

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Míra deprese, úzkosti a kvalita života u pacientů
s idiopatickými střevními záněty**

The Rate of Depression, Anxiety and Quality of Life
in Patients with Inflammatory Bowel Disease



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Michal Bártek
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc
2019

Poděkování

Velice rád bych na tomto místě poděkoval Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, nápady a čas věnový konzultacím. Dále děkuji PhDr. Danielovi Dostálovi, PhD. za zodpovězení mých otázek ohledně statistického zpracování dat. Velké poděkování patří rovněž všem pacientům, kteří se rozhodli zúčastnit výzkumu a sdíleli tak se mnou svůj životní příběh. Mým spolužákům, kteří byli podstatnou částí mého života posledních 5 let, velmi děkuji za podporu, smích i cenné zkušenosti. Poslední a obrovské díky patří mé rodině, především mé matce, která mě podporovala po celou dobu mých studií.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Míra deprese, úzkosti a kvalita života u pacientů s idiopatickými střevními záněty“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis.....

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. Idiopatické střevní záněty	8
1.1 Historie a epidemiologie	8
1.2 Etiologie.....	11
1.3 Klinický obraz a léčba IBD	14
2. Psychologické aspekty somatických onemocnění	18
2.1 Somatické onemocnění jako stresor a způsob jeho zvládnutí.....	18
2.2 Deprese, úzkost a nemoc	21
2.3 Deprese a úzkost u IBD pacientů.....	23
3. Kvalita života člověka	27
3.1 Kvalita života vztažená ke zdraví	27
3.2 Pacienti s IBD a HRQoL	30
VÝZKUMNÁ ČÁST	35
4. Výzkumný problém, cíle práce, výzkumná otázka a hypotézy	36
5. Vybraný metodologický rámec	39
5.1 Typ výzkumné strategie.....	39
5.2 Metody sběru dat	39
5.3 Postup analýzy dat	41
5.4 Etické otázky ve výzkumu.....	42
6. Výzkumný soubor a strategie výběru výzkumného souboru	44
6.1 Postup výběru výzkumného souboru	44
6.2 Popis výzkumného souboru	45

7. Výsledky analýzy dat	48
7.1 Míra deprese, úzkosti a HRQoL u IBD pacientů	48
7.2 Odpověď na výzkumnou otázku	55
7.3 Testování hypotéz	63
8. Diskuze	66
8.1 Diskuze k zjištěným výsledkům	66
8.2 Limitace výzkumu	77
8.3 Možnost aplikace výsledků do praxe a budoucí směry výzkumu	79
9. Závěry	80
Souhrn	82
Seznam použitých zdrojů a literatury	85
Seznam příloh	

Úvod

Nemoc je nedílnou součástí lidské existence, přičemž je často konfrontací člověka s jeho křehkostí a smrtelností. I přes značný pokrok v lékařských vědách, který bezpochyby přispěl k zefektivnění léčby u řady nemocí, existují stále nemoci zatěžující člověka po celý život. Jedná se především o choroby chronického rázu, kdy je člověk s nimi nucen žít po celý život a případně se neustále adaptovat na měnící se podmínky způsobené onemocněním.

V popředí léčby pacientů s chronickým onemocněním tak stojí nejen udržení nemoci v přijatelných mezích, ale i dosažení takové kvality života, aby mohl žít co nejlépe. Kvalita života se však neskládá pouze z fyzické komponenty lidského bytí, ale výrazný dopad na ní má i duševní prožívání člověka. Na psychiku člověka klade značné nároky právě chronická nemoc, neboť souběžně s ní se u řady pacientů objevuje zhoršené psychologické fungování ve smyslu zvýšeného výskytu deprese a úzkosti.

Magisterská diplomová práce se zabývá negativními dopady chronického onemocnění na psychické fungování a kvalitu pacientova života. Pozornost je primárně věnována míře deprese, úzkosti a jejich vztahu s kvalitou života. Cílem je popsat jednotlivé vztahy mezi mírou deprese, úzkosti, kvalitou života a vybranými proměnnými u pacientů s idiopatickými střevními záněty.

Teoretická část práce se zabývá popisem idiopatických střevních zánětů, konkrétně Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. Při popisu je kladen důraz na jejich etiologii, klinický obraz obou onemocnění a následný léčebný proces. Část uvedeného popisu je převzata z bakalářské diplomové práce, která se zabývala posttraumatickým rozvojem a mírou naděje u pacientů s Crohnovou chorobou, avšak je rozšířen o nové výzkumné poznatky.

Následující část je věnována vztahu mezi depresí, úzkostí a fyzickým zdravím, tedy mechanismem jejich vzájemného ovlivňování. Jsou zde uvedeny a popsány výzkumy zabývající se vztahem mezi depresí, úzkostí a chronickými onemocněními, včetně idiopatických střevních zánětů.

Poslední část teoretické části pak rozebírá koncept kvality života u somaticky nemocných jedinců, způsoby jejího měření a faktory ovlivňující míru kvality života u pacientů s idiopatickými střevními záněty.

Praktická část se při využití kvantitativního výzkumu snaží zachytit míru deprese, úzkosti a kvality života u pacientů s idiopatickým střevními záněty. Za pomoci statistické analýzy se pokouší rozkrýt a identifikovat relevantní vztahy mezi mírou deprese, úzkosti, kvalitou života a dalšími důležitými proměnnými, které se vztahují k nemoci či charakteristikám pacientů. V poslední řadě statisticky zkoumá hypotézy sestavené na základě dosavadních teoretických a výzkumných poznatků.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Idiopatické střevní záněty

Lidstvo se od svého počátku neustále vyvíjí, ať jde o společnost, lidské myšlení a vědění, pojmání světa či technologie ulehčující život člověka. Prudký rozvoj znamenal v řadě oblastí lidského života posun ke kvalitnějšímu bytí. Moderní medicína během posledních desetiletí přinesla mnoho převratných objevů, které znamenaly zpřesnění diagnostiky nebo větší možnosti léčby závažných a smrtelných onemocnění. I přes všechny pokroky, kterého bylo v lékařství dosaženo, existuje spousta doposud nevléčitelných nemocí. Sem náleží onemocnění označovaná jako autoimunitní. Jak z názvu vyplývá, jedná se o choroby, kdy vlastní tělo z nějakého důvodu napadá vlastní tkáně a orgány. Určitým specifickým rysem napříč různými autoimunitními nemocemi je skutečnost, že mají chronický průběh. Chronicitu autoimunitních onemocnění výrazně zasahuje do fungování jedince a může ho v mnoha aspektech negativně či pozitivně ovlivnit.

1.1 Historie a epidemiologie

Idiopatické střevní záněty jsou skupinou zánětlivých onemocnění postihujících gastrointestinální trakt člověka. Kromě primárního zasažení gastrointestinálního traktu se může onemocnění manifestovat i do jiných orgánů. Samotné slovo idiopatické vyjadřuje fakt, že se jedná o střevní záněty, u kterých nelze v současnosti jednoznačně určit primární etiologický faktor, jenž je příčinou jejich vzniku. V současnosti je v české literatuře povolna nahrazování pojmenování idiopatické střevní záněty zkratkou jeho anglického ekvivalentu, tedy IBD (zkratka z Inflammatory Bowel Disease), která bude využívána i v této práci. Do diagnostické kategorie IBD spadá Crohnova choroba, ulcerózní kolitida a neurčitá kolitida. Rozdíl v jednotlivých onemocněních spočívá jednak v tom, který segment trávicí trubice postihují. U ulcerózní kolitidy a neurčité kolitidy je nemocí zasaženo primárně tlusté střevo s tím, že u neurčité kolitidy se zároveň objevují rysy Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. Na rozdíl od výše zmíněných onemocnění však Crohnova choroba může postihnout kterýkoliv segment trávicí trubice. Rozdíly lze však nalézt i v jednotlivých klinických projevech, které mohou nabývat rozmanitých podob a značně se lišit napříč jednotlivými onemocněními, od pacienta k pacientovi. Všechna IBD onemocnění mají společné to, že se u nich střídá období klidu (tzv. remise) a období, kdy je zánět aktivní (tzv. relaps) (Lukáš, 1999; Picco, 2011; Lukáš, Hrabák, Hrabák, & Novotný, 2017).

I když obě uvedená primární onemocnění, tedy Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, spadají do jedné společné diagnostické kategorie, jejich klinická historie se vyvíjela poněkud odlišně (Konečný & Ehrmann, 2014; Mulder, Noble, Justinich, & Duffin, 2014). Ulcerózní kolitidu popsal poprvé u své pacientky sir Samuel Wilks v roce 1859. V roce 1875 pak Wilks se svým kolegou Moxonem přinesli ucelený a detailní popis onemocnění, jež společně pojmenovali jako ulcerózní kolitida. Roku 1909 bylo v Londýně pořádáno sympozium věnované ulcerózní kolitidě, na kterém bylo prezentováno přes 300 případů. Vedla se zde odborná diskuze o různých aspektech tohoto onemocnění. O 4 roky se již ulcerózní kolitida objevila coby samostatná diagnostická jednotka na lékařském kongresu v Paříži (Konečný & Ehrmann, 2014; Mulder et al., 2014; Lukáš, 1999).

Někteří historici se domnívají, že Crohnovou nemocí trpěl už Alexander Veliký. Pravděpodobně první záznam o ní je z roku 1769, kdy G. G. Morgagni prvně popsal případ onemocnění postihujícího tenké a tlusté střevo, tedy pouze případ neurčité kolitidy. Pojmenování dostala Crohnova choroba téměř až o dvě století později. Klíčovou v tomto směru byla Crohnova, Ginzburgova a Oppenheimerova práce z roku 1933, která posloužila nejen k pojmenování onemocnění, ale především pro popis klinického obrazu a průběhu onemocnění. Nemalou zásluhu na jejím popisu měl také chirurg Berg, který celou řadu pacientů postižených touto chorobou operoval. Odmítal však jakoukoliv publicitu týkající se objevu nového onemocnění, a proto byla pojmenována po abecedně prvním autorovi práce, tedy lékaři B. B. Crohnovi. Přispěl k tomu rovněž fakt, že v roce 1933 publikovali autoři Harris, Bell a Brunn článek, ve kterém pojmenování nového onemocnění přisoudili právě B. B. Crohnovi (Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2017; Mulder et al., 2014).

I přesto, že se v mnoha ohledech jedná o biologicky odlišné onemocnění, začaly se během 21. století dávat dohromady diagnostické kategorie IBD. Klíčovým byl rok 1970, kdy se oficiálně objevila nová diagnostická kategorie IBD, jež posloužila hlavně k vyjádření podstaty těchto onemocnění, tedy neznámého původu vzniku. Zároveň dala pacientům určitou užitečnou perspektivu, která především usnadňovala možnosti nalézt zdroje podpory pro zvládnání nemoci (Lukáš, 1999; Mulder et al., 2014; Farmer, 2010).

Z epidemiologického hlediska byla vždy přisuzována nejvyšší incidence státům západního světa jak pro Crohnovu chorobu, tak ulcerózní kolitidu. Uvádí se, že se jedná o typ onemocnění, které spíše zasahuje oblasti industrializované a rozvinuté než rozvojové. Epidemiologické studie obecně uvádějí, že mezi teritoria s nejvyšší incidencí patří především

severní Evropa, Severní Amerika, Izrael a Velká Británie. Průměrný výskyt onemocnění je pak zaznamenán ve střední a východní Evropě. Ve zmíněných oblastech je výskyt ulcerózní kolitidy obecně vyšší než u Crohnovy choroby, až na výjimky jako Kanada a vybrané evropské země. Mezi oblastmi s nejnižší incidencí lze považovat Afriku a částečně Asii (Cosnes, Gower-Rousseau, Seksik, & Cortot, 2011; Lukáš, 1999, Loftus, 2004).

Nejnovější epidemiologické studie ukazují, že v případě onemocnění IBD se již přestává jednat o nemoc, která postihuje primárně západní země. Incidence v Asii, konkrétně v Japonsku, Číně a Hong Kongu, neustále stoupá a odhaduje se, že do 20–30 let bude stejná jako v Evropě a Severní Americe. Výrazný nárůst incidence Crohnovy choroby je také zaznamenán v Indii. Z IBD se tak pomalu ale jistě stává onemocnění, které lze nazvat celosvětovým (Buc, 2017; Poddar & Ravindranath, 2017).

Prevalence, obdobně jako tomu bylo u incidence, zaznamenala určitý nárůst. V rámci prevalence Crohnovy choroby se udává, že v rozvinutých západních zemích se pohybuje mezi 50–200 osobami na 100 000 obyvatel ročně. Prevalence ulcerózní kolitidy je o něco vyšší a dosahuje 21–294 nemocných na 100 000 obyvatel (Cosnes et al., 2011; Loftus, 2004).

Typltová (2013) na základě dostupných informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí, že incidence Crohnovy choroby je v České republice 17,8 osob na 10 000 obyvatel ročně, přičemž se jedná o 51% nárůst od roku 2005. Incidence ulcerózní kolitidy je 21,9 osob na 10 000 obyvatel. Opět se jedná o určité zvýšení od roku 2005, avšak již ne tak vysoké jako v případě Crohnovy choroby. Konkrétně jde o nárůst výskytu onemocnění o 25 % od roku 2005.

I když incidence a prevalence IBD onemocnění neustále narůstá, Logan a Armitage (2006) kriticky poukazují na to, že v zemích s vysokou incidencí k dalšímu výraznému nárůstu již nedochází. Řada autorů (např. Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2017; Buc, 2017; Poddar & Ravindranath, 2017) opravdu poukazuje na to, že zvýšená incidence a prevalence IBD je částečně způsobena zkvalitněním diagnostiky a obecně větším laickým i odborným zájmem o tuto skupinu onemocnění. Zároveň však dodávají a upozorňují, že samotný nárůst incidence nelze připisovat pouze zkvalitnění diagnostiky a obecně většímu zájmu z řad odborníků a laiků.

Z demografického hlediska postihuje Crohnova choroba nejvíce jedince ve věku 15–30 let. Po 40. roce výskyt Crohnovy choroby postupně ustupuje. Druhý vrchol přichází

ve věkovém rozmezí 60–70 let. Existují však i případy, kdy byl první projev choroby zaznamenán po 80. roce života. Zasaženy jsou jí více ženy, především v oblastech s vysokou incidencí onemocnění. Naopak v některých oblastech s nízkou incidencí je hlášeno více zasažených mužů. Poměr výskytu onemocnění u mužů a žen se udává 1,3 : 1 (Lukáš et al., 2017; Cosnes et al., 2011). Na rozdíl od Crohnovy choroby se první projevy ulcerózní kolitidy objevují poněkud později, přičemž se uvádí věkové rozmezí 30–40 let. I zde se objevuje určitý rozdíl v pohlaví. Obecně, především v severní Evropě, Velké Británii a USA, jsou ulcerózní kolitidou zasaženi o 30 % více muži než ženy (Lukáš; 1999; Cosnes et al., 2011).

1.2 Etiologie

Jak již bylo v předešlé podkapitole nastíněno, u Crohnovy choroby i ulcerózní kolitidy není doposud znám primární etiologický faktor působící na vznik onemocnění. V popředí úvah o původu vzniku IBD onemocnění stojí především imunopatologie, konkrétně abnormální imunitní reakce ve střevní sliznici. U obou hrají pro vznik nemoci významnou úlohu genetické predispozice. Dědičnost je tak jedním z podstatných faktorů spolupůsobících na vznik obou onemocnění. Avšak do procesu patogeneze vstupují ještě další významné rizikové faktory (Lukáš, 1999; Baumgart & Carding, 2007; Diabelková, 2018).

Jedním z nich je samotné environmentální prostředí, ve kterém se člověk nachází. Již v předešlé podkapitole bylo poukázáno na skutečnost, že nejvyšší incidence obou onemocnění je ve vyspělých západních zemích, v nichž je mnohem vyšší úroveň industrializace, sanitace, hygieny, zdravotní péče a celkově vyšší sociálně ekonomický status obyvatel. Hypotézu o vlivu prostředí na vznik IBD výrazně posiluje skutečnost, že u imigrantů přicházejících do vyspělých západních států z rozvojových zemí, kde incidence IBD není nijak vysoká, se po čase vyskytuje stejná incidence IBD jako u původních obyvatel dané oblasti (např. stěhování obyvatelstva z vnitrozemí Číny do industriálního Hongkongu). (Baumgart & Carding, 2007; Lukáš et al., 2017; Diabelková, 2018). Diabelková (2018) ve své přehledové práci zkoumala rovněž výsledky vlivu zvyšujícího se znečištění ovzduší a vody. Poukazuje na možnou spojitost mezi zvýšenou incidencí IBD onemocnění a silně znečištěným vzduchem v určitých oblastech, avšak zjištěné výsledky nejsou zcela jednoznačné. Kromě vlivu ovzduší jsou zkoumány mnohé další environmentální faktory (např. různé typy bakterií, infekce, antibiotika atd.), avšak jejich vliv na rozvoj onemocnění se zdá být poměrně marginální, navíc jsou výsledky studií zabývajících se těmito faktory

značně diskutabilní (Lukáš et al., 2017; Buc, 2017; Diabelková, 2018; Baumgart & Carding, 2007).

Jedním z faktorů výrazně ovlivňujících vznik a průběh obou onemocnění je kouření. Zde lze mezi oběma onemocněními nalézt významný rozdíl. Kouření je u Crohnovy choroby spojeno s vyšší prevalencí. Navíc u aktivních kuřáků je až 2krát vyšší riziko vzniku Crohnovy choroby než u nekuřáků či kuřáků bývalých. Aktivní kouření výrazně ovlivňuje i průběh onemocnění, neboť je jednou z hlavních příčin stupňování léčby, chirurgických zákroků a komplikací během onemocnění. Důležitý je fakt, že má značně negativní dopad na léčbu ve smyslu zhoršení odpovědi na biologickou a imunologickou léčbu. Výrazně také zvyšuje riziko relapsu. U pacientů s Crohnovou chorobou, kteří se rozhodli s kouřením přestat, se snížilo o 32 % (Lukáš et al., 2017; Picco, 2011; Lukáš, 2011; Diabelková, 2018). U ulcerózní kolitidy paradoxně působí aktivní kouření jako faktor výrazně protektivní. Zmírňuje průběh onemocnění a snižuje riziko chirurgického zákroku (Lukáš et al., 2017; Lukáš, 2011). Doposud neexistuje jasné vysvětlení, proč má kouření u dvou biologicky podobných onemocnění tak odlišný vliv (Lukáš, 2014; Diabelková, 2018).

Jelikož IBD onemocnění postihuje primárně trávicí trakt, byl zkoumán vztah mezi životním stylem, konkrétně stravou a dietou, a vznikem či relapsem. Ani u jednoho nebylo prokázáno, že by specifické dietní opatření mělo na celkový průběh nemoci vliv. Určitá dietní opatření jsou potřebná u pacientů, u kterých dochází k určitému nutričnímu deficitu na základě špatného vstřebávání živin. Mezi další užívaná dietní opatření nasazovaná při stenóze střeva patří bezezbytková dieta eliminující zbytečné zatížení sliznice střeva (Picco, 2011). Jedna z nových metaanalytických studií se zabývala vztahem mezi obezitou, která byla definována podle ukazatele BMI, a průběhem choroby. V rámci analýzy se zjistilo, že obezita byla spojena s méně závažným průběhem onemocnění. Autoři však kriticky dodávají, že je zapotřebí dalších výzkumů, které by dokázaly vysvětlit přesný mechanismus působení obezity na IBD (Hu, Ren, Li, Wu, & Li, 2017).

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida byly zpočátku považovány za nemoci psychosomatického původu. S narůstajícími znalostmi o environmentálních, genetických a imunobiologických faktorech se vliv psychiky na vznik IBD a případný relaps stal značně sporný. Výzkumná zjištění jsou poměrně diskutabilní, protože dosud neexistuje jasná odpověď na otázku, jakou úlohu u jednotlivých onemocnění stres hraje (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari, & Adibi, 2012; Mawdsley & Rampton, 2005).

U Crohnovy choroby není prokázáno, že by stres nebo úzkost způsobovaly její vznik a zvyšovaly riziko jejího výskytu. U ulcerózní kolitidy byla připisována psychickému stresu větší důležitost, avšak i zde chybí dostatečné důkazy, které by platnost této hypotézy potvrdily (Lukáš et al., 2017; Diabelková, 2018).

V souvislosti se stresem se rovněž zjišťovalo, jakou úlohu hraje při relapsu onemocnění. Jednou ze zkoumaných stresových situací jsou závažné životní události (např. smrt blízkého, ztráta zaměstnání atd.), které by měly vést ke zvýšenému riziku relapsu. Výzkumy podporující hypotézu o významu stresujících životních událostí na vznik relapsu u IBD existují (např. Levenstein, 2002; Bitton et al., 2003; Mawdsley & Rampton, 2005), avšak mnohem větší je zastoupení výzkumů, které žádnou souvislost mezi relapsem IBD a stresujícími životními událostmi nenalezly (např. Lerebours et al., 2007; Barello, Leone, Danese, & Vegni, 2014; Vidal et al., 2006; Searle & Bennet, 2001; Mardini, Kip, & Wilson, 2004 atd.).

V souvislosti se stresem se víc podporuje hypotéza o vlivu každodenního (chronického) stresu, který nenabývá tak vysoké intenzity jako u závažných životních událostí. Některé studie již upozornily na to, že vliv každodenního stresu má signifikantně vyšší vliv na průběh onemocnění (relaps, zhoršení příznaků) než závažné životní události (Searle & Bennet, 2001; Vidal et al., 2006).

Je třeba poznamenat, že rozdílné výsledky jednotlivých studií mohou být způsobeny odlišným předmětem bádání. Často se totiž místo konkrétního jednoho onemocnění zkoumají všechny nemoci v kategorii IBD společně nebo bývá spojena rozdílná aktivita onemocnění (remise a relaps). Pojetí stresu může být zároveň zcela jiné napříč autory, takže je potřebná určitá míra skepse (Cámara, Begré, Von Känel, Ziegler, & Schoepfe, 2009; Keefer, Keshavarzian, & Mutlu, 2008).

Lukáš (2014) ještě k tématu dodává, že psychický stres zasahuje výrazně víc pacienty s ulcerózní kolitidou, u níž může vyvolat zhoršení projevů onemocnění, nebo dokonce relaps. U Crohnovy choroby se pak spíše jedná pouze o určité zhoršení některých projevů (např. průjem, bolesti hlavy). Diabelková (2018) však ve své přehledové práci o environmentálních faktorech poukazuje u IBD na skutečnost, že psychoterapie či psychologické intervence zaměřené na redukci stresu u IBD pacientů nepřispěly

k významnému poklesu počtu relapsů a zvýšení doby trvání remise. Jediným pozitivním výstupem byla zvýšená kvalita života u pacientů s ulcerózní kolitidou.

Lukáš (2014) shrnuje, že v současnosti je obecně přijímaná hypotéza vysvětlující vznik IBD za pomoci abnormální imunologické reakce na specifické vnější vlivy u geneticky predisponovaných osob. Genetickému vlivu je v nynější hypotéze o vzniku IBD připisován největší podíl (60–80 %).

1.3 Klinický obraz a léčba IBD

Přestože jsou Crohnova choroba a ulcerózní kolitida biologicky podobná onemocnění, která navíc spadají do stejné diagnostické kategorie, může být jejich klinický obraz výrazně odlišný. Podstatné je, že každá postihuje jiný úsek trávicí trubice. Zatímco ulcerózní kolitida je primárně lokalizovaná v tlustém střevě, Crohnova choroba může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice, přičemž nejčastěji bývá zasažen přechod mezi tlustým a tenkým střevem (40 % případů) a tenké střevo (30 %), tlusté střevo (25 %), nejvzácnější je postižení žaludku (5 %). U Crohnovy choroby se navíc může objevit situace, kdy po vymizení zánětu v jedné části trávicí trubice se objeví zánět na jejím doposud nezasazeném úseku. Postižení přitom není souvislé, tudíž některé úseky mohou být vynechány (Lukáš, 1999; Picco, 2011, Lukáš et al., 2017).

Variabilita klinického obrazu tak primárně závisí na stupni aktivity zánětu, což je společný faktor pro obě onemocnění. U Crohnovy choroby je také podstatné, který úsek trávicí trubice je zasažen. Obě onemocnění zároveň ovlivňuje přítomnost komplikací a výskyt manifestací onemocnění mimo trávicí trubici (Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2017).

Dominantním příznakem ulcerózní kolitidy je průjem, který ve většině případů obsahuje příměs krve. U pacientů se mohou objevit bolesti břicha lokalizované nejčastěji v jeho dolní polovině. Jedním z typických projevů nemoci je zvýšená teplota, nejčastěji kolem 38 stupňů. U těžších případů, které bývají doprovázeny nauzeou, nechutenstvím i bolestí, se objevuje anorexie, která podstatně ovlivňuje pacientův celkový úbytek na váze, což je indikátorem toho, jak rozsáhle je tlusté střevo postiženo (Lukáš, 1999; Picco; 2011).

O něco komplikovanější klinický obraz je u Crohnovy choroby, jíž dominuje triáda symptomů: průjem, bolest břicha a úbytek na váze. Na rozdíl od ulcerózní kolitidy, u níž je průjem hlavním projevem nemoci, může být kterýkoliv z výše uvedených symptomů

dominantní. Je možné, že někteří nemocní vykazují z uvedené triády pouze jeden symptom. Průjem bývá dominantní především u pacientů, u kterých nemoc postihuje tlusté střevo. V tomto případě se objevuje v 65–90 %. Bolest břicha může být lokalizovaná různě, především podle toho, která část trávicí trubice je zánětem postižena. Nejčastěji se objevuje u pacientů, kterým choroba zasáhla ileocekální přechod, tedy přechod mezi tenkým a tlustým střevem. Intenzita bolesti je ovlivněna aktivitou zánětu či existencí obstrukce v dané oblasti střeva. Posledním symptomem triády je úbytek na váze, způsobený je především intenzivním zánětem. Při něm se současně objevují nauzea, anorexie a zvracení, je příčinou únavy a v extrémních podobách anémie (Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2017; Picco, 2011).

Obě onemocnění mohou zasáhnout i jiné orgány, což bývá označováno jako extraintestinální manifestace. U IBD pacientů se nejčastěji projevují na kloubech (artritida, altrie), kůži (ekzém, vředy) nebo očích (především oční záněty). Některé manifestace mohou doprovázet aktivní zánět, v případě druhém jsou extraintestinální manifestace na aktuální aktivitě zánětu zcela nezávislé. Obecně se uvádí, že manifestace postihují 21–25 % IBD pacientů (Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2017).

Průběh Crohnovy choroby i ulcerózní kolitidy jsou schopny výrazně ovlivnit různé komplikace, které mohou další léčbu problematizovat, či dokonce ohrozit pacienta na životě. U ulcerózní kolitidy se jedná především o akutní krvácení, jež bývá často spíše menšího rozsahu, avšak u těžkých případů může dojít k masivnímu krvácení, které je nutno řešit chirurgicky. Nejzávažnější komplikací je při tomto onemocnění toxické megakolon. Jedná se o stav, u něhož dochází k celkovému oslabení stěny střeva a úbytku její motorické funkce, což vede k hromadění plynné náplně tlustého střeva. Pacient je tak ohrožen akutní sepsí a v případě zhoršení perforací střeva, jde tedy o stav, jenž ohrožuje jeho život a při selhání konzervativní léčby vyžaduje neodkladný chirurgický zákrok (Lukáš, 1999; Picco, 2011).

U Crohnovy choroby se objevují komplikace ve formě abscesů a píštělí nacházejících se vně trávicí trubice, jež mohou přesahovat do okolních tkání a orgánů. Nejtypičtější komplikací je striktura, tedy zúžení trávicí trubice v důsledku zánětlivé aktivity, známky dlouhotrvající zánětlivé aktivity. Typicky se vyskytuje u pacientů, u kterých choroba postihuje ileocekální přechod, nejužší místo trávicí trubice. Nedostatečně léčená striktura může vyústit v obstrukci a vést až k perforaci střeva (Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2017).

I přestože klinický obraz obou nemocí se mnohdy značně liší, je jejich léčba identická. Jelikož se jedná o nevléčitelná onemocnění, zaměřuje se primárně na udržení co nejdélejší remise a redukci symptomů onemocnění. Základem je konzervativní léčba opírající se o farmakoterapii. Sestává z více stupňů, aby dokázala reagovat na různou intenzitu onemocnění (Lukáš, 1999, Picco, 2011).

Za základ konzervativní farmakologické léčby IBD jsou považovány aminosalicyláty, u kterých je účinná složka kyselina 5-aminosalicylová. Podávány jsou především pacientům s lehkou až středně těžkou ulcerózní kolitidou a lehkou Crohnovou chorobou. Slouží především pro léčbu udržovací. Jedná se o léky, které mají minimum vedlejších účinků a jsou velmi dobře tolerovány (nesnášenlivost se objevuje pouze u 10 % pacientů) (Lukáš, 1999; Lukáš, Dastyh, Novotný, Prokopová, & Zbořil, 2012).

Pokud pacienti nedostatečně reagují na aminosalicyláty nebo se aktivita jejich onemocnění zvyšuje, jsou nasazovány kortikosteroidy, označované také jako kortikoidy, jež jsou vysoce účinné při potlačení akutního relapsu onemocnění a pomáhají utlumit celou řadu negativních symptomů nemoci. Udává se, že až u 66 % pacientů dojde po 2měsíční léčbě k remisi. Leč kortikoidy jsou již zcela nevhodné pro udržení remise či jako prevence relapsu. Především ty systémové mají celou řadu nežádoucích vedlejších účinků (např. akné, insomnie, zvýšení hmotnosti, infekce, hypertenze, psychóza atd.), které pacientovi značně komplikují život. Navíc by léčba především kvůli riziku kortikorezistence a kortikodependence neměla přesáhnout 12 týdnů. V současnosti se u pacientů s nižší nebo střední aktivitou onemocnění využívají kortikoidy topické, které působí pouze na cílenou část trávicí trubice, čímž eliminují nežádoucí vedlejší účinky systémových kortikoidů (Lukáš et al., 2012; Lukáš et al., 2017, Konečný & Ehrmann, 2014).

Pokud se aktivitu zánětu nedaří tlumit pomocí kortikosteroidů nebo dochází ke kortikodependenci, následuje léčba imunosupresivou. Ve srovnání s kortikosteroidy je jejich nevýhoda v tom, že cílený efekt nastupuje o dost později (přibližně 3–4 měsíce od zahájení léčby). Výhodu mají však v tom, že jsou dobrým nástrojem pro udržování remise u pacientů. Přestože vykazují nežádoucí vedlejší účinky (např. utlumení krvetvorby, alergické reakce atd.), neobjevují se u nich tak často jako u kortikosteroidů a pacienti je obecně lépe snášejí (Lukáš, 1999; Konečný & Ehrmann, 2014).

Na pomyslném vrcholu konzervativní terapie IBD stojí léčba biologická. Její zavedení se dá považovat za jeden z největších pokroků v dosavadní léčbě IBD. Umožňuje léčit ty pacienty, kteří vykazují nejtěžší formy IBD nebo u nich selhaly všechny předešlé stupně léčby. Nejčastěji se jedná o pacienty s kortikorezistencí, u nichž se zároveň objevuje netolerance k imunosupresivům. Biologická léčba je v současnosti považována za nejefektivnější způsob léčby IBD a nelze ji nahradit. Přispívá k udržení dlouhodobé remise, přičemž má pozitivní vliv na celkovou kvalitu pacientova života a dokáže redukovat nutnost chirurgických zákroků. Nutno dodat, že stále existuje malé procento nemocných, u kterých selhává (Konečný & Ehrmann, 2014; Lukáš et al., 2012; Buc, 2017).

