním relapsu na cestách a v 60 % případů vznikl relaps až po příjezdu domů po jinak bezproblémovém cestování	X

Zdroj: Zpracováno na základě dat ze Studie č. 2 (Ben-Horin et al., 2012); vlastní zpracování (2021)

Následně získaná data z tabulky 2 ukazují, že pacienti IBD ve větší míře (62 %) vybírají jako cílové země ty vyspělé dle indexu HDI, každopádně ve srovnání se skupinou ZJ (58 %) je to jen nepatrný rozdíl.

Vzplanutí onemocnění nastalo, na základě dat z tabulky 2, ve více případech u IBD pacientů v rozvojových zemích (17 %), oproti zemím vyspělým (14 %). Nicméně, podle tabulky 2, je procento vzplanutí onemocnění u ZJ z rozvojových zemí, v porovnání s IBD pacienty, ještě vyšší (21 %), oproti tomu procento z vyspělých zemí u ZJ hluboce pokleslo na pouhých 3 %.

Dle dat z tabulky 2, bylo třeba vyhledat pomoc lékaře v 1 % cest u IBD pacientů, ZJ na tom byli ještě lépe s 0,7 % cest. Stejně tak je uváděná četnost vzplanutí onemocnění v poměru s dobou strávenou na cestách. Ta ale téměř žádnou roli nehrála, jelikož výsledné hodnoty z výpočtu v tabulce 2 ukazují, že i když pacienti IBD strávili na cestách menší počet dní (11 203), vzplanutí onemocnění u nich bylo častější v porovnání se skupinou ZJ (12 597).

U pacientů IBD se ještě zjišťoval počet relapsů onemocnění po návratu z cest domů. Stalo se tak v 16 %, viz tabulka 2, a u více než poloviny pacientů vznikl relaps až po příjezdu domů po jinak bezproblémovém cestování.

Studie č. 3:

The Traveling IBD Patient – A Case-Controlled Study of Travel-Associated Health Risks (Ben-Horin et al., 2011)

Třetí studie, která se podobá té předchozí, také zkoumala incidenci a charakteristiku zdravotních problémů v souvislosti s cestováním pacientů IBD. Cílové země byly rovněž děleny na základě HDI.

Metodicky byla data shromažďována kvantitativně pomocí dotazníkového šetření a kvalitativně pomocí řízených rozhovorů. Cílové destinace si stejně jako u předchozí studie vybírali samotní účastníci výzkumu.

Shromážděná data platná pro IBD pacienty byla následně porovnávána s daty získanými od skupiny takzvaných „kontrolních jedinců“, dále jen „KJ“, kteří se rovněž na daném výzkumu podíleli. **Celkově se výzkumu zúčastnilo 429 osob, z nichž bylo 221 kontrolních jedinců a 208 pacientů IBD. Uskutečnilo se 1061 cest (v poměru 496 cest IBD a 565 cest KJ).**

Tabulka 3 - Výsledky šetření studie č. 3 (Ben-Horin et al., 2011)

	IBD pacienti (208)	KJ (221)
Cílové destinace	38 % rozvojové; 62 % vyspělé	59 % rozvojové; 41 % vyspělé
Vzplanutí onemocnění (% cest)	14,5 % z toho: 48,6 % rozvojové země a 51,4 % vyspělé země	9,6 % z toho: 87 % rozvojové země a 13 % vyspělé země
Nutnost hospitalizace (% zúčastněných)	1 % pacientů	X

Zdroj: Zpracováno na základě dat ze Studie č. 3 (Ben-Horin et al., 2011); vlastní zpracování (2021)

I zde je dle tabulky 3 patrné, že více než polovina pacientů (62 %) upřednostnila cestu do vyspělé země, v porovnání se skupinou KJ (41 %), u které to ani polovina nebyla.

Vzplanutí onemocnění proběhlo u 14,5 % pacientů IBD, viz tabulka 3 – hodnoty počtu relapsů ve vyspělých zemích a v rozvojových zemích se zde rozdělily téměř na polovinu. Dle tabulky 3 je zřejmé, že u skupiny KJ výrazně převažovaly relapsy blíže nespecifikovaných nemocí v rozvojových zemích (87%).

V tabulce 3 je rovněž patrné, že nutnost hospitalizace byla pouze u 1 % pacientů IBD.

Studie č. 4:

Pretravel preparation and travel-related morbidity in patients with inflammatory bowel disease (Soonawala et al., 2012)

Tento dokument vznikl z důvodu neexistence validních studií zkoumající morbiditu pacientů IBD při cestování. V této studii také proběhlo rozdělení cílových zemí, nicméně to tentokrát nebylo podle HDI, ale podle toho, zdali je v dané zemi zvýšené riziko nákazy hepatitidou typu A. Ty země, ve kterých je doporučeno očkování proti tomuto onemocnění jsou kategorizované jako „nerizikové pro hepatitidu A“ a naopak země, které nemají dané očkování doporučené jsou zařazeny do kategorie „rizikové pro hepatitidu A“.

Metodicky byl sběr dat proveden kvantitativně pomocí dotazníkového šetření. Odpovědi respondentů byly shromážděny jednak z dané IBD kliniky a také pomocí webové stránky sdružující holandské pacienty s IBD.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 277 osob, které splňovaly jednoduchou podmínku – *uskutečněná cesta do zahraničí během posledních pěti let.*

Tabulka 4 - Výsledky šetření studie č. 4 (Soonawala et al., 2012)

Cílové destinace	57 % nerizikových pro hepatitidu A; 43 % rizikových pro hepatitidu A
Vliv IBD na výběr destinace	62 % pacientů pociťuje určitý vliv
Problémy během cestování	10 % bolesti břicha; 9 % bolesti kloubů a svalů; 32 % průjem (častější u Crohn)
Nutnost návštěvy lékaře	5 % pacientů
Nutnost hospitalizace	2 % pacientů
Vzplanutí onemocnění	19 % pacientů
Zrušení zájezdu / dřívější návrat domů kvůli IBD	0,4 % pacientů

Zdroj: Zpracováno na základě dat ze Studie č. 4 (Soonawala et al., 2012); vlastní zpracování (2021)

Respondenti si na základě dat z tabulky 4, stejně jako u předchozích studií, v rámci výběru cílové destinace, více volili nerizikové země pro hepatitidu A (57 %) (které lze také chápat jako země „vyspělé“).