Při selhání léčby konzervativní a objeví-li se komplikace, je zapotřebí léčby chirurgické. Přibližně 70–90 % pacientů s Crohnovou chorobou musí během života podstoupit minimálně jeden chirurgický zákrok, přičemž se často nejedná o zákrok definitivní. Ukazuje se, že 40–70 % nemocných je nuceno v následujících letech podstoupit další chirurgický zákrok. U ulcerózní kolitidy je situace odlišná, jelikož chirurgický zákrok spočívající v kompletním odstranění tlustého střeva a následným vyústěním tenkého střeva do konečníku (tzv. kolektomie) nebo na stěnu dutiny břišní (tzv. ileostomie) v podstatě zbaví pacienta onemocnění. Při Crohnově chorobě jsou indikovány zákroky co nejšetrnější především kvůli již zmiňované nutnosti mnohočetných chirurgických zákroků (Lukáš, 1999; Kala, Marek, Válek, & Bartušek, 2014; Konečný & Ehrmann, 2014).

Obecně se lékaři uchylují k chirurgickému zákroku v případech, kdy se u pacienta některá z výše uvedených komplikací objeví. U Crohnovy choroby se nejčastěji jedná o chirurgické řešení striktury, kdy je postižená oblast střeva zcela odstraněna (tzv. resekce). U striktur menšího rozsahu se provádí chirurgický zákrok, při kterém je střevo rozříznuto a opětovně sešito, čímž dochází k rozšíření jeho průměru minimálně o 2,5 cm (tzv. strukturoplastika). Chirurgický zákrok, který je proveden včasné, obecně zlepšuje kvalitu života a snižuje morbiditu. U ulcerózní kolitidy jsou nejčastější chirurgické zákroky spojené s masivním krvácením či objevením se toxického megalonu (Lukáš, 1999; Kala et al., 2014).

Celkový klinický obraz nemocného, ale často i náročná léčba doprovázená komplikacemi a nutností chirurgických zákroků, výrazně ovlivňují fungování člověka nejen fyzické, ale i sociální a především psychologické. Takto výrazné onemocnění, které je náročné svou chronickou povahou, má v mnoha případech značný dopad na psychické fungování a pacientův well-being.

2. Psychologické aspekty somatických onemocnění

Novodobý přístup k člověku akcentuje všechny dimenze jeho bytí, tedy sociální, psychologické, biologické a spirituální, ve vzájemné propojenosti. Pokud se v jedné z těchto dimenzí lidského života objeví určitý druh patologie, zákonitě se promítne i do ostatních dimenzí. Některá vážnější a chronická onemocnění zasahují do psychologie pacienta, který je nucen vyrovnat se s novou situací, aby dokázal obnovit své normální fungování.

2.1 Somatické onemocnění jako stresor a způsob jeho zvládnutí

Vznik nemoci je ovlivňován mnoha faktory, přičemž stres může být v některých specifických případech faktorem elementárním. Již Selye (1976) upozorňoval na vztah mezi stresem a funkcí imunitního systému. Podle něj může stres výrazně modifikovat funkce imunitního systému, čímž přispěje k možnosti vzniku nemoci. Novější výzkumy (např. Kemeny & Schedlowski, 2007; Segerstrom & Miller, 2004) zjistily, že stres opravdu potlačuje fungování imunitního systému interakcí mezi nervovým, endokrinním a imunitním systémem. Působení stresu konkrétně dokáže potlačit či posílit imunitní odpověď prostřednictvím změny cytokinového vzorce. Zároveň dochází ke značné proliferaci hypotalamicko-pituitární-adrenalinové osy (dále jen HPA osa) (Marshall et al., 1998; Cohen & Herbert, 1996). Stres tak u některých nemocí hraje podstatnou úlohu v patogenezi, progresi a mortalitě (Rasul, Stansfeld, Hart, Gillis, & Smith, 2004)

I když se Selyeho pohled na stres ukazuje být jako platný, je nutné dodat, že poněkud zjednodušuje. Selye (1976) totiž předpokládá, že odpověď na stresor je uniformní, tedy ať už je typ stresoru jakýkoliv, vyvolá vždy tu samou reakci. Jeho teorie tak opomíjí situační a psychologické proměnné jako například emoční a kognitivní zpracování stresové události (Brannon, Feist, & Updegraff, 2013). Selyeho pojetí stresu obohatil Lazarus (1984, 1993), podle kterého je klíčovým faktorem stresu to, jak jedinec vnímá aktuální stresovou situaci. Pro to, jaký bude mít stres účinek na člověka, je tak podstatné, jak moc situace člověka ohrožuje, jak dalece se cítí zranitelný, zda je samostatně schopen vyrovnat se s událostí.

Výše uvedený popis stresu je bezpochyby poněkud zjednodušující, avšak pro účely práce a pochopení nemoci jako stresoru dostačující. Nemoc, především ta s chronickým průběhem, vyvolává na počátku v pacientovi pocit ztráty jeho funkčnosti, neboť se musí vyrovnat s tím, že jeho zdravotní stav či funkce těla jsou změněny a pravděpodobně narušeny

až do konce života. Nemocný se musí postupně na léčbu choroby adaptovat, zvládat její symptomy, přizpůsobit jí styl života a žít co nejvíce normální život (Petrie & Reynolds, 2007; Damschroder, Zikmund-Fisher, & Ubel, 2005).

S ohledem na akcentaci vnímání stresové události jedincem, kterou uvádí Lazarus, je i v případě choroby důležité její subjektivní pojetí samotným pacientem. Takový přístup je odrazem subjektivních kognitivních procesů nemocného, přičemž může být objektivnímu obrazu onemocnění vzdálen (Kaptein & Broadbent, 2007). Leventhal, Nerenza a Steele (1984) vytvořili model založený, volně přeloženo, na selském rozumu (anglicky Common Sense Model). Předpokládá, že pacient si vytváří svou vlastní představu o nemoci, aby ji dokázal pochopit. Subjektivní pojetí se skládá z 5 základních dimenzí:

- Představa o identitě nemoci i příznaků, které jsou s ní spojeny.
- Představa o příčině nemoci.
- Představa o následcích, které nemoc přinese.
- Představa o tom, do jaké míry může být nemoc zvládnuta za pomoci vlastního chování nebo lékařské pomoci.
- Představa o průběhu nemoci a trvání jejích symptomů.

Moss-Morris s kolegy (2002) při revizi dotazníků měřících pacientovo subjektivní pojetí nemoci navrhli přidat do stávajícího modelu další dvě dimenze:

- Představa o emocionálním dopadu nemoci.
- Představa o celkové srozumitelnosti nemoci.

Úroveň jednotlivých představ a jejich vzájemná interakce pak determinuje, které kognitivní a behaviorální strategie pacient zvolí, aby se s nemocí vyrovnal. Model, který si vytvoří a jak na své onemocnění zareaguje, výrazně ovlivní jeho psychický well-being a pocíťovanou kvalitu života (Maochen Zhang et al., 2016; Hagger & Orbell, 2003). Výzkumy u IBD nemocných ukazují, že subjektivní pojetí choroby přispívá z 11–26 % k vysvětlení celkové kvality života (van der Have et al., 2013; Dorrian, Dempster, & Adair, 2009; Han et al., 2005).

Jak již bylo uvedeno výše, to, jak pacient vnímá své onemocnění, léčbu a konečné dopady na svůj život, spouští kaskádu různých copingových strategií. Jde o behaviorální, kognitivní a emocionální způsoby, jak se lidé vyrovnávají se stresovými situacemi (Maochen

Zhang et al., 2016; Petrie & Reynolds, 2007). Copingové strategie jsou podle Lazaruse a Folkmana (1984) rozdělovány a zaměřeny na problém a na emoce. Při využití strategií orientovaných na problém se člověk snaží změnit zdroj stresoru. Naopak pokud člověk využije strategie nasměřované na emoce, bude jeho primárním cílem zpracovat emoce a stres se situací spojený.

Penley, Tomaka a Wiebe (2002) ve své metaanalytické studii zjišťovali, jak copingové strategie ovlivňují psychické a somatické zdraví. Podle jejich zjištění měly některé copingové strategie pozitivní vliv na zdraví, zatímco jiné spíše zvyšovaly riziko vzniku dalších negativních efektů. Rozhodujícím faktorem pro vysvětlení vztahu mezi copingovými strategiemi a zdravotními dopady se ukázaly být situační charakteristiky (typ stresoru, možnost kontroly a délka působení) a typ zdravotních dopadů onemocnění (psychologické, somatické). Obecně se ukázalo, že strategie orientované na problém vedou k lepšímu zdravotnímu stavu než strategie orientované na emoce. Mezi copingové strategie orientované na problém, které mají pozitivní vliv na vyrovnání se s nemocí a obecně lepší zdravotní stav, patří především plánování a hledání informací o nemoci. Copingové strategie pracující s mechanismem vyhýbání se působí na celkový zdravotní stav pacienta negativně. Obdobná zjištění byla nalezena i v rámci výzkumů zabývajících se copingem u pacientů s HIV a diabetem (Moskowitz, Hult, Bussolari, & Acree, 2009; Duangdao & Roesch, 2008). Skutečností ale je, že u některých chronických onemocnění, kdy není možné efektivně využít strategie zaměřené na problém z důvodu povahy stresoru, mohou mít emočně orientované copingové strategie větší benefit pro pacientovo zdraví (Turner & Kelly, 2000; Petrie & Reynolds, 2007).

Pacienti s IBD obecně volí konfrontační, optimistické či vyhýbavé copingové strategie, přičemž se jedná o jedny z nejefektivnějších strategií pro zvládnání nemoci z jejich pohledu. Mezi pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou rozdíly ve využívaných copingových strategiích neexistují, což platí pro různé stupně aktivity nemoci (Larsson, Loeoef, Roennblom, & Nordin, 2008; Parekh et al., 2015). Volbu copingových strategií u těchto pacientů především určuje již zmíněné subjektivní chápání nemoci. Pokud nemocný vnímá podstatu svého onemocnění a je přesvědčen o své schopnosti je zvládat, volí adaptivnější a aktivnější formy copingu, tedy strategie zaměřené na problém (Dorrian et al., 2009).

2.2 Deprese, úzkost a nemoc

Závažnost onemocnění, jeho průběh, prognóza, dopady i samotná léčba výrazně ovlivňují psychologické fungování pacienta. Z krátkodobého hlediska se u něj v období diagnózy objevuje především šok či smutek. V případech, kdy se jedná o komplikovanější onemocnění vyžadující složitější léčbu, se u něj objevují mnohá narušení emocí a nálad. Poruchy nálad, jež mají negativní ladění, mohou v některých případech ovlivnit zintenzivnění určitých symptomů nemoci, její progresi nebo pacientovu reakci. Negativní nálada, obdobně jako stres, dokáže modifikovat fungování imunitního systému (Johnston et al., 1999; Dantzer, O'Connor, Freund, Johnson, & Kelley, 2008).

U mnoha somatických onemocnění dochází často ke komorbiditě s psychiatrickými onemocněními. V některých specifických případech se mohou u pacientů během léčby nebo po chirurgickém zákroku rozvinout delirium, určité typy demence, poruchy s bludy i jiné organické poruchy. Nejčastější komorbidní skupinou psychiatrických onemocnění jsou afektivní poruchy, především deprese a úzkost, společně s poruchami adaptace. Výše uvedené psychiatrické poruchy se objevují u 10–30 % pacientů se závažným somatickým onemocněním (Bass, 2007; Levinson, 1992).

Určitá míra deprese či úzkosti postihuje 20–25 % pacientů s vážnějším somatickým onemocněním, přičemž jejich prevalence kolísá v závislosti na typu onemocnění. Výskyt afektivních poruch u pacientů s vážnějším somatickým onemocněním vzniká primárně na podkladu psychologického chápání nemoci. Přímá manifestace dysfunkce neurotransmitorového systému zde pravděpodobně nehraje až tak podstatnou úlohu jako u pacientů s afektivní poruchou, kteří nevykazují žádné vážné somatické onemocnění. Existují zde však určité rizikové faktory přispívající ke vzniku afektivních poruch jako například nedostatečná sociální opora, neschopnost vzdorovat životním obtížím nebo psychiatrické onemocnění, které již proběhlo (Bass, 2007). Samozřejmě je zapotřebí dodat, že platí i vztah opačný, tedy jedinci s depresí, úzkostí či s komorbiditou mezi depresí a úzkostí, mají zvýšené riziko vzniku chronického onemocnění (např. diabetes, osteoporóza, hypertenze, HIV či chronická srdeční onemocnění) (Stein, Miller, & Trestman, 1991; Bhattacharya, Chan Shen, & Sambamoorthi, 2014).

Mechanismus, jak mohou deprese a úzkost ovlivnit fyzické zdraví jedince, je obdobný u stresu. Deprese a úzkost svým působením dokážou působit na specifické součásti

imunitního systému, čímž modifikují jeho fungování (Anisman & Merali, 2003; Scheier & Bridges, 1995). Během deprese dochází k poklesu NK buněk (anglicky natural killers cell), které jsou v rámci imunitního systému schopny eliminovat především nádorové buňky a specifické viry napadající buňky. Dochází rovněž ke změně počtu cytokinů, T lymfocytů, B lymfocytů a k obecně snížené proliferaci HPA osy (Anisman & Merali, 2003; Pike & Irwin, 2006; Cohen & Herbert, 1996). U úzkosti se objevuje především pokles NK buněk a snížená proliferace HPA osy (Anisman & Merali, 2003; Cohen & Herbert, 1996). Výzkum zabývající vlivem úzkosti na očkování u hepatitidy typu B navíc ukazuje, že právě zvýšená míra úzkosti může negativně ovlivnit imunitní reakci při očkování (Glaser et al., 1992).

Deprese a úzkost vyskytující se u somatického onemocnění tak může zpětně ovlivnit celkový průběh onemocnění. Katon (2003) ve své studii upozorňuje, že výskyt depresivní poruchy a depresivních symptomů u pacientů je spojován se zvýšením funkčního poškození způsobeného nemocí, vyšším zintenzivněním symptomů a zvýšenými náklady na léčbu chronických nemocí. Na základě interakce mezi depresí, úzkostí a imunitním systémem dochází u pacientů ke komplikacím spojených s léčením. Afektivní poruchy tak mohou nepřímo vyvolat nedostatečnou odpověď na určitý typ léčiva a protražovat přirozený proces léčení. Cole-King a Harding (2001) zjistili, že u pacientů vykazujících vyšší míru úzkosti a deprese se prodlužovala doba léčení vředů na nohách. Jak deprese, tak úzkost, mohou navíc vést k další progresi somatických obtíží, na což poukazují Stowell, McGuire, Robles, Glaser a Kiecolt-Glaser (2003). Mnohem závažnější je zjištění, že při výskytu deprese a depresivních symptomů se zvyšuje riziko mortality u chronických onemocnění jako například diabetes nebo onemocnění srdce (Katon, 2003).

Chronická onemocnění mají ve většině případů celoživotní průběh, a je tedy nutné, aby pacient dokázal dodržovat léčbu doporučenou lékařem. Mezi klíčová témata pro lékaře tedy patří adherence a compliance, jelikož pouze při dodržení všech doporučení lze aspoň částečně predikovat prognózu nemoci, zabránit komplikacím a zajistit účinnost podstupované léčby. Adherence i compliance jsou složité fenomény, jež ovlivňuje mnoho proměnných (např. sociální podpora, vážnost onemocnění, přítomnost nebo nepřítomnost symptomů, charakter léčby, osobnostní profil pacienta atd.), přičemž platí, že jedna osoba se může v jedné situaci chovat adherentně, a v druhé nikoliv (Brannon et al., 2013). Ukázalo se, že úzkost nemá významný dopad na complianci a adherenci u pacientů se somatickým

onemocněním. Naproti tomu deprese pacienta výrazně ovlivňuje ve smyslu dodržení léčby a doporučení od lékaře. Pacienti s depresí mají 3krát vyšší šanci, že nedodrží lékařova doporučení než pacienti bez známek deprese (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000). Gonzalez se svými spolupracovníky (2008) navíc upozornili na to, že výskyt deprese souvisí s nižší adherencí u chronicky nemocných.

2.3 Deprese a úzkost u IBD pacientů

Jak již bylo popsáno v předešlé podkapitole, pacienti s vážnějším somatickým onemocněním běžně trpí depresí či úzkostí. Jinak tomu není ani v případě chronických onemocnění, přičemž i zde platí, že každé chronické onemocnění specificky ovlivňuje výskyt deprese či úzkosti. Bayat et al. (2011) zjišťovali výskyt deprese a úzkosti napříč různými chronickými onemocněními. Jejich výsledky ukazují, že u pacientů s revmatoidní artritidou či hepatidou se objevuje především vysoká míra úzkosti. Naopak vyšší míra depresivních symptomů převládá u pacientů s chronickou hemodialýzou nebo chronickou nemocí srdce. Dodávají, že každé chronické onemocnění potřebuje specifické psychologické intervence.

Problematika deprese a úzkosti u IBD pacientů se v posledních letech dostává do středu zájmu lékařských odborníků. V popředí pozornosti stojí především výskyt obou psychiatrických onemocnění v období relapsu. Ukazuje se totiž, že existuje určitá souvislost mezi depresí a průběhem onemocnění, především u Crohnovy choroby. Obdobné výsledky se objevují v případě úzkosti, která by měla mít podobný vliv na průběh nemoci jak u Crohnovy choroby, tak u ulcerózní kolitidy. Současně se ukazuje, že uvedené spojení je pravděpodobně oboustranné (Keefer & Kane, 2017; Alexakis, Kumar, Saxena, & Pollok, 2017; Walker, 2017). Odborníci zabývající se léčbou IBD navíc dodávají, že screening, diagnostika a léčba afektivních poruch u IBD nejsou zcela dostatečné (Keefer, 2017; Alexakis, Kumar, Saxena, Hotopf, & Pollok, 2017).

Neuendorf, Harding, Stello, Hanes a Wahbeh (2016) zkoumali ve svém systematickém review prevalenci deprese a úzkosti u pacientů s IBD. Do šetření zahrnuli přes 171 studií s celkovým počtem 158 371 pacientů. Prevalence pro úzkostné symptomy byla 35 % a pro úzkostnou poruchu 21 %. U depresivních symptomů byla zjištěná prevalence 23 % a pro depresivní poruchu 15 %. Prevalence se výrazně zvyšuje v období relapsu, při němž deprese dosahuje 41 % a úzkost až 71 %.

Prevalence deprese u IBD pacientů je přibližně srovnatelná s jinými chronickými onemocněními jako například diabetes (Roy & Lloyd, 2012), revmatoidní artritida (Alinaghi et al., 2019) či Parkinsonova choroba (Reijnders, Ehrt, Weber, Aarsland, & Leentjens, 2008). V případech úzkosti vykazují IBD pacienti o něco nižší prevalenci v porovnání s nemocnými diabetem (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2002) nebo chronickou obstrukční nemocí plic (Willgoss & Yohannes, 2013), avšak dosahují vyšší prevalence úzkosti než pacienti s rakovinou (Mitchell et al., 2011). Je nezbytné dodat, že výskyt depresivních a úzkostných symptomů je v porovnání s běžnou populací signifikantně vyšší (Ferrari et al., 2013; Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013; Mikocka-Walus, Knowles, Keefer, & Graff, 2016).

I v rámci Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy existují v prevalenci rozdíly. Pacienti s Crohnovou chorobou vykazují vyšší prevalenci depresivních symptomů (25 %) než pacienti s ulcerózní kolitidou (17 %). Co se týká prevalence depresivní poruchy, nebylo nalezeno dostatečné množství informací, které by dokázaly určit rozdíl mezi oběma onemocněními. Naproti tomu u symptomů úzkosti byly nalezeny nejednoznačné výsledky, přičemž autoři došli k názoru, že mezi oběma onemocněními výrazný rozdíl není. Obdobně jako tomu bylo u depresivní poruchy, nebylo nalezeno ani zde dostatečné množství informací, které by dokázaly vymezit rozdíl mezi oběma onemocněními (Neuendorf et al., 2016).

Mezi podstatné demografické faktory ovlivňující výskyt deprese a úzkosti u IBD pacientů patří pohlaví. Ženy mají vyšší riziko rozvoje depresivních či úzkostných symptomů i poruch, na což poukazují například Fuller-Thomson, Lateef a Sulman (2015). Příčinou je pravděpodobně fakt, že mívají větší obavy spojené z nemocí než muži. Hlavním zdrojem obav může být vliv onemocnění na těhotenství. Jestliže se žena nachází ve stádiu relapsu, je 60% riziko, že nemoc zůstane aktivní i během nemoci, nebo se dokonce může zhoršit. Pokud je choroba aktivní během těhotenství, dochází v 75 % případů ke značným problémům, které její průběh negativně ovlivňují, a dokonce mohou mít negativní dopad na plod. Aktivní zánět během těhotenství tak představuje větší riziko než samotná léčba IBD podávaná během těhotenství. Řada odborníků je přesvědčena, že pokud se nemoc během těhotenství radikálně zhorší, mělo by dojít k jeho ukončení (Závorová, 2017; Lukáš, 2011).

Výrazným faktorem pro rozvoj depresivních symptomů a depresivní poruchy je aktivita onemocnění. Některé výzkumy (např. van den Brink et al., 2018;

Neuendorf et al., 2016) již připomněly souvislost s aktivitou onemocnění a případným rozvojem depresivních a úzkostných symptomů. Výskyt depresivních symptomů během remise onemocnění postihuje 17 % pacientů, zatímco v období relapsu dosahuje 41 %. I v případě úzkostných symptomů je jejich prevalence vyšší v období relapsu (76 %) než v období remise (31 %). I zde jsou depresivními symptomy více zasaženi pacienti s Crohnovou chorobou než nemocní ulcerózní kolitidou (Neuendorf et al., 2016).

Mezi další faktory ovlivňující výskyt deprese a úzkosti patří specifické symptomy onemocnění. Banovic, Gilibert a Cosnes (2010) poukazují na vliv chronické únavy na vznik deprese u pacientů s Crohnovou chorobou. Fuller-Thomson et al. (2015) naproti tomu upozorňují na úlohu chronické bolesti v prevalenci úzkostné poruchy u IBD pacientů. Celková závažnost onemocnění je u nich jedním z dalších faktorů ovlivňujících rozvoj deprese a úzkosti (Nahon et al., 2012; Neuendorf et al., 2016; Brooks et al., 2016). V souvislosti se závažností onemocnění se u pacientů objevuje strach z operace, nejistá prognóza či riziko vzniku rakoviny, což k výskytu úzkosti přispívá (Sajadinejad et al., 2012). Zajímavým faktorem vztahujícím se k onemocnění jsou specifické znalosti o chorobě. I když se často udává, že pacient s chronickým onemocněním by měl být o své nemoci co nejvíce informovaný, ukazuje se, že nadměrná informovanost může v některých pacientech zvyšovat úzkost. Přesný mechanismus vlivu informací na vznik úzkosti ale není znám (Selinger et al., 2013).

Z hlediska vlivu léčby onemocnění na depresi či úzkost ukazují výzkumy, že zvýšený výskyt úzkosti byl především zaznamenán u pacientů užívajících kortikoidy. Nejedná se o nijak překvapivé zjištění, jelikož kortikoidy jsou typ léčiva, které má pro pacienta výrazné negativní vedlejší účinky (Brooks et al., 2016; Nowakowski, Chrobak, & Dudek, 2016; Timmer et al., 2011; Navabi et al., 2018). U pacientů s Crohnovou chorobou, kteří byli nuceni podstoupit alespoň jeden chirurgický zákrok, se objevuje vyšší riziko vzniku deprese. Naproti tomu u pacientů s ulcerózní kolitidou se po chirurgickém zákroku objevuje vyšší riziko úzkosti (Zangenberg & El-Hussuna, 2017; Navabi et al., 2018). Posledním faktorem spojeným s léčbou, který ovlivňuje vznik deprese nebo úzkosti, je nízká či absentující adherence a kompliance k léčbě. Jak již bylo jednou uvedeno, pacienti s depresí mají například 3krát vyšší šanci nedodržovat léčbu, než je tomu u pacientů bez známek deprese (Nahon et al., 2012; DiMatteo et al., 2000; Brooks et al., 2016).

Závažným sociálním dopadem onemocnění je častá invalidizace IBD nemocných. Od stanovení diagnózy je jich do 5 let invalidizováno více než 50 %. Invalidizace značně snižuje možnost aktivně pracovat a žít plnohodnotný život (Lukáš, 2011; Magro et al., 2009). Invalidita a případná nezaměstnanost patří mezi další faktory, které zvyšují riziko výskytu depresivních a úzkostných symptomů (Chan et al., 2017; Nahon et al., 2012).

Léčba deprese a úzkosti u IBD pacientů je poměrně problematická. Macer, Prady a Mikocka-Walus (2017) ve své nedávné studii poukazují na to, že antidepresiva mohou být účinný léčebný nástroj u léčících se s IBD. Dodávají však, že v současné době není možné určit jejich přesnou účinnost vzhledem k nedostatku randomizovaných klinických studií. Yanartas se svými spolupracovníky (2016) však v jedné z mála randomizovaných studií zjistili, že 6měsíční užívání antidepresiv vedlo u IBD nemocných ke snížení úzkosti a deprese. V užívání antidepresiv u IBD pacientů tak pořád panuje opatrný přístup, především z hlediska nedostatečného prozkoumání efektivity léčby a jejích případných negativních dopadů na terapii IBD (Panara, Yarur, & Sussman, 2014; Alexakis, Kumar, Saxena, Hotopf, & Pollok, 2017).

Výzkumy v oblasti psychoterapie u IBD pacientů poukazují na to, že i přes vysokou komorbiditu IBD s psychiatrickými onemocněními, především depresí a úzkostí, je až v 60 % případů neposkytnuta pacientům adekvátní psychologická pomoc (Bennebroek Evertsz et al., 2012). Byla vytvořena specifická kognitivně-beaviorální terapie pro IBD pacienty, která se ukázala být účinnou k redukci depresivní a úzkostné symptomatiky (Schwarz & Blanchard, 1991; Sajadinejad et al., 2012; Mussell, Böcker, Nagel, Olbrich, & Singer, 2003), avšak bez vlivu na aktivitu a průběh nemoci (Mikocka-Walus, Bampton, et al., 2016). Pacienti, kteří měli možnost psychoterapii podstoupit, ji však často popisují jako neúčinnou. Uvádají, že vnímali pocit nepochopení dopadů nemoci na svůj život (Mikocka-Walus, Gordon, Stewart, & Andrews, 2013).

Závažnost nemoci, její chronicita, akutní symptomy, náročná léčba či zvýšené riziko výskytu deprese a úzkosti mají celkový dopad na fungování pacientů. Většina chronických nemocí je zasahuje tak výrazně, že u nich dochází k poklesu vnímání celkové kvality života.

3. Kvalita života člověka

Každý člověk přirozeně touží prožít život zcela naplno a uskutečnit všechny své sny, uplatnit svůj potenciál a tím naplnit smysl svého života. Člověk chce žít takový život, který by se dal z jeho pohledu popsat jako plnohodnotný. Ne každému se to podaří, protože se může objevit překážka, která je schopna zkomplikovat mu cestu za tímto dobrým životem. Člověk přirozeně popisuje svůj život v mezích toho, jak se mu daří a jak mu jednotlivé oblasti života pomáhají dosáhnout cílů.

3.1 Kvalita života vztažená ke zdraví

Historie pojmu „kvalita života“ sahá až do roku 1920, kdy byl prvně použit v souvislosti s ekonomickým statusem a sociální péčí o člověka. Pojem je hojně užíván napříč mnoha disciplínami. Je tedy přirozené, že existuje celá řada definic, přičemž každá klade důraz na jiné faktory lidského života (Wood-Dauphinee, 1999; Gabalec, 2007). Přesto se s tímto pojmem setkáme ponejvíce v oblasti zdravotnictví, kde podle Dragomirecké a Bartoňové (2006a, 144) slouží k „*hodnocení účinnosti péče, zkoumání dopadu nemoci na život pacienta a výzkumu vlivu socioekonomických podmínek na zdraví populace*“. K tomu dodávají, že s trendem neustálého prodlužování života se objevuje větší množství chronických onemocnění, a tedy již není primárním cílem medicíny prodlužování života, ale zachování jeho co nejlepší kvality.

Jelikož se jedná o kvalitu života spojenou se zdravím, vycházela v medicínské oblasti první definice kvality života z pojetí zdraví, které Gabalec (2007, 17) popisuje v souladu se Světovou zdravotnickou organizací jako stav „*úplné fyzické, psychické a sociální pohody*“. Pojem prošel za poslední dvě dekády vývojem a dnes se v oblasti zdraví mluví o konceptu s názvem „kvalita života vztažená ke zdraví“, který nahradil klasický pojem kvality života v rámci zkoumání nemocných jedinců. Ve shodě s uvedeným je v práci pod pojmem „kvalita života“ myšlen právě zmíněný koncept kvality života vztažený ke zdraví. V české i zahraniční literatuře se v souvislosti s kvalitou života vztaženou ke zdraví standardně využívá zkratka z jeho anglického názvu Health-Related Quality of Life, tedy HRQoL. V souladu s tím bude zkratka využívána ve zbytku práce.

Gabalec (2007, 17) definuje HRQoL jako *subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí, úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*. Jedná se o pojetí, které bere v úvahu úroveň života v rovině fyzické, psychické a sociální. Kromě uvedených úrovní

zohledňuje i úroveň fungování pacienta, která zahrnuje pacientovy možnosti, vztahy, vnímání, well-being a životní spokojenost (Wood-Dauphinee, 1999).

Gabalec (2007) uvádí 4 základní oblasti HRQoL:

- Fyzická oblast společně s funkčními schopnostmi.
- Psychologická a emocionální oblast.
- Sociální oblast.
- Duchovní oblast.

Výše uvedené oblasti HRQoL, ke kterým se přidávají již zmíněné specifické dimenze fungování pacienta, naplňují jednu z důležitých dimenzí definice, tedy její multidimenzionalitu, jež je jedním z obecně přijímaných aspektů HRQoL, protože vyjadřuje fakt, že se jedná o složitý fenomén týkající se mnoha oblastí života a zároveň je mnoha oblastmi zpětně ovlivňován (Gabalec, 2007; Wood-Dauphinee, 1999). Druhým podstatným a přijímaným aspektem HRQoL je subjektivita. V počátcích zjišťování HRQoL se předpokládalo, že její celkovou míru je možné určit pouze na základě expertní analýzy. Postupem času však došlo ke změně paradigmatu a pacientovo pojetí se stalo pro měření HRQoL základem. Zároveň jde o cenný ukazatel, jelikož doplnil klasické medicínské a objektivní ukazatele jako jsou mortalita či morbidita. Zároveň je projevem toho, že se na pacienta během času začalo nazírat holisticky ve smyslu bio-psycho-sociálního přístupu (Wood-Dauphinee, 1999; Wilson, 1999; Wilson & Cleary, 1995).

Jelikož je HRQoL pacientů podstatným ukazatelem pro lékaře, existuje přirozeně značná snaha měřit ji. Jde však o úkol poměrně komplikovaný už jen z toho hlediska, že neexistuje konsenzus, co přesně HRQoL je (jak již bylo pojednáno v předešlých odstavcích). Je zapotřebí si uvědomit, že HRQoL je ukazatelem značně individuálním, na což poukazují například Szabo, Orley a Saxena (1997). Pacienti se stejným klinickým stavem často referují rozdílnou hodnotu HRQoL (Gabalec, 2007). Kromě individuálnosti se zde promítá její variabilita na základě kultury, protože přirozeně každá kultura klade poněkud odlišný důraz na jednotlivé aspekty života (Szabo et al., 1997).