Co se týče vlivu na výběr destinace, tak více než polovina pacientů (62%), jak je patrné z tabulky 4, určitý blíže nespecifikovaný vliv pociťuje.

Další otázka se zaměřovala na konkrétní zdravotní problémy, které nastaly během cestování. Dle dat z tabulky 4, menší část pacientů (9-10 %) zaznamenala bolesti břicha, kloubů a svalů. Četnější problém byl průjem, který potkal 32 % pacientů, viz tabulka 4, nicméně častěji se objevoval u pacientů s Crohnmem. Jak je dále z tabulky 4 patrné, tak relaps onemocnění nastal u 19 % pacientů a minorita pacientů (0,4 %) musela zájezd zrušit či odjet domů dříve právě kvůli IBD.

Dále otázky směřovaly na návštěvu lékaře a nutnost hospitalizace, kdy většina pacientů (95-98 %) uvedla, jak je dle tabulky 4 patrné, že se během cestování obešla bez lékařské pomoci.

Studie č. 5:

Diarrhoeal episodes in travellers suffering from IBD (Ellul et al., 2013)

Pátá ze zvolených studií se zabývala mírou rizika nakažení průjmovým onemocněním při cestování u pacientů s IBD a kontrolních jedinců. Stejně jako u předchozích studií, i zde byly cílové země rozdělovány podle výsledné hodnoty HDI, tedy indexu lidského rozvoje.

Metodicky byl sběr dat proveden kvantitativně pomocí dotazníkového šetření.

Výzkumu se zúčastnilo 78 IBD pacientů a 78 kontrolních jedinců (KJ), přičemž obě skupiny zúčastněných pocházely ze stejných geografických oblastí. Důležitou podmínkou pro účast na výzkumu u pacientů s IBD byla klinická remise, která trvala alespoň 3 měsíce a zároveň nesměla být zaznamenána žádná změna v rámci medikace. Každý pacient IBD cestoval s KJ, tím pádem jsou počty uskutečněných cest, zde zobrazené v relativních hodnotách, pro obě skupiny totožné.

Tabulka 5 - Výsledky šetření studie č. 5 (Ellul et al., 2013)

	IBD pacienti (78)	KJ (78)
Cílové destinace	7 % rozvojové; 93 % vyspělé	
Průjmové onemocnění	20,5 % a z toho: 87,5 % cestovalo do vyspělých zemí a 12,5 % cestovalo do rozvojových	1,3 % KJ

Vzplanutí IBD	6,4 % a z toho:	
	80 % cestovalo do vyspělých zemí a	X
	20 % do rozvojových zemí	

Zdroj: Zpracováno na základě dat ze Studie č. 5 (Ellul et al., 2013); vlastní zpracování (2021)

Dle dat z tabulky 5, je vidět markantní rozdíl ve volbě cílových destinací, kdy 93 % dotazovaných upřednostnilo vyspělou zemi, namísto té rozvojové.

Průměrným onemocněním si prošlo 20,5 % pacientů, viz tabulka 5, z nichž značnou část (87,5 %) tvořili pacienti cestující do vyspělých zemí.

Vzplanutí onemocnění, podle dat z tabulky 5, proběhlo u malého počtu dotazovaných (6,4 %).

4.2.1 Shrnutí výsledků

Jednotlivé studie zkoumaly vliv IBD na cestování u velkého množství pacientů a poměrně mezinárodně. Co se výsledků týče je zřejmé, že osoby s diagnózou IBD nejsou informované v takové míře, v jaké je to potřebné. Pacienti sice uvedli, že jsou spokojeni s informacemi, které jim poskytuje jejich ošetřující lékař, nicméně obeznámenost o nutnosti omezení očkování *živou vakcínou* i obeznámenost týkající se rizika vzniku relapsu střevního zánětu v oblastech s vyšší nadmořskou výškou byla nedostatečná. Následkem této nedostačující informovanosti se část pacientů (12 %) nechala očkovat *živou vakcínou* a další část (27 %) cestovala do oblasti s vyšší nadmořskou výškou, viz tabulka 1, kde téměř polovinu pacientů potkal relaps IBD. Omezená informovanost se netýkala jen rizik, ale i zvýhodnění, jelikož, jak je patrné z tabulky 1, tak bezmála třičtvrtě pacientů neznalo *CAN'T WAIT CARD*.

Ohledně vlivu IBD na výběr cílové destinace výsledky hovoří jasně. Je zde zřejmá převaha volení vyspělých destinací oproti těm rozvojovým – ať už je to v souvislosti s obavou týkající se (ne)dostupnosti toalet či kvalitní zdravotní péče. Stejně tak může být důvodem to, že četnost relapsů střevního zánětu, a i jiných problémů souvisejících s IBD, byla vyšší v rozvojových zemích a exotických destinacích.

4.3 Výsledky dotazníkového šetření

Tato kapitola přináší průběh a výsledky dotazníkového šetření ve Facebookové skupině *Pacienti IBD*.

První otázka, která je zpracovaná v tabulce 6, se týkala diagnostikovaného onemocnění.

Tabulka 6 - Diagnostikované onemocnění

Onemocnění	Podíl
Crohнова choroba	72,1 %
Ulcerózní kolitida	27,9 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Dle tabulky 6 je zřejmé, že zastoupení onemocnění nebylo rovnoměrné. Četnější byly odpovědi od pacientů s Crohnovou chorobou.

V dalších otázkách, které jsou zpracovány v tabulkách 7-12, byli pacienti dotazováni na vliv IBD na cestování a také na to, jak konkrétně IBD ovlivňuje jejich cestování. Dále také jaké dopravní prostředky upřednostňují, jako osoby s diagnózou IBD. Byly zde i otázky zaměřující se na komplikace, které postihly pacienty při cestování ať už v podobě relapsu střevního zánětu, anebo nutnosti zrušit zájezd.

Tabulka 7 - Ovlivňuje Vás IBD při cestování?

Odpověď	Podíl
ANO	73,1 %
NE	26,9 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Dle získaných responzí, viz tabulka 7, 8 a 9, IBD ve větší míře ovlivňuje pacienty při cestování, ať už během výběru destinace, či v průběhu samotného absolvování dané cesty/daného pobytu.

Tabulka 8 - Jaký je hlavní důvod, že IBD ovlivňuje Vaše cestování?

Důvod	Podíl
Obavy z (ne)dostupnosti toalet v dané destinaci	62,5 %
Obavy z relapsu střevního zánětu	40,4 %
Obavy z (ne)dostupnosti vhodného jídla v dané destinaci	39,4 %
Obavy z nákazy infekčním průjmem v dané destinaci	33,7 %
Obavy z kvality zdravotnické péče v dané destinaci	31,7 %
Obavy ohledně čistoty veřejných toalet v dané destinaci	26,9 %
Neovlivňuje	7,7 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Dle dat v tabulce 8, se respondenti nejvíce obávají nedostupnosti toalet v dané destinaci (62,5 %). Na druhém místě je obava z relapsu střevního zánětu a třetí místo zaujímá obava z nedostupnosti vhodného jídla v dané destinaci. Další obavy se týkaly nákazy infekčním průjmem v dané destinaci, kvality zdravotnické péče a také čistoty veřejných toalet v dané destinaci. Pouze 7,7 % pacientů, viz tabulka 8, uvedlo, že je IBD nijak při cestování neovlivňuje.

Tabulka 9 - Jakým dopravním prostředkům se snažíte vyhnout/Vám způsobují největší obtíže při cestování?

Dopravní prostředek	Podíl
Letadlo	85,5 %
Lod'	62,3 %
Autobus	23,9 %
Vlak	6,4 %
Auto	5,8 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Dle dat z tabulky 9, je zřejmé, že se pacienti IBD nejvíce snaží vyhnout právě leteckému způsobu dopravy (85,5 %). Zajímavé je i vyhýbání se dopravě lodní (62,3 %), viz tabulka 9.

Tabulka 10 - Musel/a jste kvůli IBD zrušit zájezd, či odjet domů dříve, než bylo původně v plánu?

Odpověď	Podíl
Ne, nic zmíněného jsem nezažila.	63,5 %
Ano, musel/a jsem zrušit zájezd.	22,1 %
Ano, musel/a jsem z dovolené odjet dříve.	18,3 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Ve více než polovině responzí, viz tabulka 10, bylo uvedeno, že nebylo třeba zájezd zrušit, či odjet dříve domů kvůli komplikacím spojeným s IBD.

Tabulka 11 - Relaps IBD v průběhu cesty/dovolené

Odpověď	Podíl
NE	55,8 %
ANO	44,2 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Tabulka 12 - Nutnost vyhledání lékařské pomoci

Odpověď	Podíl
NE	87,5 %
ANO	12,5 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

U následujících dvou otázek byli pacienti dotazováni na „zakázané“ a „povolené“ cílové destinace při výběru jejich dovolené.

Co se týče zakázaných destinací, tak nejčastěji se v odpovědích objevovaly rozvojové a tropické země. Na první příčku se řadí především africké země v čele s Egyptem a Tuniskem, dále Turecko a Indie, Spojené arabské emiráty, celá Asie, Jižní a Střední Amerika. Rovněž respondenti uváděli, že nemají od lékařů doporučené země s horší hygienickou situací a nekvalitní zdravotnickou péčí v porovnání s tou evropskou. Stejně tak uváděli, že se mají vyhýbat zemím, do kterých je nutné očkování (*živými vakcínami*).

Naopak, jako země, které jsou pro dovolenou IBD pacientů vhodné, se nejčastěji vybíraly vyspělé země Evropy – Rakousko, Německo, Slovensko, Francie, Švýcarsko, Norsko, Dánsko a Švédsko, a také přímořské evropské destinace – převážně Chorvatsko, Řecko, Itálii a Španělsko, objevoval se zde i Egypt (*který část pacientů také uvedla jako svou „zakázanou“ destinaci*). Část respondentů zmínilo asijské země.

V další otázce, viz tabulka 13, měli respondenti ohodnotit připravenost služeb v cestovním ruchu na pacienty s IBD.

Tabulka 13 - Jsou služby v cestovním ruchu dostatečně připraveny na IBD pacienty?

Vůbec nejsou	Nevím	Rozhodně jsou
64,4 %	15,3 %	20,3 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Jak je patrné z tabulky 13, tak značná část pacientů uvedla, že služby v cestovním ruchu nejsou připravené na osoby s IBD. Nicméně jednalo se pouze o strohé hodnocení, které nevynáší žádné konkrétní zkušenosti týkající se nedostatečnosti služeb cestovního ruchu v souvislosti s IBD.

Finální sada otázek, které jsou zpracovány v tabulkách 14-17, se zabírala informovaností pacientů IBD ohledně jistých výhod, na které mají nárok a také ohledně rizik, které mohou značným způsobem zkomplikovat zdravotní stav osoby s IBD během cestování/pobytu.

Tabulka 14 - Znáte pojem „WC KARTA“ nebo „CAN'T WAIT card“?

Odpověď	Podíl
ANO	90,4 %
NE	9,6 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Tabulka 15 - Pokud kartu znáte, využíváte ji?

Odpověď	Podíl
Kartu nemám.	61,6 %
Kartu mám, ale ještě jsem ji nevyužila.	22,1 %
Ano, vždy mě zachrání před pohromou.	14,0 %
Jiná...	2,3 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Z tabulky 14 a 15 je zřejmé, že i když jsou pacienti obeznámeni ohledně zvýhodnění ve formě WC KARTY, tak ji více než polovina z nich nemá a další část ji sice má, ale nepoužívá.