Ogden (2012) udává, že v měření HRQoL existuje celá řada nástrojů, které přistupují k jejímu zjišťování z různých hledisek. Jeden typ nástrojů měří HRQoL unidimenzionálně, tedy zabývá se pouze jedním vybraným aspektem. Používají se dotazníky nebo sebeposuzovací stupnice, jež mají široké uplatnění v klinické praxi jako například

Nemocniční škála deprese a úzkosti (Snaith & Zigmond, 1986) nebo Beckův inventář deprese (česká verze Preiss & Vacíř, 1999), případně Beckův inventář úzkosti (česká verze Kamarádová et al., 2016). Opakem jsou dotazníky multidimenzionální zjišťující HRQoL s ohledem na všechny její možné dimenze. Mezi ně patří rozšířený dotazník kvality života zkonstruovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHOQOL-BREF) (česká verze Dragomirecká & Bartoňová, 2006b), dotazník SQUALA (česká verze Dragomirecká, 2006), v zahraničí hojně používaný dotazník SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) nebo v Česku nově standardizovaný dotazník zdraví a spokojenosti (SF-8) (česká verze Bartůšková et al., 2018).

V současnosti se v měření HRQoL objevuje trend vytvořit co nejvíce specifické nástroje pro její měření u jednotlivých druhů onemocnění. Jednotlivá onemocnění totiž přirozeně zasahují do různých dimenzí HRQoL, a uniformní měření by tedy mohlo výslednou hodnotu zkreslit. Existují tak dotazníky zabývající se HRQoL u onkologicky nemocných, u pacientů se srdečními obtížemi, s IBD, s revmatickými potížemi. Je zde patrná snaha o co nejindividuálnější posouzení HRQoL s ohledem na typ pacientova onemocnění. Dalším trendem v současném měření HRQoL je konstrukce a využívání zkrácených verzí nástrojů, které mnohdy obsahovaly velké množství položek (Ring, 2007; Coste, Guillemin, Pouchot, & Fermanian, 1997).

I přes důležitost měření HRQoL u jednotlivých pacientů není v klinické praxi její zjišťování běžným standardem. Mnohem častěji se zjišťuje HRQoL v rámci výzkumů či různých populačních studií. Přitom pravidelné monitorování HRQoL vede v praxi k lepším zdravotním výsledkům (Ring, 2007), k větší individualizaci léčby a mnohem lepšímu vztahu pacient-lékař, který obzvláště v případě chronických onemocnění je jedním z podstatných aspektů léčby (Espallargues, Valderas & Alonso, 2000; Greenhalgh & Meadows, 1999). Alarmující skutečností je, že se chronickým zdravotním problémům a s nimi spojené psychologické problematice léčby nedostává mnoho pozornosti (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001) Detmar, Aaronson, Wever, Muller a Schornagel (2000) ve svém výzkumu uvádějí, že pacient s lékařem jsou často ochotni diskutovat o mnoha oblastech HRQoL, avšak v psychosociálních otázkách léčby brání komunikaci často očekávání, kdo tuto diskuzi začne.

3.2 Pacienti s IBD a HRQoL

Chronické onemocnění vyžaduje od pacientů neustálou adaptaci na objevující se somatické symptomy, distres, psychické obtíže a neustálou snahu žít co nejnórmálnějším životem. Některá chronická onemocnění přirozeně ovlivňují HRQoL méně než jiná. Příčinou je, že některá jsou náročnější ve zvládnutí symptomů (Damschroder et al., 2005). Arnold a jeho spolupracovníci (2004) zkoumali pacienty napříč několika chronickými onemocněními (např. revmatoidní artritida, diabetes, srdeční obtíže atd.) a zjistili, že psychologická dimenze měla největší podíl na výsledné HRQoL u všech chronických chorob, ale u dimenze sociální a funkční to platilo jen u některých onemocnění. Výrazně nižší je HRQoL v případech, kdy se u pacienta objevuje více chronických onemocnění a zároveň se ukazuje, že zvyšující se věk, ženské pohlaví, psychiatrická komorbidita či negativní subjektivní vnímání nemoci jsou prediktory pro nižší HRQoL. U všech zkoumaných chronických onemocnění jim měli pacienti výrazně nižší než zdraví jedinci (Heyworth, Hazell, Linehan, & Frank, 2009; Lim, Jin, & Ng, 2012; Meuleman, Chilcot, Dekker, Halbesma, & van Dijk, 2017).

Obdobně jako je tomu u ostatních chronických onemocnění, vykazují i pacienti s IBD nižší HRQoL než zdraví jedinci. Není tomu tak při srovnání s jiným chronickým onemocněním. Kromě již uvedených nespecifických faktorů ovlivňujících HRQoL u chronicky nemocných pacientů obecně, existují ještě specifické faktory onemocnění, které mohou HRQoL ovlivnit jak negativně, tak pozitivně (Irvine, 1995; Mikocka-Walus et al., 2008).

Jednou z velmi diskutovaných proměnných ovlivňujících HRQoL u pacientů s IBD je pohlaví. Mnoho studií ukázalo, že ženy mají nižší HRQoL než muži (např. Irvine, 1995; Hjortswang et al., 2003; Blondel-Kucharski et al., 2001; Casellas, López-Vivancos, Casado, & Malagelada, 2002; Rubin, Hungin, Chinn, & Dwarakanath, 2004), avšak existují rovněž výzkumy, které žádný rozdíl v míře HRQoL u mužů a žen nenašly (např. Guassora, Kruuse, Thomsen, & Binder, 2000; Kim et al., 1999). Ve snaze vysvětlit důvod snížené míry HRQoL u žen byla vytvořena řada teorií. Blondel-Kucharski et al. (2001) například poukazují na to, že psychologické faktory spojené s onemocněním hrají výrazně vyšší roli, než je tomu u mužů. Ženy intenzivněji prožívají starosti spojené s onemocněním, především dopady nemoci na těhotenství, body image (Blondel-Kucharski et al., 2001; Drossman et al., 1991), vztahy a intimitu (Maunder, Toner, de Rooy, & Moskovitz, 1999). Silněji rovněž vnímají jednotlivé symptomy onemocnění (de Rooy et al., 2001). S intenzivnějším prožíváním

starostí spojených s onemocněním se u žen objevují úzkostné projevy, které zpětně ovlivňují celkovou HRQoL (Pittet et al., 2017). Dimenäs, Carlsson, Glise, Israelsson a Wiklund (1996) však kriticky poznamenávají, že ženy obecně udávají nižší míru HRQoL i v běžné populaci či u jiných gastrointestinálních onemocnění.

Další řada studií uvádí jako další nescifický faktor věk, který ovlivňuje celkovou míru HRQoL (např. Irvine, 1995; Haapamäki, Turunen, Roine, Färkkilä, & Arkkila, 2009; Sainsbury & Heatley, 2005; Sajadinejad et al., 2012). První projevy onemocnění se vyskytují již v období adolescence či rané dospělosti, což může přispívat ke vzniku psychiatrické komorbidity. U onemocnění s vyšší mírou aktivity jsou pak mladí pacienti často nuceni vynechávat školní docházku, což se může negativně odrazit na celkové úrovni jejich vzdělání (Sainsbury & Heatley, 2005; Habibi et al., 2017). U pacientů s IBD se ve stáří objevuje nedostatek sociální opory spojené s léčbou a zvládáním onemocnění (Sajadinejad et al., 2012; Casellas et al., 2002) nebo strach ze stigmatizace (de Rooy et al., 2001). Pallis, Vlachonikolis a Mouzas (2002) poukazují, že u pacientů starších 60 let ovlivňuje IBD zásadně jejich sociální fungování. Dodávají však, že se může jednat o obecný problém se zdravím u pacientů ve stáří.

Mezi další nescifické faktory ovlivňující HRQoL u pacientů s IBD lze zařadit úroveň vzdělání, přičemž nižší úroveň vzdělání souvisí s nižší udávanou mírou HRQoL (Casellas et al., 2002; Haapamäki et al., 2009; Sainsbury & Heatley, 2005). Souvisí rovněž s výrazně intenzivnějším prožíváním starostí spojených s onemocněním (de Rooy et al., 2001). Navíc řada pacientů udává, že nedostává dostatek informací o svém zdravotním stavu a onemocnění obecně (Jones, Gallacher, Lobo & Axon, 1993).

U pacientů s IBD existují i další nescifické faktory ovlivňující HRQoL. Patří mezi ně socio-ekonomický status pacienta (Xia-peng et al., 2017; Sajadinejad et al., 2012; Haapamäki et al., 2009), etnicita (Horst, 2014), kulturní příslušnost (Irvine, 1995; Sainsbury & Heatley, 2005), specifické osobnostní rysy (Vidal et al., 2008; Turnbull & Vallis, 1995) a míra pocíťované sociální podpory (Moradkhani, Beckman, & Tabibian, 2013).

Jedním z prvních faktorů souvisejících s onemocněním je jeho typ. Obecně se udává, že pacienti s Crohnovou chorobou uvádějí nižší míru HRQoL než nemocní ulcerózní kolitidou jak v období remise, tak při relapsu (Rubin et al., 2004; Irvine, 1995; Larsson et al., 2008; Mikocka-Walus et al., 2008; Farmer, Easley, & Farmer, 1992). Zásadní úlohu zde

hraje pravděpodobně skutečnost, že Crohnova choroba je při léčbě i v symptomech o něco komplikovanějším onemocněním než ulcerózní kolitida. Crohnova choroba vyžaduje častěji intenzivní léčbu ve smyslu častých chirurgických zákroků, které mají zpětně na HRQoL negativní dopad (Mikocka-Walus et al., 2008; Farmer et al., 1992). Při zjišťování dopadu nemoci standardizovanými dotazníky vychází, že pacienti s Crohnovou chorobou udávají, že jsou vážnější, než uvádějí nemocní s ulcerózní kolitidou (Farmer et al., 1992) Avšak Guthrie et al. (2002) poukazuje na to, že při zohlednění aktivity onemocnění nebyl v HRQoL mezi pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou nalezen žádný rozdíl.

Specifickým faktorem, který nejvíc ovlivňuje HRQoL u pacientů s IBD je aktivita onemocnění sama. S relapsem se obecně váže nižší udávaná míra HRQoL při remisi (Blondel-Kucharski et al., 2001; Irvine, 1993; Casellas et al., 2002; Vidal et al., 2008; Gavrilescu et al., 2015; van der Have et al., 2013) a navíc čím více prodělal pacient relapsů, tím udává nižší míru HRQoL (Moradkhani et al., 2013). I když, jak zjistili Simrén et al. (2002), i v období remise se může u pacientů s IBD objevovat nižší míra HRQoL. Pravděpodobně zde hrají úlohu další faktory nesouvisející přímo s nemocí, na což ostatně poukazují i Xia-penga et al. (2017). S aktivitou onemocnění je úzce spjata i jeho závažnost. Pokud jsou obecné symptomy a případné dopady závažnější, tím je vykazována nižší HRQoL (Guthrie et al., 2002; Habibi et al., 2017; Casellas et al., 2002; Gavrilescu et al., 2015). Závažnost a intenzita symptomů jsou podstatnými faktory ovlivňujícími HRQoL (Bernklev et al., 2004; Casellas et al., 2002).

Jelikož je IBD chronickým onemocněním, ukazuje se, že v tom určitou úlohu hraje i časová perspektiva. Casellas et al. (2002) zjistili, že větší délka onemocnění ovlivňuje míru HRQoL pozitivně, zatímco u nově diagnostikovaných pacientů je tomu naopak, na což poukazují i Haapamäki et al. (2009). Rozdíl ve vnímání HRQoL v závislosti na délce může být způsoben tím, že nemoc je na počátku mnohem aktivnější a zároveň se může stát, že pacient doposud nedostal nejvhodnější léčbu (Jaghult, Saboonchi, Johansson, Wredling, & Kapraali, 2011).

Obě onemocnění spadají do kategorie IBD, vyžadují intenzivní léčebný přístup, který posléze ovlivňuje u pacientů i míru HRQoL. Nemocní s IBD podstupující kortikosteroidovou farmakoterapii vykazují výrazně sníženou míru HRQoL (Gavrilescu et al., 2015; Blondel-Kucharski et al., 2001). Naproti tomu imunosupresivní terapie je spojena s vyšší mírou HRQoL (Blondel-Kucharski et al., 2001). Obdobně tomu

bylo v případě, kdy pacienti podstupovali biologickou léčbu (Holdam, Bager, & Dahlerup, 2016; van der Have et al., 2013). U Crohnovy choroby je pak nutnost chirurgického zákroku spojená s celkově nižší mírou HRQoL (Blondel-Kucharski et al., 2001; Irvine, 1993; Haapamäki et al., 2009; Bernklev et al., 2004, Farmer et al., 1992). Pokud byla pacientovi vytvořena stomie, míra HRQoL se nijak nezměnila, avšak v případě, že podstoupil kompletní proktokolektomii s ileoanalní anastémozou, tedy napojení tenkého střeva na anální kanál, byla zjištěna značně snížená míra HRQoL (Nordin, Pahlman, Larsson, Sundberg-Hjelm, & Loof, 2002). Posledním významným faktorem spojeným s léčbou onemocnění, který může následně ovlivnit míru HRQoL, je pacientova hospitalizace. Jestliže ji je nucen podstoupit, snižuje se u něj míra HRQoL (Blondel-Kucharski et al., 2001; Casellas et al., 2002; Habibi et al., 2017; van der Have et al., 2013).

Z hlediska dopadů onemocnění mají na HRQoL vliv vnímaný sebeobraz pacienta, body image a sexualita. Je zapotřebí si uvědomit, že řada symptomů onemocnění (např. zvýšená potřeba chodit na záchod, nepříjemné nutkání na vyprázdnění, inkontinence stolice atd.) výrazně zasahují do pacientova osobního života (Drossman et al., 1991; Maunder et al, 1999). Obavy a starosti spojené s body image a sexualitou se objevují jak u pacientů s Crohnovou chorobou, tak s ulcerózní kolitidou (Garrett & Drossman, 1990). Výrazně ohroženou skupinou jsou ženy s Crohnovou chorobou, které vykazují signifikantně více problémů se sexuálním fungováním než muži s touž nemocí nebo zdravá populace (Moody, Probert, Srivastava, Rhodes & Mayberry, 1992).

Již diskutovaným a závažným důsledkem onemocnění je pacientova invalidizace související se sníženou schopností aktivně pracovat. Přestože De Boer a jeho spolupracovníci (2016) zjistili, že více než polovina zkoumaných nemocných IBD je aktivně zaměstnána, setkávají se tito pacienti v pracovním procesu s řadou problémů. Mezi hlavní identifikované problémy patří snížené pracovní tempo, problémy s koncentrací a zpomalená pracovní produktivita. Lidé, kteří kvůli onemocnění nemohli pracovat, udávali sníženou míru HRQoL (De Boer et al., 2016; Haapamäki et al., 2009; van der Have et al., 2013). Pacienti bez stabilního zaměstnání byli obecně starší, spíše ženy s aktivním onemocněním a s vyšší úrovní deprese a úzkosti (De Boer et al., 2016).

Z hlediska celkového ovlivnění HRQoL se ukazuje, že pouze symptomy nemoci nedokáží vysvětlit její celkovou sníženou míru, jelikož aktivita onemocnění či závažnost symptomů často neodpovídají subjektivní povaze, kterou vnímá pacient (Cuntz, Welt,

Ruppert, & Zillessen, 1999). Jsou to psychologické faktory, především deprese a úzkosti, které přispívají ke snížení HRQoL bez ohledu na závažnost onemocnění (Prasko, Jelenova, & Mihal, 2010; Vidal et al., 2008; Sajadinejad et al., 2012; Guthrie et al., 2002; van der Eijk et al., 2004). Depresivní symptomy se v tomto případě ukázaly být jedním z nejsilnějších prediktorů pro nízkou míru HRQoL u IBD pacientů (Vidal et al., 2008). U nemocných s Crohnovou chorobou depresivní porucha či generalizovaná úzkostná porucha zvyšují riziko nutnosti chirurgického zákroku, což má na HRQoL opět další výrazný negativní dopad (Ananthakrishnan et al., 2013).

Většinu pacientů s IBD, jak již bylo uvedeno, se nedostane potřebné psychologické intervence. Pokud ano, nevnímají ji jako účinnou. Zároveň již byla připomenuta problematika využití antidepresiv u těchto nemocných v klinické praxi (viz podkapitulu 2.3). Z pohledu psychoterapie se ukazuje, že kognitivně-behaviorální terapie specificky upravená pro IBD pacienty může mít pozitivní vliv na míru HRQoL jak krátkodobě, tak dlouhodobě (Gracie et al., 2017; Schwarz & Blanchard, 1991; Mussell et al., 2003). Boye et al. (2011) upozornili na možnost využití psychoterapie zaměřené na zvládání stresu pro zlepšení HRQoL, avšak zlepšení HRQoL dosáhli pouze pacienti s ulcerózní kolitidou. Jiné studie zjistily, že na HRQoL a well-being může mít vliv komplexní program pro změnu životního stylu (Langhorst et al., 2007) či mind-body terapie u pacientů s ulcerózní kolitidou (Elsenbruch et al., 2005).

Vztah mezi léčbou antidepresivy a HRQoL není zcela jasný a je obdobný, jak byl popsán v předešlé kapitole u problematiky deprese a úzkosti u IBD pacientů. Schází dostatek randomizovaných klinických studií na větších vzorcích pacientů, aby se dalo upřesnit, jaký je vztah mezi antidepresivy a HRQoL (Macer et al., 2017). Již jednou zmiňovaná studie (Yanartas et al., 2016) ukázala, že dlouhodobější léčba antidepresivy má kromě pozitivního dopadu na projevy deprese a úzkosti pozitivní vliv i na HRQoL.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Výzkumný problém, cíle práce, výzkumná otázka a hypotézy

Již teoretická část práce upozornila na vzájemný vztah mezi depresí a úzkostí, ať už jako na pouhé symptomy či na diagnostikovaná psychiatrická onemocnění a jejich dopad na fyzické zdraví, především fungování imunitního systému (např. Anisman & Merali, 2003; Pike & Irwin, 2006). V širším kontextu deprese a úzkost mohou mít pro průběh onemocnění rozmanité důsledky, což platí obzvláště u chorob s chronickým průběhem (Katon, 2003). Prostřednictvím působení specifických faktorů spojených s nemocí (např. intenzita symptomů, náročnost léčby, nutnost podstoupit chirurgický zákrok atd.) a s jejich dopadem na sociální a psychologický život pacienta dochází ke změně v pocíťované HRQoL u daného jedince (Gabalec, 2007). HRQoL coby medicínský ukazatel je důležitým měřítkem spokojenosti člověka s různými aspekty jeho života a rovněž upozorňuje na oblasti, ve kterých by bylo vhodné poskytnout mu potřebné intervence. Zkoumaný problém v teoretické části práce je působení míry deprese a úzkosti na HRQoL u chronicky nemocných Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Výzkumné cíle, výzkumná otázka a definované hypotézy byly vybrány s ohledem na teoretické předpoklady, především na výzkumná zjištění, která byla prezentovaná v teoretické části práce.

Zkoumání HRQoL u IBD pacientů je poměrně tradičním předmětem řady odborných prací i v České republice. Vzniká řada odborných studentských prací, především u ošetrovatelských oborů, zabývajících se právě HRQoL u IBD pacientů. I řada nemocničních zařízení (např. Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Hradec Králové atd.) aktivně a pravidelně zkoumá HRQoL u IBD pacientů, kterým poskytuje léčbu. Většina prací není zaměřena na psychické dopady nemoci (deprese, úzkost atd.) a jejich vzájemný vztah s HRQoL. Přitom řada zahraničních výzkumů (např. Arnold et al., 2004; Lim et al., 2012; Bayat et al., 2011) upozorňuje na interakci mezi depresí, úzkostí a HRQoL u pacientů s různými chronickými onemocněními. Obdobná zjištění byla nalezena i v případě pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou (např. Vidal et al., 2008; Sajadinejad et al., 2012; Guthrie et al., 2002).

Ve srovnání s výzkumem HRQoL u pacientů s IBD je u nás zkoumání negativních dopadů nemoci, především psychologických, poměrně opomíjenou oblastí. Nutné je však poznamenat, že i v zahraničí se jedná o téma, které se začíná dostávat do popředí teprve až v posledních letech (např. Neuendorf et al., 2016; Keefer, 2017). Přitom právě výskyt

deprese a úzkosti u IBD pacientů jak během remise a především při relapsu je v současnosti velmi diskutovanou otázkou u odborníků zabývajících se léčbou IBD pacientů. Důvodem je skutečnost, že deprese a úzkost mohou mít opravdu negativní dopad na průběh onemocnění a jeho léčbu. Zároveň je k dispozici zatím pouze omezený počet klinicky výzkumných studií zabývajících se využitím psychofarmak při léčbě deprese a úzkosti u IBD pacientů a jejich kontraindikací s primární léčbou onemocnění. Konečnou otázkou je, jaký je u IBD pacientů vztah mezi depresí, úzkostí a mírou HRQoL (Macer et al., 2017; Keefer, 2017; Alexakis, Kumar, Saxena, Hotopf, & Pollok, 2017).

Míra deprese, úzkosti a následná HRQoL je u IBD pacientů ovlivněna řadou činitelů, mezi které samozřejmě spadají osobnostní rysy jednotlivců, ale především činitelé spojení s nemocí. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou sice biologicky obdobná onemocnění, avšak obě mohou mít řadu rozdílných symptomů ve variabilitě i intenzitě. Obecně se uvádí, že právě management nemoci u Crohnovy choroby je pro pacienty náročnější než u ulcerózní kolitidy (Mikocka-Walus et al., 2008; Farmer et al., 1992), což se ukazuje i ve vyšší míře projevů deprese a v nižší pociťované míře HRQoL u pacientů s Crohnovou chorobou ve srovnání s pacienty s ulcerózní kolitidou. Co se týká úzkosti, nejsou zjištěné výsledky zcela jednoznačné. Spíše se přiklání k tomu, že mezi oběma onemocněními není výrazný rozdíl (Neuendorf et al., 2016; Rubin et al., 2004; Mikocka-Walus et al., 2008). Vystává tedy otázka, zda obdobná zjištění lze nalézt i u české populace IBD pacientů.

Kromě samotného typu choroby je důležitá aktivita onemocnění, realizovaný typ léčby, délka nemoci a také, zda pacient podstoupil operativní zákrok. Jedná se o specifické činitele s nemocí související, přičemž se objevují i faktory demografické, především pohlaví a věk, které při společném působení mohou ovlivnit výskyt deprese, úzkosti a konečně i celkovou míru pociťované HRQoL (Neuendorf et al., 2016; Gavrilescu et al., 2015; Keefer & Kane, 2017). Proto je zapotřebí ve výzkumu prozkoumat i jejich vztah k primárně zkoumaným proměnným.

Na základě výše uvedených teoretických a výzkumných poznatků byly definovány tyto výzkumné cíle:

- Popsat míru deprese, úzkosti a HRQoL u IBD pacientů.
- Prozkoumat vztah mezi HRQoL, mírou deprese a úzkosti u IBD pacientů.
- Prozkoumat rozdíl v míře deprese, úzkosti a HRQoL u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.
- Prozkoumat vztah mezi specifickými faktory nemoci, demografickými charakteristikami a HRQoL, mírou deprese a úzkosti u IBD pacientů.

Na základě vytyčených cílů a výše uvedených teoretických poznatků byla zvolena jedna výzkumná otázka:

- *Jaký je vztah mezi mírou deprese, úzkosti, HRQoL, specifickými faktory nemoci a demografickými charakteristikami u IBD pacientů?*

Kromě výzkumné otázky byly sestaveny následující hypotézy:

H1: *Pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně liší v míře deprese od pacientů s ulcerózní kolitidou.*

H2: *Pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně liší v míře úzkosti od pacientů s ulcerózní kolitidou.*

H3: *Pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně liší v celkové HRQoL od pacientů s ulcerózní kolitidou.*

H4: *U IBD pacientů existuje statisticky významná souvislost mezi mírou deprese a celkovou HRQoL.*

H5: *U IBD pacientů existuje statisticky významná souvislost mezi mírou úzkosti a celkovou HRQoL.*

Mírou úzkosti, deprese a HRQoL jsou myšleny hodnoty naměřené dotazníky, které byly vybrány coby metody sběru dat (viz podkapitolu 5.2).

5. Vybraný metodologický rámec

Seznámení s výzkumným rámcem, ve kterém se výzkum realizoval, je pro lepší porozumění a interpretaci výzkumných zjištění nezbytností. Následující podkapitoly se věnují popisu výzkumu, jednotlivým využitým metodám při sběru dat a způsobu analýzy získaných dat. Závěrem budou zmíněny a popsány etické otázky výzkumu.

5.1 Typ výzkumné strategie

Zvolenou strategií pro realizovaný výzkum byl kvantitativní metodologický přístup. Zvolen byl s ohledem na svou schopnost zachytit adekvátní vztahy mezi vybranými proměnnými. Z toho však vyplývá skutečnost, že dochází ke ztrátě holistického pohledu na vybranou problematiku (Disman, 2002). Kvalitativní výzkum by mohl být později využit jako nástroj k objasnění subjektivního vnímání deprese a úzkosti na HRQoL u IBD pacientů.

Při kvantitativním výzkumu bylo využito dotazníkové šetření. V tomto kontextu lze vybraný kvantitativní výzkum popsat jako deskriptivně-korelační. Deskripce slouží ve výzkumu jako nástroj pro popis vybrané problematiky, tedy zde konkrétně k popisu výskytu míry deprese, úzkosti a HRQoL u IBD pacientů s ohledem na faktory specifické pro jednotlivá onemocnění. Korelační aspekt výzkumu zkoumá vztah mezi vybranými proměnnými, tedy mezi depresivní a úzkostnou symptomatikou a HRQoL. Cílem je zjištění souvislostí, které se mezi proměnnými nacházejí (Ferjenčík, 2000). Jelikož výzkum nepoužívá experimentální výzkumný design, nelze vynášet soudy o možných kauzálních vztazích (Hendl, 2012).

5.2 Metody sběru dat

K šetření bylo využito tří dotazníků zaměřených na zjišťování vybraných proměnných: míru deprese, úzkosti a HRQoL. Níže uvedené diagnostické nástroje byly vybrány s ohledem na stupeň jejich standardizace a využívání v praxi a výzkumu.

HRQoL je poměrně tradičním tématem výzkumů v oblasti zdravotnictví, proto existuje celá řada nástrojů k jejímu zkoumání (pro přehled viz Ogden, 2012). K výzkumným účelům byla vybrána multidimenziální verze dotazníku s cílem zachytit všechny možné dimenze života, které mohou ovlivňovat celkovou míru pacientem pocíťované HRQoL. V České republice jsou k dispozici dotazník SQUALA (Dragomirecká, 2006), dotazník kvality života zkonstruovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHOQOL) (česká verze

Dragomirecká & Bartoňová, 2006b) a nově standardizovaný Dotazník zdraví a spokojenosti (SF-8) (česká verze Bartůšková et al., 2018).

Jako hlavní nástroj sběru dat v oblasti zjišťování kvality života byl vybrán dotazník kvality života zkonstruovaný Světovou zdravotnickou organizací, který je v České republice i v zahraničí hojně využíván v různých medicínských studiích. Zároveň se ukazuje, že dokáže zjistit proměny HRQoL u dlouhodobě nemocných pacientů (Dragomirecká & Bartoňová, 2006a). Ve výzkumu byla využita jeho zkrácená verze, tedy dotazník WHOQOL-BREF obsahující 26 položek, které zjišťují HRQoL člověka ve 4 doménách jeho života, mezi něž patří Fyzické zdraví (7 položek), Prožívání (6 položek), Sociální vztahy (3 položky) a Prostředí (8 položek). Respondent může v každé dimenzi získat 4–20 bodů s tím, že vyšší skóre značí lepší HRQoL. Kromě výše uvedeného výčtu položek spadajících do jednotlivých domén obsahuje 2 položky samostatné, které se dotazovaného ptají na jeho celkovou HRQoL a jeho spokojenost se zdravím. Respondent hodnotí svoji míru pociťované HRQoL na 5stupňové škále Likertova typu. Celkový skóre HRQoL byl vytvořen součtem skóre jednotlivých domén a odpověďmi na dvě samostatné otázky. Výsledná hodnota celkového skóre HRQoL se pohybovala v rozmezí 18–90 bodů, přičemž čím vyššího skóre respondent dosáhne, tím vyšší je HRQoL.

Z hlediska psychometrických vlastností dotazníku WHOQOL-BREF lze uvést, že reliabilita, která byla vyčíslena pomocí Cronbachovy alfy, se pohybovala v rozmezí 0,65–0,85. Nejnižší realibilitu vykazovala doména Sociální vztahy, zatímco nejvyšší realibilitu dosáhla doména Fyzické zdraví. Autorky standardizační studie bohužel neuvádějí hodnotu Cronbachovy alfy pro celý dotazník. Kromě testování realibility prostřednictvím vnitřní konzistence byla provedena test-retestová reliabilita, která v rámci celého dotazníku dosahovala hodnoty 0,65, přičemž pro jednotlivé domény byla o něco vyšší, konkrétně hodnota 0,77. Konstruktová validita byla prokázána za pomoci korelace již existujících dotazníků zjišťujících různé dimenze kvality života. Jednalo se o dotazník SOS-10 zjišťující psychologický aspekt kvality života, multidimenzionální dotazník SQUALA a dotazník GDS měřící depresivní příznaky. Dotazník WHOQOL-BREF signifikantně koreloval se všemi uvedenými dotazníky na hladině významnosti 0,01 (Dragomirecká & Bartoňová, 2006a; Dragomirecká & Bartoňová, 2006b). Reliabilita, měřená prostřednictvím Cronbachovy alfy nabývala u jednotlivých domén výzkumu následujících hodnot: Fyzické

zdraví 0,86, Prožívání 0,88, Sociální vztahy 0,72 a Prostředí 0,87. Cronbachova alfa pro celý dotazník WHOQOL-BREF pak byla 0,94.

Jako nástroj pro zkoumání úzkosti byl pro účely výzkumu využit Beckův inventář úzkosti (BAI). Jedná se o sebesposuzovací dotazník zjišťující příznaky úzkosti za pomoci 21 položkové škály Likertova typu. Z hlediska reliability metody dosahuje Cronbachova alfa hodnoty 0,89 pro běžnou populaci a 0,92 pro klinickou. Obdobné výsledky zaznamenala i test-retestová reliabilita, která dosahovala hodnoty 0,90. U dotazníku BAI byla validita zkoumána prostřednictvím porovnání s Beckovým inventářem deprese (BDI-II) a škálou celkového klinického dojmu (CGI). Dotazník BAI nevykazoval signifikantní korelace ani s jednou z uvedených metod, a tedy by měl měřit odlišný konstrukt (Kamarádová et al., 2016). Vnitřní konzistence dotazníku BAI byla v tomto výzkumu na hodnotě 0,90.

Ke zkoumání deprese byl vybrán Beckův inventář deprese (BDI-II), který je hojně využíván jak ve výzkumech, tak v klinické praxi. Inventář má 21 oblastí, které zjišťují různé příznaky a myšlenky spojené s depresí. Ke každé oblasti jsou napsány 4 možné výroky zkoumající intenzitu příznaku v dané oblasti. Výroky jsou pak skórovány v rozmezí od 0 do 3 bodů. Konfirmační faktorová analýza rovněž potvrdila existenci 3 faktorů, tak jak předpokládal sám Beck. Jedná se konkrétně o faktory kognitivní (7 položek), somatický (9 položek) a afektivní (5 položek). V rámci standardizace byla zjištěna vysoká míry reliability dotazníku BDI-II, která dosahovala hodnoty Cronbachovy alfy 0,92 (Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka, & Anders, 2016; Preiss & Vacíř, 1999). O něco nižší hodnota Cronbachovy alfy, konkrétně 0,89, byla naměřena dotazníku BDI-II.