Další otázka, viz tabulka 16, zjišťovala, zdali byli pacienti IBD při předložení WC KARTY odmítnuti – odpovídali pouze ti, kteří kartu mají/popřípadě ji aktivně využívají.

Tabulka 16 - Stalo se Vám, že jste byl/a odmítnuta při předložení WC KARTY?

Odpověď	Podíl
NE	62,5 %
ANO	37,5 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Tabulka 17 - Věděl/a jste že...

	ANO	NE
...cestování do oblastí s vyšší nadmořskou výškou zvyšuje riziko opětovného vzplanutí IBD?	8,7 %	91,3 %
...pacienti IBD, kteří jsou na imunosupresivní a biologické léčbě, nesmí být očkovaní tzv. „živými vakcínami“?	66,3 %	33,7 %
...jsou pacienti s IBD, při cestování do exotických zemí, ve větším riziku nákazy infekčním průjmovým onemocněním?	83,7 %	16,3 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

Dle dat z tabulky 17, jsou pacienti ve značné míře obeznámeni o riziku nákazy infekčním průjmovým onemocněním při cestě do exotických zemí. Informace týkající se očkování *živými*

vakcínami se dostala k více než polovině osob s IBD. Nicméně riziko opětovného vzplanutí IBD při cestách do oblastí s vyšší nadmořskou výškou je pro většinu pacientů novou informací, která se k nim nedostala ani skrze jejich ošetřujícího lékaře, viz tabulka 17.

Poslední otázka, viz tabulka 18, zjišťuje názor pacientů na to, zdali si myslí, že jsou v dostatečné míře informováni svým ošetřujícím lékařem ohledně rizik, které mohou vlivem IBD nastat při cestování.

Tabulka 18 - Myslíte si, že jste dostatečně informováni Vaším ošetřujícím lékařem ohledně rizik, která mohou nastat při cestování?

Odpověď	Podíl
ANO	45,2 %
NE	32,7 %
NEVÍM	22,1 %

Zdroj: vlastní zpracování (2021)

5. Shrnutí a diskuse výsledků

Teoretická část práce poskytla potřebná východiska pro porozumění danému tématu do hloubky. Ovšem stále se jedná o relativně nové onemocnění, ke kterému se pojí nespočet otázek, jež na své zodpovězení zatím ještě vyčkává. To se týká i problematiky cestování, jelikož se ustavičně mohou objevovat nové a nové zjištění a komplikace, které potkávají a budou potkávat pacienty IBD při cestování. Anebo se může objevit způsob, jak toto onemocnění nadobro vyléčit a danou problematiku již nebude třeba řešit.

Praktická část práce zkoumala pět vědeckých studií a uskutečnila dotazníkové šetření ve skupině *Pacienti IBD* na Facebooku. Získaná data z obsahové analýzy pěti vědeckých studií, které se zabývaly problematikou cestování u pacientů s IBD, byla zanalyzována a shrnuta do přehledných tabulek a následně stručně rozebrána. Stejný postup se odehrál u dotazníkového šetření. Úplné zhodnocení získaných dat proběhlo, kvůli celkové objektivnosti a relevantnosti výsledků, syntézou. Výzkumná část práce tedy poskytla východiska pro celistvé zanalyzování dané problematiky a přinesla dostatečná data, která umožnila odpovědi na stanovené výzkumné otázky a hypotézy, které jsou v této části detailně rozebrány.

Odpovědi na stanovené výzkumné otázky a potvrzení/nepotvrzení hypotéz:

I. V jaké míře jsou uspokojovány potřeby pacientů IBD při cestování?

Dle výsledků šetření lze soudit, že potřeby pacientů nejsou uspokojovány v takové míře, v jaké je to potřebné. Velká část pacientů, konkrétně 62,5 %, viz tabulka 8, uvedla, jako největší limitaci při cestování obavu z nedostupnosti toalet v dané destinaci, k tomu se pojí i obava z čistoty veřejných toalet v dané destinaci, ke které se přihlásilo 26,9 % respondentů. Toto nemusí být problémem pouze v tropických a rozvojových destinacích, ale i ve vyspělých zemích, které nedbají na čistotu veřejných toalet a omezují tak mimo jiné i osoby s IBD. Další část respondentů (39,4 %), rovněž dle dat v tabulce 8, uvedla obavu týkající se nedostupnosti vhodného jídla v dané destinaci. Tento problém směřuje k faktu, že každý pacient danou nemoc prožívá individuálně, každému vyhovují jiné potraviny, jiný způsob přípravy jídla. Proto je nutné zohledňovat individualitu každého člověka, respektive pacienta IBD, a vytvořit mu jedinečnou nabídku na stravování. Případně by pacienti neměli cestovat na místo, které nabízí pro ně pouze nevhodné potraviny a nevhodný způsob přípravy jídla. Další komplikace, která potkala pacienty IBD při cestování, dle dat z tabulky 10, je nutnost zrušit zájezd (22,1 %) a také

dřívější odjezd domů způsobený relapsem IBD onemocnění či jiným problémem týkajícím se IBD (18,3 %). S tím se pojí fakt, že všichni respondenti, kteří uvedli, že museli zájezd zrušit/přerušit rovněž uvedli, že služby v cestovním ruchu, viz tabulka 13, rozhodně nejsou připraveny na pacienty s IBD – toto uvedlo celkem 64,4 %.

Lze jen odvodit, zdali nespokojenost s poskytovateli služeb cestovního ruchu pramení z těchto zmíněných obav a zkušeností, jež mají IBD pacienti, či zda je za tím i něco víc. Daná problematika by si zasloužila ještě další výzkum, zaměřený pouze na uspokojování potřeb pacientů IBD poskytovateli služeb cestovního ruchu.

Posledním problémem, který zažili pacienti IBD v rámci uspokojování svých potřeb během cestování, bylo odmítnutí při předložení WC KARTY, viz tabulka 16, což se stalo v 37,5 % případů u osob, které WC KARTU buď mají a aktivně ji využívají nebo ji mají, ale nevyužívají. Nevyužívání karty může být zapříčiněno tím, že po každém předložení byl daný pacient odmítnut a toaleta mu poskytnuta nebyla.

Tím se **POTVRZUJE** stanovená **HYPOTÉZA č. 1. – Potřeby pacientů nejsou v rámci služeb cestovního ruchu dostatečně uspokojovány.** Původní domněnka směřovala na neznalost daného onemocnění poskytovateli služeb cestovního ruchu, nicméně tato neznalost se týká i široké veřejnosti, jelikož pacienti mohou předložit danou WC KARTU téměř kdekoli, ať už se jedná o obchod, či restauraci. Skutečnost, že byli po předložení odmítnuti tento fakt pouze podtrhuje.

Veřejnost by se o tomto onemocnění měla dozvědět, jelikož četnost onemocnění roste a další odmítání pacientů směřuje pouze k pohromě a možným psychickým problémům, jež mohou u IBD pacientů nastat. Dále by se poskytovatelé služeb cestovního ruchu měli zaměřit na upravení a vytvoření specifické nabídky pro tyto pacienty, ať už v podobě možné volby stravování či umožnění použití toalet (i neverejných) ve chvíli, kdy to bude pro pacienta nejakutnější.

II. Jaká je informovanost pacientů IBD ohledně rizik, která spolu cestování přináší a také ohledně výhod, které v rámci cestování mají?

Co se týče informovanosti ohledně rizik, která mohou postihnout pacienty IBD během cestování (i po něm), tak je dle dat nejen z vědeckých studií, ale i z dotazníkového šetření, nutno poznamenat, že pacienti nemají potřebné informace o komplikacích, jež mohou cestováním

nastat. Týká se to informovanosti o riziku vzniku relapsu při cestování do oblastí s vyšší nadmořskou výškou, který se může projevit i u pouhého cestování letadlem. Jak je vidno IBD ovlivňuje pacienty právě při cestách do zámořských destinací, což je nejpravděpodobněji zapříčiněno právě způsobem dopravy a nadmořskou výškou. Dalším problémem je neznalost tzv. „zákazu“ očkování *živými vakcínami*, pokud je pacient na imunosupresivní či biologické léčbě. Velká část pacientů (64 %), dle dat z tabulky 17, tuto skutečnost nezaregistrovala, či o ní nebyla svým ošetřujícím lékařem informována. Opakem je vysoká obeznámenost ohledně rizika nákazy infekčním průjmovým onemocněním při cestách do exotických zemí. To je ale nejpravděpodobněji způsobeno celkovou podobou onemocnění, jelikož IBD přináší pacientům velkou řadu průjmů ať už se nacházejí kdekoliv. Takže je jasné, že když pacient přijede do exotické země, kde je větší riziko nákazy infekčním průjmovým onemocněním, pravděpodobně jej i dostane. Každopádně pacienti hodnotili svou celkovou obeznámenost a dostupnost informací od svých lékařů pozitivně. Ovšem, dle dat z tabulky 18, část pacientů (32,7 %) uvedla, že ani neví, jestli jsou dobře informováni. Hlavním činitelem této skutečnosti je jistě fakt, že je toto onemocnění stále ještě nové a přináší s sebou velkou spoustu nezodpovězených otázek. Zároveň byl daný dotaz zodpovídan z relativně subjektivního pohledu a každý svou obeznámenost může hodnotit jiným způsobem.

Co se týče **HYPOTÉZY č. 2 - Pacienti s IBD nemají potřebné informace ohledně rizik a komplikací, které mohou vlivem cestování vzniknout** – tak byla rovněž **POTVRZENA**.

Původní domněnka směřovala na fakt, že pacienti nedostávají potřebné informace a ani si je sami nevyhledávají. Problémem je, že IBD je stále ještě nové onemocnění a jistě se objeví další a další problémy, které pacientům v budoucnu zkomplikují jinak bezproblémové cestování. Tím pádem se není čemu divit, že pacienti ani nevědí, co o daném onemocnění ještě nevědí.

Informovanost ohledně zvýhodnění, na které mají pacienti nárok je na tom, v porovnání s obeznámeností o komplikacích, o dost lépe. To ale platí jen pro vzorek pacientů z České republiky. Skoro celý zkoumaný vzorek českých pacientů (90,4 %), viz tabulka 14, totiž zná pojem *WC KARTA*, kterou v tuzemsku nabízí nezisková organizace *Pacienti IBD*. Avšak výzkum se odehrával na facebookové skupině této zmiňované neziskové organizace, takže je celkem jasné, že velké množství pacientů bude obeznámeno o možnosti využívání dané karty. Otázkou je, jaká by byla obeznámenost, kdyby se výzkum uskutečnil v odlišné skupině, či v terénu. Překvapivý je podíl pacientů, kteří *WC KARTU* mají, v porovnání s pacienty, kteří kartu aktivně používají. Jistě je zde prostor pro další výzkum v rámci důvodů nepoužívání *WC KARTY*, ať už se jedná o neustálé odmítání pacientů provozovateli služeb, či jistě zažité tabu,

kteřé pacientům prostě nedovolí předložit kartu a použít i neveřejnou toaletu, anebo pouze o to, že pacienti prostě nezažívají akutní stavy, které zachrání pouze okamžitě přístupná toaleta. Zahraniční pacienti na tom jsou v rámci informovanosti o dost hůře, jelikož jich skoro třičtvrtě z dotazované skupiny (121), viz tabulka 1, odpovědělo, že *CAN'T WAIT CARD*, což je obdoba české *WC KARTY*, nezná.

Skupina *Pacienti IBD* pilně pracuje na své propagaci na sociálních sítích a informování pacientů o výhodách je toho součástí. Čeští pacienti s diagnózou IBD jsou tedy informováni dostatečně, nicméně výsledek by mohl být naprosto odlišný v případě, kdy by se výzkum uskutečnil v terénu či v jiné skupině, která sdružuje IBD pacienty – odpovědi zahraničních pacientů jsou toho příkladem.