5.3 Postup analýzy dat

Prvním krokem pro práci s daty bylo jejich vyčištění a úprava, což bylo provedeno v programu MS Excel. Data byla prozkoumána z hlediska možných odpovědových tendencí, které byly v případě nalezení z výzkumu vyřazeny. V případě chybějících odpovědí v dotazníku bylo nejdříve prozkoumáno, zda se jedná o absenci dat náhodnou či nenáhodnou. Pokud by byla absence náhodná, byla data dopočítána za pomoci regresní imputace. Pokud chyběly na otázky odpovědi, které nelze zpětně dopočítat (např. věk, pohlaví, typ onemocnění) byl respondent z dílčích statistických analýz vyřazen. Kromě výše uvedeného byla data prozkoumána z hlediska přítomnosti odlehlých hodnot, k čemuž posloužil krabicový graf. Statistická analýza byla provedena v programu Statistica 13 a SPSS.

K analýze nasbíraných dat bylo využito vícerozměrného statistického postupu. Jednalo se o obecný lineární model, který slouží k zachycení a popsání lineárních vzájemných vztahů mezi sledovanými jevy. Samozřejmě před tvorbou obecného lineárního modelu bylo zapotřebí splnit předpoklady pro jeho vytvoření. Nejprve bylo pomocí histogramu prozkoumáno, zda rezidua vytvořeného obecného lineárního modelu vykazují normální rozložení. Druhou potřebnou podmínkou pro vytvoření obecného lineárního modelu byla homoskedasticita dat. Ověřována byla za pomoci bodového grafu, který zobrazoval predikované hodnoty modelu a rezidua. V případě, že proměnná nesplňovala výše uvedené požadavky, byla transformována, aby je splnila, logaritmickou nebo Box-Coxovou transformací (Weisberg, 2005; Cohen, West, & Aiken, 2014).

Pokud se mezi jednotlivými proměnnými zařazenými do obecného lineárního modelu objevila silná korelace, zkoumalo se, zda nezpůsobuje multikolinearitu, jež by mohla způsobit nestabilitu celého modelu. Multikolinearita byla testovaná pomocí statistiky zvané tolerance, která je obrácenou hodnotou statistiky s názvem Variable Inflation Factor (VIF) (Weisberg, 2005; Cohen et al., 2014).

Před provedením korelační analýzy bylo zkontrolováno normální rozložení zkoumaných proměnných. K posouzení normálního rozložení dat bylo primárně využito jejich grafického zobrazení, konkrétně histogramu a Q-Q grafu. Jako doplněk byl využit Shapiro-Wilkův test zkoumající normalitu rozložení dat (Peck, Olsen, & Devore, 2015).

Při testování statistické významnosti jednotlivých regresorů byla aplikována Waldova statistika. Pro zkoumání statistické významnosti skupiny regresorů byl naproti tomu využit test podmodelu (Weisberg, 2005).

Veškeré statistické analýzy byly prováděny na 5% hranici statistické významnosti, tedy $\alpha = 0,05$. U statisticky signifikantních výsledků byl dopočítán odpovídající ukazatel míry účinku nebo byly případně doplněny o 95% konfidenční interval.

5.4 Etické otázky ve výzkumu

Realizace výzkumu s sebou přináší řadu etických otázek, na které je zapotřebí odpověď. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Respondenti ji mohli zcela odmítnout a měli možnost kdykoliv v průběhu vyplňování dotazníků přestat a z výzkumu odstoupit. Byli o tom informováni úvodním dopisem, který byl přiložen ke každé sadě dotazníků.

V souvislosti s vyplňováním dotazníků bylo možné, žč se u účastníků výzkumu vyskytne určitá míra distresu, neboť byli nuceni hodnotit své emoční stavy za posledních 14 dnů, což mohlo potenciálně k různé míře distresu vést. Účelem úvodního dopisu bylo nejen seznámit se s obsahem jednotlivých dotazníků a zkoumanou problematikou obecně, ale i s možností výzkum ukončit nebo přerušit.

Pro distribuci prostřednictvím zdravotnických zařízení byl dotazník schvalován z hlediska dodržování ochrany osobních údajů. Pověření pracovníci zdravotnického zařízení byli s předmětem výzkumu i s obsahem jednotlivých dotazníků seznámeni. Dále bylo rozhodnuto o tom, zda výzkum může být realizován a jak bude jeho realizace probíhat. Ve vybraných případech prošel dalším schvalovacím procesem. Konkrétně se jednalo o Fakultní nemocnici v Olomouci, v níž výzkum procházel schvalováním odborem kvality tak, aby byly dodrženy vnitřní směrnice nemocnice. Vyplněné povolení pro provádění dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Olomouc je součástí příloh této práce.

6. Výzkumný soubor a strategie výběru výzkumného souboru

Další nezbytnou částí výzkumu, kterou je zapotřebí popsat, je výzkumný soubor, tedy jedinci, kteří se výzkumu účastnili. V následující kapitole bude proto popsán postup při jeho výběru a jeho základní charakteristiky.

6.1 Postup výběru výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen pacienty s diagnózou Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. Pro výzkum bylo vybráno věkové rozmezí 18–75 let. Spodní hranice věku byla určena s přihlédnutím k faktu, že výzkum se primárně zaměřuje na dospělou populaci IBD pacientů. Dotazníky totiž předpokládaly administraci pouze dospělou populací, neboť u dětských IBD pacientů existuje poněkud odlišný proces zpracování onemocnění, než je tomu u dospělé populace. Horní okraj věkového rozmezí byl vybrán s ohledem na druhý vrchol výskytu Crohnovy choroby, který se právě nachází ve věku mezi 60–75 lety.

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí účelového výběru. Důvodů pro zvolení účelového výběru bylo více. Prvním z nich byla skutečnost, že doposud neexistuje ucelený registr pacientů s IBD. V současné fázi je pouze v omezené míře dostupný registr IBD pacientů, kteří podstupují biologickou léčbu. Není tedy možnost vytvořit výběrový rámec, který je pro náhodný výběr potřebný. Zároveň nejsou doposud známy přesné demografické charakteristiky české populace IBD pacientů. V tomto případě by bylo tedy pouze možné vycházet ze zahraničních studií, které však mohou být aplikovány na českou IBD populaci jen v omezené míře. Posledním faktorem hovořícím pro účelový výběr je fakt, že nelze předpokládat spolupráci všech oslovených zdravotnických institucí. Disman (2002) tak v tomto smyslu dodává, že i když tedy účelový výběr obsahuje řadu nedostatků, jedná se v určitých případech o jedinou možnost, jak výběr výzkumného souboru provést. Zároveň upozorňuje, že je třeba brát ohled na nedostatky účelového výběru při interpretaci výsledků a jejich následné generalizaci na celou populaci.

Výběr pacientů do výzkumného souboru probíhal od května 2017 do února 2018. V první vlně byla oslovena všechna zdravotnická zařízení, která mají oddělení specializovaná na léčbu IBD (tzv. IBD centra) a následně gastroenterologická oddělení vybraných nemocničních zařízení. Celkově tak bylo osloveno 50 zařízení, přičemž 3 z nich dala souhlas k výzkumu. U jednoho však nebylo možné dohodnout se na přesném postupu

distribuce dotazníků, a proto se v něm distribuce nerealizovala. Na sběru dat se tak podílely Fakultní nemocnice Olomouc a Městská nemocnice v Ostravě. Zbylá nemocniční zařízení se k účasti na výzkumu nevyjádřila vůbec nebo odpověděla zamítavě. Nejčastějším důvodem pro to byla časová vytíženost zdravotnického zařízení. Ve druhé vlně byla požádána o pomoc se sběrem dat patientská organizace s názvem Pacienti IBD z. s., která distribuovala dotazníky prostřednictvím internetu.

Je třeba dodat, že existují určité subpopulace IBD pacientů, které výzkum postihnout nemohl. Především se jedná o skupinu IBD pacientů, u kterých je pouze minimální, či dokonce žádná adherence a compliance k léčbě. Jedná se o nemocné, kteří především nedodržují pravidelné prohlídky kontroly a často přicházejí až při dramatickém zhoršení zdravotního stavu. Navíc může existovat malé procento jedinců, u kterých se projevy IBD objevují velmi nepravidelně nebo ve velmi nízké intenzitě. Jedinec pak v takovém případě může zaměnit příznaky IBD za jiné onemocnění a nemusí vůbec vyhledat lékařskou pomoc. Sběr dat pomocí zdravotnických zařízení tak dokáže tuto skupinu pacientů zachytit pouze ve velmi omezené míře. Skutečnost, že se na výzkumu podílí jen omezený počet zdravotnických zařízení z určitých míst České republiky, značně limituje zachycení celkové variability populace. Díky tomu právě sběr dat patientskou organizací dává více možností zachytit větší část populace IBD pacientů. Zmíněné limitace budou zohledněny při interpretaci výzkumných zjištění a budou dále rozebrány v diskuzi.

6.2 Popis výzkumného souboru

Celkem bylo od pacientů vybráno 217 dotazníků, přičemž 4 bylo nutné z výzkumu vyřadit, neboť nebyly dostatečně vyplněny. Výzkumný soubor tedy nakonec tvořilo 213 IBD pacientů, konkrétně 124 pacientů s Crohnovou chorobou a 89 s ulcerózní kolitidou. Pacienti s Crohnovou chorobou byli zastoupeni ve výzkumném souboru 58 %, pacientů s ulcerózní kolitidou bylo 42 %.

Z hlediska pohlaví zaujímaly ve výzkumném souboru dominantní postavení ženy. Bylo jich 158, mužů 55. Tvořily většinu zkoumaného souboru s relativní četností 74 %, relativní četnost mužů byla 26 %. Druhou podstatnou sledovanou demografickou proměnou byl věk respondentů. Věkový průměr respondentů byl 34,21 let se směrodatnou odchylkou (SD) 11,13 let. Podle očekávání bylo nejmladšímu respondentovi 18 let, nejstarší měl v době realizace výzkumu 73 let. Modus věku byl 26 let a v souboru se objevil 12krát.

Pro detailnější popis rozložení věku ve výzkumném souboru je níže uvedena tabulka č. 1, ve které jsou respondenti rozděleni do vytvořených věkových kategorií společně s jejich relativní četností v procentech.

Tab. 1: Věkové kategorie

Kategorie	N	Relativní četnost (%)
18–29	85	40
30–39	59	28
40–49	53	25
50–59	9	4
60+	7	3
Celkem	213	100

Nejpočetnější věkovou skupinou výzkumného souboru byli respondenti ve věku 18–29 let se 40% zastoupením. Zbylé dvě nejpočetnější věkové kategorie byly 30–39 let a 40–49 let, které společně tvořily 53 % celkového souboru.

První proměnou týkající se onemocnění byla jeho aktivita. Ve stavu klidové fáze onemocnění, tedy remise, se nacházelo 110 respondentů. Zbylí 103 respondenti se nacházeli v aktivní fázi, tedy relapsu onemocnění. Obě fáze nemoci tak byly zastoupeny v souboru poměrně rovnoměrně, tedy konkrétně 52 % v případě remise a 48 % u relapsu.

S aktivitou nemoci souvisí typ léčby, které se pacient podrobuje. Ve výzkumu byly sledovány všechny podstatné formy terapie IBD uvedené v teoretické části práce (viz podkapitolu 1.3). Jejich výčet společně s absolutní a relativní četností je uveden v tabulce č. 2, která je uvedena na následující straně.

Tab. 2: Typy podstupované léčby

Typ léčby	Počet	Relativní četnost (%)
Aminosalicyláty	58	27
Kortikoidy	22	10
Imunosupresiva	40	10
Biologická léčba	79	37
Bez léčby	14	6
Celkem	213	100

Nejvíce zastoupeným druhem terapie byla biologická léčba, druhou léčba pomocí aminosalicylátů. Zbylé tři léčebné terapie, tedy kortikosteroidní, imunosupresivní a pacienti bez léčby měli ve výzkumném souboru poměrně nízké zastoupení.

S léčbou IBD souvisí rovněž léčba chirurgická, která byla poslední specifickou proměnnou spojenou s nemocí sledovanou ve výzkumu. Celkem 139 pacientů nikdy nepodstoupilo žádný chirurgický zákrok spojený s léčbou nemoci. Minimálně jednomu chirurgickému zákroku se podrobilo 37 pacientů a zbylých 37 pacientů bylo nuceno podstoupit více než 2 chirurgické zákroky. Chirurgickou léčbu tak muselo celkem podstoupit 35 % pacientů z výzkumného souboru, přičemž jen 8 s ulcerózní kolitidou. U Crohnovy choroby pak bylo nuceno absolovat chirurgický zákrok 66 pacientů, z toho 34 absolvovali 2 a více chirurgických zákroků.

7. Výsledky analýzy dat

Následující podkapitoly slouží k prezentaci výsledků zjištěných prostřednictvím analýzy dat. Výsledky analýzy jsou prezentovány v samostatných oddílech. Úvodní část je věnována popisné statistice míry deprese, úzkosti a HRQoL u IBD pacientů s ohledem na další sledované proměnné. Zbylé podkapitoly se věnují zodpovězení výzkumné otázky a testování vytyčených hypotéz.

7.1 Míra deprese, úzkosti a HRQoL u IBD pacientů

Jedním z cílů výzkumu bylo prozkoumat a popsat míru deprese, úzkosti a HRQoL u IBD pacientů, kteří byli vybráni do výzkumného souboru. Prezentované výsledky jsou uvedeny v kontextu základních demografických údajů a specifických proměnných, které jsou spojené s nemocí.

První zkoumanou oblastí popisné statistiky byla HRQoL u IBD pacientů, včetně jejich jednotlivých domén. Výsledky znázorňuje tabulka č. 3, ve které jsou popsány základní údaje získané z dotazníku WHOQOL-BREF.

Tab. 3: Popisná statistika dotazníku WHOQOL-BREF

Domény	N	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
Fyzické zdraví	213	12,52	2,01	12,57	8,57	19,43
Prožívání	213	13,05	2,45	13,33	6,67	18,67
Sociální vztahy	213	14,10	3,42	14,66	4,00	20,00
Prostředí	213	14,06	2,76	14,50	6,00	20,00
Celková HRQoL	213	59,96	9,52	59,64	31,55	85,09

Samozřejmě při vyhodnocování jednotlivých domén a celkové HRQoL je zapotřebí brát v úvahu, že i když obě zkoumaná onemocnění spadají do jednotné diagnostické kategorie, mohou se v různých svých dimenzích lišit. V tabulce č. 4 jsou proto uvedeny skóry jednotlivých domén s ohledem na typ onemocnění, tedy jestli se jedná o pacienta s Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou.

Tab. 4: Průměrné hodnoty dotazníku WHOQOL-BREF podle typu nemoci

Typ nemoci	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL
Crohnova choroba	124	12,43 (1,93)	13,14 (2,44)	14,25 (3,44)	13,98 (2,67)	60,08 (9,28)
Ulcerózní kolitida	89	12,65 (2,13)	12,91 (2,46)	13,90 (3,40)	14,17 (2,89)	59,79 (9,90)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky.

Z tabulky lze vyčíst, že se pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou liší v jednotlivých doménách i v celkové míře HRQoL. Nemocní s Crohnovou chorobou vykazují nižší průměrný skóre v doménách Fyzické zdraví a Prostředí. V doménách Prožívání, Sociální vztahy a celkové míře HRQoL dosahují nižšího skóru pacienti s ulcerózní kolitidou. Testování statistické významnosti uvedeného rozdílu v celkové HRQoL je předmětem hypotézy č. 1, která je uvedena v podkapitole 7.3.

Druhým zkoumaným psychologickým aspektem byla míra deprese. I v tomto případě je zapotřebí brát v úvahu odlišnost obou onemocnění, což může mít na míru deprese odlišný vliv. Jako v případě kvality života jsou v tabulce č. 5 uvedeny jednak průměrné skóre pro IBD pacienty jako celku a následně skóre pro pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

Tab. 5: Popisná statistika dotazníku BDI-II

Typ nemoci	N	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
IBD	213	17,90	10,06	17,00	2,00	48,00
Crohnova choroba	124	17,89	10,58	17,00	2,00	48,00
Ulcerózní kolitida	89	17,92	9,34	17,00	2,00	47,00

Ukazuje se, že pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou dosahují obdobného průměrného skóre v míře deprese a liší se pouze minimálně. Otázkou, zda je výše zobrazený rozdíl statisticky významný, se zabývá hypotéza č. 2.

Podle cut-off skóru navržených u anglické verze dotazníku BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996, in Preiss & Vacíř, 1999) byla vytvořena tabulka č. 6, ve které jsou pacienti rozdělení podle stupně deprese.

Tab. 6: Stupeň deprese podle cut-off skóru

Stupeň deprese	Cut-off skór	Počet pacientů	Kumulativní četnost (%)
Žádná až minimální	0–13	77	36
Mírná	14–19	48	23
Střední	20–28	56	26
Těžká	29–63	32	15

Největší část výzkumného souboru, tedy více než třetina IBD pacientů, vykazovala žádnou či minimální úroveň deprese. Pacienti s mírnou a střední depresí tvořili společně většinou část výzkumného souboru s 59% zastoupením. Samozřejmě je nutné upozornit, že dotazník BDI-II slouží primárně ke screeningu a měření závažnosti depresivní symptomatiky, tudíž nelze pouze na základě jeho výsledků stanovit diagnózu.

Poslední sledovanou proměnnou byla míra úzkosti, která byla měřena prostřednictvím dotazníku BAI. Tabulka č. 7 obsahuje, stejně jako tomu bylo pro míru deprese, průměrný skór jak pro celou diagnostickou kategorii IBD, tak pro jednotlivé typy onemocnění.

Tab. 7: Popisná statistika dotazníku BAI

Typ nemoci	N	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
IBD	213	14,37	9,10	12,00	2,00	45,00
Crohnova choroba	124	14,44	9,46	12,50	2,00	45,00
Ulcerózní koolitida	89	14,27	8,64	12,00	2,00	37,00

Výsledky dotazníku BAI naznačují obdobná zjištění jako v případě míry deprese, tedy oba typy onemocnění vykazují pouze minimální rozdíly v průměrném skóru úzkosti. Statistické testování významnosti rozdílu mezi oběma typy nemoci je uvedeno u hypotézy č. 3.

Tabulka č. 8 ukazuje stupeň úzkosti u pacientů na základě rozdělení podle cut-off skóru z původní verze dotazníku BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Bardhoshi, Duncan, & Erford, 2016).

Tab. 8: Stupeň úzkosti podle cut-off skóru

Stupeň úzkosti	Cut-off skór	Počet pacientů	Kumulativní četnost (%)
Minimální	0–7	54	25
Mírná	8–15	79	37
Střední	16–25	52	24
Těžká	26–63	28	13

Při pohledu do tabulky lze vidět, že více než třetina pacientů se nacházela v pásmu mírné úzkosti. Jedna čtvrtina se pohybovala v pásmu minimální úzkosti a přibližně další čtvrtina spadala do pásma střední úzkosti. Opět je zapotřebí dodat, že jako tomu bylo u dotazníku BDI-II, ani dotazník BAI neslouží primárně k potvrzení diagnózy úzkostné poruchy, ale spíše jako posouzení aktuálního stupně úzkosti.

Kromě hodnoty jednotlivých skóru napříč diagnostickou kategorií IBD, je zapotřebí uvést i deskriptivní statistiky v souvislosti s ostatními sledovanými proměnnými. První demografickou proměnou, která byla výzkumem sledována, bylo pohlaví. V níže uvedené tabulce č. 9 jsou uvedeny průměrné skóry jednotlivých dotazníků s ohledem na pohlaví pacienta.

Tab. 9: Průměrné hodnoty dotazníků dle pohlaví

Pohlaví	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	BDI-II	BAI
Muži	55	13,43 (2,27)	13,90 (2,08)	14,40 (3,14)	14,47 (2,36)	62,57 (8,50)	15,31 (10,30)	12,27 (9,61)
Ženy	158	12,20 (1,82)	12,74 (2,50)	14,00 (3,51)	13,92 (2,88)	59,04 (9,71)	18,80 (9,84)	15,10 (8,83)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky.

Ženy skórovaly méně ve všech doménách HRQoL. Navíc vykazovaly vyšší průměrné skóry v míře deprese a úzkosti podle dotazníku BDI-II a BAI. Podstatnou otázkou také bylo, jak jsou výsledné průměrné skóry pro jednotlivá pohlaví ovlivněny typem nemoci. S cílem odpovědět tuto otázku je níže uvedena tabulka č. 10.

Tab. 10: Průměrné hodnoty dotazníků s ohledem na pohlaví a typ nemoci

Pohlaví	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	BDI	BAI
Muži (CN)	26	13,05 (2,20)	13,77 (2,08)	14,51 (3,52)	13,98 (2,42)	61,86 (8,58)	16,15 (10,98)	12,46 (10,36)
Ženy (CN)	98	12,27 (1,83)	12,97 (2,51)	14,17 (3,43)	13,98 (2,74)	59,61 (9,44)	18,35 (10,48)	14,97 (9,19)
Muži (UC)	29	13,77 (2,31)	14,02 (2,10)	14,30 (2,80)	14,91 (2,25)	63,21 (8,54)	14,55 (9,77)	12,10 (9,07)
Ženy (UC)	60	12,10 (1,81)	12,38 (2,46)	13,71 (3,67)	13,81 (3,11)	58,14 (10,15)	19,55 (8,75)	15,32 (8,30)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky. CN = Crohnova choroba UC = Ulcerózní kolitida

Poměrně obsáhlá tabulka ukazuje, že i s ohledem na typ nemoci dosahují ženy nižšího skóru v jednotlivých doménách HRQoL a zároveň vyššího skóru v míře deprese a úzkosti, než je tomu u jejich mužských protějšků. Jsou to ženy s ulcerózní kolitidou, které mají nejnižší hodnoty ve všech doménách HRQoL a zároveň nejvyšší skór v míře deprese a úzkosti. Zajímavý je rovněž rozdíl v míře deprese mezi muži s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou.

K další sledované demografické charakteristice pacientů patřil jejich věk. Pro lepší porozumění vlivu věku na HRQoL, míru deprese a úzkosti byly vytvořeny věkové kategorie, které byly již prezentovány v popisu výzkumného souboru. Tabulka č. 11 shrnuje naměřené hodnoty průměrných skóru u jednotlivých věkových kategorií.

Tab. 11: Průměrné hodnoty dotazníků podle věkových kateorií

Kategorie	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	BDI-II	BAI
18–29	85	12,45 (1,67)	12,85 (2,26)	14,35 (3,50)	13,94 (2,95)	59,88 (9,26)	19,56 (10,66)	15,44 (9,58)
30–39	59	12,28 (1,86)	12,92 (2,79)	13,69 (3,46)	14,36 (2,53)	59,59 (9,38)	18,83 (9,97)	14,31 (8,26)
40–49	53	12,58 (2,17)	13,11 (2,27)	14,42 (3,25)	13,98 (2,45)	60,23 (9,53)	15,91 (9,19)	14,00 (9,74)
50–59	9	13,08 (3,60)	14,07 (2,76)	12,30 (3,70)	12,06 (3,56)	57,06 (13,24)	12,44 (7,91)	9,78 (5,31)
60+	7	14,29 (2,80)	14,67 (2,14)	14,48 (2,82)	16,21 (1,98)	65,64 (9,05)	12,00 (6,11)	10,71 (7,72)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky.

S ohledem na věkové kategorie lze konstatovat, že obecně nejvyšších hodnot v jednotlivých doménách a celkové HRQoL dosahují pacienti zařazení do věkové kategorie 60+, avšak jedná se pouze o 7 respondentů z celého souboru. U stejné věkové kategorie pak lze vidět nejnižší skóre v míře deprese a úzkosti. Pacienti nacházející se ve věkové kategorii 18–29 vykazují nejnižší skóre v HRQoL ať už v jednotlivých doménách či celkovém skóru. Zároveň nejvíce skórují v míře deprese a úzkosti. Obecně lze z tabulky vyčíst trend, že čím starší je pacient, tím dosahuje vyšší HRQoL a nižší míru úzkosti a deprese.

Kromě demografických proměnných byly ve výzkumu sledovány i proměnné týkající se specificky onemocnění. Jedním z hlavních byla aktivita nemoci, přičemž v následující tabulce č. 12 je zobrazeno, jak aktivita nemoci ovlivnila naměřené průměrné skóre.

Tab. 12: Průměrné hodnoty dotazníků s ohledem na aktivitu nemoci

Aktivita nemoci	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	BDI-II	BAI
Remise	110	13,46 (1,86)	13,96 (2,36)	15,18 (3,23)	15,08 (2,38)	64,59 (8,36)	14,15 (8,63)	12,17 (9,36)
Relaps	103	11,52 (1,66)	12,06 (2,14)	12,96 (3,26)	12,98 (2,73)	55,01 (8,12)	21,91 (9,96)	16,72 (8,24)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky.

Jak se obecně předpokládá, relaps způsobuje pokles v pocíťované HRQoL ve všech doménách. Zároveň kvůli relapsu stoupá u pacientů míra deprese a úzkosti. Z hlediska rozdílů mezi nemocemi je rozdíl marginální, proto zde není tabulka s těmito daty uvedena.

Konzervativní farmakologická léčba je nedílnou součástí terapie IBD pacientů, přitom může zpětně ovlivnit jejich psychický stav. Na následující straně jsou v tabulce č. 13 zobrazeny průměrné skóre využitých dotazníků v závislosti na podstupovaný typ léčby.

Tab. 13: Průměrné hodnoty dotazníků v závislosti na typu léčby

Typ léčby	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	BDI-II	BAI
Aminosalicyláty	58	12,05 (1,92)	13,03 (2,35)	13,75 (3,53)	13,71 (2,94)	58,17 (9,71)	16,76 (8,68)	13,21 (7,80)
Kortikoidy	22	12,18 (1,77)	12,73 (2,23)	13,70 (2,94)	13,80 (2,99)	57,81 (8,82)	22,27 (8,04)	18,36 (8,63)
Imunosupresiva	40	12,43 (1,44)	12,90 (2,03)	13,73 (3,02)	13,70 (2,70)	58,74 (7,97)	19,05 (10,64)	16,40 (9,79)
Biologická léčba	74	12,90 (2,34)	13,10 (2,69)	14,51 (3,60)	14,45 (2,68)	61,52 (10,00)	17,39 (11,45)	13,75 (9,55)
Bez léčby	14	13,18 (1,83)	13,71 (2,97)	14,95 (3,70)	14,79 (2,06)	63,28 (10,17)	15,36 (6,13)	10,64 (8,14)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky.

Z hlediska typu léčby lze konstatovat, že pacienti podrobující se biologické léčbě či beroucí aminosalicyláty vykazují obecně vyšší míru HRQoL než u kortikoidní a imunosupresivní léčby. Jak imunosupresivní, tak kortikosteroidní léčebná terapie zvyšují u pacientů míru deprese a úzkosti. Zásadní pozitivní dopad na celkovou HRQoL má léčba biologická. Pacienti bez léčby vycházejí ze všech uvedených kategorií nejlépe. Jedná se především o nemocné ve stavu remise a pravděpodobně s velmi nízkou závažností onemocnění.

Léčba chirurgická je často nedílnou součástí procesu léčby IBD. Proto i ji bylo zapotřebí vzít v úvahu při zkoumání, protože může hrát významnou roli v celkovém psychologickém obraze pacienta. Za tímto účelem shrnuje tabulka č. 14 dopad chirurgického zákroku na celkové výsledky dotazníků.

Tab. 14: Dopad chirurgické léčby na průměrné hodnoty dotazníků

Chirurgický zákrok	N	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	BDI-II	BAI
Ano	74	12,19 (1,82)	13,10 (2,41)	13,80 (3,51)	13,65 (2,52)	58,80 (8,92)	19,49 (10,92)	14,78 (9,47)
Ne	139	12,70 (2,09)	13,02 (2,48)	14,26 (3,37)	14,28 (2,86)	60,58 (9,80)	17,06 (9,50)	14,15 (8,93)

Pozn: V závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky.

Nutnost podstoupit chirurgický zákrok obecně snižuje míru HRQoL ve většině domén, kromě Prožívání. Zákonitě se nižší skóre v doménách projevuje v celkově nižším skóre celkové HRQoL. Dochází však rovněž ke zvýšení míry deprese a úzkosti, avšak míra úzkosti stoupá ve srovnání s depresí výrazně méně.

7.2 Odpověď na výzkumnou otázku

Jedním z hlavních cílů výzkumu je popsat vztahy mezi všemi proměnnými sledovanými ve výzkumu. Na základě tohoto cíle byla vytvořena výzkumná otázka, která zněla:

Jaký je vztah mezi mírou deprese, úzkosti, HRQoL, specifickými faktory nemoci a demografickými charakteristikami u IBD pacientů?

K popisu vztahů mezi jednotlivými proměnnými byla vytvořena sada obecných lineárních modelů, do níž byly za vysvětlované proměnné postupně dosazovány hlavní zkoumané proměnné, tedy domény HRQoL (Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí), celková HRQoL, míra deprese změřená dotazníkem BDI-II a míra úzkosti zjištěná dotazníkem BAI. Jako nezávislé proměnné, které jsou označeny jako regresory, byly pak do modelů zařazeny základní demografické údaje respondentů (věk, pohlaví) a proměnné související s nemocí (typ a aktivita nemoci, typ léčby, absolvování chirurgického zákroku). Při exploraci vztahů v doménách HRQoL byly navíc do modelů zařazeny jako regresory míra deprese a úzkosti, coby psychologické aspekty onemocnění.

Jak již bylo uvedeno v podkapitole o analýze dat (viz podkapitola 5.3), prvně byly zkoumány předpoklady pro vytvoření obecného lineárního modelu, tedy normalita reziduí a homoskedasticita. Proměnné Fyzické zdraví a Prostředí vykazovaly heteroskedasticitu dat, a proto byla provedena jejich transformace za pomoci logaritmické transformace. Zbylé proměnné splňovaly předpoklady pro zařazení do modelu jako vysvětlované proměnné a nebylo tedy zapotřebí jejich další transformace.

V tabulkách shrnujících výsledky sestavených statistických modelů jsou vždy uvedeny nestandardizované regresní koeficienty označené písmenem b a standardizované regresní koeficienty označené písmenem β . Kromě regresních koeficientů je do tabulky zařazen spodní a horní 95% konfidenční interval jednotlivých regresorů. Pro přehlednost výsledků jsou v tabulkách zařazeny pouze statisticky významné regresory. Zbylé regresory, u kterých nebyl nalezen statisticky významný vliv, budou zmíněny v závěru podkapitoly.

V prvně vytvořeném obecném lineárním modelu byla vysvětlovanou proměnnou doména Fyzické zdraví. Výsledný lineární model uvádí tabulka č. 15.

Tab. 15: Obecný lineární model – doména Fyzické zdraví

Regresor	β	<i>b</i>	95 % KI
Konstanta		2,68***	[2,59; 2,78]
Pohlaví	0,12	0,04*	[0,00; 0,09]
Aktivita nemoci	-0,31	-0,10***	[-0,14; -0,06]
Míra deprese	-0,39	-0,01***	[-0,01; 0,00]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval. Před tvorbou modelu došlo k logaritmické transformaci vysvětlované proměnné. Hodnoty *b* a jejich konfidenční intervaly tedy nereprezentují skór v doméně Fyzické zdraví.