V tom případě **HYPOTÉZU č. 3 – Pacienti s IBD nejsou dostatečně informováni o výhodách, na které mají nárok – NELZE POTVRDIT.**

III. V jaké míře IBD ovlivňuje pacienta při výběru destinace?

Ať už dle dat z obsahové analýzy, anebo dotazníkového šetření, lze jednoznačně na danou otázku odpovědět, že IBD značně ovlivňuje pacienty při výběru cílové destinace (*z celkového počtu 502 pacientů, kteří odpověděli na otázku týkající se vlivu IBD na výběr destinace/limitací IBD při cestování, téměř 60 % uvedlo, že jsou svým IBD ovlivněni*). Pacienti upřednostňují oblasti blíže k jejich domovině a vyspělé destinace, ve kterých je jistota dostupných toalet a vhodného jídla, a také minimální riziko nákazy infekčním střevním onemocněním. Nejčastěji se objevovaly vyspělé země Evropy – Rakousko, Německo, Francie, Švýcarsko, Dánsko, Norsko, Slovensko a Švédsko, a přímořské evropské destinace, jako například Chorvatsko, Itálie, Španělsko nebo Řecko. Do zemí, které pacienti vyhledávají se zařadila i jedna Africká země, a to konkrétně Egypt. Nicméně důvod volby této země je nejspíše zapříčiněn tím, že téměř všichni, kdo do Egypta cestují pobývají v luxusních resortech, které nabízejí bezmála vše a jeho opuštění takřka není potřeba. I přes to, že si pacienti celkově, v obavě o svůj zdravotní stav, více vybírali vyspělé země (57-90 %), došlo v nich k většímu počtu relapsů střevních zánětů. Příčinou nejspíš bude právě fakt, že si je pacienti častěji vybírali. V případě, kdy by si pacienti více vybírali země rozvojové/exotické, nejspíše by se více relapsů onemocnění odehrálo právě tam.

Otázka týkající se pro pacienty nevhodných destinací přinesla relativně očekávané odpovědi. Na první příčku se zařadily země Afriky v čele s Egyptem a Tuniskem, což je poměrně zavádějící, jelikož Egypt zvolila značná část pacientů právě jako zemi, kterou kvůli svému IBD upřednostňují. Nicméně volby destinací jsou ve většině případů velice subjektivní. Na další příčky se zařadilo Turecko společně s Indií, Spojenými arabskými emiráty, Asií a Jižní a Střední Amerikou. Je zřejmé, že pacienti se vyhýbají rozvojovým a exotickým zemím, které jsou dostupné pouze letecky.

I přes to, že velká část pacientů pociťuje obavy o svůj zdravotní stav, potřeba cestovat je větší. Možnost cestovat by si i navzdory možným zdravotním rizikům zvolilo téměř 90 % pacientů, viz tabulka 1. Proto je třeba zvyšovat dostupnost služeb cestovního ruchu i těm lidem, jejichž život zužuje idiopatické střevní onemocnění.

HYPOTÉZA č. 4 - Pacienti jsou značně ovlivněni svým IBD v rámci výběru cílové destinace – se tedy **POTVRZUJE**. Upřednostňování vyspělých zemí, ve kterých mají pacienti jistotu dostupnosti toalet, vhodného jídla, a i kvalitní zdravotní péče, je zřejmé. Nicméně je třeba dbát na zvyšování kvality nabízených služeb cestovního ruchu i v zemích, které sice mají co nabídnout v rámci přírodního a kulturního bohatství, ale v rámci udržování potřebných hygienických standardů a uspokojování potřeb znevýhodněných osob nikoli.

6. Závěry a doporučení

Předložená bakalářská práce vysvětlila pojem sociální turismus a idiopatické střevní onemocnění. Rovněž popsala funkce a složení trávicího traktu, který je nutné znát pro úplné pochopení idiopatických střevních onemocnění. Dále zmínila rizika, které přináší cestování osobám s diagnózou IBD. Praktická část práce zanalyzovala pět vybraných vědeckých prací, které se zaměřovaly na IBD a cestování ať už z obecného pohledu, tak i s větším zaměřením na jedno konkrétní riziko/onemocnění, které může potkat pacienty IBD při návštěvách zahraničních destinací. Získaná data byla shrnuta pro větší přehlednost do tabulek a následně stručně okomentována. V druhé polovině praktické části bylo rozebráno uskutečněné dotazníkové šetření, které proběhlo ve facebookové skupině *Pacienti IBD*. Získaná data z dotazníkového šetření byla rovněž sepsána do přehledných tabulek a stejně tak okomentována. Výsledky byly následně detailně rozebrány v kapitole č. 5 – *Shrnutí a diskuse výsledků*. Rovněž zde byly zodpovězeny stanovené výzkumné otázky, které zněly následovně:

- I. V jaké míře jsou uspokojovány potřeby pacientů IBD při cestování?**
- II. Jaká je informovanost pacientů IBD ohledně rizik, která spolu cestování přináší a také ohledně výhod, které v rámci cestování mají?**
- III. V jaké míře IBD ovlivňuje pacienta při výběru destinace?**

Také zde vznikly důkazy a odůvodnění pro potvrzení/nepotvrzení 4 stanovených hypotéz, které se týkaly uspokojování potřeb IBD pacientů, obeznámeností ohledně rizik a výhod a také nepochybným vlivem, který má IBD na výběr cílových destinací pacientů.

Z výzkumu vzešlo i několik doporučení, kterými by se měli řídit jak poskytovatelé služeb cestovního ruchu, tak i pacienti:

- Dbát na čistotu a dostupnost veřejných toalet, nejen v oblastech, které jsou turisticky velice atraktivní a hojně navštěvované, ale i v oblastech, které zatím na svou slávu ještě čekají, a usnadňovat tak pacientům IBD jejich putování po známých i neznámých místech.
- Vytvořit individualizovanou nabídku stravování pro pacienty s IBD, kteří by si sami navolili potraviny a způsob přípravy jídla. Jak už bylo řečeno, nelze pro všechny

pacienty připravit totožné jídlo, jelikož každému vyhovuje něco jiného. Takže stejně jako ve způsobech léčby IBD, je i v rámci přípravy a volby potravin nutno dbát na individualitu každého pacienta.