Vytvořený model vysvětluje 39 % variability ($R^2 = 0,39$), respektive 36 % (upravené $R^2 = 0,36$) a ukázal se být jako statisticky významný, $F(11, 201) = 11,90$; $p < 0,001$, tedy vysvětluje více rozptylu než pouhým náhodným kolísáním. Z uvedených regresorů mají na doménu Fyzické zdraví největší vliv aktivita nemoci a míra deprese, které k ní mají středně silný negativní vztah. Regresor aktivita nemoci v tomto případě ukazuje, že pacienti při relapsu vykazují v doméně Fyzické zdraví průměrně nižší skór při srovnání s pacienty ve stavu remise. Statisticky významný rozdíl se nachází i u regresoru pohlaví – muži dosahují v průměru vyššího skóru v doméně Fyzického zdraví než ženy.

Druhý zkoumaný model byl tvořen doménou Prožívání coby nezávislou proměnnou. V tabulce č. 16 je shrnut obecný lineární model s jednotlivými statisticky významnými regresory.

Tab. 16: Obecný lineární model – doména Prožívání

Regresor	β	<i>b</i>	95 % KI
Konstanta		14,62***	[13,00;16,25]
Aktivita nemoci	-0,22	-1,07***	[-1,72; -0,42]
Míra deprese	-0,42	-0,10***	[-0,15; -0,06]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval.

Výsledný statistický model dokáže za pomoci vybraných regresorů vysvětlit 29 % variability, $R^2 = 0,29$; upravené $R^2 = 0,26$; $F(11, 201) = 7,79$; $p < 0,001$. U obou regresorů existuje negativní vztah s doménou Prožívání, přičemž míra deprese má větší vliv než aktivita nemoci. Míra deprese měla středně silný vztah k doméně Prožívání. Z výsledků lze rovněž vyčíst, že pacient v relapsu má v průměru o 1,06 bodů méně než pacient ve stavu remise. Za každý získaný bod v dotazníku BDI-II se snižuje skóre získaný v doméně Prožívání o 0,10 bodu, tedy za 10 bodů v dotazníku BDI-II klesne skóre v doméně Prožívání o 1 bod.

Mezi další domény zkoumané obecným lineárním modelem patří Sociální vztahy. Výsledky zjištěné prostřednictvím statistického modelu jsou zobrazeny v tabulce č. 17.

Tab. 17: Obecný lineární model – doména Sociální vztahy

Regresor	β	b	95 % KI
Konstanta		18,67***	[16,39; 20,96]
Věk	-0,13	-0,04*	[-0,08; 0,001]
Aktivita nemoci	-0,17	-1,18**	[-2,11; -0,25]
Míra deprese	-0,48	-0,16***	[-0,23; -0,10]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval.

Na rozdíl od předešlých obecných lineárních modelů dokáže uvedený model vysvětlit 25 % rozptylu domény Sociální vztahy, $R^2 = 0,25$; upravené $R^2 = 0,21$; $F(11, 201) = 6,07$; $p < 0,001$. Jako v předešlých modelech i zde má největší vliv na vysvětlovanou proměnnou míra deprese se středně negativním vztahem. Slabě negativní vztahy se objevují u regresorů pohlaví a aktivita nemoci. Při relapsu dosahují pacienti průměrně o 1,18 skóre více než pacienti nacházející se v klidové fázi onemocnění. Nejslabší vliv má regresor věk, tedy za každý získaný rok se pacientův skóre v doméně Sociální vztahy sníží v průměru o 0,04.

Jako poslední zkoumanou komponentou kvality života byla doména Prostředí. I v případě ní byl vytvořen obecný lineární model, který shrnuje tabulka č. 18.

Tab. 18: Obecný lineární model – doména Prostředí

Regresor	β	b	95 % KI
Konstanta		2,81***	[2,66; 2,95]
Aktivita nemoci	-0,27	-0,11***	[-0,17; -0,05]
Míra deprese	-0,30	-0,01**	[-0,01; -0,00]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval. Před tvorbou modelu došlo k logaritmické transformaci vysvětlované proměnné. Hodnoty b a jejich konfidenční intervaly tedy nereprezentují skóre v doméně Prostředí.

Uvedený model vysvětlující doménu Prostředí dokázal za pomoci regresorů vysvětlit 21 % rozptylu vysvětlované proměnné, $R^2 = 0,21$; upravené $R^2 = 0,16$; $F(11,201) = 4,77$; $p < 0,001$. Jako u předešlých modelů se i zde ukazuje, že nejsilnější vliv na doménu má regresor aktivita nemoci a zjištěná míra deprese. Oba uvedené regresory mají středně silný vztah k doméně Prostředí.

Finální obecný lineární model vytvořený pro popis HRQoL u IBD pacientů zkoumal právě její celkový skór. Kompletní výsledky ukazuje tabulka č. 19.

Tab. 19: Obecný lineární model – celková HRQoL

Regresor	β	b	95 % KI
Konstanta		72,97***	[67,38; 78,55]
Aktivita nemoci	-0,32	-6,01***	[-8,28; -3,73]
Míra deprese	-0,49	-0,46***	[-0,62; -0,31]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval.

Variabilitu celkové HRQoL dokáže výše zobrazený model vysvětlit ze 42 %, $R^2 = 0,42$; upravené $R^2 = 0,39$; $F(11, 201) = 13,32$; $p < 0,001$. Na základě předešlých modelů se opět logicky ukazuje, že míra deprese a aktivita nemoci mají středně silný vztah k celkové HRQoL, přičemž oba regresory jsou statisticky významné. Stejně jako u předešlých modelů

i zde pacienti v remisi dosahují v průměru vyššího skóru než pacienti při relapsu, konkrétně o 6 bodů. Za každý získaný bod v dotazníku BDI-II klesá skór celkové HRQoL v průměru přibližně o půl bodu.

Druhou podstatnou zkoumanou proměnnou byla míra deprese, která byla reprezentovaná skórem dotazníku BDI-II. Při vytváření obecného lineárního modelu vysvětlujícího míru deprese byly jako regresory použity sledované proměnné spojené s nemocí (aktivita a typ nemoci, typ léčby, nutnost podstoupit chirurgický zákrok) a demografické proměnné (věk, pohlaví). Proměnné spojené s HRQoL již nebyly do modelu zařazeny, jelikož tyto vztahy byly prozkoumány v předešlých statistických modelech. Zároveň byla vynechána proměnná míra úzkosti, protože cílem bylo primárně identifikovat vztahy mezi specifickými faktory týkajícími se nemoci a mírou deprese. Vztah mezi mírou deprese a úzkostí bude popsán v další části této podkapitoly. Zkonstruovaný model je zobrazen v tabulce č. 20.

Tab. 20: Obecný lineární model – míra deprese

Regresor	β	<i>b</i>	95 % KI
Konstanta		17,06***	[10,62; 23,51]
Aktivita nemoci	0,34	6,88***	[4,25; 9,50]
Věk	-0,15	-0,14*	[-0,25; -0,02]
Chirurgický zákrok	0,14	3,03*	[-0,02; 6,07]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval.

Variabilitu míry deprese dokáže uvedený model vysvělit z 21%, $R^2 = 0,21$; upravené $R^2 = 0,17$; $F(9, 203) = 5,91$; $p < 0,001$. Z uvedených regresorů má nejsilnější vliv aktivita nemoci, která s ní vykazuje středně silný pozitivní vztah. Nestandardizovaný regresní koeficient regresoru aktivity nemoci lze interpretovat tak, že v případě relapsu stoupá celkový skór v dotazníku BDI-II v průměru téměř o 7 bodů. S každým rokem navíc se však míra deprese snižuje, leč v průměru pouze o hodnotu 0,14. Za každých 7 let tak pacient bude mít v celkovém skóru dotazníku BDI-II v průměru o 1 bod méně. U pacientů, kteří byli nuceni podrobit se operaci, je celkový skór v míře deprese v průměru o 3 body vyšší než

u pacientů bez jakéhokoliv chirurgického zákroku. Nutnost absolvovat chirurgický zákrok tak má slabě pozitivní souvislost s mírou deprese u pacientů.

Poslední sestavený model prozkoumal vztah mezi úzkostí, coby vysvětlovanou proměnnou, a zbylými regresory. Do obecného lineárního modelu byly zařazeny stejné regresory jako v případě míry deprese, přičemž samotná míra deprese byla vynechána ze stejného důvodu, který byl popsán u předešlého modelu. Nalezené signifikantní vztahy shrnuje uvedená tabulka č. 21.

Tab. 21: Obecný lineární model – míra úzkosti

Regresor	β	<i>b</i>	95 % KI
Konstanta		11,88***	[5,60; 17,95]
Aktivita nemoci	0,20	3,60**	[1,08; 6,11]
Kortikoidy	0,23	6,84*	[0,91;12,78]

Pozn: Hvězdičky označují statistickou významnost: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. KI = konfidenční interval.

Poslední vytvořený model v tomto případě vysvětluje maximálně 11 % rozptylu vysvětlované proměnné, $R^2 = 0,11$; upravené $R^2 = 0,07$; $F(9, 203) = 2,85$; $p < 0,01$. Aktivita nemoci se ukázala být signifikantním regresorem a říká, že pokud se pacient nachází ve stavu relapsu, vykazuje v průměru o 3,60 bodů více, než pokud by byl ve stavu remise. Regresor kortikoidy je indikátorovou proměnnou typu léčby, tedy je srovnávána vzhledem k referenční skupině. V případě výše vytvořeného modelu byl referenční skupinou zvolen soubor pacientů bez léčby. Regresor kortikoidy, který vyšel jako statisticky významný, lze tedy interpretovat v tom smyslu, že pacienti podstupující léčbu za pomoci kortikoidů mají v dotazníku BAI v průměru o skoro 7 bodů vyšší skóre než pacienti bez léčby.

Celkově lze shrnout, že napříč všemi statistickými modely zkoumajícími vztahy u jednotlivých domén HRQoL se ukazuje, že proměnná míra deprese má největší vliv i v porovnání s ostatními regresory. Nejsilnější vztah má s doménou Sociální vztahy ($\beta = -0,48$) a s doménou Fyzické zdraví ($\beta = -0,39$). Nejslabší vztah měla s doménou Prostředí ($\beta = -0,30$). Se všemi doménami HRQoL vykazovala negativní vztah. Podle očekávání měla rovněž signifikantní souvislost s celkovou mírou HRQoL u IBD pacientů, která by se dala popsat jako středně silná ($\beta = -0,49$).

Druhou proměnou nejvíce zastoupenou mezi modely byla aktivita nemoci, která se objevila ve všech vytvořených modelech. Podle očekávání měla nejsilnější vztah k doméně Fyzického zdraví ($\beta = -0,31$) a překvapivě druhý středně silný vztah k doméně Prostředí ($\beta = -0,27$). Nejslabší vztah měla s doménou Sociální vztahy ($\beta = -0,17$). Jako v případě míry deprese byly všechny její vztahy s jednotlivými doménami negativní. Jako další významné regresory se v modelech objevily proměnné pohlaví a věk, které sice měly statisticky významný vztah k vybraným doménám, ale mezi sebou vykazovaly pouze slabý vztah.

U míry deprese a úzkosti to byla především aktivita nemoci, která se ukázala jako statisticky významný regresor. S mírou deprese měla středně silný vztah ($\beta = 0,34$), zatímco v případě úzkosti vztah slabý ($\beta = 0,20$). Kromě aktivity nemoci byl u míry deprese nalezen další signifikantní regresor – věk. Mezi ním a mírou deprese byl zjištěn slabý negativní vztah ($\beta = -0,15$). Specifickým regresorem vztahujícím se k onemocnění byla nutnost podstoupit chirurgický zákrok, u kterého byl naopak nalezen slabý pozitivní vztah ($\beta = 0,14$). Pacienti po absolvovaném chirurgickém zákroku dosahovali v průměru vyššího skóru v míře deprese, než tomu bylo u pacientů bez chirurgického zákroku. U míry úzkosti se ukázal rozdíl mezi skupinou pacientů léčenou kortikosteroidy a pacienty bez léčby, přičemž regresor kortikoidy dosahoval slabého vztahu s mírou úzkosti ($\beta = 0,23$).

Z hlediska regresorů, které byly v modelech indentifikovány jako statisticky nevýznamné, je zapotřebí zmínit míru úzkosti. Míra úzkosti byla jednou z klíčových proměnných sledovaných v rámci výzkumu. Síla vztahu mezi ní a doménami HRQoL se pohybovala v rozmezí $-0,07$ až $0,05$, přičemž největší dopad měla na doménu Sociální vztahy. Vysvětlení pro tento jev lze hledat v souvislosti mezi zjištěnou mírou deprese a právě mírou úzkosti. Mezi nimi byla nalezena silná pozitivní závislost, $r(207) = 0,72$; $p < 0,001$, která přetrvala i po odstranění vlivu ostatních proměnných spojených jak s demografickými charakteristikami, tak s nemocí, $r(207) = 0,69$; $p < 0,001$. Nejednalo se však o natolik dostatečně silnou souvislost, aby způsobila multikolinearitu (*tolerance* = $0,49$). Deprese a úzkost však kvůli takto silnému vztahu společně sdílejí 52 % rozptylu, respektive po očištění vlivu ostatních proměnných 48 % rozptylu. Úzkost a deprese tak pravděpodobně vysvětlují tentýž rozptyl u proměnných spojených s HRQoL. Při zařazení obou proměnných do modelu se ukázalo, že výsledné hodnoty naměřené v doménách HRQoL jsou výrazně ovlivněny mírou deprese, zatímco samotná míra úzkosti hraje pouze minimální roli.

Je možné dodat, že při prozkoumávání vztahu mezi celkovou HRQoL za pomoci všech proměnných společně s mírou deprese a úzkosti, dokázal vytvořený statistický model prostřednictvím všech zařazených proměnných vysvětlit 42 % rozptylu celkové HRQoL. Pokud by z modelu byl vypuštěn regresor míra úzkosti, vysvětloval by uvedený model stále 42 % variability. Zařazení regresoru míry úzkosti do modelu tak signifikantně nepřispívá k nárůstu vysvětlené variability, $F(10, 202) = 0,96$; $p = 0,33$. Pokud by však model neobsahoval regresor míra deprese, dokázal by vysvětlit pouze 32 % variability, tedy o 10 % méně. Přidáním regresoru míra deprese tak došlo k statisticky významnému nárůstu vysvětlované variability, $F(10, 202) = 35,20$; $p < 0,001$.

Pro úplnost jsou v tabulce č. 22 zaznamenány standardizované regresní koeficienty statisticky nevýznamných regresorů napříč všemi vytvořenými statistickými modely. Do tabulky nebyly zařazeny regresory aktivita nemoci a míra deprese, které byly signifikantní ve všech modelech. Zároveň byl vynechán regresor míra úzkosti, který byl zmíněn v předchozích odstavcích.

Tab. 22: Vztah regresorů k jednotlivým vysvětlovaným proměnným

	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí	Celková HRQoL	Míra deprese	Míra úzkosti
Věk	-0,01	0,11	-0,13	-0,02	-0,06	-0,15	-0,08
Pohlaví	0,12	0,04	-0,02	0,00	0,03	-0,05	-0,08
Typ nemoci	-0,03	0,04	-0,04	-0,02	0,01	-0,07	-0,01
Aminosalicyláty	-0,15	-0,06	-0,11	-0,10	-0,12	0,04	0,10
Kortikoidy	0,01	-0,01	-0,01	0,00	-0,02	0,17	0,23
Imunosupresiva	0,01	-0,06	-0,08	-0,05	-0,03	0,09	0,22
Biologická léčba	0,01	-0,10	-0,03	0,01	-0,06	0,13	0,18
Chirurgická léčba	-0,06	0,06	-0,02	-0,05	-0,03	0,14	0,03

Pozn: V tabulce jsou uvedeny hodnoty stanadardizovaných regresních koeficientů (β).

Na základě tabulky lze uvést, že u míry deprese byl objeven slabý vztah k léčbě kortikosteroidy. Z uvedeného standardizovaného regresního koeficientu je patrné, že

pacienti léčení za pomoci kortikosteroidů dosahovali v průměru vyššího skóru v míře deprese než pacienti bez jakékoliv léčby. Další zajímavé souvislosti se objevily v modelu mapujícím úzkost u IBD pacientů. Konkrétně se jednalo o vztah míry úzkosti s regresorem biologická léčba a regresorem imunosupresivní léčba. Uvedené vztahy ukazují na skutečnost, že pacienti s imunosupresivní nebo biologickou terapií měli v průměru vyšší míru úzkosti při porovnání s pacienty bez jakékoliv léčby. Ostatní zbylé regresory vykazovaly pouze velmi slabé nebo zanedbatelné vztahy s jednotlivými vysvětlovanými proměnnými.

7.3 Testování hypotéz

H1: *Pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně liší v míře deprese od pacientů s ulcerózní kolitidou.*

První stanovená hypotéza zkoumala, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi dvěma nemocemi v rámci diagnostické kategorie IBD, tedy ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. K testování uvedené hypotézy byl využit obecný lineární model, kde vysvětlovanou proměnnou byla míra deprese a jako regresory byly zvoleny typ a aktivita nemoci, pohlaví, věk. Regresory pohlaví, věk a aktivita nemoci byly zařazeny do modelu jako kovariáty. Obecný lineární model splňoval všechny potřebné požadavky, tedy normalitu reziduí a homoskedasticitu dat.

Výsledky statistické analýzy ukázaly, že pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně neliší v míře deprese od pacientů s ulcerózní kolitidou, $t(208) = 0,06$; $p = 0,95$. Pro úplnost je možné dodat, že u pacientů s Crohnovou chorobou dosahuje průměrný skór dosažený v míře deprese 17, 89 bodů (SD = 10,58) a pacientů s ulcerózní kolitidou byla průměrná hodnota 17, 92 bodů (SD = 9,34). Na základě výsledků statistické analýzy tedy hypotéza č. 1 **nelze přijmout**.

H2: *Pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně liší v míře úzkosti od pacientů s ulcerózní kolitidou.*

V pořadí druhá hypotéza zkoumá existenci statisticky významného rozdílu v míře úzkosti u pacientů s Crohnovou chorobou. Ke statistickému testování byl vybrán stejný postup jako u první hypotézy, tedy obecný lineární model. Vysvětlovanou proměnnou byla v tomto případě míra úzkosti. Do modelu byly opětovně zařazeny proměnné věk, pohlaví

a aktivita nemoci jako kovariáty. Obecný lineární model splňoval všechny potřebné požadavky, tedy normalitu reziduí a homoskedasticitu dat.

Statistická analýza ukázala, že pacienti s Crohnovou chorobou a pacienti s ulcerózní kolitidou se statisticky významně neliší v míře úzkosti, $t(208) = -0,04$; $p = 0,96$. Z hlediska dosaženého skóru lze uvést, že u pacientů s Crohnovou chorobou byl průměrný skór v míře úzkosti 14,44 bodů ($SD = 9,46$) a pacienti s ulcerózní kolitidou dosahovali průměrného skóru 14,27 bodů ($SD = 8,64$). Na základě výše uvedených výsledků se hypotéza č. 2 **nepřijímá**.

H3: *Pacienti s Crohnovou chorobou se statisticky významně liší v celkové HRQoL od pacientů s ulcerózní kolitidou.*

Poslední hypotéza zkoumající rozdíl mezi jednotlivými onemocněními se zaměřovala na rozdíl v celkové HRQoL. Obdobně jako u testování výše uvedených hypotéz bylo i při testování hypotézy č. 3 využito obecného lineárního modelu. Jako vysvětlovaná proměnná byla zvolena celková HRQoL. Regresory a kovariáty zůstaly stejné jako v případě testování prvních dvou hypotéz. Obecný lineární model splňoval všechny potřebné požadavky, tedy normalitu reziduí a homoskedasticitu dat.

Výsledky upozornily na skutečnost, že ani v případě celkové HRQoL se od sebe pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou statisticky významně neliší, $t(208) = -0,05$; $p = 0,96$. Lze doplnit, že průměrný skór v celkové HRQoL byl u pacientů s Crohnovou chorobou 60,01 bodů ($SD = 9,90$), zatímco u pacientů s ulcerózní kolitidou dosahoval průměrného skóru 59,79 bodů ($SD = 9,28$). Dle výše uvedeného statistického výsledku se hypotéza č. 3 **nepřijímá**.

H4: *U IBD pacientů existuje statisticky významná souvislost mezi mírou deprese a celkovou HRQoL.*

K testování hypotézy č. 4 byl využit parciální korelační koeficient. Obě zkoumané proměnné, tedy celková HRQoL ($SW-W = 0,99$; $p = 0,64$) a míra deprese ($SW-W = 0,98$; $p = 0,07$), splňovaly podmínku normálního rozložení dat. Od celkové HRQoL a míry deprese byl odstraněn vliv proměnných pohlaví, věk, aktivita nemoci. Jelikož cílem hypotézy bylo otestovat vztah mezi samotnou mírou deprese a celkovou HRQoL, nebyl v případě testování brán ohled na míru úzkosti a její vztah k míře deprese. Výsledné očištěné hodnoty byly následně společně korelovány.

Parciální korelační analýza ukázala, že existuje statisticky významná souvislost mezi mírou deprese a celkovou kvalitou života u IBD pacientů, $r(208) = -0,45$; $r^2 = 0,21$; $p < 0,001$. Nalezená souvislost byla signifikantní a výsledná hodnota korelačního koeficientu ukazuje na středně silný negativní vztah mezi mírou deprese a celkovou HRQoL u IBD pacientů. Míra deprese a HRQoL společně sdílejí 21 % variability. Dle nalezeného statistického výsledku se hypotéza č. 4 **přijímá**.

H5: *U IBD pacientů existuje statisticky významná souvislost mezi mírou úzkosti a celkovou HRQoL.*

Opětovně byl k testování uvedené hypotézy využit parciální korelační koeficient. Proměnná míra úzkosti splňovala podmínku normálního rozložení dat (SW-W = 0,98; $p = 0,15$). Z obou testovaných proměnných byl opět odstraněn vliv pohlaví, věku a aktivity nemoci. Stejně jako u předešlé hypotézy ani zde nebyl brán ohled na vzájemný vztah mezi mírou úzkosti a deprese, protože hlavním cílem bylo otestovat pouze samotný vztah mezi mírou úzkosti a celkovou HRQoL.

Výsledný korelační koeficient ukázal na skutečnost, že mezi mírou úzkosti a celkovou kvalitou života existuje statisticky významný vztah, $r(208) = -0,27$; $r^2 = 0,07$; $p < 0,001$. Naměřená korelace je signifikantní a lze ji popsat jako slabou. Obě korelované proměnné sdílejí společně 7 % rozptylu. Na základě uvedeného výsledku se hypotéza č. 5 **přijímá**.

8. Diskuze

Diskuze je rozdělena do tří samostatných podkapitol, které se snaží pokrýt všechny potřebné oblasti výzkumu. První z nich slouží ke srovnání a rozebrání výsledků za pomoci obdobných realizovaných výzkumů. Druhá podkapitola se věnuje limitacím a možným zdrojům zkreslení v rámci provedeného výzkumu. Závěrečná část se zabývá aplikací nalezených výsledků do praxe a vytyčení dalších oblastí pro potenciální výzkum do budoucna.

8.1 Diskuze k zjištěným výsledkům

Hlavním obsahem první podkapitoly je porovnání zjištěných výsledků se zahraničními výzkumy, které se zabývaly obdobnou tematikou. Nedílnou součástí diskuze je komentář k nalezeným výsledkům a zamyšlení nad potenciálními zdroji způsobujícími rozdílná zjištění v porovnání s jinými výzkumy.

V první řadě budou porovnány zjištěná míra deprese, úzkosti a HRQoL, včetně jejich samostatných dimenzí, s obdobně zaměřenými výzkumy v České republice a zahraničí. Uvedená komparace může posloužit k odhalení a pochopení rozdílů mezi IBD pacienty ve výzkumu a jednotlivými srovnávanými onemocněními či běžnou populací.

Jako první lze srovnat zjištěnou míru HRQoL u IBD pacientů, kteří se účastnili výzkumu, s prací Dragomirecké a Bartoňové (2006a) zabývající se standardizací a využitím dotazníku WHOQOL-BREF u české populace. Autorky nasbíraly data z běžné populace a několika klinických populací. Především šlo o pacienty po bariatrické léčbě, po operaci slinivky břišní, se schizofrenií a s Parkinsonovou nemocí.

Při porovnání s jednotlivými klinickými populacemi dosahovali IBD pacienti nižšího skóru v doméně Fyzického zdraví. Jedinou klinickou populací mající nižší skór v této doméně byli pacienti s Parkinsonovou nemocí. Je zapotřebí si uvědomit, že Crohnova choroba a ulcerózní kolitida patří mezi onemocnění s klinickými projevy, jež značně obtěžují (např. průjem, nauzea, trvalé bolesti v oblasti břicha), a navíc mohou u pacientů přetrvávat delší čas. Právě jejich závažnost a aktivita onemocnění hrají ve vnímání celkové HRQoL zásadní roli. Platí to i pro doménu spojenou s fyzickým zdravím, což je ve shodě s poznatky ze zahraniční literatury (např. Habibi et al., 2017; Bernklev et al., 2004; Casellas et al., 2002).

Jak poznamenávají Arnold et al. (2004), většina chronických nemocí má určitý dopad na fyzickou komponentu HRQoL. Dodávají však, že existuje rozdíl, jak jednotlivé chronické

choroby ovlivňují vnímání fyzického zdraví jako složky HRQoL. Některé zasahují především funkční schopnosti člověka a jeho možnost provádět denní aktivity (např. revmatoidní artritida). Jiná chronická onemocnění však mohou svými klinickými projevy ovlivňovat spíše body image pacienta (např. dermatologická), tudíž pravděpodobně budou spíše ovlivňovat sociální složku HRQoL. Klinické projevy IBD pacientů jako průjem, bolesti v oblasti břicha či anémie pak výrazně zasahují právě do denního fungování člověka, což může vyústit až k invalidizaci nemocného (Lukáš, 2011; Magro et al., 2009). Snížené každodenní pacientovo fungování, invalidizace a následná neschopnost aktivně pracovat zpětně výrazně snižuje HRQoL u IBD pacientů, na což poukazují například De Boer et al. (2016), Haapamäki et al. (2009) či van der Have et al. (2013).

Při zkoumání výsledků v doméně Prožívání dosahovali nižšího skóru než IBD pacienti pouze nemocní se schizofrenií a Parkinsonovou nemocí. U chronických onemocnění existuje značná souvislost mezi komponentami fyzickou a psychickou HRQoL (Arnold et al., 2004), avšak k celkové míře HRQoL mnohem více přispívají psychologické faktory onemocnění (Hjortswang et al., 2003; Sajadinejad et al., 2012; van der Eijk et al., 2004) než jen pouhá závažnost symptomů (Cuntz et al., 1999). Psychiatrická onemocnění, jako zde srovnávána schizofrenie, zatěžují pravděpodobně pacienta mnohem více právě v doméně Prožívání než u většiny somatických onemocnění. I psychiatrická onemocnění však mají bezpochyby dopad na ostatní aspekty HRQoL, včetně její fyzické a funkční složky.

Zároveň je pravděpodobné, že somatické projevy nemoci na jednu stranu ovlivňují přímo HRQoL, a rovněž působí na pacientovo psychologické fungování, čímž následně zprostředkovaně opětovně působí na HRQoL. K obdobnému zjištění dochází například Arnold se svými kolegy (2004). U pacientů s IBD se ukázalo, že jsou to právě klinická aktivita nemoci a pacientovy psychické potíže, které společně nejvíce přispívají ke snížené HRQoL (Vidal et al., 2008).

Při uvažování, které faktory mají vliv na zjištěný výsledek u domény Prožívání, je třeba zohlednit pacientovy obavy pramenící z nemoci. Různé typy onemocnění vyvolávají u pacientů odlišné typy obav, přičemž je patrné, že čím jsou nemoc a její projevy vážnější, tím bývají vážnější i obavy nemocného. Samozřejmě však bezpochyby existují pacienti, u kterých dochází k diskrepanci mezi vnímanými obavami a závažností onemocnění. V souvislosti se závažností choroby se u některých objevuje strach z operace, nejisté prognózy, dlouhodobých následků onemocnění a léčby, rizika vzniku rakoviny nebo u žen

ze starostí spojených s možností mít dítě (Sajadinejad et al., 2012; Pittet et al., 2017). Nutno doplnit, že podstatná část IBD pacientů účastnících se výzkumu podstupovala terapii biologickou či za pomoci imunosupresiv. Jedná se o léčebné postupy, které jsou typické pro pacienty se závažnějším průběhem onemocnění, u nichž tedy lze očekávat i zvýšený výskyt obav s nemocí spojených.

V oblasti sociálních vztahů vykazují pacienti po operaci slinivky břišní, se schizofrenií a s Parkinsonovou nemocí vyššího průměrného skóru než IBD pacienti. U nich, jak již bylo zmíněno výše, existuje řada obav spojených s nemocí. Spousta těchto starostí se týká právě sociální stránky HRQoL. Je třeba mít na mysli, že řada symptomů IBD (např. zvýšená potřeba chodit na záchod, nepříjemné nutkání na vyprázdnění, inkontinence stolice atd.) výrazně zasahují do osobního a sociálního pacientova života (Drossman et al., 1991; Maunder et al., 1999). Nemocní se tak mohou kvůli těmto obavám vyhýbat kontaktům se sociálním okolím a určitým typům společenských událostí (např. koncerty, festivaly atd.). Je nezbytné dodat, že u IBD pacientů existuje obava ze stigmatu spojeného s nemocí (Pittet et al., 2017; de Rooy et al., 2001).

Pacienti s IBD, u kterých je průběh nemoci agresivnější, jsou nuceni podstupovat opakované hospitalizace, což může výrazně omezit jejich sociální kontakty a výsledně vést ke snížení HRQoL (Habibi et al., 2017; van der Have et al., 2013). U agresivnějších forem onemocnění je navíc zvýšené riziko chirurgické léčby, především u pacientů s Crohnovou chorobou. Časté chirurgické zákroky mohou vést u některých léčených k negativnímu vnímání vlastního těla (Blondel-Kucharski et al., 2001; Irvine, 1993). Paradoxně však v případě, kdy byla pacientovi zavedena stomie, nebyla nalezena snížená míra HRQoL (Nordin et al., 2002). Zde se nabízí vysvětlení, že chirurgický zákrok tohoto typu vede k výrazné redukci symptomů, čímž se snižuje dopad na fyzickou stránku HRQoL, která má u nemocných IBD značný vliv na celkové HRQoL. Faktem je, že narušení pacientova body image výrazně ovlivňuje, bez ohledu na typ nemoci, jeho sexuální fungování (Garrett & Drossman, 1990; Moody et al., 1992). Nemocní se tak mohou v sociálním kontaktu vyhýbat bližšímu navazování vztahů s opačným pohlavím právě kvůli negativnímu vnímání své body image.

Doména Prostředí je jediná, ve které se IBD pacienti bez ohledu na typ nemoci vyznačují vyšším průměrným skórem ve srovnání s běžnou populací a zmíněnými klinickými populacemi. Jedná se o doménu, která primárně zachycuje situaci v okolí člověka

ve smyslu pocitu osobního bezpečí, životního prostředí, kvality blízkého okolí či dostupnost aktivit. Nesouvisí tak přímo s onemocněním, i když zde existují určité faktory nemoci, které ji mohou zprostředkovaně ovlivnit. Mohlo by se například jednat o již zmíněnou invalidizaci pacientů, která jim znemožňuje aktivně pracovat a vykonávat určité aktivity. Dragomirecká a Bartoňová (2006a) však dodávají, že doména Prostrředí nehraje u jedinců s trvalými zdravotními problémy zásadní roli v celkové HRQoL.