- Umožnit osobám, které potvrzením od lékaře prokážou svou IBD diagnózu, možnost zrušit zájezd bez dalších komplikací a storno poplatků.
- Zvýšit povědomí o idiopatických střevních onemocněních a o WC KARTĚ pomocí reklamní kampaně, která by zdůrazňovala skutečnost, že ne všechny zdravotně postižené osoby jsou na první pohled prokazatelně nemocné – některá onemocnění nejsou vidět.
- Důvěřovat ale ověřovat. Toto doporučení se týká především pacientů IBD, kteří by se měli neustále věnovat zjišťování dalších a dalších informací o jejich onemocnění. Nalézt potřebné informace je relativně snadné, vyznat se v nich je už o něco těžší. Proto je třeba klást dotazy lékařům, ptát se před plánovanou cestou na rizika a zvýhodnění, vyhledávat na internetu informace z ověřených zdrojů, a celkově si vytvářet ucelený a reálný pohled na skutečnost, že se opravdu může během cesty něco zkomplikovat.

Jisté je, že IBD určitým způsobem působí na kvalitu a průběh cestování, ať už z hlediska zdravotního stavu pacientů, subjektivních pocitů a obav jednotlivců, anebo z úrovně poskytovaných služeb aktérů cestovního ruchu. Tato problematika je doposud nedostatečně probádaná a nabízí spoustu otázek, na které se ještě nedostalo odpovědi. Příčinou je především to, že dané onemocnění je stále poměrně nová záležitost, neví se jak a proč vzniká, ani jak ho úplně vyléčit. Předkládaná práce tak může posloužit i jako jistý podklad pro další výzkumy cílené na vliv IBD na cestování.

7. Seznam zdrojů

Ben-Horin, S. et al., 2011. The Traveling IBD Patient – A Case-Controlled Study of Travel-Associated Health Risks. *Gastroenterology* [online]. 140(5). [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508511630588>.

Ben-Horin, S. et al., 2012. Travel-Associated Health Risks for Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* [online]. 10(2), pp.160-165.e1. [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542356511011505>.

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

Červenková, R., c2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*, Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-600-7.

Český statistický úřad., 2014. *Metodické vysvětlivky k vyplnění dotazníku VŠPO 13* [online]. [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/26000614p02.pdf/d20f9cb1-cecf-4b70-a497-7c85dcf8055b?version=1.1>.

Ellul, P. et al., 2013. Diarrhoeal episodes in travellers suffering from IBD. *Frontline Gastroenterology* [online]. 4(2), pp.120-124. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://fg.bmj.com/lookup/doi/10.1136/flgastro-2012-100265>.

Greveson, K. et al., 2019. P332 Multinational comparisons of practices in overseas travel in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis* [online]. 13(Supplement_1), pp.S267-S267. [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/13/Supplement_1/S267/5300927.

Kiráľová, A. et al., 2008. *Cestovní ruch pro všechny. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. Praha. [cit. 2021-01-18]. ISBN 978-80-7399-407-05. Dostupné z: https://www.mmr.cz/getmedia/4fa1846e-ee0c-40d7-ae2e-a43007314a2e/GetFile14_1.pdf.

Kohout, P., c2004. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*, Praha: Maxdorf. ISBN: 80-7345-023-2.

Kohoutová, D., 2013. *Střevní mikrobiota u idiopatických střevních zánětů a kolorektálních neoplázií* [online]. Praha: Nucleus HK. [cit. 2020-12-16]. ISBN: 978-80-87009-97-0. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:83adc900-1640-11e4-8e0d-005056827e51>.

Lukáš, K., 1997. *Idiopatické střevní záněty: diagnostika a léčba pro praxi* [online]. Praha: Triton. [cit. 2020-12-16]. ISBN: 80-85875-31-4. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:9be60390-79ab-11e6-bb23-005056827e51>.

Minnaert, L., Maitland, R. & Miller, G., 2009. Tourism and social policy – The value of social tourism in: *Annals of Tourism Research* [online], Vol. 36, n° 2, 316-334. [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: https://westminsterresearch.westminster.ac.uk/download/86500eaa0b7ead0801d6beddc6a92b1d13df90e6613c5674e1362fa21c101a07/418032/Minnaert_Maitland_Miller_2009_final_auth_or.pdf.

Novotný, A. et al., 2010. *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida*. Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty. Praha: MEDIMPORT.

Obereignerů, R. & Kollárová, K., 2008. Psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí [online]. *Solen*. 9, 25-9. [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/01/06.pdf>.

Pásková, M. & Zelenka, J., 2002. *Výkladový slovník cestovního ruchu* [online]. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj., st. 271; 308. [cit. 2020-12-13]. ISBN: 80-239-0152-4. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:e9d84bc0-23a5-11e4-90aa-005056825209>.

Pavelka, K., 2014. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii* [online]. Praha: Grada. [cit. 2020-12-15]. ISBN: 978-80-247-5048-4. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:9dc67dc0-dbd1-11e6-8010-005056827e51>.

Philip, V., Soubieres, A. & Poullis, A., 2018. Health concerns associated with travelling with inflammatory bowel disease (IBD): a questionnaire survey. *Clinical Medicine* [online], 18(4), pp.288-292. [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmedicine.18-4-288>.

Sigmund, A., 2006. Opinion of the European Economic and Social Committee on Social tourism in Europe. *Official Journal of the European Union* [online]. Brusel. 2006/C 318/12. [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:318:0067:0077:EN:PDF>.

Soonawala, D. et al., 2012. Pretravel preparation and travel-related morbidity in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases* [online], 18(11), pp.2079-2085. [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ibdjournal/article/18/11/2079-2085/4608935>.

Střevní záněty.cz., 2021. *Crohnova choroba* [online]. MeDitorial. [cit. 2021-01-21]. Dostupné z: <https://www.strevni-zanety.cz/crohnova-choroba>.

Světová zdravotnická organizace., 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF* [online]. Praha: Grada. [cit. 2020-12-15]. ISBN: 978-80-247-1587-2. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:35576780-a4c3-11ea-949f-005056827e51>.

Vavricka, S. R., Rogler, G. & Biedermann, L., 2016. High Altitude Journeys, Flights and Hypoxia: Any Role for Disease Flares in IBD Patients? *Digestive Diseases* [online], 34(1-2), pp.78-83. [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/442932>.

Vystoupil, J. et al., 2015. *Cestovní ruch – učební text* [online]. Masarykova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta. Brno. CZ.1.07/2.2.00/28.0227. [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: <https://oliva.uhk.cz/>.

8. Přílohy

Dotazník pro facebookovou skupinu *Pacienti IBD* – otázky zanesené do praktické části.

1. Vaše diagnostikované IBD onemocnění?
 - Crohnova choroba
 - Ulcerózní kolitida
2. Ovlivňuje Vás IBD při cestování?
 - ANO
 - NE
3. Jaký je hlavní důvod, že IBD ovlivňuje Vaše cestování?
 - Obavy z (ne)dostupnosti toalet v dané destinaci
 - Obavy z relapsu střevního zánětu
 - Obavy z (ne)dostupnosti vhodného jídla v dané destinaci
 - Obavy z nákazy infekčním průjmem v dané destinaci
 - Obavy z kvality zdravotnické péče v dané destinaci
4. Jakým dopravním prostředkům se snažíte vyhnout/Vám způsobují největší obtíže při cestování?
 - Letadlo
 - Loď
 - Autobus
 - Vlák
 - Auto
5. Musel/a jste kvůli IBD zrušit zájezd, či odjet domů dříve, než bylo původně plánováno?
 - Ne, nic zmíněného jsem nezažil/a.
 - Ano, musel/a jsem zrušit zájezd.
 - Ano, musel/a jsem z dovolené odjet dříve.
6. Zažil/a jste v průběhu cesty/dovolené relaps vašeho IBD?
 - ANO
 - NE

7. Musel/a jste během cesty/dovolené vyhledat lékařskou pomoc?

ANO

NE

8. Které země jsou pro Vás při výběru dovolené „zakázané“?

9. Které země naopak vyhledáváte jako pacient/ka s IBD?

10. Myslíte, že jsou služby v cestovním ruchu dostatečně připraveny na pacienty s IBD?

Vůbec nejsou

Nejsou

Nevím

Jsou

Rozhodně jsou

11. Znáte pojem „*WC KARTA*“ nebo „*CAN'T WAIT CARD*“? Pokud ano, využíváte ji?

ANO

NE

12. Pokud „ano“, využíváte ji?

Kartu nemám.

Kartu mám, ale ještě jsem ji nevyužila.

Ano, vždy mě zachrání před pohromou.

13. Stalo se Vám, že jste byli odmítnuti při předložení *WC KARTY*?

ANO

NE

14. Věděl/a jste, že cestování do oblastí s vyšší nadmořskou výškou zvyšuje riziko opětovného vzplanutí Vašeho IBD, tzv. relapsu?

ANO

NE

15. Věděl/a jste, že pacienti IBD, kteří jsou na imunosupresivní a biologické léčbě, nesmí být očkováni tzv. „živými vakcínami“?

ANO

NE

16. Věděl/a jste, že jsou pacienti s IBD, při cestování do exotických zemí, ve větším riziku nákazy infekčním průjemovým onemocněním?

ANO

NE

17. Myslíte si, že jste dostatečně informovaní Vaším ošetřujícím lékařem ohledně rizik, které mohou nastat při cestování?

ANO

NE

NEVÍM

Zadání bakalářské práce

Autor: Tereza Šedá

Studium: I1800276

Studijní program: B6208 Ekonomika a management

Studijní obor: Management cestovního ruchu

Název bakalářské práce: **Sociální turismus. Vliv idiopatických střevních onemocnění na cestování**

Název bakalářské práce AJ: Social tourism. Effect of idiopathic inflammatory bowel diseases on travelling

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cíl práce: Seznámit s pojmem idiopatické střevní onemocnění (IBD), specifikovat potřeby cílové skupiny pacientů IBD v rámci sociálního cestovního ruchu a zjistit, jak konkrétně toto onemocnění ovlivňuje nebo může ovlivňovat pacienty při cestování.

Osnova práce:

1. Úvod
2. Metodika a cíl práce
3. Teoretická část
 1. Sociální cestovní ruch
 2. Idiopatické střevní onemocnění (IBD)
4. Praktická část
 1. Analýza vybraných vědeckých studií
 2. Rozhovory, dotazníkové šetření
5. Shrnutí výsledků práce
6. Závěry a doporučení
7. Seznam použité literatury
8. Přílohy

1. ZBOŘIL, Vladimír. Idiopatické střevní záněty. Praha: Mladá fronta, 2018, 575 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4720-3.
2. INDROVÁ, Jarmila a spol. Cestovní ruch pro všechny, Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2008. ISBN 978-80-7399-407-05.
3. ZELENKA, J., PÁSKOVÁ, M. Výkladový slovník cestovního ruchu. Praha: Linde Praha, 2012, 768 s. ISBN 978-80-7201-880-2.
4. Lynn Minnaert, Robert Maitland & Graham Miller (2011). What is social tourism? Current Issues in Tourism, 14:5, 403-415, DOI: 10.1080/13683500.2011.568051, dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13683500.2011.568051>
5. Vybrané vědecké studie

Garantující pracoviště: Katedra rekreologie a cestovního ruchu, Fakulta informatiky a managementu

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Hrušová, Ph.D.

Oponent: Ing. Martina Pásková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.10.2020