Ve srovnání s běžnou populací vykazují IBD pacienti nižší skóre ve všech doménách kromě již zmíněné domény Prostrředí. Ovšem je nutno dodat, že všechny uvedené klinické populace dosahovaly statisticky významně nižší HRQoL ve srovnání s jedinci z běžné populace (Dragomirecká & Bartoňová, 2006a). Jedná se o zjištění, které je již obecně známé z řady zahraničních výzkumů (např. Heyworth et al., 2009; Lim et al., 2012; Meuleman et al., 2017 atd.). Zapotřebí je však upozornit, že existují výzkumy, které nenašly žádný statisticky významný rozdíl v psychologické nebo sociální doméně HRQoL u chronicky nemocných a u zdravých jedinců (např. Kempen, Brillman, Relyveld, & Ormel, 1997; Arnold et al., 2004). Rozdílnost uvedených výsledků může být daná jiným typem užití metodologie, zařazením odlišných proměnných do výzkumu či nezohledněním jiných faktorů majících vliv na HRQoL (např. věk, pohlaví, aktivita nemoci).

Zajímavé může být srovnání s jinými zahraničními výzkumy zkoumajícími HRQoL za pomoci dotazníků WHO (WHOQOL-BREF, WHOQOL-100) u vybraných onemocnění. Samozřejmě zde je již nezbytné brát ohled na sociokulturní kontext, ve kterém byly realizovány. Kvalitní komparační výzkum provedli Skevington a McCrate (2012), kteří zkoumali jednotlivé domény HRQoL u 27 typů onemocnění ve Velké Británii. Při srovnání výsledků jednotlivých domén se ukazuje, že IBD pacienti měli nižší skór ve většině domén HRQoL vůči jiným onemocněním či zdravotním podmínkám. Z hlediska domény Fyzického zdraví dosahovali nižšího skóru jen pacienti po transplantaci srdce. V doméně Prožívání skórovali méně již jen nemocní s depresivní poruchou a pacientky se syndromem polycystických ovaríí. V poslední porovnávané doméně Sociálních vztahů dosahovali nižšího skóru než nemocní IBD například pacienti po transplantaci srdce a s depresivní poruchou.

V porovnání s jinými chronickými onemocněními pak pacienti z výzkumného souboru dosahovali nižšího skóru ve všech doménách HRQoL než pacienti s diabetem (Tavakkoli & Dehghan, 2017; Greenway, Ahern, Leavy, Rawnsley, & Duncan, 2013),

pacienti s chronickým onemocněním ledvin (Joshi et al., 2017) či pacienti s chronickým dermatologickým onemocněním (Greenway et al., 2013; Skevington & McCrate, 2012). Avšak například v doméně Fyzického zdraví vykazovali výrazně nižší míru pacienti s revmatoidní artritidou (Greenway et al., 2013; Skevington & McCrate, 2012). Lze se domnívat, že zde hraje hlavní úlohu závažnost primárních symptomů zmíněných onemocnění. V souladu s tím, co už bylo připomenuto, a zahraniční literaturou (např. Stavem, Lossius, Kvien, & Guldvog, 2000; Pollock, Christian, & Sands, 1990; Sprangers et al., 2000), každé onemocnění ovlivňuje celkovou HRQoL odlišným způsobem. Závažnost symptomů a jejich vnímání pacienty přesto zůstává jedním z podstatných faktorů ovlivňujících všechny domény HRQoL. Je nutno doplnit, že uvedené srovnání je bezpochyby přínosné, uvědomíme-li si rozdíly a potřeby pacientů u jednotlivých chronických onemocnění.

Jako poslední se nabízí porovnání míry HRQoL u zahraničních IBD pacientů s naměřenou mírou HRQoL a u pacientů z realizovaného výzkumu. Skevington a McCrate (2012) zjišťovali míru HRQoL v jednotlivých doménách u nemocných Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou ve Velké Británii. Srovnání ukázalo, že pacienti z tohoto výzkumu měli nižší skór ve většině domén HRQoL než IBD pacienti z uvedeného výzkumu. Jedinou výjimkou byl skór v doméně Fyzické zdraví, kde pacienti s ulcerózní kolitidou dosahovali skóru nižšího. Při porovnání se zjištěnými hodnotami domén HRQoL u jiných zahraničních výzkumů (např. Raczkowska, Ławiński, Gradowska, & Zielińska-Borkowska, 2014; Freitas et al., 2015) dosahovali pacienti z tohoto výzkumu nižšího skóru ve všech doménách.

Jak již bylo uvedeno, je při porovnávání jednotlivých hodnot HRQoL nutno brát ohled na sociální a kulturní kontext země, v níž byl výzkum prováděn. Zapotřebí je rovněž zohlednit fakt, že v uvedených výzkumech se mohli pacienti nacházet v rozdílných stupních aktivity nemoci, a tudíž podstupovat i jiný typ léčby v porovnání s pacienty z výzkumného souboru.

Druhou klíčovou proměnnou byla míra deprese, avšak zde bohužel nelze provést přímé srovnání s normami pro českou populaci, protože doposud žádné nebyly nastaveny (Ptáček et al., 2016). Podle navržených cut-off skórů z původní studie zabývající se dotazníkem BDI-II (Beck et al. 1996, in Preiss & Vacíř, 1999), však lze uvést, že IBD pacienti se pohybovali na základě průměrného skóru ($M = 17,90$; $SD = 10,06$) v pásmu mírné deprese. Preiss a Vacíř (1999) poznamenávají, že skórům v rozmezí 10–16 by se měla

věnovat zvýšená pozornost. Preiss a Vacíř (1999) ve shodě s Beck et al. (1996, in Preiss & Vacíř, 1999) stanovují klinicky relevantní skór od hodnoty 17 bodů, na což dosáhlo 52 % pacientů z výzkumného souboru. Jedná se však o zahraniční cut-off skóry, a proto lze výše uvedené brát spíše jako orientační posouzení míry deprese.

Zjištěnou průměrnou hodnotu míry deprese změřenou dotazníkem BDI-II lze částečně porovnat alespoň se souborem, který byl zkoumán v české standardizační studii (Ptáček et al., 2016). Jednalo se o soubor, který byl tvořen lidmi z běžné populace bez vážných somatických onemocnění. Dosažený průměrný skór u pacientů účastnících se výzkumu je vyšší než průměrný skór napříč všemi věkovými kategoriemi, které byly do uvedené standardizační studie zařazeny. Ferrari et al. (2013) a Baxter et al. (2013) ve svých studiích našli také rozdíl v míře deprese mezi běžnou populací a IBD pacienty.

Určitý prostor pro komparaci nabízejí zahraniční výzkumy využívající dotazník BDI- II jako nástroj pro měření deprese u různých skupin onemocnění (např. Le Grande et al., 2012; Srivastava, 2015; Zagar et al., 2018; Abbas et al., 2015; Tobias, Lehrfeld, Rosenfeld, Pessin, & Breitbart, 2017). Na základě srovnání s uvedenými výzkumy lze konstatovat, že pacienti účastníci se výzkumu vykazovali vyšší míru deprese než nemocní s diabetem melitus I. a II. typu, astmatem, revmatoidní artritidou, srdečním selháním, různými typy rakoviny a po akutním infarktu myokardu. Jako v případě srovnání HRQoL i zde platí, že je důležité brát ohled na sociokulturní kontext prováděného výzkumu, aktuální aktivitu nemoci a přidružené somatické komplikace.

Podstatné je srovnání se zahraničními IBD pacienty s využitím výsledků systematického review, které provedli Neuendorf et al. (2016). V jejich práci bylo identifikováno 8 studií s celkem 398 IBD pacienty, u kterých využili k měření deprese právě dotazník BDI-II. Jejich průměrný skór dosahoval hodnoty 9,10, takže zahraniční populace IBD pacientů nedosahovala tak vysoké míry deprese, jako tomu bylo u IBD pacientů z výzkumného souboru, kteří měli v dotazníku BDI-II průměrný skór 17,90 bodů. Výraznou roli zde může hrát fakt, že téměř polovina výzkumného souboru byla ve fázi relapsu a byla léčena biologickou nebo imunosupresivní léčbou, což je typický léčebný postup pro IBD pacienty s vážnějším průběhem onemocnění. U choroby s agresivnějším průběhem se navíc objevuje celá řada přidružených somatických komplikací (např. zhoršené hojení, manifestace nemoci do jiných orgánových soustav, abscesy atd.) Otázkou tedy je, jaké by

bylo porovnání v případě, že by oba výzkumné soubory měly stejné zastoupení pacientů v relapsu.

Posledním podstatným sledovaným negativním dopadem nemoci byla míra úzkosti. Při využití cut-off skóre z anglické verze dotazníku (Beck et al., 1988; Bardhoshi et al., 2016) se pacienti z výzkumného souboru dle dosaženého průměrného skóre v dotazníku BAI ($M = 4,77$; $SD = 9,10$) pohybovali v pásmu mírné úzkosti. Pro klinicky relevantní výsledek u anglické verze dotazníku BAI hovoří skór 16 a více bodů. Z výzkumného souboru mělo 38 % pacientů hodnotu 16 a více bodů. Pokud by byla využita hodnota cut-off skóre pro klinickou relevanci navržená v české standardizační studii dotazníku BAI (Kamarádová et al., 2016), tedy 17 bodů a více, dosahovalo by tohoto kritéria 34 % pacientů.

Uvedený popis míry úzkosti je však pouze orientační s ohledem na využití zahraničních cut-off skóre i s respektem ke komentářům v české standardizační studii zmiňující nutnost rozdílných cut-off skóre pro specifická onemocnění. K tomu je zároveň nutné dodat, že jak česká standardizační studie, tak původní studie, byly provedeny na výzkumném souboru skládajícím se primárně z pacientů s psychiatrickým onemocněním.

Jelikož neexistují normy pro českou populaci, nelze zhodnotit, jak dalece se IBD pacienti účastníci se výzkumu liší od běžné populace. Opětovně se nabízí porovnání s výsledky klinických populací, které byly zkoumány v rámci zahraničních studií. Avšak drtivá většina zahraničních výzkumů nevyužívá dotazník BAI jako hlavní výzkumný nástroj, tedy možnost přímého srovnání je zde značně limitována. I přes existenci výzkumů využívajících dotazník BAI k měření úzkosti u somaticky nemocných pacientů se však ve většině případů používaly rozdílné cut-off skóre vyznačující klinickou relevanci, tudíž není možné porovnat vybrané klinické populace s výzkumným souborem na základě výskytu úzkosti.

Rámcově tak lze uvést, že výskyt úzkosti podle naměřené míry byl u pacientů z výzkumného souboru nižší než u pacientů se syndromem dráždivého tračníku (Geng et al., 2018), s diabetem mellitem (Grigsby et al., 2002) nebo chronickou obstrukční nemocí plic (Kunik et al., 2005). Uvedené zjištění je ve shodě se srovnávacím výzkumem autorů Mikocka-Walus, Knowles, et al. (2016), ve kterém porovnávali úzkost u IBD pacientů a jiných somatických onemocnění. IBD pacienti v něm vykazovali až na výjimky

obecně nižší míru úzkosti než pacienti z jiných klinických populací. I když zahraniční literatura uvádí, že míra úzkosti u IBD pacientů je vyšší než u zdravých jedinců (Ferrari et al., 2013; Baxter et al., 2013), v porovnání s jinými somatickými onemocněními se ukazuje být méně závažnější než v případě deprese.

Pro srovnání populací IBD pacientů z různých zemí lze využít již zmíněné systematické review zkoumající depresi a úzkost u IBD pacientů, které publikovali Neuendorf et al (2016). Ani zde bohužel nebyl v žádném případě využit dotazník BAI. Lze tedy jen orientačně porovnat výskyt na základě zjištěné shromážděné prevalence úzkostných projevů z jiných diagnostických nástrojů. Jak již bylo uvedeno, ve výzkumném souboru bylo 38 % pacientů vykazujících míru úzkosti nad klinickým cut-off skórem 16 bodů a více. Pokud by byl brán v úvahu cut-off skór 17 bodů, který byl nastavený v české standardizační studii, dosahovalo by uvedeného skóru 34 % pacientů z výzkumu. Pacienti z výzkumného souboru tak vykazují přibližně stejnou míru úzkosti jako zahraniční populace IBD pacientů, u kterých byl výskyt klinicky významné úzkosti kolem 35 %.

Je však třeba opětovně poznamenat, že uvedené porovnání je opravdu pouze orientační z důvodu rozdílnosti využitých metod sběru dat a připomínek zmíněných v pasáži o hodnocení celkové míry úzkosti u pacientů z výzkumu. Na tomto místě je však potřeba upozornit na skutečnost, že hodnoty naměřené dotazníkem BAI mohly být ovlivněny ještě jinými faktory, což bude rozebráno v podkapitole o limitaci výzkumu.

Opětovně je rovněž nutné připomenout, že dotazníky BAI a BDI-II slouží primárně k určení akutní míry deprese a úzkosti, nikoli jako diagnostický nástroj, a tak zjištěné skóre nemůže sloužit jako kritérium pro diagnostiku depresivní či úzkostné poruchy.

Jedním z klíčových úkolů bylo prozkoumat vztah mezi mírou deprese, úzkosti, HRQoL, specifickými faktory spojenými s nemocí a demografickými charakteristikami pacientů. Jeden z nejsilnějších vztahů s jednotlivými doménami HRQoL, mírou deprese i úzkosti měla aktivita onemocnění, tedy zda se pacienti nacházeli v remisi či relapsu. Uvedené zjištění je v souladu s naprostou většinou výzkumů, které zjišťovaly vztah aktivity nemoci s HRQoL (např. Blondel-Kucharski et al., 2001; Irvine, 1993; Casellas et al., 2002; Vidal et al., 2008; Gavrilescu et al., 2015; van der Have et al., 2013), s mírou deprese a úzkosti (např. van den Brink et al., 2018; Neuendorf et al., 2016; Mikocka-Walus, Knowles, et al., 2016).

Relaps pro IBD pacienty vždy značí výrazné zintenzivnění projevů nemoci, potenciální extraintestinální manifestaci nemoci, riziko chirurgického zákroku, objevení obav z dalšího průběhu nemoci, neschopnost aktivně pracovat a obecné narušení jeho každodenního fungování. Již na základě uvedeného krátkého výčtu dopadů relapsu na potenciální život pacienta, je patrné, že se relaps musí zákonitě promítnout do pocíťované míry HRQoL, deprese i úzkosti. K obdobnému vysvětlení dochází také zahraniční autoři jako například Sajadinejad et al. (2012), Pittet et al. (2017) nebo De Boer et al. (2016). S rostoucí aktivitou nemoci je zároveň zapotřebí zintenzivnit léčebnou terapii. Při nasazení kortikosteroidní léčby, která má řadu nežádoucích vedlejších účinků, může posléze dojít k dalšímu zhoršování HRQoL či míry deprese a úzkosti (Gavrilescu et al., 2015; Nowakowski et al., 2016; Kolouch & Goetz, 2018; Blondel-Kucharski et al., 2001).

Celkově nejsilnější souvislost s doménami HRQoL měla zjištěná míra deprese. Obdobný výsledek lze nalézt u řady zahraničních výzkumů (např. Vidal et al., 2008; Sajadinejad et al., 2012; Guthrie et al., 2002). Podle Vidal et al. (2008) je deprese jeden z nejsilnějších prediktorů pro nízkou míru HRQoL u IBD pacientů bez ohledu na aktivitu onemocnění (Guthrie et al., 2002; Zhang et al., 2013). Pravděpodobně tak platí tvrzení Cuntze a jeho spolupracovníků (1999), že snížení HRQoL nelze vysvětlit pouze pomocí symptomů, aktivity a závažností nemoci. Aktivita nemoci a existence symptomů společně s jejich závažností ovlivňují rozvoj depresivních symptomů u IBD pacientů, což zpětně snižuje míru pocíťované HRQoL (van den Brink et al., 2018; Tabatabaeian et al., 2015). Avšak například výzkum autorů Geiss, Schaefer, Berens, Hoffmann a Gauss (2018) ukazuje, že klinická aktivita nemoci je výraznějším prediktorem pro výskyt deprese jen u pacientů s Crohnovou chorobou, ale ne pro nemocné ulcerózní kolitidou. U pacientů s Crohnovou chorobou byl opravdu nalezen vztah mezi zánětlivou aktivitou měřenou imunologickými markery a mírou pocíťované deprese (Guloksuz et al., 2013).

V souvislosti s depresí je nezbytné zmínit její vzájemný vztah s úzkostí. Během zkoumání vztahů míry deprese a úzkosti s HRQoL se ukázalo, že na celkovou HRQoL má vliv především míra deprese, zatímco vliv úzkosti je minimální. I když některé zahraniční studie upozorňují na vliv úzkosti na HRQoL u IBD pacientů (např. Vidal et al., 2008; Sajadinejad et al., 2012; Knowles et al., 2018), při jejich zkoumání ve vzájemné komorbiditě se ukazuje, že je to právě míra deprese, jež má větší vliv na celkové HRQoL, a nikoliv úzkost (Guthrie et al., 2002; Tabatabaeian et al., 2015; Zhang et al., 2013). Potřebné je však dodat,

že při zkoumání jejich vztahů prostřednictvím jednorozměrných statistických postupů byly korelace mezi HRQoL a mírou deprese či HRQoL a mírou úzkosti středně silné a statisticky významné, což je v souladu s již zmíněnými výsledky prezentovanými v zahraniční literatuře. Bezpochyby se však jedná o oblast, která by si v budoucnu zasloužila podrobnější výzkum.

Z demografických charakteristik lze zmínit vliv pohlaví na doménu Fyzické zdraví HRQoL. Jedno z možných vysvětlení přináší de Rooy et al. (2001) poukazující na skutečnost, že ženy vnímají jednotlivé symptomy onemocnění intenzivněji než muži. U žen se navíc objevuje intenzivnější prožívání starostí spojených s onemocněním, především strach vlivu nemoci na potenciální těhotenství (Blondel-Kucharski et al., 2001). Jednalo se však o jedinou oblast HRQoL, ve které se ženy významně lišily od mužů. Ani zahraniční výzkumy nejsou v tomto tématu jednotné. Některé z nich připomínají celkově nižší HRQoL žen (např. Casellas et al., 2002; Hjortswang et al., 2003; Rubin et al., 2004), ale jiné významný rozdíl nenacházejí (Guassora et al., 2000; Kim et al., 1999).

Mnohem překvapivější je však zjištění, že nebyl nalezen rozdíl v míře deprese a úzkosti mezi muži a ženami z výzkumného souboru. Naprostá většina zahraničních výzkumů zabývajících se tímto tématem (např. Fuller-Thomson et al., 2015; Navabi et al., 2018; Panara, Yarur, Rieders, et al., 2014; Byrne et al., 2017 atd.) nacházela u žen zvýšenou míru úzkosti či deprese a označuje pohlaví za výrazný rizikový faktor pro vznik depresivní či úzkostné poruchy. Nabízí se vysvětlení, že by se mohlo jednat o nezměřenou míru sociální opory, kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb, poskytování psychofarmakologické léčby či efekt odlišného sociálně-kulturního prostředí.

Kromě pohlaví to byl i věk pacientů, který souvisel jak s HRQoL, konkrétně s doménou Sociální vztahy, tak s celkovou mírou deprese. S doménou Sociální vztahy měl věk negativní vztah: během stárnutí dochází u IBD pacientů k poklesu v pocíťované míře kvality sociálních vztahů. Zjištěný výsledek je ve shodě s poznatky z literatury zkoumající dopad stárnutí na zvládání onemocnění. U pacientů nacházejících se v pokročilém věku se obecně objevuje nižší, či dokonce žádná míra sociální opory jak u různých onemocnění (Heyworth et al., 2009; Lim et al., 2012), tak u IBD pacientů (Sajadinejad et al., 2012; Casellas et al., 2002). U IBD pacientů starších 60 let nemoc primárně zasahuje právě do oblasti sociálního fungování (Pallis et al., 2002).

V případě míry deprese byl nalezen vztah opačný, tedy čím byl pacient z výzkumného souboru starší, tím vykazoval nižší míru deprese. Obzvláště u Crohnovy choroby, u které se první klinické projevy objevují v mladém věku, může být prvotní objevení nemoci pro pacienta velmi stresující a zatěžující životní událostí. Chronická nemoc přirozeně s sebou nese spoustu výzev, především adaptaci na symptomy nemoci, léčbu, změny v životě a akceptaci nové životní role. Ve shodě s tím i jiné výzkumy zjišťují, že IBD pacienti jsou v období mladší dospělosti náchylnější k výskytu depresivních symptomů nebo depresivní poruchy (van den Brink et al., 2018; Brooks et al., 2016).

Určitý vliv na míru deprese a úzkosti u pacientů z výzkumného souboru měla podstupovaná léčebná terapie. V případě míry úzkosti se jednalo především o její negativní vztah k léčbě kortikosteroidy. Obdobný vztah mezi úzkostí a léčbou kortikosteroidy nalézají i celá řada zahraničních výzkumů (např. Brooks et al., 2016; Nowakowski et al., 2016; Timmer et al., 2011; Navabi et al., 2018 atd.). Jak již bylo poznamenáno dříve, steroidní léčba prostřednictvím kortikoidů patří mezi efektivní terapeutické postupy, avšak kvůli svým značným negativním vedlejším účinkům je poměrně kontroverzní kvůli svému dopadu na celkový průběh léčebného procesu (Asl Baakhtari et al., 2018). Kortikosteroidy mohou svým působením vyvolat v organismu pacienta nežádoucí účinky jako například extrémní přírůstek hmotnosti, hypertenzi, osteoporózu, pankreatitidu, poškození jater a řadu neuropsychologických či psychiatrických komplikací (Asl Baakhtari et al., 2018; Kolouch & Goetz, 2018). Nežádoucí účinky kortikoidů mohou výrazně negativně ovlivnit celkový průběh nemoci (Vermeire, van Assche, & Rutgeerts, 2007).

V rámci léčebné terapie to bylo podrobení se chirurgickému zákroku, které mělo negativní souvislost s mírou deprese u pacientů z výzkumného souboru. Výzkumem zjištěný vztah je částečně ve shodě s některými zahraničními výzkumy (např. Navabi et al., 2018; Ananthakrishnan et al., 2013). Avšak systematické review od autorů Zangenberga a El-Hussuna (2017) spíše upozorňuje na fakt, že pacienti s Crohnovou chorobou, kteří byli nuceni podstoupit chirurgický zákrok, mají vyšší riziko vzniku depresivních symptomů a depresivní poruchy. U pacientů s ulcerózní kolitidou se však ukazuje, že po chirurgickém zákroku jsou ohroženi spíše rizikem, že se objeví úzkosti, ať už se jedná o pouhé symptomy nebo o úzkostnou poruchu samu. Bez ohledu na uvedená zjištění vyvolává chirurgický zákrok v pacientech obavy z další prognózy a průběhu nemoci, narušení body image, obavu z potenciální nutnosti podstoupit další chirurgický zákrok v budoucnosti či narušení jejich

dosavadního způsobu života (Sajadinejad et al., 2012; Pittet et al., 2017). Uvedené obavy mohou zpětně zvýšit pociťovanou míru deprese u IBD pacientů.

Poměrně překvapivý výsledek přineslo statistické zkoumání, zda se pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou liší v míře deprese, úzkosti či celkové HRQoL, neboť neobjevilo žádný rozdíl mezi oběma typy onemocnění. Obecně se v zahraniční literatuře uvádí, že pacienti s Crohnovou chorobou se liší od pacientů s ulcerózní kolitidou v HRQoL a depresi (Rubin et al., 2004; Mikocka-Walus et al., 2008, Mikocka-Walus, Knowles, et al., 2016; Geiss et al., 2018). Rozporuplné výsledky však byly nalezeny v případě úzkosti, kdy nebyl rozdíl mezi onemocněními zcela jednoznačný (Neuendorf et al., 2016). Ovšem žádná z výše uvedených studií nebrala v úvahu vliv aktivity nemoci a demografických faktorů jako pohlaví a věk. Při kontrole uvedených proměnných však nebyl nalezen rozdíl mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou jak v úzkosti či depresi, tak celkové HRQoL (Guthrie et al., 2002; Zhang et al., 2013; de Boer, Sprangers, Bartelsman, & de Haes, 1998). Jelikož v rámci realizovaného statistického testování byl kontrolován vliv aktivity nemoci, pohlaví a věku, je zjištěný výsledek srovnávání obou skupin pacientů v souladu s uvedenými výzkumy. Zdá se tedy, že klíčový rozdíl mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou je způsoben nejspíše aktivitou onemocnění, případně demografickými charakteristikami bez ohledu na typ nemoci.

8.2 Limitace výzkumu

Realizovaný výzkum má bezpochyby určité limitace, které je zapotřebí při interpretaci výsledků a jejich případné aplikaci do praxe zohlednit. Vymezení pramení především z procesu výběru a složení výzkumného souboru i z metod sběru dat.

Doposud neexistuje detailní popis celé populace IBD pacientů. Samozřejmě určité registry existují, avšak shromažďují informace pouze o určité podskupině (např. pacienti na biologické léčbě). Kvůli tomuto omezení není zcela možné zjištěné výsledky generalizovat na celou populaci IBD pacientů. Pokud by byl vytvořen jejich kompletní český registr, bylo by přínosné výzkum replikovat s výzkumným souborem, který by přesně kopíroval základní demografické charakteristiky české populace IBD pacientů. Výsledky by pak mohly sloužit jako komparační materiál.

Mezi další limitace výzkumu patří samotný výběr respondentů. Část jich byla vybrána za pomoci zdravotnických zařízení, která se rozhodla na výzkumu participovat. Podstatnou

část výzkumného souboru však tvořili nemocní, kteří byli k účasti na výzkumu osloveni prostřednictvím patientské organizace Pacienti IBD z. s. Kontaktováni byli za pomoci internetu, tedy je možné, že se jedná o pacienty odlišující se v určitých osobnostních rysech od běžné populace IBD pacientů. Oslovení potenciálních respondentů patientskou organizací bylo zvoleno s ohledem na zkušenosti s již realizovaným výzkumem v této oblasti. Umožnilo, aby se do výzkumu zapojili pacienti z celé republiky, a dopomohlo získat mnohem větší výběrový soubor, než by tomu bylo pouze s pomocí nemocničních zařízení. Mohlo tak však dojít k určitému zkreslení výsledků. Při interpretaci výsledků je proto nutné brát na tuto skutečnost ohled, tedy není možné automaticky generalizovat výsledky na celou českou populaci IBD pacientů.

Dalším zdrojem limitace výzkumu je samotné složení výzkumného souboru z hlediska pohlaví. Dominantní zastoupení v něm měly ženy. Již v teoretické části i diskuzi bylo poukázáno na skutečnost, že ženy hůře pocítují dopady nemoci na svůj život než muži. Většinové zastoupení žen tak mohlo způsobit určité zkreslení zjištěných výsledků. Mikocka-Walus, Knowles, et al. (2016) však k tomu poznamenávají, že ve výzkumech IBD pacientů obecně převládá téměř vždy větší zastoupení žen.

Limitace pramenící z metod sběru dat vyplývá ze skutečnosti, že dotazník BAI je částečně zaměřen na somatické projevy úzkosti jako například trávicí obtíže, pocity dušnosti, omdlávání nebo pocení. Projevy nemoci a léčba však mohou ovlivnit výskyt různých somatických projevů, které mohou být posléze vnímány jako somatické projevy úzkosti. Především léčba kortikosteroidy vyvolává řadu negativních vedlejších účinků, jež je ovšem možné nalézt i u biologické a imunosupresivní léčby. Naměřená míra úzkosti tak mohla být značně ovlivněna právě podstupovaným typem léčebné terapie, ale i akutními projevy nemoci. K určitému zkreslení mohlo samozřejmě dojít i v případě dotazníku BDI-II zjišťujícímu míru deprese. I v něm se vyskytují otázky (např. změna chuti k jídlu, ztráta energie), u kterých mohly být odpovědi pacientů zkresleny aktuálním stavem nemoci nebo léčebnou terapií, na co už poukázali i některé zahraniční studie (např. Patterson et al., 2011).

Určité zkreslení může zároveň pramenit ze skutečnosti, že i když bylo prokázáno, že oba dotazníky měří odlišné psychologické koncepty (např. Kamarádová et al., 2016; Ptáček et al., 2016), vykazují jeden výrazně společný faktor s názvem negativní afektivita, který může způsobit určitou formu zkreslení (viz Piotrowski, 2018).

8.3 Možnost aplikace výsledků do praxe a budoucí směry výzkumu

Zjištěné výsledky upozorňují na skutečnost, že při relapsu dochází u IBD pacientů k celkovému poklesu HRQoL a rovněž k výraznému nárůstu míry deprese a úzkosti, jež může zpětně ovlivňovat léčebný proces a projevy nemoci, jak bylo poukázáno v teoretické části práce i v diskuzi k výsledkům výzkumu. V praxi by tak měli pacienti podstupovat screeningové testování právě na pociťovanou míru deprese, úzkosti a následně celkovou HRQoL, což rovněž připomínají například Alexakis, Kumar, Saxena, Hotopf a Pollok (2017).

Realizovaný výzkum by bylo možné replikovat a rozšířit ho o proměnné, které sledují objektivní ukazatele aktivity nemoci (např. ukazatel Crohn Disease Activity Index hladinu C-reaktivního proteinu nebo aktivitu ASCA-protilátek) a zároveň doplnit o proměnné zkoumající vnímání projevů nemoci z pohledu pacienta.

Pro budoucí výzkumy by bylo vhodné blíže prozkoumat vliv potenciálních psychologických faktorů, především deprese a úzkosti, na riziko relapsu nebo průběh samotné primární léčby. Pro zkoumání vlivu depresivity a úzkostnosti u IBD pacientů by mohla být využita prospektivní výzkumná strategie, která by měla potenciál odhalit a případně predikovat riziko relapsu zejména s ohledem na míru deprese a úzkosti.

Na základě zvýšeného výskytu deprese a úzkosti u IBD pacientů nejen při relapsu nemoci by bylo přínosné zaměřit se na měření účinnosti psychoterapie a farmakoterapie na redukci projevů deprese a úzkosti. Zároveň by mohl být zkoumán vliv psychoterapie na fyziologické procesy probíhající během onemocnění, které by byly zjišťovány prostřednictvím objektivních ukazatelů (např. hladina C-reaktivního proteinu v krvi nebo aktivita ASCA-protilátek). Zajímavou oblastí výzkumu v souvislosti s psychoterapií by mohla být kvalitativní analýza přínosu psychoterapie z pohledu samotných pacientů.

Poslední potenciální směr výzkumu by se mohl zaměřit na dopad realizované léčebné terapie na psychologické prožívání pacienta. Jak již bylo zmíněno, především léčba kortikosteroidy, ale i terapie imunosupresivní či biologická, dokážou vyvolat celou řadu negativních vedlejších účinků. Mnoho z nich je schopno výrazně ovlivnit psychické fungování pacienta především z hlediska možného zesílení projevů deprese a úzkosti. Výzkum v této oblasti by tak mohl identifikovat, který léčebný postup vyžaduje kontrolu pro potenciální zhoršení psychického stavu pacienta.

9. Závěry

Výsledky nalezené prostřednictvím statistického zkoumání lze shrnout takto:

- Pacienti z výzkumného souboru v porovnání s běžnou populací zařazenou do standardizační studie dotazníku WHOQOL-BREF dosahovali v České republice nižší celkové HRQoL i nižšího skóru v jednotlivých doménách až na doménu Prostředí. Při srovnání s pacienty s jiným typem onemocnění z České republiky i zahraničí vykazovali nižší skór v některých doménách (např. Fyzické zdraví), zatímco v jiných dosahovali skóru vyššího (např. Prostředí, Sociální vztahy). Při srovnání s IBD pacienty ze zahraničí pak měli pacienti z výzkumu nižší skór HRQoL.
- V případě míry deprese měli IBD pacienti účastníci se výzkumu hodnotu průměrného skóru, která se nacházela v pásmu mírné deprese. Naměřený průměrný skór byl vyšší v porovnání se souborem z běžné populace, který byl zkoumán v české standardizační studii dotazníku BDI-II. Při srovnání s jinými somaticky nemocnými skupinami ze zahraničí měli ve všech případech vyšší míru deprese. Stejně zjištění bylo nalezeno i při komparaci se zahraniční populací IBD pacientů.
- U míry úzkosti se IBD pacienti na základě průměrného skóru pohybovali v pásmu mírné úzkosti. Respondenti měli nižší míru úzkosti než jiné klinické populace ze zahraničí. Jejich míra úzkosti byla však podobná jako u zahraniční populace IBD pacientů.
- Při zkoumání vztahů mezi vybranými proměnnými a HRQoL u IBD pacientů se ukázalo, že ze všech domén HRQoL měla nejsilnější vztah míra deprese. Mezi doménami HRQoL a mírou deprese byla objevena statisticky významná středně silná negativní korelace.
- Druhý středně silný negativní vztah, který byl rovněž signifikantní, byl mezi aktivitou nemoci a jednotlivými doménami i celkovým skórem HRQoL. Pacienti s relapsem vykazovali v porovnání s pacienty ve stavu remise v průměru nižší skór ve všech doménách i celkovém skóru.
- Kromě výše uvedených souvislostí byly identifikovány ještě dva další signifikantní vztahy dosahující slabé korelace. První z nich byl nalezen mezi pohlavím pacientů a doménou Fyzického zdraví. Muži dosahovali v této doméně v průměru vyššího skóru než ženy. Druhý byl objeven mezi věkem a doménou Sociální vztahy.

- Na míru deprese u IBD pacientů měla nejsilnější vliv aktivita nemoci. Vzájemná souvislost byla středně silná a byla statisticky významná. Navíc byla jako další objevena slabá korelace mezi věkem a mírou deprese. Poslední vztah s depresí vykazovala nutnost podrobit se chirurgickému zákroku, tedy pacienti po něm měli v průměru vyšší míru deprese v porovnání s pacienty bez jeho absolvování.
- Míra úzkosti u IBD pacientů byla opětovně nejvíce ovlivněna aktivitou nemoci, která měla s naměřenou úzkostí sice slabou souvislost, ale byla nicméně statisticky významná. Kromě aktivity nemoci se ukázal být signifikantní vliv léčby prostřednictvím kortikosteroidů. Pacienti, kteří byli jimi léčeni, vykazovali průměrně vyšší míru úzkosti než nemocní bez jakékoliv léčby.
- Nepotvrdil se statisticky významný rozdíl mezi pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou ani v míře deprese, úzkosti nebo celkové HRQoL. Při statistické analýze byly kontrolovány vliv proměnných pohlaví, věk a aktivity nemoci.
- Potvrdila se statisticky významná souvislost mezi mírou deprese a celkovou kvalitou života. Korelační analýza ukázala na středně silný negativní vztah. Obě zkoumané proměnné byly před provedením korelační analýzy očištěny od vlivu vybraných proměnných, konkrétně věku, pohlaví a aktivity nemoci.
- Potvrdil se statisticky významný vztah mezi mírou úzkosti a celkovou kvalitou života. Ve srovnání s depresí byla pozorovaná slabá korelace, avšak stále se jednalo o signifikantní vztah. Obdobně jako u deprese i zde byl z korelovaných proměnných odstraněn vliv věku, pohlaví a aktivity nemoci.

Souhrn

Nemoci ovlivňují v životě člověka řadu aspektů jeho bytí i v oblasti psychického fungování. Chronická onemocnění doprovázejí negativní psychické stavy jako deprese či úzkost, které snižují pociťovanou míru kvality života. Cílem práce bylo popsat výskyt a jednotlivé vztahy mezi mírou deprese, úzkosti, kvality života a vybranými proměnnými u pacientů s idiopatickými střevními záněty.

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou onemocnění spadající do diagnostické kategorie idiopatické střevní záněty (IBD). Jedná se o choroby autoimunitního charakteru, jež mají chronický průběh, v němž se střídají stádia klidu (tzv. remise) a stádia ataku nemoci (tzv. relaps). U obou onemocnění není znám primární etiologický faktor, tudíž jsou nevléčitelná (Lukáš, 2014; Cosnes et al., 2011).

Typickými příznaky Crohnovy choroby je triáda symptomů, mezi které patří průjem, bolest břicha a úbytek na váze. U ulcerózní kolitidy jsou hlavními příznaky onemocnění průjem a zvýšená teplota. Léčba obou chorob je identická a zaměřuje se primárně na udržení co nejdelší remise a redukci klinických projevů. Základním prvkem léčby je farmakoterapie, která se skládá z více úrovní podle aktivity nemoci a reakce na léčbu. Při komplikacích nebo selhání farmakoterapie přichází často na řadu léčba chirurgická (Picco, 2011; Konečný & Ehrmann, 2014).

Z hlediska psychologických dopadů onemocnění jsou nejčastěji zmiňovány deprese a úzkost, ať už se jedná o symptomy či již diagnostikované poruchy. Jak deprese, tak úzkost, mohou zpětně působit na imunitní systém a modifikovat jeho fungování. Zároveň negativně působí na průběh nemoci, léčebný proces, adherenci a kompliance pacientů (Petrie & Reynolds, 2007; Katon, 2003; DiMatteo et al., 2000).

Obdobně je tomu u Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy, u nichž je výskyt deprese a úzkosti v porovnání s běžnou populací vyšší. Projevy deprese a úzkosti se ještě zvyšují, pokud se pacient nachází v relapsu. Depresí jsou zasaženi o něco více pacienti s Crohnovou chorobou. U úzkosti nebyl nalezen jednoznačný rozdíl mezi onemocněními. O něco větší riziko rozvoje deprese a úzkosti je u žen a pacientů po chirurgickém zákroku (Alexakis, Kumar, Saxena, & Pollok, 2017; Neuendorf et al., 2016).

Nemoc, prožívaná deprese a úzkost výrazně ovlivňují pacientem pocíťovanou kvalitu života. O kvalitě života vztažené ke zdraví (HRQoL) se mluví v případech, kdy je hodnocena subjektivní pohoda člověka vztažená k nemoci, její léčbě a jejím vedlejšími účinkům. Obecně je HRQoL u všech chronických nemocí ve srovnání s běžnou populací nižší, což platí i pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Mezi faktory snižující kvalitu života pacientů patří především Crohnova choroba, aktivita onemocnění, závažnost projevů onemocnění, léčba kortikoidy, nutnost absolvovat chirurgický zákrok, také již zmíněná přítomnost deprese a úzkosti (Vidal et al., 2008; Mikocka-Walus et al., 2008).

Ve výzkumu byla využita kvantitativní výzkumná strategie, konkrétně dotazníkové šetření. Výzkumný soubor byl tvořen 213 pacienty s IBD, přičemž 124 pacientů mělo Crohnovu chorobu a 89 ulcerózní kolitidu. Ženy byly ve výzkumném souboru zastoupeny v počtu 158, mužů bylo 55. Průměrný věk respondentů byl 34,21 let a nejpočetněji byla zastoupena věková skupina ve věku 18–29 let. Výběr pacientů do výzkumného souboru probíhal prostřednictvím nemocničních zařízení a patientské organizace Pacienti IBD z. s. Jednalo se tedy o účelový výběr, což značně znemožnilo generalizaci výsledků na celou patientskou populaci (Disman, 2002). Jako metoda sběru dat byly využity zkrácená verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-BREF), Beckův inventář deprese (BDI-II) a Beckův inventář úzkosti (BAI).

Z hlediska zjištěné celkové HRQoL dosahovali pacienti z výzkumného souboru nižšího skóru než běžná populace ve standardizační studii dotazníku WHOQOL-BREF. Při porovnání s pacienty s jiným onemocněním, ať už z České republiky či zahraničí, vykazovali rozdílný skór napříč jednotlivými doménami HRQoL. Měli však ve srovnání se zahraničními pacienty s IBD nižší skór HRQoL. Podle cut-off skóru se výsledná míra deprese a úzkosti pohybovala u pacientů na stupni mírné deprese a úzkosti. Při srovnání s jinými onemocněními byla naměřena vyšší míra deprese, kdežto míra úzkosti byla nižší. Vyšší míru deprese měli pacienti i při srovnání se zahraničními IBD pacienty. Míra úzkosti však byla téměř totožná jako u IBD pacientů ze zahraničních výzkumů.

Při exploraci vztahů mezi proměnnými se ukázalo, že nejsilnější souvislost s HRQoL vykazují míra deprese a aktivita nemoci, které vyšly jako statisticky významné. Míra deprese měla středně silný negativní vztah s HRQoL, tedy se zvyšující se mírou deprese klesala pocíťovaná HRQoL. Aktivita nemoci měla středně silnou negativní korelaci s HRQoL a vypovídá o tom, že pacienti s relapsem měli v průměru nižší skóre v jednotlivých

doménách HRQoL ve srovnání s pacienty ve stavu remise. Kromě uvedených souvislostí byly ještě nalezeny další dva statisticky významné, ale slabé vztahy – mezi pohlavím pacientů a doménou Fyzického zdraví HRQoL, tedy muži dosahovali v průměru vyššího skóru než ženy, a negativní vztah mezi věkem a doménou Sociální vztahy.

Míra deprese byla u pacientů účastnících se výzkumu nejvíce ovlivněna aktivitou nemoci, která vykazovala středně silný vztah. Druhý statisticky významný vztah, ale pouze slabý, měla míra deprese s absolvovaným chirurgickým zákrokem. Pacienti po něm měli v průměru vyšší míru deprese v porovnání s pacienty bez něho.

Míra úzkosti u pacientů měla opět největší souvislost s aktivitou nemoci. Nalezená korelace byla statisticky významná, avšak dosahovala jen slabé negativní síly. Druhý signifikantní vztah s mírou úzkosti měla léčba prostřednictvím kortikosteroidů. Pacienti léčení kortikoidy vykazovali v průměru vyšší míru úzkosti než pacienti bez jakékoliv léčby.

Testování stanovených hypotéz nepotvrdilo statisticky významný rozdíl mezi pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou ani v míře deprese, úzkosti nebo celkové HRQoL. Potvrzena však byla statisticky významná souvislost mezi mírou deprese a celkovou HRQoL, u kterých byla naměřena středně silná negativní korelace. Rovněž byl potvrzen statisticky významný vztah mezi mírou úzkosti a HRQoL. Nalezený vztah byl ve srovnání s mírou deprese pouze slabý, avšak stále statisticky významný.

Praktickým přínosem práce je základní popis vybraných vztahů mezi mírou deprese, úzkosti, kvalitou života a proměnnými týkajícími se nemoci. S ohledem na zjištěné výsledky by bylo vhodné zařadit, především při relapsu nemoci, screeningové testování pacientů na přítomnost deprese a úzkosti. Budoucí výzkumy by mohly ověřit výsledky na reprezentativnějším souboru pacientů a rozšířit zkoumané proměnné o klinické ukazatele aktivity nemoci nebo subjektivní hodnocení závažnosti nemoci pacientem. Rovněž by bylo přínosné zaměřit se na výzkum efektivity psychoterapie a farmakoterapie ve vztahu k redukci deprese, úzkosti a ovlivnění průběhu nemoci a léčby.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Abbas, A., Nasir, H., Zehra, A., Noor, A., Jabbar, F. A., & Siddqui, B. (2015). Assessment of Depression as Comorbidity in Diabetes Mellitus Patients using Beck Depression Inventory II (BDI II) Scale. *Journal of Young Pharmacists*, 7(3), 206–216. doi:10.5530/jyp.2015.3.11

Alexakis, C., Kumar, S., Saxena, S., & Pollok, R. (2017). Systematic review with meta-analysis: the impact of a depressive state on disease course in adult inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 46(3), 225-235. doi:10.1111/apt.14171

Alexakis, C., Kumar, S., Saxena, S., Hotopf, M., & Pollok, R. (2017). Editorial: depression in the setting of inflammatory bowel disease means we have failed to provide early, effective, psychosocial care-authors' reply. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 46(5), 554– 555. doi:10.1111/apt.14223

Alinaghi, F., Calov, M., Kristensen, L. E., Gladman, D. D., Coates, L. C., Jullien, D., ... Egeberg, A. (2019). Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80, 251–265. doi:10.1016/j.jaad.2018.06.027

Ananthakrishnan, A. N., Gainer, V. S., Cai, T., Perez, R. G., Cheng, S. C., Savova, G., ... Liao, K. P. (2013). Similar risk of depression and anxiety following surgery or hospitalization for Crohn's disease and ulcerative colitis. *The American Journal Of Gastroenterology*, 108(4), 594–601. doi:10.1038/ajg.2012.471

Anisman, H., & Merali, Z. (2003). Cytokines, stress and depressive illness: brain-immune interactions. *Annals Of Medicine*, 35(1), 2–11. doi:10.1080/07853890310004075

Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G. I. J. M., Ormel, J., & Suurmeijer, T. P. B. M. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*, 13(5), 883-896. doi:10.1023/B:QURE.0000025599.74923.f2

- Asl Baakhtari, S., McCombie, A., Ten Bokkel Huinink, S., Irving, P., Siegel, C. A., Mulder, R., ... Geary, R. (2018). Observational Study of Perspectives of Inflammatory Bowel Disease Patients Concerning the Use of Corticosteroids. *Digestive Diseases*, 36(1), 33–39. doi:10.1159/000478772
- Banovic, I., Gilibert, D., & Cosnes, J. (2010). Crohn's disease and fatigue: Constancy and co-variations of activity of the disease, depression, anxiety and subjective quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4), 394–405. doi:10.1080/13548501003759155
- Bardhoshi, G., Duncan, K., & Erford, B. T. (2016). Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 356–373. doi:10.1002/jcad.12090
- Barello, S., Leone, D., Danese, S., & Vegni, E. (2014). Inflammatory bowel diseases and psychological issues: A new approach for a systematic analysis of the academic debate. *Psychology Health & Medicine*, 19(5), 559-571. doi:10.1080/13548506.2013.855317
- Bartůšková, L., Kabát, J., Kaščáková, N., Fürstová, J., Glogar, P., Heveri, M., ... Tavel, P. (2018). Psychometrická Analýza České Verze Dotazníku Zdraví a Spokojenosti (sf-8 Health Survey). *Československá psychologie*, 62, 40–55. Získáno z <http://csppsych.psu.cas.cz>
- Bass, C. (2007). Psychosomatics. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (173 - 177). Cambridge University Press.
- Baumgart, D. C., & Carding, S. R. (2007). Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology. *The Lancet*, 369, 1627-1640. doi:10.1016/S0140-6736(07)60750-8
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897–910. doi:10.1017/S003329171200147X

Bayat, N., Alishiri, G. H., Salimzadeh, A., Izadi, M., Saleh, D. K., Lankarani, M. M., & Assari, S. (2011). Symptoms of anxiety and depression: A comparison among patients with different chronic conditions. *Journal of research in medical sciences*, 16(11), 1441–1447. Získano z <http://jrms.mui.ac.ir>

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893

Bennebroek Evertsz, F., Thijssens, N. a M., Stokkers, P. C. F., Grootenhuis, M. A., Bockting, C. L. H., Nieuwkerk, P. T., & Sprangers, M. G. (2012). Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *Journal Of Crohn's & Colitis*, 6(1), 68–76. doi:10.1016/j.crohns.2011.07.006

Bernklev, T., Jahnsen, J., Aadland, E., Sauar, J., Schulz, T., Lygren, I., ... Moum, B. (2004). Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease five years after the initial diagnosis. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 39(4), 365–373. doi:10.1080/00365520310008386

Bhattacharya, R., Chan Shen, & Sambamoorthi, U. (2014). Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–19. doi:10.1186/1471-244X-14-10

Bitton, A., Sewitch, M. J., Peppercorn, M. A., deB Edwardes, M. D., Shah, S., Ransil, B., & Locke, S. E. (2003). Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *The American Journal Of Gastroenterology*, 98(10), 2203-2208. doi:10.1016/S0002-9270(03)00750-0

Blondel-Kucharski, F., Chircop, C., Marquis, P., Cortot, A., Baron, F., Gendre, J. P., & Colombel, J. F. (2001). Health-related quality of life in Crohn's disease: a prospective longitudinal study in 231 patients. *The American Journal Of Gastroenterology*, 96(10), 2915–2920. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.04681.x

- Boye, B., Lundin, K. E. A., Jantschek, G., Leganger, S., Mogleby, K., Tangen, T., ... Jahnsen, J. (2011). INSPIRE study: does stress management improve the course of inflammatory bowel disease and disease-specific quality of life in distressed patients with ulcerative colitis or Crohn's disease? A randomized controlled trial. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17(9), 1863–1873. doi:10.1002/ibd.21575
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont, Calif.: Wadsworth Cengage Learning.
- Brooks, A. J., Rowse, G., Ryder, A., Peach, E. J., Corfe, B. M., & Lobo, A. J. (2016). Systematic review: psychological morbidity in young people with inflammatory bowel disease - risk factors and impacts. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 44(1), 3–15. doi:10.1111/apt.13645
- Buc, M. (2017). Crohns disease and ulcerative colitis - current view on genetic determination, immunopathogenesis and biologic therapy. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Immunologie*, 66(4), 189–197. Získáno z <https://www.prolekare.cz/casopisy/epidemiologie>
- Byrne, G., Rosenfeld, G., Leung, Y., Qian, H., Raudzus, J., Nunez, C., & Bressler, B. (2017). Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Canadian Journal Of Gastroenterology & Hepatology*, 2017, 1-6. doi:10.1155/2017/6496727
- Cámara, R., Begré, S., Von Känel, R., Ziegler, R., & Schoepfer, A. (2009). The role of psychological stress in inflammatory bowel disease: Quality assessment of methods of 18 prospective studies and suggestions for future research. *Digestion*, 80(2), 129-139. doi:10.1159/000226087
- Casellas, F., López-Vivancos, J., Casado, A., & Malagelada, J. R. (2002). Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Quality Of Life Research*, 11(8), 775–781. doi:10.1023/A:1020841601110
- Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2014). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3. vyd.). New Jersey: Routledge.

- Cohen, S., & Herbert, T. B. (1996). „Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology". *Annual Review Of Psychology*, 47, 113–42. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.113
- Cole-King, A., & Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 216–220. doi:10.1097/00006842-200103000-00004
- Cosnes, J., Gower–Rousseau, C., Seksik, P., & Cortot, A. (2011). Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, 140, 1785-1794.e4. doi:10.1053/j.gastro.2011.01.055
- Coste, J., Guillemin, F., Pouchot, J., & Fermanian, J. (1997). Methodological approaches to shortening composite measurement scales. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 50(3), 247–252. doi:10.1016/S0895-4356(96)00363-0
- Cuntz, U., Welt, J., Ruppert, E., & Zillessen, E. (1999). Determination of subjective burden from chronic inflammatory bowel disease and its psychosocial consequences. Results from a study of 200 patients. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49(12), 494–500. Získáno z <https://www.thieme.de/de/ppmp-psychotherapie-psychosomatik-psychologie/profil-1898.htm>
- Damschroder, L. J., Zikmund-Fisher, B. J., & Ubel, P. A. (2005). The impact of considering adaptation in health state valuation. *Social Science & Medicine*, 61(2), 267–277. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.060
- Dantzer, R., O'Connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(1), 46–56. doi:10.1038/nrn2297
- De Boer, A. G. E. M., Bennebroek Evertsz', F., Stokkers, P. C., Bockting, C. L., Sanderman, R., Hommes, D. W., ... Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. *European Journal Of Gastroenterology & Hepatology*, 28(10), 1130–1136. doi:10.1097/MEG.0000000000000685

de Boer, A. G., Sprangers, M. A., Bartelsman, J. F., & de Haes, H. C. (1998). Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 10(9), 783–789. doi:10.1097/00042737-199809000-00010

de Rooy, E. C., Toner, B. B., Maunder, R. G., Greenberg, G. R., Baron, D., Steinhart, A. H., ... Cohen, Z. (2001). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: results from a clinical population. *The American Journal Of Gastroenterology*, 96(6), 1816–1821. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.03877.x

Detmar, S. B., Aaronson, N. K., Wever, L. D., Muller, M., & Schornagel, J. H. (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *Journal Of Clinical Oncology*, 18(18), 3295–3301. doi:10.1200/JCO.2000.18.18.3295

Diabelková, J. (2018). Vybrané Environmentálne Rizikové Faktory Zápalových Ochorení Čreva. *Hygiena*, 63(3), 99–104. doi:10.21101/hygiena.a1585

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives Of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101

Dimenäs, E., Carlsson, G., Glise, H., Israelsson, B., & Wiklund, I. (1996). Relevance of norm values as part of the documentation of quality of life instruments for use in upper gastrointestinal disease. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 221, 8–13. doi:10.3109/00365529609095544

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost* (3. vyd.). Praha: Karolinum.

Dorrian, A., Dempster, M., & Adair, P. (2009). Adjustment to inflammatory bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15(1), 47–55. doi:10.1002/ibd.20583

Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006a). Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, 10(3), 144-149. Získáno z [http://www.tigis.cz/casopisy/pro-
lekare/psychiatrie11](http://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/psychiatrie11)

Dragomirecká, E. (2006). SQUALA : Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum.

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006b). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 : World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.

Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Mitchell, C. M., Zagami, E. A., & Patrick, D. L. (1991). The Rating Form of IBD Patient Concerns: A new measure of health status. *Psychosomatic Medicine*, 53(6), 701–712. doi:10.1097/00006842-199111000-00010

Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 291–300. doi:10.1007/s10865-008-9155-6

Elsenbruch, S., Langhorst, J., Popkirowa, K., Müller, T., Luedtke, R., Franken, U., ... Dobos, G. J. (2005). Effects of mind-body therapy on quality of life and neuroendocrine and cellular immune functions in patients with ulcerative colitis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 277–287. doi:10.1159/000086318

Espallargues, M., Valderas, J., & Alonso, J. (2000). Provision of feedback on perceived health status to health care professionals - A systematic review of its impact. *Medical care*, 38(2), 175–186. doi:10.1097/00005650-200002000-00007

Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal Of Cancer*, 84(8), 1011–1015. doi:10.1054/bjoc.2001.1724

Farmer, R. G. (2010). The clinical evolution of inflammatory bowel disease, 1960–2010: an eyewitness account. *Am J Gastroenterol*, 105, 1922–1924. doi:10.1038/ajg.2010.223

Farmer, R. G., Easley, K. A., & Farmer, J. M. (1992). Quality of life assessment by patients with inflammatory bowel disease. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 59(1), 35–42. doi:10.3949/ccjm.59.1.35

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *Plos Medicine*, 10(11), e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547

Freitas, T. H., Andreoulakis, E., Alves, G. S., Miranda, H. L. L., Braga, L. L. B. C., Hyphantis, T., & Carvalho, A. F. (2015). Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 21(21), 6713–6727. doi:10.3748/wjg.v21.i21.6713

Fuller-Thomson, E., Lateef, R., & Sulman, J. (2015). Robust Association Between Inflammatory Bowel Disease and Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Nationally Representative Canadian Study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(10), 2341–2348. doi:10.1097/MIB.0000000000000518

Gabalec, L. (2007). Kvalita života u Crohnovy nemoci. *Folia Gastroenterol Hepatol*, 5(2), 17-29. Získáno z <http://www.pro-fovia.org/>

Garrett, J. W., & Drossman, D. A. (1990). Health status in inflammatory bowel disease. Biological and behavioral considerations. *Gastroenterology*, 99(1), 90–96. doi:10.1016/0016-5085(90)91234-W

Gavrilescu, O., Mihai, C., Anton-Paduraru, D. T., Moisa, S., Ciubara, A., & Cijevschi-Prelipcean, C. (2015). Impact of Inflammatory Bowel Diseases on Quality of Life. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 50, 80–95. Získáno z <https://www.rcis.ro/>

Geiss, T., Schaefer, R. M., Berens, S., Hoffmann, P., & Gaus, A. (2018). Risk of depression in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of digestive diseases*, 19(8), 456–467. doi:10.1111/1751-2980.12644

Geng, Q., Zhang, Q. E., Wang, F., Zheng, W., Ng, C. H., Ungvari, G. S., ... Xiang, Y. T. (2018). Comparison of comorbid depression between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 237, 37–46. doi:10.1016/j.jad.2018.04.111

Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Bonneau, R. H., Malarkey, W., Kennedy, S., & Hughes, J. (1992). Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis B vaccine. *Psychosomatic Medicine*, 54(1), 22–29. doi:10.1097/00006842-199201000-00005

Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2398–2403. doi:10.2337/dc08-1341

Gracie, D. J., Irvine, A. J., Sood, R., Mikocka-Walus, A., Hamlin, P. J., & Ford, A. C. (2017). Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 2(3), 189–199. doi:10.1016/S2468-1253(16)30206-0

Greenhalgh, J. & Meadows, K. (1999). The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: A literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(4), 401–416. doi:10.1046/j.1365-2753.1999.00209.x

Greenway, L., Ahern, D., Leavy, Y., Rawnsley, M., & Duncan, S. (2013). Quality of life in a cohort of men with epilepsy compared to a healthy population and those with common chronic diseases in the UK using a generic patient-reported outcome measure. *Epilepsy & Behavior*, 29(3), 497–503. doi:10.1016/j.yebeh.2013.08.030

Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Review: Prevalence of anxiety in adults with diabetes. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053–1060. doi:10.1016/S0022-3999(02)00417-8

- Guassora, A. D., Kruuse, C., Thomsen, O. O., & Binder, V. (2000). Quality of life study in a regional group of patients with Crohn disease. A structured interview study. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 35(10), 1068–1074. doi:10.1080/003655200451199
- Guloksuz, S., Wichers, M., Kenis, G., Russel, M. G. V. M., Wauters, A., Verkerk, R., ... van Os, J. (2013). Depressive symptoms in Crohn's disease: relationship with immune activation and tryptophan availability. *PloS One*, 8(3), e60435 (1-8). doi:10.1371/journal.pone.0060435
- Guthrie, E., Jackson, J., Shaffer, J., Thompson, D., Tomenson, B., & Creed, F. (2002). Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(8), 1994–1999. doi:1111/j.1572-0241.2002.05842.x
- Haapamäki, J., Turunen, U., Roine, R. P., Färkkilä, M. A., & Arkkila, P. E. T. (2009). Impact of demographic factors, medication and symptoms on disease-specific quality of life in inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 18(8), 961–969. doi:10.1007/s11136-009-9514-y
- Habibi, F., Habibi, M. E., Gharavinia, A., Mahdavi, S. B., Akbarpour, M. J., Baghaei, A., & Emami, M. H. (2017). Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study. *Journal of Research in Medical Sciences*, 22(9), 1–7. doi:10.4103/jrms.JRMS_975_16
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184. doi:10.1080/088704403100081321
- Han, S. W., McColl, E., Barton, J. R., James, P., Steen, I. N., & Welfare, M. R. (2005). Predictors of quality of life in ulcerative colitis: the importance of symptoms and illness representations. *Inflammatory Bowel Diseases*, 11(1), 24–34. doi:10.1097/00054725-200501000-00004
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat* (4. vyd). Praha: Portál.

Heyworth, I. T. M., Hazell, M. L., Linehan, M. F., & Frank, T. L. (2009). How do common chronic conditions affect health-related quality of life? *The British Journal Of General Practice*, 59(568), e353–e358. doi:10.3399/bjgp09X453990

Hjortswang, H., Järnerot, G., Curman, B., Sandberg-Gertzén, H., Tysk, C., Blomberg, B., ... Ström, M. (2003). The influence of demographic and disease-related factors on health-related quality of life in patients with ulcerative colitis. *European Journal Of Gastroenterology & Hepatology*, 15(9), 1011–1020. doi:10.1097/00042737-200309000-00012

Holdam, A. S. K., Bager, P., & Dahlerup, J. F. (2016). Biological therapy increases the health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in a clinical setting. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 51(6), 706–711. doi:10.3109/00365521.2015.1136352

Horst, S. (2014). Patient-reported outcomes in Crohn's disease: does race matter? *Digestive Diseases And Sciences*, 59(10), 2354–2356. doi:10.1007/s10620-014-3313-1

Hu, Q., Ren, J., Li, G., Wu, X., & Li, J. (2017). The Impact of Obesity on the Clinical Course of Inflammatory Bowel Disease: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 23, 2599–2606. doi:10.12659/MSM.901969

Chan, W., Shim, H. H., Lim, M. S., Sawadjaan, F. L. B., Isaac, S. P., Chuah, S. W., ... Kong, C. (2017). Symptoms of anxiety and depression are independently associated with inflammatory bowel disease-related disability. *Digestive And Liver Disease*, 49(12), 1314–1319. doi:10.1016/j.dld.2017.08.020

Irvine, E. J. (1993). Quality of Life-measurement in inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 199, 36–39. doi:10.3109/00365529309098355

Irvine, E. J. (1995). Quality of Life in inflammatory bowel disease: biases and other factors affecting scores. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 208, 136–140. doi:10.3109/00365529509107776

- Jaghult, S., Saboonchi, F., Johansson, U. B., Wredling, R., & Kapraali, M. (2011). Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *Journal of clinical nursing*, 20(11–12), 1578–1587. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03614.x
- Johnston, M., Earll, L., Giles, M., McClenahan, R., Stevens, D., & Morrison, V. (1999). Mood as a predictor of disability and survival in patients newly diagnosed with ALS MND. *British journal of health psychology*, 4, 127–136. doi:10.1348/135910799168524
- Jones, S. C., Gallacher, B., Lobo, A. J., & Axon, A. T. (1993). A patient knowledge questionnaire in inflammatory bowel disease. *Journal Of Clinical Gastroenterology*, 17(1), 21–24. doi:10.1097/00004836-199307000-00007
- Joshi, U., Subedi, R., Poudel, P., Ghimire, P. R., Panta. S., & Sigdel, M. R. (2017). Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WHOQOL-BREF questionnaire: a multicenter study. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 10, 195-203. doi: 10.2147/IJNRD.S136522
- Kala, Z., Marek, F., Válek, V. A., & Bartušek, D. (2014). Chirurgická léčba Crohnovy choroby. *Vnitřní Lékařství*, 60(7-8), 617-623. Získáno z <http://www.vnitrnilekarstvi.eu>
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., & ... Vrbová, K. (2016). Validizace České Verze Beckova Inventáře Úzkosti. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 112(4), 153-158. Získáno z <http://www.cspsychiatr.cz/>
- Kaptein, A. & Broadbent, E. (2007). Illness cognition assessment. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (268-273). Cambridge University Press.
- Katon, W. J. (2003). Mood disorders and medical illness: Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216–226. doi:10.1016/S0006-3223(03)00273-7

Keefer, L. (2017). Depression in the setting of inflammatory bowel disease means we have failed to provide early, effective, psychosocial care. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 46(5), 553-554. doi:10.1111/apt.14212.

Keefer, L., & Kane, S. V. (2017). Considering the bidirectional pathways between depression and IBD: Recommendations for comprehensive IBD care. *Gastroenterology and Hepatology*, 13(3), 164–169. Získano z <http://www.gastroenterologyandhepatology.net/>

Keefer, L., Keshavarzian, A., & Mutlu, E. (2008). Review Article: Reconsidering the methodology of “stress” research in inflammatory bowel disease. *Journal Of Crohn's And Colitis*, 2, 193-201. doi:10.1016/j.crohns.2008.01.002

Kemeny, M. E., & Schedlowski, M. (2007). Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: A stepwise progression. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), 1009–1018. doi:10.1016/j.bbi.2007.07.010

Kempen, G. I. J. M., Brilman, E. I., Relyveld, J., & Ormel, J. (1997). Adaptive Responses among Dutch Elderly: The Impact of Eight Chronic Medical Conditions on Health-Related Quality of Life. *American Journal of Public Health*, 87(1), 38–44. doi:10.2105/AJPH.87.1.38

Kim, W. H., Cho, Y. S., Yoo, H. M., Park, I. S., Park, E. C., & Lim, J. G. (1999). Quality of life in Korean patients with inflammatory bowel diseases: ulcerative colitis, Crohn’s disease and intestinal Behçet’s disease. *International Journal Of Colorectal Disease*, 14(1), 52–57. doi:10.1007/s003840050183

Knowles, S. R., Graff, L. A., Wilding, H., Hewitt, C., Keefer, L., & Mikočka-Walus, A. (2018). Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta- analyses—part I. *Inflammatory bowel diseases*, 24(4), 742-751. doi:10.1093/ibd/izx100

Kolouch, D., & Goetz, M. (2018). Psychiatrické Komplikace Při Léčbě Kortikoidy. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 114(3), 117–124. Získano z <http://www.cspychiatr.cz/>

Konečný, M., & Ehrmann, J. (2014). Pokroky v diagnostice a léčbě nespecifických střevních zánětů. *Vnitřní Lékařství*, 60(7-8), 625. Získáno z <http://www.vnitrnilekarstvi.eu>

Kunik, M., Roundy, K., Veazey, C., Soucek, J., Richardson, P., Wray, N., & Stanley, E. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, 127(4), 1205–1211. doi:10.1016/S0012-3692(15)34468-8

Langhorst, J., Mueller, T., Luedtke, R., Franken, U., Paul, A., Michalsen, A., ... Elsenbruch, S. (2007). Effects of a comprehensive lifestyle modification program on quality-of-life in patients with ulcerative colitis: A twelve-month follow-up. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 42(6), 734–745. doi:10.1080/00365520601101682

Larsson, K., Loeoef, L., Roennblom, A., & Nordin, K. (2008). Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 139–148. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.10.007

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York:Springer.

Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375–389. doi:10.1007/BF00845271

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–21. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245

Le Grande, M. R., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Murphy, B. M., Goble, A. J., Kugathasan, V., & Sinha, K. (2012). Identifying illness perception schemata and their association with depression and quality of life in cardiac patients. *Psychology, health & medicine*, 17(6), 709- 722. doi:10.1080/13548506.2012.661865

Lerebours, E., Gower-Rousseau, C., Merle, V., Brazier, F., Debeugny, S., Marti, R., & ... Benichou, J. (2007). Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: A population-based case-control study. *American Journal Of Gastroenterology*, 102(1), 122-131. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00931.x

- Levenstein, S. (2002). Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 70(3), 739-750. doi:10.1037//0022-006X.70.3.739
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representation and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (219–252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levinson, J. L. (1992). Psychosocial interventions in chronic medical illness: An overview of outcome research. *General Hospital Psychiatry*, 14(6, Suppl), 43–49. doi:10.1016/0163-8343(92)90117-S
- Lim, L., Jin, A. Z., & Ng, T. P. (2012). Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1047–1053. doi:10.1007/s00127-011-0420-6
- Loftus, E. V. Jr. (2004). Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*, 126(6), 1504-1517. doi:10.1053/j.gastro.2004.01.063
- Logan R. F. A., & Armitage L. A. (2006). Global changes in incidence. In Jewell, D. P. (Ed.). *Challenges in inflammatory bowel disease* (3-14). Malden, Mass.: Blackwell.
- Lukáš, K. (1999). *Idiopatické střevní záněty* (2. vyd.). Praha: Triton.
- Lukáš, K. (2011). Idiopatické střevní záněty – predikce průběhu a včasná léčba. *Časopis Lékařů Českých*, 150(6), 315-320. Získáno z www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych
- Lukáš, K., Dastych, M., Novotný, A., Prokopová, L., & Zbořil, V. (2012). Dlouhodobá udržovací léčba idiopatických střevních zánětů. *Časopis Lékařů Českých*, 151(5), 231-242. Získáno z www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych
- Lukáš, K., Hrabák, P., Hrabák, P., & Novotný, A. (2017). Zvláštnosti Crohnovy nemoci. *Medicina po Promoci*, 18(3), 223–230. Získáno z <https://www.tribune.cz/tituly/mpp/>

Lukáš, M. (2014). Etiologie a patogeneze idiopatických střevních zánětů. *Vnitřní Lékařství*, 60(7-8), 640. Získáno z <http://www.vnitrnilekarstvi.eu>

Macer, B. J. D., Prady, S. L., & Mikocka-Walus, A. (2017). Antidepressants in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Inflammatory Bowel Diseases*, 23(4), 534–550. doi:10.1097/MIB.0000000000001059

Magro, F., Portela, F., Lago, P., Deus, J., Cotter, J., Cremers, I., & ... Carvalho, L. (2009). Inflammatory Bowel Disease: A Patient's and Caregiver's Perspective. *Digestive Diseases And Sciences*, (12), 2671-2679. doi:10.1007/s10620-008-0658-3

Maochen Zhang, Liwen Hong, Tianyu Zhang, Yun Lin, Sichang Zheng, Xiaolin Zhou, ... Jie Zhong. (2016). Illness perceptions and stress: mediators between disease severity and psychological well-being and quality of life among patients with Crohn's disease. *Patient Preference & Adherence*, 10, 2387–2396. doi:10.2147/PPA.S118413

Mardini, H., Kip, K., & Wilson, J. (2004). Crohn's disease: A two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. *Digestive Diseases And Sciences*, 49(3), 492-497. doi:10.1023/B:DDAS.0000020509.23162.cc

Marshall, G. D. J., Agarwal, S. K., Lloyd, C., Cohen, L., Henninger, E. M., & Morris, G. J. (1998). Cytokine dysregulation associated with exam stress in healthy medical students. *Brain, Behavior, and Immunity*, 12(4), 297–307. doi:10.1006/brbi.1998.0537

Maunder, R., Toner, B., de Rooy, E., & Moskowitz, D. (1999). Influence of sex and disease on illness-related concerns in inflammatory bowel disease. *Canadian Journal Of Gastroenterology*, 13(9), 728–732. doi:10.1155/1999/701645

Mawdsley, J., & Rampton, D. (2005). Psychological stress in IBD: New insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, 54(10), 1481-1491. doi:10.1136/gut.2005.064261

Meuleman, Y., Chilcot, J., Dekker, F. W., Halbesma, N., & van Dijk, S. (2017). Health-related quality of life trajectories during predialysis care and associated illness perceptions. *Health Psychology*, 36(11), 1083–1091. doi:10.1037/hea0000504

Mikocka-Walus, A. A., Gordon, A. L., Stewart, B. J., & Andrews, J. M. (2013). 'Just to get it off my chest': Patients' views on psychotherapy in inflammatory bowel disease. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(3), 227-234. doi:10.1080/14733145.2012.730540

Mikocka-Walus, A. A., Turnbull, D. A., Andrews, J. M., Moulding, N. T., Wilson, I. G., Harley, H. A. J., ... Holtmann, G. J. (2008). Psychological problems in gastroenterology outpatients: A south Australian experience Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4. doi:10.1186/1745-0179-4-15

Mikocka-Walus, A., Bampton, P., Hetzel, D., Hughes, P., Esterman, A., & Andrews, J. M. (2016). Cognitive-Behavioural Therapy for Inflammatory Bowel Disease: 24-Month Data from a Randomised Controlled Trial. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 24(1), 127–135. doi:10.1007/s12529-016-9580-9

Mikocka-Walus, A., Knowles, S. R., Keefer, L., & Graff, L. (2016). Controversies revisited: a systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with inflammatory bowel diseases. *Inflammatory bowel diseases*, 22(3), 752-762. doi:10.1097/MIB.0000000000000620

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Moody, G., Probert, C. S., Srivastava, E. M., Rhodes, J., & Mayberry, J. F. (1992). Sexual dysfunction amongst women with Crohn's disease: a hidden problem. *Digestion*, 52(3–4), 179–183. doi:10.1159/000200951

Moradkhani, A., Beckman, L. J., & Tabibian, J. H. (2013). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(6), 467–473. doi:10.1016/j.crohns.2012.07.012

Moskowitz, J. T., Hult, J. R., Bussolari, C., & Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135(1), 121–141. doi:10.1037/a0014210

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. doi:10.1080/08870440290001494

Mulder, D. J., Noble, A. J., Justinich, C. J., & Duffin, J. M. (2014). A tale of two diseases: the history of inflammatory bowel disease. *Journal Of Crohn's & Colitis*, 8(5), 341-348. doi:10.1016/j.crohns.2013.09.009

Mussell, M., Böcker, U., Nagel, N., Olbrich, R., & Singer, M. V. (2003). Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scandinavian Journal Of Gastroenterology*, 38(7), 755–762. doi:10.1080/00365520310003110

Nahon, S., Lahmek, P., Durance, C., Olympie, A., Lesgourgues, B., Colombel, J. F., & Gendre, J. P. (2012). Risk factors of anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 18(11), 2086–2091. doi:10.1002/ibd.22888

Navabi, S., Gorrepati, V. S., Yadav, S., Chintanaboina, J., Maher, S., Demuth, P., ... Coates, M. D. (2018). Influences and Impact of Anxiety and Depression in the Setting of Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(11), 2303–2308. doi:10.1093/ibd/izy143

Neuendorf, R., Harding, A., Stello, N., Hanes, D., & Wahbeh, H. (2016). Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 70–80. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.06.001

Nordin, K., Pahlman, L., Larsson, K., Sundberg-Hjelm, M., & Loof, L. (2002). Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 37(4), 450–457. doi:10.1080/003655202317316097

- Nowakowski, J., Chrobak, A. A., & Dudek, D. (2016). Psychiatric illnesses in inflammatory bowel diseases - psychiatric comorbidity and biological underpinnings. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1157–1166. doi:10.12740/PP/62382
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook* (5. vyd.). New York: McGraw-Hill Education.
- Oldenburg, B., Fidder, H. H., van der Aalst, K. S., Leenders, M., Siersema, P. D., van der Have, M., & Kaptein, A. A. (2014). Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(2), 93–106. doi:10.1016/j.crohns.2013.04.007
- Pallis, A. G., Vlachonikolis, I. G., & Mouzas, I. A. (2002). Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece. *BMC Gastroenterology*, 2, 1–8. doi:10.1186/1471-230X-2-1
- Panara, A. J., Yarur, A. J., & Sussman, D. A. (2014). Letter: is there a bi-directional relationship between depression and IBD? Authors' reply. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 40(2), 214–214. doi:10.1111/apt.12819
- Panara, A. J., Yarur, A. J., Rieders, B., Proksell, S., Deshpande, A. R., Abreu, M. T., & Sussman, D. A. (2014). The incidence and risk factors for developing depression after being diagnosed with inflammatory bowel disease: a cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 39(8), 802–810. doi:10.1111/apt.12669
- Parekh, N. K., McMaster, K., Nguyen, D. L., Shah, S., Speziale, A., Miller, J., & Melmed, G. (2015). Coping Strategies Used by Adult Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Southern Medical Journal*, 108(6), 337–342. doi:10.14423/SMJ.0000000000000292
- Patterson, A. L., Morasco, B. J., Fuller, B. E., Indest, D. W., Loftis, J. M., & Hauser, P. (2011). Screening for depression in patients with hepatitis C using the Beck Depression Inventory-II: do somatic symptoms compromise validity? *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 354–362. doi:10.1016/j.genhosppsych.2011.04.005

- Peck, R., Olsen, C., & Devore, J. L. (2015). *Introduction to statistics and data analysis* (5. vyd.). Mason: Cengage Learning.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal Of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603. doi:10.1023/A:1020641400589
- Petrie, K. & Reynolds, L. (2007). Coping with chronic illness. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (46-50). Cambridge University Press.
- Picco, M. (2011). Inflammatory bowel disease. In N. J. Talley (Ed.), *Clinical gastroenterology: A practical problem based approach* (190-206). Australia: Elsevier Australia.
- Pike, J. L., & Irwin, M. R. (2006). Dissociation of inflammatory markers and natural killer cell activity in major depressive disorder. *Brain, Behavior and Immunity*, 20, 169–174. doi:10.1016/j.bbi.2005.05.004
- Piotrowski, C. (2018). The status of the Beck inventories (BDI, BAI) in psychology training and practice: A major shift in clinical acceptance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(3). 1-18 (e12112). doi:10.1111/jabr.12112
- Pittet, V., Vaucher, C., Froehlich, F., Burnand, B., Michetti, P., Maillard, M. H., & null, null. (2017). Patient self-reported concerns in inflammatory bowel diseases: A gender-specific subjective quality-of-life indicator. *PLoS ONE*, 12(2), 1–16. doi:10.1371/journal.pone.0171864
- Poddar, U., & Ravindranath, A. (2017). Inflammatory Bowel Disease-Unclassified: How Much do we Know? *Indian Pediatrics*, 54(9), 726–727. Ziskano z <https://www.indianpediatrics.net/>
- Pollock, S. E., Christian, B. J., & Sands, D. (1990). Responses to chronic illness: analysis of psychological and physiological adaptation. *Nursing Research*, 39(5), 300–304. doi:10.1097/00006199-199009000-00014

Prasko, J., Jelenova, D., & Mihal, V. (2010). Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 154(4), 307–314. doi:10.5507/bp.2010.046

Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *BDI-II. Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé*. Brno: psychodiagnostika.

Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi, *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(6), 270–274. Získáno z <http://www.cspychiatr.cz/>

Raczkowska, A., Ławiński, M., Gradowska, A., & Zielińska-Borkowska, U. (2014). Quality of life considering patients with chronic inflammatory bowel diseases - natural and parenteral nutrition. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 86(9), 410–417. doi:10.2478/pjs-2014-0073

Rasul, F., Stansfeld, S. A., Hart, C. L., Gillis, C. R., & Smith, G. D. (2004). Psychological distress, physical illness and mortality risk. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 231–236. doi:10.1016/S0022-3999(03)00618-4

Reijnders, J. S. A. M., Ehrt, U., Weber, W. E. J., Aarsland, D., & Leentjens, A. F. G. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23(2), 183–189. doi:10.1002/mds.21803

Ring, L. (2007) Quality of life. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (178-182). Cambridge University Press.

Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(Supplement), 8–21. doi:10.1016/S0165-0327(12)70004-6

Rubin, G. P., Hungin, A. P. S., Chinn, D. J., & Dwarakanath, D. (2004). Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 19(5), 529–535. doi:10.1111/j.1365-2036.2004.1873.x

Sainsbury, A., & Heatley, R. V. (2005). Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 21(5), 499–508. doi:10.1111/j.1365-2036.2005.02380.x

Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., & Adibi P. (2012). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research And Practice*, Vol 2012, 1-11. doi:10.1155/2012/106502

Searle, A., & Bennett, P. (2001). Psychological factors and inflammatory bowel disease: a review of a decade of literature. *Psychology, Health & Medicine*, 6(2), 121-135. doi:10.1080/713690241

Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. doi:10.1037/0033-2909.130.4.601

Selinger, C. P., Lal, S., Eaden, J., Jones, D. B., Katelaris, P., Chapman, G., ... McLaughlin, J. (2013). Better disease specific patient knowledge is associated with greater anxiety in inflammatory bowel disease. *Journal Of Crohn's & Colitis*, 7(6), e214–e218. doi:10.1016/j.crohns.2012.09.014

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworths.

Scheier, M. F., & Bridges, M. W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 255–268. doi:10.1097/00006842-199505000-00007

Schwarz, S. P., & Blanchard, E. B. (1991). Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behaviour Research and Therapy*, 29(2), 167–177. doi:10.1016/0005-7967(91)90045-5

- Simrén, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J., & Björnsson, E. S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *The American Journal Of Gastroenterology*, 97(2), 389–396. doi:10.1016/S0002-9270(01)04037-0
- Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations*, 15(1), 49–62. doi:10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1986). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 292(6516), 344. doi:10.1136/bmj.292.6516.344
- Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., ... & Miedema, H. S. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of clinical epidemiology*, 53(9), 895-907. doi:10.1016/S0895-4356(00)00204-3.
- Srivastava, A. (2015). A comparative study of depression, anxiety and quality of life among patients with diabetes and asthma. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 6(7), 676–679. Získano z <http://iahrw.com/journal.php?numb=1>
- Stavem, K., Lossius, M. I., Kvien, T. K., & Guldvog, B. (2000). The health-related quality of life of patients with epilepsy compared with angina pectoris, rheumatoid arthritis, asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of life research*, 9(7), 865-871. doi:10.1023/A:1008993821253
- Stein, M., Miller, A. H., & Trestman, R. L. (1991). Depression, the immune system, and health and illness: Findings in search of meaning. *Archives of General Psychiatry*, 48(2), 171–177. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810260079012
- Stowell, J. R., McGuire, L., Robles, T., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). Psychoneuroimmunology. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller, & I. B. Weiner *Handbook of psychology: Health psychology*, Vol 9 (75-95). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Szabo, S., Orley, J., & Saxena, S. (1997). An approach to response scale development for cross-cultural questionnaires. *European Psychologist*, 2(3), 270–276. doi:10.1027/1016-9040.2.3.270

Tabatabaeian, M., Afshar, H., Roohafza, H. R., Daghighzadeh, H., Feizi, A., Sharbafchi, M. R., ... Adibi, P. (2015). Psychological status in Iranian patients with ulcerative colitis and its relation to disease activity and quality of life. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20(6), 577–584. doi:10.4103/1735-1995.165962

Tavakkoli, L., & Dehghan, A. (2017). Compare the Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients with Healthy Individuals (Application of WHOQOL-BREF). *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 19(2), 1–6. doi:10.5812/zjrms.5882

Timmer, A., Preiss, J. C., Motschall, E., Rucker, G., Jantschek, G., & Moser, G. (2011). Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi:14651858.CD006913.pub2

Tobias, K. G., Lehrfeld, J., Rosenfeld, B., Pessin, H., & Breitbart, W. (2017). Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory-II in patients with advanced cancer: A theory-driven approach. *Palliative & Supportive Care*, 15(6), 704–709. doi:10.1017/S1478951517000724

Turnbull, G. K., & Vallis, T. M. (1995). Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *The American Journal Of Gastroenterology*, 90(9), 1450–1454.

Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *The Western Journal Of Medicine*, 172(2), 124–128. doi:10.1136/ewjm.172.2.124

Typltová, J. (2013). Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2012. Získáno z http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_43.pdf

van den Brink, G., Stapersma, L., Vlug, L. E., Rizopolous, D., Bodelier, A. G., van Wering, H., ... Escher, J. C. (2018). Clinical disease activity is associated with anxiety and depressive symptoms in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. doi:10.1111/apt.14832

van der Eijk, I., Vlachonikolis, I. G., Munkholm, P., Nijman, J., Bernklev, T., Politi, P., ... Russel, M. G. (2004). The role of quality of care in health-related quality of life in patients with IBD. *Inflammatory Bowel Diseases*, 10(4), 392–398. doi:10.1097/00054725-200407000-00010

van der Have, M., Minderhoud, I. M., Kaptein, A. A., Leenders, M., Siersema, P. D., Fidder, H. H., & Oldenburg, B. (2013). Substantial impact of illness perceptions on quality of life in patients with Crohn's disease. *Journal Of Crohn's & Colitis*, 7(8), 292–301. doi:10.1016/j.crohns.2012.11.002

Vermeire, S., van Assche, G., & Rutgeerts, P. (2007). Review article: Altering the natural history of Crohn's disease-evidence for and against current therapies. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25(1), 3–12. doi:10.1111/j.1365-2036.2006.03134.x

Vidal, A., Gómez-Gil, E., Sans, M., Portella, M. J., Salamero, M., Piqué, J. M., & Panés, J. (2006). Life events and inflammatory bowel disease relapse: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American Journal Of Gastroenterology*, 101(4), 775-781. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00476.x

Vidal, A., Gómez-Gil, E., Sans, M., Portella, M. J., Salamero, M., Piqué, J. M., & Panés, J. (2008). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflammatory Bowel Diseases*, 14(7), 977–983. doi:10.1002/ibd.20388

Walker, J. R. (2017). Understanding and management of anxiety and mood disorders in inflammatory bowel disease. *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 2(3), 148–150. doi:10.1016/S2468-1253(16)30218-7

Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002

Weisberg, S. (2005). *Applied linear regression* (3. vyd.). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Willgoss, T. G., & Yohannes, A. M. (2013). Anxiety Disorders in Patients With COPD: A Systematic Review. *Respiratory care*, 58(5), 858–866. doi:10.4187/respcare.01862

Wilson, I. B. (1999). Clinical understanding and clinical implications of response shift. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1577–1588. doi:10.1016/S0277-9536(99)00050-7

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65. doi:10.1001/jama.1995.03520250075037

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing Quality of Life in Clinical Research. From Where Have We Come and Where Are We Going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(4), 355–363. doi:10.1016/S0895-4356(98)00179-6

Xia-peng Luo, Ren Mao, Bai-li Chen, Yun Qiu, Sheng-hong Zhang, Yao He, ... Min-hu Chen. (2017). Over-reaching beyond disease activity: the influence of anxiety and medical economic burden on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Patient Preference & Adherence*, 11, 23–31. doi:10.2147/PPA.S118589

Yanartas, O., Kani, H. T., Bicakci, E., Kilic, I., Banzragch, M., Acikel, C., ... Akin, H. (2016). The effects of psychiatric treatment on depression, anxiety, quality of life, and sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 673-683. doi:10.2147/NDT.S106039

Zagar, I., Delimar, V., Pap, M., Peric, D., Zerjavic, N. L., & Peric, P. (2018). Prevalence and Correlation of Depressive Symptoms with Functional Scores, Therapy and Disease Activity Among Croatian Patients with Rheumatoid Arthritis: A Preliminary Study. *Psychiatria danubina*, 30(4), 452–458. doi:10.24869/psyd.2018.452

Zangenberg, M. S., & El-Hussuna, A. (2017). Psychiatric morbidity after surgery for inflammatory bowel disease: A systematic review. *World Journal Of Gastroenterology*, 23(48), 8651–8659. doi:10.3748/wjg.v23.i48.8651

Závorová, K. (2017). Těhotenství a porod žen s idiopatickými střevními záněty. *Česká Gynekologie*, 82(2), 108–116. Získáno z <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie>

Zhang, C. K., Hewett, J., Hemming, J., Grant, T., Zhao, H., Abraham, C., ... Proctor, D. D. (2013). The Influence of Depression on Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19(8), 1732–1739. doi:10.1097/MIB.0b013e318281f395

Seznam příloh

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Příloha č. 4: Seznam zkratk

Příloha č. 5: Průvodní dopis k výzkumu

Příloha č. 6: Úvodní dotazník

Příloha č. 7: Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Příloha č. 8: Ukázka datové matice

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Míra deprese, úzkosti a kvalita života u pacientů s idiopatickými střevními záněty

Autor práce: Bc. Michal Bártek

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 111 (225 408)

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 215

Abstrakt: Práce se zabývá mírou deprese, úzkosti a kvalitou života u pacientů s idiopatickými střevními záněty a vztahy mezi nimi. V teoretické části byla popsána problematika idiopatických střevních zánětů, deprese a úzkosti u somatických onemocnění a kvality života vztahované ke zdraví. Výzkumná část byla založena na kvantitativní metodologii za využití dotazníkového šetření u pacientů s idiopatickými střevními záněty (N = 213), do které patří Crohnova choroba (N = 124) a ulcerózní kolitida (N = 89). Výběr pacientů do výzkumu byl realizován účelově přes zdravotnická zařízení a pacientskou organizaci. Použitými metodami byly dotazníky WHOQOL-BREF, BDI-II, BAI. Výsledky ukazují, že pacienti z výzkumu se dle dotazníků BDI-II a BAI nacházeli v pásmu mírné deprese a úzkosti. Kvalita života byla u pacientů nižší v porovnání s běžnou populací zařazenou do standardizační studie WHOQOL-BREF. Aktivita nemoci a míra deprese měla nejsilnější vztah ke všem doménám kvality života, zatímco věk a pohlaví hrají roli u vybraných domén. Na míru deprese měla signifikantní vliv aktivita nemoci, věk a absolvování chirurgického zákroku. S mírou úzkosti měla významnou souvislost aktivita nemoci a léčba kortikoidy. Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidy se nelišili v míře deprese, úzkosti či celkové kvalitě života. Kvalita života měla signifikantní vztah s mírou deprese i úzkosti.

Klíčová slova: idiopatické střevní záněty, deprese, úzkost, kvalita života

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Rate of Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease

Author: Bc. Michal Bártek

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 111 (225 408)

Number of appendices: 7

Number of references: 215

Abstract: Thesis deals with the rate of depression, anxiety and quality of life in patients with inflammatory bowel disease and relationships between them. The theoretical part described inflammatory bowel disease, depression and anxiety in somatic diseases and health-related quality of life. The research part was based on quantitative methodology with using questionnaire survey in group of inflammatory bowel disease patients (N = 213), which include Crohn disease (N = 124) and ulcerative colitis (N = 89). Patients were selected to the research purposefully through a medical facility and a patient organization. The methods used were WHOQOL-BREF, BDI-II, BAI. The results show that patients in research had mild rate of depression and anxiety. Their quality of life was lower than adults in common population included to the standardization study WHOQOL-BREF. Disease activity and rate of depression had strongest relationship to the all domains of quality of life while age and sex were related to the selected domains. Disease activity, age, and surgery history had a significant impact on the rate of depression. Disease activity and corticosteroid treatment were significantly associated with rate of anxiety. Patients with Crohn's disease and ulcerative colitis did not differ in the rate of depression, anxiety or overall quality of life. The quality of life had a significant relationship with the depression and anxiety.

Key words: inflammatory bowel disease, depression, anxiety, quality of life

Příloha č. 3: Seznam tabulek

Tab. 1: Věkové kategorie.....	46
Tab. 2: Typy podstupované léčby.....	47
Tab. 3: Popisná statistika dotazníku WHOQOL-BREF.....	48
Tab. 4: Průměrné hodnoty dotazníku WHOQOL-BREF podle typu nemoci.....	49
Tab. 5: Popisná statistika dotazníku BDI-II.....	49
Tab. 6: Stupeň deprese podle cut-off skóru.....	50
Tab. 7: Popisná statistika dotazníku BAI.....	50
Tab. 8: Stupeň úzkosti podle cut-off skóru.....	51
Tab. 9: Průměrné hodnoty dotazníků dle pohlaví.....	51
Tab. 10: Průměrné hodnoty dotazníků s ohledem na pohlaví a typ nemoci.....	52
Tab. 11: Průměrné hodnoty dotazníků podle věkových kateorií.....	52
Tab. 12: Průměrné hodnoty dotazníků s ohledem na aktivitu nemoci.....	53
Tab. 13: Průměrné hodnoty dotazníků v závislosti na typu léčby.....	54
Tab. 14: Dopad chirurgické léčby na průměrné hodnoty dotazníků.....	54
Tab. 15: Obecný lineární model – doména Fyzické zdraví.....	56
Tab. 16: Obecný lineární model – doména Prožívání.....	56
Tab. 17: Obecný lineární model – doména Sociální vztahy.....	57
Tab. 18: Obecný lineární model – doména Prostředí.....	58
Tab. 19: Obecný lineární model – celková HRQoL.....	58
Tab. 20: Obecný lineární model – míra deprese.....	59
Tab. 21: Obecný lineární model – míra úzkosti.....	60
Tab. 22: Vztah regresorů k jednotlivým vysvětlovaným proměnným.....	62

Příloha č. 4: Seznam zkratk

IBD	Inflammatory Bowel Disease – Idiopatické střeni záněty
HRQoL	Health Related Quality of Life – Kvalita života vzražený ke zdraví
BDI-II	Beck Depression Inventory II – Beckův inventář deprese II
BAI	Beck Anxiety Inventory – Beckův inventář úzkosti

Příloha č. 5: Průvodní dopis k výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Michal Bártek a v současné době jsem studentem Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Tímto průvodním dopisem se na Vás obracím s prosbou o účast na výzkumu v rámci mé diplomové práce. Moje diplomová práce se zabývá tématem deprese a úzkosti a jejich vlivem na kvalitu života u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Dovolte, abych Vás touto cestou požádal o účast na mém výzkumu.

Samotná účast spočívá ve vyplnění 3 dotazníků, které se týkají kvality života, deprese a úzkosti. Vyplnění dotazníků zabere cca 15 - 20 minut Vašeho času. V dotaznících neexistují správné či špatné odpovědi, stačí pouze vybrat tu odpověď, která Vám nejvíce sedí. Zároveň Vás chci ubezpečit, že dotazníky jsou anonymní a data budou využita pouze pro potřeby tohoto výzkumu.

Účast na výzkumu je samozřejmě zcela dobrovolná. I když se rozhodnete uvedené dotazníky vyplnit, můžete v jejich průběhu kdykoliv přestat. Uvědomuji si, že Váš čas je cenný, přesto bych byl vděčný za vyplnění dotazníků. Pokud se rozhodnete výzkumu účastnit, tak si prosím před vyplňováním jednotlivých dotazníků pečlivě přečtěte instrukce pro vyplnění. V případě, že máte zájem o bližší informace o výzkumu, výsledky nebo máte-li jiné dotazy týkající se výzkumu, můžete mě kontaktovat na emailové adrese michalbartek@hotmail.com

Předem děkuji za Váš čas a případnou spolupráci.

Se srdečnými pozdravy

Bc. Michal Bártek

Katedra Psychologie

Filozofická Fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Příloha č. 6: Úvodní dotazník

Na úvod, prosím vyplňte úvodní otázky týkající se základních informací o Vás a Vašem onemocnění. Odpověď vyberete zakroužkováním.

Pohlaví:	Muž	Žena
Věk: ____		

Typ onemocnění:	Crohnova choroba	Ulcerózní kolitida
Současný stav onemocnění:	Aktivní fáze	Klidová fáze

Typ současné podstupované léčby (užívaných léků):	
Aminosalicyláty (např. pentasa, asacol, salofalk)	Kortikoidy (např. prednison)
Imunopresiva (např. azathioprin, ciclosporin)	Biologická léčba (např. infliximab, adalimumab)
Jiná léčba	

Podstoupil/a jste v souvislosti s onemocněním operační zákrok?		
Ne	Ano (pouze 1x)	Ano (1x a více)

Příloha č. 7: Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat



I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

verze č. 1, str. 1/2

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Michal Bártek
Datum narození: 29.7.1988 Telefon: 773643414 E-mail: michalbartek@hotmail.com
Kontaktní adresa: Markova 21, Ostrava - Zábřeh, 70030
Přesný název školy/fakulty: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra Psychologie
Obor studia: Psychologie
Forma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

Míra deprese, úzkosti a kvalita života u pacientů s idiopatickými střevními záněty

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: _____ v termínu od: _____ do: _____
 NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: _____
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): _____

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 60

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 1.11.2018 do: 28.2.2019

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: _____

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: _____

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____ povolání: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: _____

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce: veřejné databáze závěrečných prací (theses.cz; stag.upol.cz)

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): 16. 9. 2018 Michal Bártek

Schválil (datum podpis):

12. 10. 2018

Mgr. Jiřina Čaňhliková MBA
vedoucí Odboru kvality
Fakultní nemocnice Olomouc

Poznámky:

