

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Tereza Navrátilová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Faktory ovlivňující životní styl studentů s Crohnovou
chorobou

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Navrátilová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Tereza Sofková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Faktory ovlivňující životní styl studentů s Crohnovou chorobou
Název v angličtině:	Factors affecting the lifestyle of students with Crohn's disease
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na faktory, které ovlivňují životní styl studentů s jednou z dosud nevyléčitelných nemocí, a sice s Crohnovou chorobou. V práci jsou prezentovány výsledky kvalitativního šetření, které bylo provedeno se dvanácti studenty s Crohnovou chorobou. Ke sběru dat bylo použito metody polostrukturovaného rozhovoru, který byl zaměřen na anamnézu a katamnézu probandů, dále na to, jak je jejich choroba limituje, na jejich životní styl či na spouštěče relapsu. Transkripty jednotlivých těchto rozhovorů byly zpracovány za využití otevřeného kódování. Výstupy z něj pak posloužily ke zpracování kazuistik probandů.
Klíčová slova:	Studenti, Crohnova choroba, polostrukturovaný rozhovor, kazuistiky, faktory ovlivňující životní styl
Anotace v angličtině:	The thesis focuses on the factors that affect the lifestyle of students with one of the incurable diseases, namely Crohn's disease. The thesis presents the results of a qualitative research conducted with twelve students with Crohn's disease. A semi-structured interview method was used to collect data, which focused on the probands' medical history and catamnesis, as well as on how their disease limits them, their lifestyle or relapse triggers. Transcripts of each of these interviews were processed using open coding. The outputs were then used to develop the probands' case histories.
Klíčová slova v angličtině:	Students, Crohn's disease, semi-structured interview, case studies, factors affecting the lifestyle

Přílohy vázané v práci:	Tazatelské schéma
Rozsah práce:	73 stran
Jazyk práce:	český

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 21. 4. 2022

Bc. Tereza Navrátilová

Děkuji PhDr. Tereze Sofkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a poskytnuté rady.

Obsah

1 Úvod	7
2 Přehled publikovaných poznatků k tématu DP	8
2.1 Stručný exkurs do historie výzkumů Crohnovy choroby	8
2.2 Etiologie Crohnovy choroby	9
2.3 Klinický obraz Crohnovy choroby	12
2.4 Komplikace související s Crohnovou chorobou	15
2.5 Odraz klinických projevů Crohnovy choroby v psychice dotčeného jedince	16
2.6 Léčba Crohnovy choroby	17
2.6.1 Dieta, umělá výživa	18
2.6.2 Medikamentózní léčba	20
2.6.3 Biologická léčba	22
2.6.4 Další léky používané v souvislosti s Crohnovou chorobou	26
2.6.5 Chirurgická léčba	26
2.6.6 Psychoterapie	27
2.7 Metodika a výsledky literárních řešerší	28
3 Praktická část	30
3.1 Metodika	30
3.2 Výsledky	34
3.2.1 Kazuistika Miroslava	34
3.2.2 Kazuistika Jany	37
3.2.3 Kazuistika Kateřiny	39
3.2.4 Kazuistika Karla	42
3.2.5 Kazuistika Radka	44
3.2.6 Kazuistika Sebastiana	46
3.2.7 Kazuistika Dany	49
3.2.8 Kazuistika Zdeňka	50
3.2.9 Kazuistika Ivany	52
3.2.10 Kazuistika Petra	54
4 Diskuse a závěry	57
Souhrn	61
Summary	62

Referenční seznam	63
Seznam zkratek a tabulek	71
Seznam příloh.....	72

1 Úvod

Pod pojmem „životní styl“ je možno rozumět různé formy dobrovolného chování, které jedinec na základě individuálního výběru z více možností volí v různých životních situacích. V nich má přitom na výběr ze zdravých alternativ, ale i alternativ, které jeho zdraví neprospívají, ba jej přímo poškozují. Takové rozhodování však není zcela založeno na bázi svobodnosti, poněvadž na něj mají vliv na jedné straně zvyklosti dané rodiny a tradice společnosti, na straně druhé i ekonomická situace a sociální pozice dotyčného jedince. Předpokladem správného rozhodnutí je tak dostatek vědomostí týkajících se toho, co zdraví podporuje a co mu naopak škodí. Vzhledem k zásadnímu významu životního stylu pro zdraví je proto nezbytné předávat populaci relevantní vědomosti, rozvíjet její dovednosti a návyky v tomto směru, jakož i formovat žádoucí postoje, a to již od útlého věku (Machová, Kubátová, 2009).

K faktorům ovlivňujícím životní styl náleží bezpochyby i zdravotní stav daného člověka. Uvedené platí i v případě jednoho z poměrně závažného onemocnění s celou řadou dopadů na život dotčeného jedince, kterou je Crohnova choroba. Právě na faktory ovlivňující životní styl studentů s Crohnovou chorobou je zaměřena tato diplomová práce. Motivací autorky k výběru tohoto tématu byla především skutečnost, že se tato choroba vyskytuje u jednoho jejího příbuzného. Práce tak pro ni byla mimo jiné i příležitostí k tomu, aby se o této chorobě dozvěděla více, než o ní ví doposud. Nadnesenou problematiku je možno uchopit různým způsobem. V této práci je řešena z pohledu faktorů majících vliv na životní styl studentů, u nichž byla diagnostikována tato nemoc.

Hlavní cíl této práce je formulován takto: Identifikovat faktory, které ovlivňují životní styl studentů s diagnostikovanou Crohnovou chorobou. Z takto vymezeného hlavního cíle je zřejmé, že cílovou skupinou zkoumání jsou studenti vysokých škol, kteří mají diagnostikovanou Crohnovu chorobu. U této cílové skupiny bylo zkoumány faktory, které především ovlivňují jejich životní styl. V této souvislosti bylo rovněž např. zjišťováno, jak časté jsou u probandů relapsy této choroby, nakolik těžký mají její průběh, zda poté, co u nich propukla tato choroba, museli některé ze svých aktivit omezit či je zcela opustit, jestli je Crohnova choroba nějakým způsobem limituje ve vztazích s dalšími lidmi apod. Jedná se tedy o práci svým charakterem teoreticko-empirickou, přičemž její empirická část je založena na kvalitativní metodologii.

2 Přehled publikovaných poznatků k tématu DP

Crohnova choroba patří společně s ulcerózní kolitidou (*colitis ulcerosa*) k zánětlivým onemocněním, jež postihují gastrointestinální trakt, tzv. idiopatickým střevním zánětům (ve zkratce IDB, z angl. *Inflammatory Bowel Diseases*). V odborné literatuře je možno se setkat jak s názory, že není zřejmé, jedná-li se o dvě odlišné choroby nebo o jednu a tutéž chorobu s nepatrně odlišnými symptomy (např. Ferenčík, 2005 aj.), tak i s názory, že se jedná o dvě různé nemoci (např. Lukáš et al., 2011 aj.). V této otázce je možno se přiklonit na stranu autorů, podle nichž se jedná o dvě odlišné choroby, přičemž odlišnost Crohnovy choroby od ulcerózní kolitidy tkví v tom, že Crohnova choroba má segmentální charakter (úseky se záněty se střídají s úseky bez postižení), kdežto v případě ulcerózní kolitidy není postižená část gastrointestinálního traktu přerušována (Karges, al Dahouk, 2011). Vzhledem k podobnosti obou onemocnění není u řady pacientů možné přesně diagnostikovat, o jakou z těchto dvou nemocí jde. Takový stav bývá označován jako „indeterminovaná kolitida“ (Bureš et al., 2014).

2.1 Stručný exkurs do historie výzkumů Crohnovy choroby

První informace o idiopatických střevních zánětech se dochovaly z počátku 17. století. Větší pozornosti z hlediska jejího zkoumání se Crohnově chorobě dostalo až v průběhu minulého století. Až do roku neměla své přesné jméno. To v uvedeném roce dostala na konferenci American Medical Association podle amerického gastroenterologa a chirurga Burrila B. Crohna (Lukáš, 1998). Zmíněný lékař společně se svými kolegy Leonem Ginzburgem a Gordonem D. Oppenheimerem popsali předmětnou nemoc jakožto regionální ileitidu (Crohn et al., 1932). Vedle jmenovaných se na jejich výzkumech podílel rovněž chirurg Albert A. Berg, který však odmítal v této souvislosti jakoukoliv publicitu, přestože operoval řadu nemocných s touto chorobou (Lukáš, Žák, 2014). V této době byla chirurgická kompletní resekce u Crohnovy choroby pokládána za jedinou kurativní metodu (Kala et al., 2014).

Nedlouho poté – konkrétně v roce 1936 – bylo publikováno zjištění, že projevy zánětu se kromě terminálního ilea vyskytují rovněž v tlustém střevě. V průběhu 60. let minulého století byla tato zjištění doplněna o poznatek, že se Crohnova choroba může vyskytnout v libovolné části trávicího traktu (Lukáš, 1997). Z později realizovaných studií této studie vyplynulo, že jde o heterogenní onemocnění, které má variabilní lokalizaci, a to

vně trávicí soustavy. Postupem času byly identifikovány další příznaky a komplikace, při jejichž léčbě nepostačovaly dosavadní znalosti o Crohnově chorobě. Ke zdatnému posunu v léčbě této choroby došlo s ohledem na intenzivní bádání od poslední dekády minulého století. Podle současného stavu poznatků jsou nejfrekvencovaněji Crohnovou chorobou zasaženy tenké i tlusté střevo, dále ileocekální oblast (jde o oblast napojení tenkého střeva na tlusté) a v neposlední řadě i oblast rekta a análního kanálu.

Starší odborná literatura používala pro Crohnovu chorobu označení „nespecifické střevní záněty“, avšak od tohoto označení se časem vzhledem k jeho nepřesnosti upustilo. V zahraniční literatuře je možno se setkat s celou řadou označení této choroby. V anglickojazyčné literatuře se používá obvykle termín *crohn's disease*, vzhledem k čemuž je možné se setkat i s jeho zkratkou CD. Dále se lze setkat při označování této choroby s pojmy jako např. „regionální enteritida“, „granulomatózní enteritida“ nebo „terminální ileitida“ (Souček et al., 2011). Šafránková a Nejedlá (2006) Crohnovu chorobu charakterizují jakožto transmuralní granulomatózní (granulomy představují seskupení makrofágů, epitelových buněk a lymfocytů, které je ohraničeno vazivovým valem) zánět pronikající k seróze i do přilehlých uzlin. Souček et al. (2011) toto onemocnění definují jako chronický nespecifický zánět, který může postihnout kteroukoliv část trávicí trubice, přičemž se vyznačuje segmentálním charakterem, jakož i tím, že postihuje stěnu zaživací trubice transmuralně, a to ve všech jejích vrstvách. Toto onemocnění má přitom neinfekční původ.

2.2 Etiologie Crohnovy choroby

Crohnova choroba je sice neznámé etiologie, avšak jako nejpravděpodobnější se jeví, že vzniká v důsledku narušení imunitního systému dotčeného jedince (Warner, Barto, 2010). V imunitním systému člověka probíhá velký počet rozpoznávacích reakcí, které vedou k toleranci (nepoškozování) vlastních struktur na straně jedné a likvidace (poškození) nevlastních struktur na straně druhé. Tato základní role imunitního systému je udržována prostřednictvím celé řady regulačních mechanismů, jež tvoří součást jak imunitního, tak i hormonálního a nervového systému. V důsledku poruchy takových regulačních mechanismů dochází k poruchám v identifikaci toho, co je v organismu vlastní a co naopak nevlastní. Za této situace pak mohou části imunitního systému poškozovat rovněž vlastní struktury, buňky a tkáně (Ferenčík, 2005). Obdobně je tomu i v případě Crohnovy choroby, kdy imunitní systém z neznámých důvodů napadá žaludeční a střevní systém (Warner, Barto, 2010).

Z uvedeného tak vyplývá, že Crohnovu chorobu je možno charakterizovat jakožto lokální imunitní odpověď, která vede k poškození tkáně (Klener et al. 2002). Jak uvádí Červenková (2009), toto poškození spočívá ve vředech (ulcerace), zúženinách (stenózy) anebo píštělích (fistulce) ve stěně trávicí trubice.

Mačák a Mačáková (2004) k etiologii Crohnovy choroby poznamenávají, že vedle shora uvedených imunologických faktorů se na ní s velkou pravděpodobností podílejí rovněž genetické dispozice a rovněž faktory mikrobiální. Genetika je významným faktorem, který se podílí na vzniku tohoto onemocnění. Ambrůzová et al. (2012) k vlivu genetiky na vznik Crohnovy choroby konstatují, že existuje přes 30 genů, které mají souvislost se vznikem idiopatických střevních zánětů. Dále k této problematice doplňují, že na nezanedbatelný podíl genetických predispozic Crohnovy choroby poukázaly i výsledku studií jednovaječných dvojčat, z níž vyplynulo, že se toto onemocnění vyskytuje v 63,6 % případů u obou jedinců.

Jeví se jako velmi pravděpodobné, že se na poškození tkáně určitým typickým způsobem u osob s určitými genetickými predispozicemi může podílet vzájemná interakce s některými vlivy venkovního prostředí. Výsledky výzkumů naznačují, že by takto mohly mít vliv atypických mykobakterie i mikrovaskulární změny, které jsou podmíněny infekcí spalničkovým virem. Z dalších faktorů venkovního prostředí, jež mohou mít vliv na vznik Crohnovy choroby, je možno uvést nedostatečné množství vlákniny ve stravě, nadměrnou konzumaci rafinovaného cukru a kouření. Právě u kuřáků je výskyt Crohnovy nemoci signifikantně vyšší, kdežto v případě ulcerózní kolitidy se kouření podle výsledků dosavadního bádání jeví jako protektivní faktor (Klener et al., 2002). I tato skutečnost vypovídá ve prospěch tvrzení, že se v případě Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy jedná o dvě odlišné choroby.

Klener et al. (2002) dále uvádějí, že laboratorní nálezy poukazují v souvislosti s Crohnovou chorobou na důležitou úlohu aktivované, buňkami zprostředkované a vystupňované imunitní odpovědi. Na patogenezi Crohnovy choroby se podstatně podílí tumor nekrotizující faktor alfa (tumor necrosis factor- α). Tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α) produkují především aktivované makrofágy. Jeho produkce v organismu je spjata s množstvím biologických účinků, zvláště v zánětlivé reakci organismu. Za problematické je možno označit především jeho působení u chronicky zánětlivých procesů, poněvadž je jedním z faktorů udržujících zánět ve stavu aktivity, čímž brání jeho ukončení a vyhojení

(Vrablík, Marek, 2019). Při vhodné indikaci proto vede ke zřetelnému klinickému efektu blokáda TNF- α (Klener et al., 2002). Pokud jde o předpokládané příčiny propuknutí Crohnovy choroby, tak k těm Lukáš a Šatrová (2004) řadí stres, dále přítomnost infekčního onemocnění, užívání nesteroidních antirevmatik, dietní chyby a konečně i cestování do zahraničí. Pokud jde o dietní chyby, tak v této souvislosti doplňují, že snášenlivost jednotlivých potravin bývá velmi individuální.

Ačkoliv se toto onemocnění vyskytuje na celém světě, výskyt Crohnovy choroby se vyznačuje výraznými geografickými diferencemi. Podle Klenera et al. (2002) se toto onemocnění v daleko větší míře vyskytuje v průmyslově vyspělých státech na severní polokouli. V posledních desetiletích se přitom výskyt Crohnovy choroby v těchto zemích zvyšuje, přičemž k prudkému nárůstu její incidence došlo během 60. a 70. let minulého století. Nižší výskyt Crohnovy choroby je v porovnání se severní Amerikou, severní a západní Evropou ve střední a v jižní Evropě, v jižní Africe a v Austrálii (Gabalec, 2009). Naproti tomu v rozvíjejících se státech (např. východní Evropa, Čína, Indie apod.) převažuje namísto Crohnovy choroby ulcerózní kolitida (Baumgart, 2017). Zbořil et al. (2012) uvádějí, že etnikem nejfrekventovaněji postiženým Crohnovou chorobou je židovská populace typu Aškenazi (tj. Židé emigrující do Izraele z Evropy), u níž se gen IBD-1 (zkratka z angl. *inflammatory bowel disease*) vyskytuje v porovnání se zbývající populací 1,5 až 2x častěji. V případě Židů, kteří se narodili v Izraeli, jsou incidence i prevalence Crohnovy choroby identické se stavem v Evropě, zatímco sefardičtí Židé původem z Afriky či Asie tuto chorobu mívají jen výjimečně, což má souvislost s lokalitou jejich původu (Lukáš, Žák, 2007). Signifikantně více se taktéž Crohnova choroba v porovnání s Hispánci a Asiaty vyskytuje u Afroameričanů (Baumgart, 2017).

Pokud jde o výskyt Crohnovy choroby v závislosti na pohlaví, tak poměr postižených mužů a žen je v zásadě stejný (Zbořil et al., 2012). I v tomto epidemiologickém faktoru se projevuje odlišnost Crohnovy choroby od ulcerózní kolitidy, poněvadž u ní má pohlaví na její výskyt vliv (Lukáš, Žák, 2007). Aniž by byla známa příčina tohoto stavu, ukazuje se, že průběžně narůstá pediatrický výskyt Crohnovy choroby (Baumgart, 2017). Maximum postižení tímto onemocněním se dle Zbořila et al. (2012) objevuje v období od patnáctého do třicátého roku věku. Pozornost, která je věnována tomuto onemocnění, vyplývá právě z toho, že incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů má vzrůstající tendenci, přičemž postihuje především mladé osoby v produktivním věku. V Evropě je přitom idiopatickými střevními záněty postiženo mezi 2,5 až 3 miliony osob. Jejich léčba je spojena

s přímými náklady bezmála 6 bilionů EUR za rok (srovnej Burisch et al., 2013 a Burisch, Munkholm, 2015).

2.3 Klinický obraz Crohnovy choroby

Ve vztahu ke klinickému obrazu Crohnovy choroby je možno v první řadě uvést, že toto onemocnění vede k chronickému zánětu střev, ruboróznímu a edematóznímu. Nezřídka jsou pacienti postiženi i vředy. Zmíněný zánět se u dotčených osob projevuje širokou škálou symptomů, k nimž náleží mimo jiné i bolesti břicha, průjmy, rektální krvácení, febrilie (zvýšená tělesná teplota) nebo úbytek hmotnosti (Warner, Barto, 2010). Z uvedeného je tedy patrné, že klinický obraz tohoto onemocnění je velmi různorodý. Má na něj vliv jednak rozsah postižení, jednak lokalizace tohoto onemocnění (Cooney, Jewell, 2009). Gabalec (2009) shrnuje typické příznaky Crohnovy choroby a jejich výskyt způsobem, jenž je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1. Typické příznaky Crohnovy choroby a jejich výskyt

Označení příznaku	Výskyt příznaku [v %]
průjem	70-90
bolesti břicha	45-66
anální léze	50-80
krvácení z konečníku	45
úbytek hmotnosti	65-75
zvýšení teploty	30-40
píštěl	8-10

Zdroj: Gabalec, 2009, s. 11

Crohnova choroba může být pro dotčeného jedince různě závažná. U části pacientů její symptomy výrazně snižují kvalitu jejich života, přičemž se cítí velmi vysílení, kdežto u jiných pacientů má onemocnění mírnější průběh a lze jej tak lépe zvládnout (Warner, Barto, 2010). Pro Crohnovu chorobu je dále charakteristické, že neexistuje přímá korelace mezi stupněm zánětlivých změn a klinickými projevy. Uvedená skutečnost se projevuje tím, že není nikterak ojedinělý po dlouhou dobu trvající průběh vyznačující se vzdor výrazné extraintestinální symptomatologii velmi mírnými abdominálními projevy. V jiných případech se zase symptomy tohoto onemocnění ustálí na projevech nespecifického charakteru, jakými jsou např. zvýšené teploty, úbytek hmotnosti nebo sideropenní anemie (Češka et al., 2010).

Již dříve bylo konstatováno, že Crohnova choroba manifestuje na různých místech trávicí trubice, ale i mimo ni. Je však zapotřebí uvést, že některé lokalizace tohoto onemocnění je možno označit za typické, přičemž se vyskytují častěji, kdežto jiné lokalizace nejsou tak časté. V rámci symptomatologie Crohnovy choroby je třeba diferencovat, jaký úsek toto onemocnění zasáhlo, poněvadž symptomy se v případě různých oblastí odlišují (Dítě, 2007). V souvislosti se symptomy Crohnovy choroby je možno se setkat s pojmy „první ataka“, jímž je označován první záchvat tohoto onemocnění, dále „remise“, tedy vymizení příznaků choroby a konečně i „recidiva“ čili opětovný návrat onemocnění (Vokurka, Hugo, 2005). V případě chronických onemocnění bývá obvykle v souvislosti se znovuvzplanutím choroby používá termín „relaps“, ovšem v případě Crohnovy choroby je k označení tohoto stavu používáno zmíněného pojmu „recidiva“. Vedle již uvedených pojmů bývá v souvislosti s Crohnovou chorobou používáno rovněž pojmu „rekurence nemoci“, jímž je označován výskyt objektivních morfologických známek (Dítě, 2007).

Projevy Crohnovy choroby je možno dělit na gastrointestinální a extraintestinální. Stran gastrointestinálních projevů Crohnovy choroby je možno uvést, že nejvíce toto onemocnění manifestuje v ileocekální oblasti. Je-li postižena tato oblast, vyskytují se především takové symptomy, jakými jsou bolestivé břicho, průjem, snížení tělesné hmotnosti nebo zvýšení teploty. Při postižení ileocekální oblasti může snadno dojít k záměně Crohnovy choroby s akutní apendicitidou, což platí hlavně o počátcích tohoto onemocnění (Češka et al., 2010). Zpočátku tlakový charakter bolesti břicha v případě progredujícího zánětu přechází v bolesti křečovité. Nadto bývají provázeny i jinými zaživacími obtížemi (např. nadýmání, říhání či plynatost). Zmíněné obtíže mohou být ovlivňovány přijatou potravou, a sice cca jednu hodinu po konzumaci (Navrátil, 2008). Poměrně častá je i lokalizace Crohnovy choroby v tlustém střevě. V takovém případě je často postižení segmentální (postižená místa střídají místa nepostižená) a fokální (postižení se netýká celého obvodu střeva). Méně se již při této lokalizaci choroby vyskytují kontinuální změny. Pokud je za takové situace zasaženo Crohnovou chorobou rovněž rektum, pak j lze jen obtížně rozpoznat od ulcerózní kolitidy. Převažující symptomy manifestace Crohnovy choroby v tlustém střevě představují bolesti břicha (křečovité a obvykle lokalizované pod pupkem) a průjmy (Češka et al., 2010). Časté jsou taktéž krvácení z konečníku anebo tenesmy (pocit bolestivého nutkání na stolici). U této lokalizace Crohnovy choroby se až u 30 % pacientů zároveň vyskytují extraintestinální (mimostřevní) příznaky. K postižení análního kanálu a rekta nedochází izolovaně, nýbrž nezřídka provází postižení tlustého střeva. Jestliže je postižena anorektální oblast, může být narušena funkce análních svěračů, což může být

provázeno částečnou nebo dokonce i úplnou inkontinencí (Gabalec, 2009). Při manifestaci Crohnovy choroby v tenkém střevě vzniká mnohdy na ileu a jejunu fibrózní stenóza, která může vést k subileóznímu až ileóznímu stavu. V případě této manifestace převažuje komplex symptomů, jenž bývá označován termínem „střevní dyspeptický syndrom“ (Češka et al., 2010). Ten je možné charakterizovat jako soubor nepříjemných pocitů v celém břiše, v některých případech pouze v okolí pupku, nezřídka pocit tlaku a plnosti, kručení a přelévání střevního obsahu, flatulence a vystupňované střevní zvuky (Navrátil, 2008). Vyskytují se i projevy malnutrice, intermitentní bolesti břicha a průjmy. Tato lokalizace Crohnovy choroby nebývá provázána extraintestinálními příznaky (Češka et al., 2010). Spíše výjimečně tato choroba podle Dítěte (2007) manifestuje postižením duodena (stenózy), žaludku (pocit plnosti a bolesti po jídle, nauzea, zvracení nestrávené potravy) či jícnu (stenóza s vředy vedoucí k dysfagii a úbytku tělesné hmotnosti).

Extraintestinální symptomy Crohnovy choroby se vyskytují u zhruba jedné třetiny nemocných, přičemž je lze členit na symptomy spjaté s vysokou zánětlivou aktivitou onemocnění a koincidující nemoci, jež nejsou vázány na aktivitu zánětu střeva. Do první uvedené skupiny náleží kožní komplikace, kloubní komplikace a komplikace oční. Kožní komplikace mohou nabývat formy pyoderma gangrenózum, tj. hnisavého kožního onemocnění, pro nějž je charakteristická ohraničená nekróza (Pizinger et al., 2008), nebo formy erytéma nodózum, která se projevuje výskytem bolestivých uzlů barvy červenofialové, a to zvláště na kůži bérců (Dejmková et al., 2006). Kloubní potíže jsou představovány enteropatickou artritidou I. typu. Enteropatickou artritidu je přitom možno definovat jako zánětlivé postižení kloubů spojené s chronickými záněty u Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy a s akutními střevními infekcemi. Enteropatická artritida I. typu postihuje velké klouby (Topinková, 2006). Oční komplikace mají u Crohnovy choroby souvislost s její zánětlivou aktivitou. Z těchto komplikací se nejvíce vyskytuje iridocyklitida, kterou je možno vymezit jako zánět duhovky a řasnatého tělesa (Burch, 2008). Ke koincidujícím chorobám, jež nejsou vázány na zánětlivou aktivitu Crohnovy choroby, náleží primární sklerózující cholangitida, sakroileitida a enteropatická artritida II. typu (Burch, 2008). Primární sklerózující cholangitida (PSC) se vyznačuje difuzním zánětem a fibrózou žlučových cest, které vedou k obliteraci extra i intrahepatálních žlučových vývodů, jakož i k jaterní cirhóze (Ehrmann, Hůlek, 2010). Akutní sakroileitidu (nebo též aktivní sakroileitida) je možno charakterizovat jako edém kostí při úponu šlachy a kloubního pouzdra (osteitida), popřípadě edém kostní dřevě (Rudwaleit et al., 2009). Enteropatická artritida II. typu zasahuje zejména drobné klouby rukou (Topinková, 2006).

2.4 Komplikace související s Crohnovou chorobou

Již zmiňované symptomy, které mají na dotyčného jedince celou řadu negativních dopadů, mohou být provázeny tzv. střevními komplikacemi, které tyto symptomy ještě více komplikují. K těmto komplikacím náleží perforace, dále tvorba píštělí, kolorektální karcinom či vznik stenóz. Perforace se přitom vyskytuje ve dvou formách – jako krytá (jde o tzv. parakolický absces), do ohraničeného prostoru břišní dutiny, jež je provázena abscesem (Ferko et al., 2015), nebo jako volná do dutiny břišní, jež vyúsťuje v difúzní peritonitidu jakožto závažnému akutnímu onemocnění, které je provázeno množstvím typických klinických příznaků, jež vedou k rychlému rozvratu vnitřního prostředí a intoxikaci, což vyžaduje akutní operační zákrok (Pafko et al., 2006). Pokud jde o tvorbu píštělí, tak k té je možno v první řadě uvést, že se jedná o komplikaci v případě Crohnovy choroby velmi běžnou, až by se dalo konstatovat, že jde v jejím případě o komplikaci typickou. Střevní píštěle je možno je charakterizovat jako projev penetrace zánětu střeva mimo jeho stěnu (Češka et al., 2010). Je možno je dělit na vnitřní a zevní. Především u zevní (enterokutánní) střevní píštěle hrozí ztráta tekutin a elektrolytů, ale i riziko sepse a rozvoj podvýživy. Navíc se špatně hojí (Souček et al., 2011).

U žen se navíc mohou vyskytovat i vaginální píštěle, a to od malých, jež jsou obtížně zjištělné, až po velké cirkulární defekty, které jsou provázeny ztrátou části močového měchýře, dolního děložního segmentu apod. (Roztočil, Bartoš, 2011). Na výskyt genitálních píštělí u žen s Crohnovou chorobou byla zaměřena studie de la Pozy et al. (2012). V rámci jejich výzkumu bylo ve výběrovém souboru respondentů s Crohnovou chorobou identifikováno celkem 47 žen s vaginálními píštělemi (3,8 %). Nejvíce byl zaznamenán výskyt píštělí rektovaginálních (74,5 %), méně již byly zaznamenány píštěle anovaginální (21,3 %) a vůbec nejméně píštěle enterovaginální (4,3 %). Výskyt vaginálních píštělí je pro danou ženu spojen s celou řadou nepříjemných zdravotních i sociálních důsledků, zvláště pak s vaginálním výtokem fekálního materiálu nebo vaginálním průchodem plynu (de la Poza et al., 2012).

Kolorektální karcinom se u Crohnovy choroby vyskytuje spíše sporadicky. Více se vyskytuje u ulcerózní kolitidy (Šafránková, Nejedlá, 2006). O to více je však tato komplikace nebezpečná, poněvadž se jedná o zhoubný (maligní) nádor, jenž vychází z buněk sliznice tlustého střeva. Je diferencováno mezi karcinomem konečníku (rekta) a tračníku. Kolorektální karcinom náleží k tzv. adenokarcinomům čili nádorům žlázoového původu. O

jeho závažnosti svědčí fakt, že jde o nejčastější zhoubný nádor střeva a o nejčastější malignitu trávicího traktu vůbec (Lukáš, 2005).

Poslední zmíněná komplikace – stenóza – představuje zúžení střevního lumen (Navrátil, 2008). K jejich vzniku dochází v důsledku dlouhodobého hnisání, eventuálně je vyvolává i tlak zánětlivého infiltrátu. Tyto obstrukce mohou v návaznosti na průměr a délku stenózy vést k subileózním až ileózním stavům, popřípadě i ke kompresi močovodu, jejímž následkem je hydronefróza, tj. abnormální rozšíření ledvinné pánvičky spojené s městnáním moči (Schneiderová, 2014). Tato obstrukce (překážka) v odtoku moče může (pokud není odstraněna) vést k poškození funkce ledvin (Hanuš, Macek, 2015).

2.5 Odraz klinických projevů Crohnovy choroby v psychice dotčeného jedince

Vedle dopadů na fyzickou sféru jedince má Crohnova choroba rovněž dopady do jeho sféry psychické. Psychika dotčeného jedince je přitom ohrožena především v období akutních projevů této choroby. Během něj jsou osoby s Crohnovou chorobou zvláště ohroženi takovými jevy, ke kterým náleží úzkost, deprese, nestálost (labilita) nálad, mentální anorexie a nezřídka i disimilační tendence.

Úzkost představuje obvykle přirozený stav organismu. Úzkost a s ní související strach se problémem stávají tehdy, vyskytují-li se nadměrně často, jsou příliš intenzivní, trvají neúměrně dlouho či se vyskytují v nevhodných situacích. Bývají provázeny fyziologickými reakcemi, změnami v chování, ale i k psychologickým změnám (Praško et al., 2008). Podle Hartla a Hartlové (2015) je deprese duševním stavem, pro který jsou charakteristické pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí a nerozhodnosti, jež jsou provázeny útlumem a zpomalením duševních i fyzických procesů, jakož i ztrátou zájmů a sníženým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem. Cho et al. (2012) se ve své studii zaměřili na rizikové faktory, které se podílejí na vzniku depresí u pacientů s Crohnovou chorobou. Z této studie vyplynulo, že na depresi se u těchto pacientů v největší míře podílejí takové faktory, jakými jsou ekonomická situace daného jedince, dále úroveň jím dosaženého vzdělání a v neposlední řadě i úroveň kvality jeho života. Tress et al. (2008) k tomuto problému poznamenávají, že podle výsledků výzkumů se úzkost a deprese u idiopatických střevních zánětů, kam spadá i Crohnova choroba, vyskytují během remise u 29 až 35 % osob s těmito chorobami a v průběhu relapsu až u 80 % pacientů.

Část psychologických a vztahových problémů má spíše základ v dlouhodobém charakteru rozebíraného onemocnění. K takovým problémům podle Sajadinejada et al. (2012) náleží únava, poruchy ve vnímání vlastního těla, pocity pozbytí kontroly nad svými střevy, obavy z pohlavní nedostatečnosti nebo sociální izolace. Na faktory vyvolávající únavu pacientů s Crohnovou chorobou se zaměřila studie Banovice et al. (2011). Z jejích výsledků mimo jiné vyplynulo, že za únavou u těchto pacientů stojí především závažnost onemocnění a bolest. Dále tato studie dospěla k závěru, že únava u nich přetrvává i za situace, kdy nemoc zrovna ustupuje. Již zmiňovaní Tress et al. (2008) dále přicházejí s konstatováním, že osoby s Crohnovou chorobou jsou v porovnání s osobami s ulcerózní kolitidou více depresivní, úzkostní, rigidní a agresivní.

Studie, jejichž předmětem jsou psychické prožitky osob v souvislosti s Crohnovou chorobou, jsou poměrně početné, což se týká zvláště působení stresu v souvislosti s tímto onemocněním. Právě na tento vztah stál v centru pozornosti studie realizované např. Sajadinejadem et al. (2012). Na základě výsledků této studie konstatovali nezpochybnitelnost působení stresu na průběh idiopatických zánětů střev, což je dáno tím, že se stres spolupodílí na zhoršení či novém vzplanutí chronické choroby (exacerbaci) střevních příznaků. Zajedno však nejsou autoři v tom, zda se stres podílí na vzniku idiopatických střevních zánětů. Whayman et al. (2011) uvádějí, že k exacerbaci idiopatických střevních zánětů mohou mít vliv takové osobnostní rysy, jakými jsou neuroticismus, perfekcionismus či alexithymie. K alexithymii Raudenská a Javůrková (2011) uvádějí, že se u dotčené osoby vyznačuje sníženou schopností identifikace a verbálního vyjádření emocí, symbolického myšlení a konečně i fantazie. Vzhledem k narušené regulaci emocí mohou alexithymičtí jedinci subjektivně nepřesně u aktuálních stresujících událostí či situací chápat stres, a proto se mohou se stresem obtížněji vyrovnávat. Alexithymie tak může vyústit v potlačení vztahu subjektivních a fyziologických reakcí na stres (Stone, Nelson, 2001). U alexithymie bylo dále prokázáno, že pacienti s idiopatickými střevními záněty dosahují v porovnání se zdravou populací vyššího skóre (Whayman et al., 2011).

2.6 Léčba Crohnovy choroby

Ve vztahu k léčbě Crohnovy choroby je zapotřebí v první řadě uvést, že se jedná o nevléčitelnou chorobu. Vzhledem k této skutečnosti se tak dají léčit, respektive zmírňovat její symptomy, které se liší v závislosti na tom, zda se choroba právě v klidové fázi (zde se

hovoří o tzv. remisi) nebo ve fázi svého vzplanutí (zde se hovoří o tzv. relapsu). Crohnova choroba manifestuje ve vlnách, což znamená, že u ní dochází ke střídání klidových období s dočasnými obdobími s progresí, přičemž často nastávají recidivy. Zpočátku se u části tato choroba projevuje velmi podobně jako náhlá příhoda břišní (Čoupková, Slezáková, 2010). Z průvodních symptomů klinickému obrazu náhlé příhody břišní převažují bolest a gastrointestinální porucha motility. Ta ústí do nevolnosti (nauzei), zvracení (vomitu), zácpě (obstipaci) anebo plynatosti (flatulenci). V průběhu dalšího vývoje dochází ke vzniku vnitřních i zevních střevních a periproktálních píštělí a abscesů (Hermann, 2010). Léčba bývá obvykle realizována jako konzervativní, tedy neoperativní. Její podstata tkví v podávání léků s protizánětlivým a antibakteriálním účinkem, vhodné dietě či podávání umělé výživy do střeva nebo do žilního systému. Pokud nejsou uvedené metody konzervativní léčby dostatečné, pak je zapotřebí přistoupit k léčbě chirurgické (Kohout, Pavlíčková, 2006). V této souvislosti je zapotřebí uvést, že převážná část osob s Crohnovou chorobou musí pravidelně užívat léky, přičemž 70 až 80 % z nich nakonec musí podstoupit chirurgickou léčbu (Warner, Barto, 2010). Důležitá role v rámci léčby Crohnovy choroby náleží rovněž psychoterapii (Kohout, Pavlíčková, 2006).

2.6.1 Dieta, umělá výživa

Dietní léčba tvoří základ konzervativní léčby Crohnovy choroby. Způsoby léčby jsou odlišné v klidové fázi a ve fázi vzplanutí choroby. Svačina (2008) doporučuje pro Crohnovu chorobu následující dietní postup:

- podávání toliko parenterální (umělé, náhradní) výživy během akutní ataky choroby;
- pozvolná realimentace (tj. obnovení výživy po jejím předchozím delším nedostatku) se zahajuje kašovitou šetřící dietou s mírným omezením tuků, která se vyznačuje protiprůjmovým charakterem;
- v případě intolerance laktózy při postižení tenkého střeva je vhodné zařazovat namísto mléka a mléčných kaší kysané mléčné výrobky, tj. jogurt, tvaroh či sýry;
- během průjmů bezezbytková šetřící dieta s dostatečným množstvím bílkovin ke snížení rychlosti vyprazdňování a prodloužení doby vstřebávání živin;
- prevencí snížené chuti k jídlu (malnutrici), která zapříčiňuje nedostatečnost příjmu potravy, je podávání tekuté enterální výživy.

Při akutním vzplanutí může nastat proteino-energetická podvýživa provázená s úbytkem váhy, dále deficit bílkovin a nedostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků,

což se týká především draslíku, hořčíku, vápníku, fosfátů a vitamínů B12, D a K. Nedostatek konkrétních látek se odvíjí od toho, která část zažívacího traktu dotčené osoby je postižena. Pokud je např. postiženo terminální ileum, pak se zvyšuje pravděpodobnost nedostatku vitamínu B12, který se zde vstřebává do organismu (Bickston, Bloomfeld, 2010).

Podvýživa může být způsobována malabsorpcí (tj. narušením vstřebávání živin z potravy v zažívacím ústrojí), průjmem, jehož příčinou jsou žlučové kyseliny, přerůstání bakterií apod. Jak bylo uvedeno již výše, svého uplatnění při řešení těchto projevů nalézá rovněž enterální výživa. Veverková et al. (2019, s. 152) enterální výživu charakterizují jakožto aplikaci „... *farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu. Aplikacími cestami jsou ústa, nazoenterální sondy (nazigastriční, nazoduodenální, nazojejunální) nebo nutritivní stomie (gastrostomie, jejunostomie).*“ Enterální výživa, která je v případě Crohnovy choroby realizována ve formě perorálních nutričních doplňků nebo za využití sondy, je s to eliminovat následky podvýživy, stejně jako zlepšit kvalitu života osob s Crohnovou chorobou, které trpí podvýživou. Pokud není u pacienta s Crohnovou chorobou možná příjem potravy enterálně, pak je využíván druhý způsob výživy, tzv. parentální. Tento způsob spočívá v zavedení výživy do žilního systému (Kohout, Pavlíčková, 2006). K němu je nezbytné přistoupit tehdy, když jsou střeva výrazně zasažena zánětem (Vránová, 2013).

Perorální nutriční doplňky se pokládají za prospěšné i v období klidové fázi choroby. Naproti tomu u diety je situace daleko složitější, neboť sice na jedné straně nejsou nezbytná přísná nebo specifická dietní omezení, ovšem jsou některé potraviny, jež mohou Crohnovu chorobu zhoršovat. V této souvislosti je zapotřebí konstatovat, že okruh těchto potravin bývá u každého pacienta s Crohnovou chorobou velmi individuální záležitostí, pročež musí sám vlastním pozorováním a zkoušením zjistit, které potraviny jsou pro něj rizikové. Je však doporučováno dodržení určité biologické a energetické hodnoty stravy. Toto doporučení se v první řadě dotýká bílkovin, přičemž jeho podstatou je příjem zvýšeného obsahu kvalitních bílkovin. Pokud jde o normální stav výživy, mělo by se jednat o 1g kvalitní bílkoviny/kg/den, v případě podvýživy pak až 1,3g kvalitní bílkoviny/kg/den. Doporučení mají vztah rovněž k vyváženosti stravy, zastoupení vyššího obsahu vlákniny v ní, vyloučení či snížení množství dráždivých koření ve stravě nebo příjmu dostatečného množství tekutin. Doporučováno je rovněž vyloučení požívání alkoholu a kouření (Grofová, 2007).

2.6.2 Medikamentózní léčba

Na konzervativní léčbu navazuje léčba medikamentózní, která zahrnuje poměrně široké spektrum možností. Medikamentózní léčba se obecně zaměřuje jednak na ovlivnění mediátorů zánětlivých procesů, jednak na potlačení imunologických změn. V rámci tohoto druhu léčby se přitom uplatňuje tzv. step up přístup. Jeho podstata tkví v aplikování nejméně toxické léčby v případě mírných forem Crohnovy choroby, přičemž s narůstáním aktivity nemoci se přistupuje k léčbě více razantní a agresivní, která je ovšem i ve větší míře toxická (Marek, 2005).

Medikamentózní léčba je u převážné části pacientů zahajována tzv. **salicyláty**, kam spadají sulfasalazin a kyselina 5-aminosalicylová, tzv. mesalazin (Marek, 2005). Salicyláty bývají indikovány pro jejich analgetický, antipyretický, protizánětlivý a antiagregační efekt (Ševela, Ševčík, 2011). Výhodou mesalazinu, jenž se používá v různých lékových formách, spočívá v tom, že se uvolňuje vždy z 50 % v tlustém i tenkém střevě, takže působí tam, kde bývají záněty nejvíce lokalizovány (Marek, 2005). Léky s obsahem kyseliny 5-aminosalicylové (5-ASA) jsou používány při léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy nemoci, a to především jakožto léky udržovací, jejichž účelem je předcházení fázi vzplanutí (Kohout, Pavlíčková, 2006). Tyto léky bývají obvykle podávány ve formě tablet, manifestuje-li se Crohnova choroba v oblasti konečníku, pak mohou být využívány rovněž ve formě nálevů (klyzma) anebo čípků (Lukáš, Šatrová, 2004).

Při léčbě Crohnovy choroby jsou využívány rovněž **protibakteriální léky**, tedy antibiotika a chemoterapeutika. Jejich účel spočívá ve snižování množství cizorodých látek (tzv. antigenů) ve střevě a tím v konečném důsledku také možnosti vzniku zánětu (Kohout, Pavlíčková, 2006). Antibiotika se využívají výlučně při výskytu závažných stavů a komplikací. Z těchto léků se používají metronidazol, eventuálně ciprofloxacin, přičemž slouží ke korigování infekčních a septických komplikací, ke kterým náleží zvláště píštěle (Gabalec, 2009). Léčba antibiotiky by měla být dlouhodobá, ovšem se zřetelem k nežádoucím účinkům (Marek, 2005). Podle Červenkové (2009) by se antibiotika pro tyto účely měly užívat zpravidla 6 až 12 týdnů. Užívání některých antibiotik může zhoršovat složení střevní mikroflóry a v krajních případech mohou i proto vyvolat vzplanutí Crohnovy choroby. Vzhledem k této skutečnosti se doporučuje souběžně s antibiotiky užívat rovněž probiotika (Kohout, Pavlíčková, 2006).

Pokud již nastane ataka Crohnovy choroby, pak k její léčbě doposud uváděné léky nejsou postačující a je třeba přistoupit k jejich kombinaci s více agresivními způsoby léčby.

K nim náleží **kortikosteroidy** (nebo též kortikoidy). Tyto léky, které se používají od 50. let minulého století, mají protizánětlivé a imunosupresivní účinky. Ty jsou využívány právě při léčbě Crohnovy choroby, a to její akutní fáze. Pro udržení klidové fáze nejsou používány (Červenková, 2009). Kortikosteroidy se vyskytují v nejrůznějších lékových formách – ve formě tablet, čípků, nálevů apod. Používají se tzv. systémové kortikosteroidy, které se vyznačují velkou účinností, avšak zároveň i množstvím vedlejších účinků, a dále také tzv. topické (nebo též místní) kortikosteroidy, které mají vzhledem k jejich minimálnímu vstřebávání ze zažívací trubice pouze nepatrné nežádoucí účinky, které jsou však na úkor účinnosti v porovnání se systémovými kortikosteroidy (Gabalec, 2009). Léčba za využití kortikoidů je zahajována podáváním jejich vysokých dávek v průběhu dvou až tří týdnů. Po uplynutí této doby je snahou lékařů ukončit léčbu za jejich využití, přičemž jejich užívání by nemělo přesáhnout tři měsíce. Výrazným negativem kortikosteroidů je totiž vznik závislosti, ovšem až u 30 % pacientů nepřichází jejich vysazení do úvahy, poněvadž by se vrátily projevy choroby (Červenková, 2009). K označení stavu, kdy z tohoto důvodu není možné vysazení kortikoidů a je tak nezbytné je dlouhodobě podávat, se používá pojmu „kortikodependence“. V souvislosti s užíváním kortikoidů je možno se dále setkat i s pojmem „kortikorezistence“, jímž je označován stav, kdy je nezbytné k potlačení symptomů Crohnovy choroby dávkování kortikosteroidů v množství přesahující 30 mg/den. Kortikorezistence a kortikodependence se dotýkají až poloviny pacientů s touto chorobou (Gabalec, 2009). Dalšími nežádoucími účinky systémových kortikoidů, jejichž výskyt je relativně častý, náleží podle Gabalce (2009) otoky, dále osteoporóza, poruchy spánku a nálady nebo zvýšená vnímavost k infekcím. Kohout a Pavlíčková (2006) z nich dále uvádějí řídnutí (odvápnění) kostí, akné, riziko vzniku diabetu, nebezpečí zhoršení psychóz apod. Podle těchto autorů náleží proto k léčbě kortikoidy taktéž podpurná léčba, jejímž smyslem je eliminovat tyto vedlejší účinky.

Není-li úspěšná medikace za využití kortikoidů, popřípadě se jedná o pacienty kortikodependentní, pak je indikována **imunosupresivní terapie**. Imunosupresiva jsou přitom léky blokující činnost imunitního systému, jehož úkolem je obrana organismu vůči cizorodým látkám (Kohout, Pavlíčková, 2006). Tyto léky jsou indikovány u 60 až 70 % pacientů s Crohnovou chorobou, kteří užívali kortikoidy. Pacienti s Crohnovou chorobou jsou z imunosupresiv často léčeni metotrexátem, který je zpočátku aplikován ve formě injekcí (1x do týdne), posléze ve formě tablet. Uživatel této látky by měl mít na zřeteli, že zapříčiňuje vývojové vady plodu, takže by ani jeden z rodičů neměl v době početí být za jejího využití léčen (Červenková, 2009). Dále se z imunosupresiv používají k léčbě

Crohnovy choroby azathioprin nebo cyklosporin. V souvislosti s imunosupresivní terapií by měl být pacient obeznámen jednak s faktem, že se její efekt dostavuje řádově po několika týdnech (v průměru po 16 týdnech), stejně jako s tím, že je spjata s množstvím nežádoucích účinků. Ty představuje především tzv. flu-like syndrom, jenž se projevuje bolestmi svalů, dále bolestmi hlavy a průjmem, kdy se projevuje ve 2. až 3. týdnu poté, co byla zahájena tato medikace. K dalším nežádoucím účinkům imunosupresivní terapie náleží leukopenie, poškození jater a pankreatitida. Vzhledem k frekventovanosti nežádoucích účinků je třeba u pacientů s touto léčbou monitorovat zpočátku stav jejich krevního obrazu jednou do měsíce, v pozdějším období jednou za dva až tři měsíce (Marek, 2005).

2.6.3 Biologická léčba

Biologická léčba zakončuje v dříve zmíněném step up přístupu medikamentózní posloupnost. V posledních letech se však zkoumá přístup top down, který má v porovnání s přístupem step up obrácený postup, což znamená, že se léčba na již na počátku Crohnovy choroby zahajuje za využití silných a agresivních prostředků, přičemž cílem tohoto postupu je zamezit dalšímu rozvoji tohoto onemocnění. Lin et al. (2010) k tomuto přístupu poznamenávají, že je reakcí na zjištění, že u převážné části pacientů, kteří podstoupili svoji léčbu za využití klasického step up přístupu nakonec stejně dojde k rozvoji celé řady komplikací. Z výzkumů je totiž např. zřejmé, že při využití step up postupu se vyskytují píštěle u 33 % pacientů do desíti let od vzniku onemocnění a po dvaceti letech je to již u plné poloviny pacientů. K tomuto ještě dodávají, že v 83 % případů píštělí je nezbytné jejich řešení za využití chirurgického zákroku. Pokud je však zahájena biologická léčba kombinovaná s imunomodulátory, pak je na základě výsledků studií docilováno akcelerace remise choroby, přičemž se významně prodlužují časové úseky ke vzplanutí choroby, dále je u ní nižší potřeba medikace za využití kortikosteroidů, rychleji ustupují klinické symptomy choroby, rychleji klesají zánětlivé markery a konečně i dochází k lepšímu hojení sliznice (Lin et al., 2010).

Biologická léčba je založena na látkách, jež jsou pro organismus přirozené, popřípadě na látkách od nich odvozených. V porovnání s farmakologickou léčbou je tak biologická léčba založena na bázi přírodních produktů. K jejich výrobě je tak využívána např. lidská krev či očkovací látky (Červenková, 2009). Biologické preparáty jsou založeny na zásahu do imunitních mechanismů, k čemuž je využíván jejich účinek na tumor nekrotizující faktor (TNF; angl. *tumor necrosis factor*). Jedná se o látku, která běžně koluje v krvi, přičemž při místním působení iniciuje zánětlivou reakci a zároveň se vyznačuje

důležitými imunoregulačními a protinádorovými účinky. Je-li však tumor nekrotizující faktor v krvi obsažen ve vyšších koncentracích, pak působí systémově a vede k horečce, chorobnému hubnutí (tzv. kachexii, z níž je odvozeno jeho další označení *kachektin*), nechutenství či letarchii, jež jsou průvodními znaky široké škály závažných nemocí (Ferenčík, 2005).

Biologické preparáty je tedy možno charakterizovat jako preparáty, jež jsou s to blokovat nebo zcela zlikvidovat pro-zánětlivý cytokin TNF- α . K těmto účelům se používá např. infliximab, který je možno specifikovat jako protilátku, která sestává ze 75 % z lidské bílkoviny a z 25 % z bílkoviny myši. Tento preparát redukuje výskyt TNF- α ve sliznici střeva, ale i množství buněk, které produkují TNF- α a v neposlední řadě i hladinu C-reaktivního proteinu. Je podáván intravenózně (Medrano Acevedo, Fajardo Gaitan, 2012). Ze studií realizovaných s tímto preparátem vyplynulo, že krátkodobá odpověď na něj vzniká až u 80 % osob, jimž byl tento preparát podáván. U dalších až 50 % osob s tímto preparátem bylo zjištěno uzavření píštěle. Jeho nespornou předností je rovněž to, že nežádoucí oportunní infekce se při jeho podávání vyskytovaly jen v malé míře (McNamara et al., 2004). Z dalších těchto preparátů je možno zmínit adalimumab. Tento preparát je, na rozdíl od předchozího, vyráběn uměle za využití genového inženýrství. Z toho vyplývá i jeho velká přednost, kterou je absence cizorodé bílkoviny (Gabalec, 2009). Aplikuje se formou subkutánních injekcí, tj. jde o aplikaci léku injekcí pod kůži (do podkoží). Z uvedeného vyplývá další výhoda tohoto preparátu, kterou je možnost domácí terapie. Svůj podíl na tom má i fakt, že jsou na trhu dostupné preparáty adalimumabu, které lze aplikovat za využití inzulinových per (Lukáš, 2008). Do skupiny anti- TNF- α preparátů spadá taktéž certolizumab pegol. Je možno jej specifikovat jakožto rekombinantní humanizovaný antigen vázající fragment (Fab') specifický pro lidský TNF- α , který je vyráběn za použití kmene *E. coli* (Strojil, Ciferská, 2010). Jedná se tedy o humanizovanou protilátku se schopností navázat se na určité místo TNF- α , čímž mu zamezí v patologické činnosti. Pro použití v České republice byl tento lék schválen poměrně nedávno. Taktéž aplikace preparátů certolizumabu je uskutečňována subkutánně. Z provedených studií s tímto preparátem bylo zjištěno, že 44 % pacientů léčených dříve infliximabem, u nichž pozbyl účinnosti, se při přechodu na certolizumab vyskytovala pozitivní odpověď (Olejárová, 2010).

Vedle již zmiňovaných biologických preparátů, které se v praxi využívají nejčastěji, jsou dostupné i některé další, jež jsou ovšem založeny na odlišném principu. Na základě výzkumu imunitních reakcí během zánětu byl totiž zjištěn nepoměr mezi koncentracemi prozánětlivých působků a přirozených působků bránících zánětu v rozvinutí. Vzhledem

k tomuto ujištění byl zahájen vývoj preparátů, jež by fungovaly jakožto substitute protizánětlivých mediátorů. K takovým preparátům náleží např. antilymfocytární protilátky. Ty jsou v současnosti založeny na čištěných zvířecích polyklonálních látkách, jež vznikají při imunizaci králíků (v minulosti taktéž koní či ovcí) lidskými T-lymfocyty, a sice antitymocytním globulinem (ATG) nebo tymoglobulinem (Hůlek, Urbánek, 2018). Z antilymfocytárních protilátek se při léčbě Crohnovy choroby používají např. vizulizumab nebo fontolizumab (Donoval, Lukáš, 2007).

Biologická terapie byla a je u pacientů s idiopatickými střevními záněty považována za významný pokrok. Její limity jsou však dány tím, že část pacientů je vůči této léčbě rezistentních. U zhruba 30 % pacientů je totiž odpovědí na tuto léčbu kompletní remise, u dalších přibližně 30 % dochází díky této léčbě k výraznému zlepšení a zbývajících cca 30 % na tuto léčbu v zásadě nereaguje (Lukáš, 2008; Špičák et al., 2008). S jakoukoliv léčbou jsou dále spojena určitá rizika či nežádoucí účinky, což samozřejmě platí i o biologické léčbě. S aplikací biologických preparátů mohou být problémem infekce, tuberkulóza či neoplazie. Ve vztahu k infekcím je možno uvést, že k nejfrekventovanějším náleží závažné bakteriální infekce (tento problém se týká zvláště měkkých tkání, kůže či kloubů), dále infekce granulomatózní (zde se může jednat např. o listeriózu, kandidózu atp.) a konečně i infekce virové (tj. herpes zoster, který způsobuje pásový opar a plané neštovice, nebo reaktivace chronické hepatitidy B). K výskytu těchto infekcí dochází především během prvního roku léčby. Nastanou-li infekční nežádoucí účinky, pak je nezbytné biologickou léčbu neprodleně přerušit. K profylaxi takových nežádoucích účinků se před zahájením biologické léčby provádějí laboratorní vyšetření, která jsou zejména zaměřena na vyloučení hepatitidy A a hepatitidy B. Případný výskyt tuberkulózy bývá častý během prvních měsíců terapie, tj. mezi 3. a 12. měsícem jejího průběhu. Zpravidla se jedná o reaktivaci latentní infekce, kdy se ve větší míře vyskytují mimoplicní formy tuberkulózy. K vyloučení latentní infekce tuberkulózy se před započítím biologické léčby provádějí preventivní laboratorní vyšetření zaměřená na průkaz tuberkulózy. Toto preventivní opatření může být výrazně komplikováno v případě souběžné léčby Crohnovy choroby za využití imunosupresiv, poněvadž v takovém případě je tuberkulinový kožní test falešně negativní. Stran neoplazie (rozumí se jí nový růst tkáně) je možno především uvést, že vznik malignit není tak častý, jako je tomu u výskytu obou dříve rozebíraných komplikací. Na druhé straně je však třeba uvést, že se během paralelní léčby za využití imunosupresiv zvyšuje riziko výskytu lymfomů, leukémií, melanomů a některých solidních nádorů (tj. abnormálních pevných útvarů v těle, jež zpravidla neobsahují dutiny ani tekutiny). Z dalších nežádoucích účinků biologické terapie,

jejichž výskyt však není nikterak častý, je možno uvést chronickou kardinální nedostatečnost (insuficienci), dále různé autoimunitní syndromy, ale i hematologické poruchy (dřeňový útlum čili aplastické anémie), zvýšenou koncentraci jaterních aminotransferáz (signalizuje poškození jater), neurologická onemocnění (demyelinizační onemocnění), postižení plic nebo kožní onemocnění, tzn. psoriázy (Olejárová, 2010). Vedle již uvedeného se může u biologické léčby vyskytnout i alergická reakce, která může nastat jak během samotné infúze, tak i řádově několik dnů od její aplikace. Vzhledem k tomuto riziku někteří lékaři přistupují před aplikací infúze k podání antihistaminik nebo kortikosteroidů. K dalším, dosud neuvedeným komplikacím patří i bolesti hlavy, nauzea nebo návaly (Červenková, 2009).

Při biologické terapii (respektive její realizaci) se musí lékaři vypořádávat i s určitými praktickými problémy. K nim náleží především očkování. U biologické terapie je totiž kontraindikací očkování prováděné živými vakcínami. Toto očkování se provádí např. u zarděnek, spalniček, příušnic, viru varicella-zoster, žluté zimnice, chřipky, které se provádí nazální vakcínou, nebo u poliomyelitidy perorální vakcína. Za bezpečné je takové očkování považováno jen 3 až 4 týdny před započatím biologické léčby a 3 měsíce poté, kdy byla tato léčba ukončena. Jako problematické se v souvislosti s biologickou léčbou jeví rovněž chirurgické zákroky. Tato problematičnost přitom tkví ve vyšší frekvenci výskytu infekcí v perioperačním období, pokud byl chirurgický zákrok uskutečněn v období biologické léčby. Názory na tuto problematiku nejsou stejně jako výsledky na tento problém zaměřených studií jednoznačné. Vzhledem k této skutečnosti se tak doporučuje přerušení biologické terapie během předoperačního období (Olejárová, 2010). Naznačený problém je nutno řešit jak v souvislosti s chirurgickým zákrokem vynuceným samotnou Crohnovou chorobou, tak i v souvislosti s chirurgickým zákrokem nesouvisejícím s vlastním střevním zánětem. Dovoluje-li stav pacienta, pak se doporučuje dodržení minimálně dvoutýdenního odstupu od infúze biologického preparátu. V opačném případě je na místě přijetí určitých opatření, např. vytvoření pojistné stomie během resekce střeva a sešití obou jeho konců, tj. vytvoření tzv. anastomózy (Všechno, co jste..., 2019).

Určitým problémem u biologické léčby je rovněž její vysoká cena, která souvisí s vysokými náklady na jejich vývoj i pro jejich uvedení na trh, stejně jako s požadavky na jejich čistotu a kvalitu, které souvisí s tím, že se nezdá jedná o injekční přípravky (Biologická léčba..., 2013). Vzhledem k těmto ekonomickým aspektům je třeba k léčbě indikovat hlavně pacienty s největší šancí, že u nich bude dosaženo delší doby remise, a kteří se vyznačují velmi dobrou compliance vůči medikamentózní terapii. V našich podmínkách biologickou léčbu poskytují specializovaná pracoviště – centra biologické léčby.

V současnosti existuje v České republice 45 center, která jsou oprávněna indikovat a podávat biologickou terapii pacientům s idiopatickými střevními záněty. Do budoucna by se měl jejich počet zvyšovat tak, aby jimi bylo území České republiky pokryto více rovnoměrně, což by zvýšilo dostupnost této léčby pro pacienty. Zamýšlení rozšiřování sítě těchto center má rovněž souvislost s trendem zvyšování počtů takto léčených pacientů vzhledem k posouvání biologické terapie do ranějších fází onemocnění, v nichž tato terapie vykazuje vyšší účinnost (Biologická léčba IBD..., 2022).

2.6.4 Další léky používané v souvislosti s Crohnovou chorobou

U pacientů s idiopatickými střevními záněty se mnohdy vyskytují průjmy. Z toho důvodu jsou při léčbě Crohnovy choroby využívána anitidiarika, tj. léčiva potlačující průjem. Jejich podávání sleduje dva cíle: eliminovat ztráty vody a elektrolytů (dehydrataci a demineralizaci) a snížit nepříjemný, avšak nikoliv nebezpečný počet stolic (Lüllmann et al., 2020). K dalším častým symptomům Crohnovy choroby náleží malnutrice (podvýživa). Proto je zapotřebí do organismu pacienta dodávat jak scházející vitamíny, tak i minerální látky a stopové prvky (Kohout, Pavlíčková, 2006).

2.6.5 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba představuje v mnohých situacích a stavech, včetně akutních, stěžejní a nezastupitelnou léčebnou modalitu, ovšem pouze jen tehdy, pokud není možné chorobu ovlivnit konzervativním postupem. Prostřednictvím operace je možno obvykle rychle dosáhnout klidové fáze choroby. To může být výhodné např. v pubertě pro udržení či pro akceleraci růstu, pro zlepšení nutričního stavu či pro omezení rozsahu medikace a vedlejších účinků s ní související (Lukáš, Hoch, 2018). Důvodem chirurgického zákroku jsou u Crohnovy choroby takové komplikace, k nimž patří krvácení ze střeva, dále těžký akutní zánět se sepsí, zúžení průsvitu střeva či píštěle, ale i výrazný váhový úbytek zastavení růstu dětí či nádorové bujení (Kohout, Pavlíčková, 2006). Chirurgická léčba Crohnovy choroby je v současnosti založena na v maximální možné míře šetrném zásahu. Uvedená skutečnost se projevuje preferováním miniinvazivních zákroků u takových pacientů. Takové zákroky byly předmětem studie, kterou realizovali se 60 respondenty s Crohnovou chorobou Mirow et al. (2006). Průměrný věk těchto respondentů činil 33,1 roku. Podmínkou zařazení do studie bylo, aby absolvovali některý z laparoskopických zákroků střev. Na základě této studie byl učiněn závěr, že díky miniinvazivní chirurgii je třeba řešit menší množství pooperačních komplikací. Dále ze studie vyplynulo, že tyto zákroky vyžadují kratší dobu

hospitalizace a jejich výhodou je rovněž i to, že představují nepatrný kosmetický zásah. Tento fakt má pro pacienty v takovém věku velký význam, a to i se zřetelem k tomu, že řada pacientů s Crohnovou chorobou musí chirurgický zákrok absolvovat vícekrát. Kohout a Pavlíčková (2006) v souvislosti s chirurgickou léčbou upozorňují na možnost výskytu pooperačních komplikací. Ty mohou spočívat např. v syndromu krátkého střeva, který se může dostavit v důsledku opakovaných resekcí střeva. Tento syndrom podle Marka (2005) vzniká jakožto důsledek rozsáhlejšího chirurgického výkonu na tenkém střevě, kdy dojde k omezení plochy, na níž je možná resorpce živin, a sekreční kapacity gastrointestinálních hormonů, eventuálně ztrátě bauhyinské chlopně. Poněvadž pacient trpící tímto syndromem není s to tělo vyživit ústním přijímáním potravy, je nezbytné, aby přijímal umělou výživu (Kohout, Pavlíčková, 2006).

2.6.6 Psychoterapie

Kohout a Pavlíčková (2006) uvádějí, že psychika má v řadě případů vliv na průběh Crohnovy choroby a někdy může být dokonce jejím spouštěčem. Proto je třeba v rámci léčby pacientů s touto chorobou věnovat patřičnou pozornost psychoterapii, na čemž nic nemění ani fakt, že tuto chorobu nelze vyléčit jen psychoterapií. Na druhé straně však psychoterapie v některých případech může zabránit fázi vzplanutí Crohnovy choroby tím, že mu napomůže při vyrovnávání se s nějakou nepříznivou životní situací, např. s úmrtím v rodině, rozvodem apod. Neopomenutelný význam má psychoterapie rovněž při vyrovnání se se samotnou touto chorobou (Schölmerich et al., 1998). Pro efektivnost psychoterapie má největší význam navázání důvěryhodného vztahu mezi terapeutem a pacientem, jakož i pacientovo uklidnění (Mařatka, 2007).

Obecně existuje nepřehledné množství metod psychoterapie. Pro pacienty s Crohnovou chorobou jsou však nejvíce vhodné pouze některé z nich. Základ psychoterapie představuje terapeutický rozhovor. Vymětal (2004) charakterizuje terapeutický rozhovor jako velmi komplexní děj, jenž vedle verbálních obsahů zahrnuje rovněž mnohé nonverbální (např. mimiku) a paraverbální (např. intonaci) komponenty. Tento druh rozhovoru bývá zaměřen na uklidnění, povzbuzení a nalezení optimálního řešení určité problémové situace (Zacharová et al., 2007), v daném případě problémů souvisejících s Crohnovou chorobou a její léčbou. Cílem terapeutického rozhovoru by mělo být podněcování pacienta k sebezpozorování a vysvětlování významu a dopadů konfliktů vedoucích ke zhoršení choroby. V rámci vztahu mezi terapeutem (lékařem) a pacientem je v tomto případě přípustné i tolerování agresivních způsobů chování ze strany pacienta. Na druhé straně by neměl

terapeut (lékař) pacienta během rozhovoru řízeně dirigovat. Optimální nástroj této verbální intervence představují vhodně pokládané terapeutovy (lékařovy) otázky. Na jedno sezení by si měl terapeut (lékař) vyhradit alespoň 20 minut, přičemž by měl mít na zřeteli, že u pacientů s Crohnovou chorobou se mohou vyskytovat depresivní osobnostní rysy, ale také se může jednat o osoby velmi zranitelné, které samy o sobě pochybují. Těmto okolnostem je třeba ze strany terapeuta (lékaře) věnovat náležitou pozornost, poněvadž pouze tak lze dosáhnout vytvoření vhodných podmínek k přijetí faktu nepříznivého somatického průběhu choroby (Tress et al., 2008).

Za vhodnou psychoterapeutickou skupinou pro pacienty s Crohnovou chorobou je možno označit rovněž relaxační techniky, k nimž mimo jiné náleží rovněž autogenní trénink. V rámci autogenního tréninku je cílevědomě využíváno svalové relaxace k tomu, aby bylo navozeno psychické uvolnění a uvolnění funkcí orgánů. Ve své podstatě jde o posloupnost šesti nacvičovaných úkolů uvolňujících různé tělesné části a orgány. Již deset minut tohoto cvičení denně přináší dobré výsledky. Jeho výhodou je, že jej lze praktikovat kdekoliv. Nevhodný je pro osoby s nízkým krevním tlakem, poněvadž během autogenního tréninku dochází k jeho snížení (Velká kniha technik..., 2009). U pacientů s Crohnovou chorobou je možno z psychoterapeutických metod využít taktéž autogenní meditace, která bývá také označována jako Schultzův autogenní trénink. Jde o metodu založenou na dovednosti vyvolat a udržet si živé představy stanovených předmětů, osob a dějů, která je následně využívána během dalšího meditativního setrvávání u témat, která jsou pro meditujícího osobně významná (Kratochvíl, 2017).

2.7 Metodika a výsledky literárních rešerší

Tato kapitola práce byla zpracována formou kritické rešerše. Rešerší se rozumí soupis literatury ke zpracovávanému tématu. Podstata rešerše tkví v první řadě prohledání dostupných informačních zdrojů, které jsou představovány katalogy knihoven, odbornými elektronickými databázemi (především PubMed.gov), stejně jako zdrojů na internetu, zvláště webových stránek subjektů oborově zaměřených na předmětné téma. Díky shromáždění a prostudování vybrané relevantní literatury byl získán přehledu o stavu poznání o Crohnově chorobě (srovnej Tichá et al., 2009). Realizovanou rešerší je přitom možno charakterizovat jakožto komentovanou (kritickou) rešerší, kdy byl kriticky hodnocen obsah relevantních publikací i odborných statí (Bártová, 2021) a následně byl zpracován jejich přehled.

Z dostupných zdrojů, které jsou uvedeny v referenčním seznamu, bylo shora uvedeným postupem především zjištěno, že Crohnova choroba představuje v současnosti doposud nevléčitelné zánětlivé chronické onemocnění, které napadá různé části zažívacího traktu. Jeho průběh bývá individuální. Postihuje stejně příslušníky obou pohlaví. Etiologie tohoto onemocnění je nejasná, existuje však řada faktorů, které se podle současného stavu poznání podílejí na propuknutí tohoto onemocnění. K takovým faktorům, která často vystupují jako spouštěč tohoto onemocnění, náleží nesprávná funkce imunitního systému ve střevě, genetické předpoklady, nadměrně přehnaná hygiena v období dětství, stres, kouření, nezdravé stravovací návyky apod.

Ve vztahu ke klinickému obrazu Crohnovy choroby bylo ze shromážděných zdrojů zjištěno, že během své aktivní fáze manifestuje zejména takovými symptomy, jakými jsou zvýšená teplota či horečka, průjemy, zvýšená únava, vyčerpanost, bolesti břicha, nechutenství či úbytek váhy. U některých pacientů s touto chorobou se vyskytují rovněž tzv. píštěle. V případě diagnostikování této choroby je využívána medikamentózní léčba, ale i léčba biologická, která je nejnovějším druhem léčby *lege artis*. Při závažnějším průběhu choroby nezbyvá, než přistoupit k léčbě chirurgické. Vzhledem k dopadům Crohnovy choroby na psychiku má v léčbě této choroby své neopomenutelné místo i psychoterapie.

3 Praktická část

V této kapitole je objasněna metodika empirické části práce a následně i výsledky provedeného výzkumu k problematice faktorů, které ovlivňují životní styl pacientů s Crohnovou chorobou.

3.1 Metodika

Pro identifikaci faktorů ovlivňujících životní styl studentů s Crohnovou chorobou byl zvolen kvalitativní výzkum, poněvadž lze předpokládat, že těchto faktorů je celá řada a mohou být v řadě případů i velmi individuální. Vzhledem k této situaci by jejich postižení prostřednictvím kvantitativně zaměřeného výzkumu bylo v zásadě nemožné. Kvalitativní výzkum naproti tomu tím, že proniká do hloubky zkoumaného jevu a zkoumá daný jev kontextuálně, umožňuje získat o tomto jevu co největší objem informací (Švaříček, Šed'ová, 2007), což bylo v rámci realizovaného výzkumu zapotřebí. Dalším atributem kvalitativního výzkumu, který byl jedním z důvodů jeho výběru, je skutečnost, že jeho prostřednictvím lze pochopit podstatu jevů, o kterých se toho doposud příliš mnoho neví, respektive lze získat nové a neotřelé poznatky o jevech, kterých je již něco známo (Strauss, Corbinová, 1999). Konečně je pak třeba ještě u kvalitativního výzkumu vyzvednout hloubku jeho deskripce, která umožňuje zevrubnou analýzu získaných informací, jež směřuje ke zjištění, z jakého důvodu se určitý fenomén objevil, jakož i umožňuje získaná data důkladně porovnávat (Hendl 2005).

Ke sběru dat byl použit **polostrukurovaný rozhovor**, který bývá označován rovněž pojmy „polostandardizovaný rozhovor“ nebo „semistrukurovaný rozhovor/interview“. Jakýkoliv rozhovor je svojí podstatou interakcí, k níž dochází mezi dvěma subjekty (Švaříček, Šed'ová 2007). Pokud jde o rozhovor polostrukurovaný, k jeho charakteristice Kozel (2006) doplňuje, že je tazatelem zčásti veden podle stanoveného pořadí a formulace otázek, přičemž zbytek otázek tazatel volně doplňuje v závislosti na průběhu rozhovoru. Nespornou výhodou tohoto druhu rozhovoru je tedy jeho kreativita (Miovský, 2006). Obliba tohoto druhu rozhovoru podle Mišoviče (2019) pramení z jeho flexibility, dostupnosti a pochopitelnosti, stejně jako z jeho schopnosti odhalovat latentní a mnohdy i závažné aspekty lidského jednání. Jak upozorňuje Kutnohorská (2009), u polostrukurovaného rozhovoru mají rovněž velký význam vnější okolnosti, za nichž se rozhovor odehrává, tj. prostředí, doba rozhovoru apod. Polostrukurovaný rozhovor je tedy založen na definovaném tzv. jádru

interview, které představuje minimum otázek (témat), která hodlá badatel s informanty probrat. Tím je zajištěno, že během polostrukturovaného rozhovoru bude probráno vše podstatné. Tazatelské schéma použité v rámci provedeného výzkumu je zařazeno do přílohy č.1 této práce.

Realizované polostrukturované rozhovory s probandy byly s jejich souhlasem nahrány na záznamové zařízení. Záznamy těchto rozhovorů pak byly přepsány do písemné formy, a to ve formě **doslovné transkripce**. Při této transkripci je rozhovor zaznamenáván autenticky, včetně nespisovných slov, přerázků, slangových výrazů apod. (Mayring, 2016). Transkripce rozhovorů umožňuje jejich další efektivní práci s nimi (Výrost et al., 2019). Poněvadž šlo především o celkové postižení problematiky (viz např. McQueen, Knussen 2006 aj.), nebyly v prepisech rozhovorů zohledňovány takové okolnosti, jakými jsou pomlky, změny v hlasitosti apod. Tento přístup je na místě právě tehdy, když je zapotřebí se zaměřit hlavně na smysl obsahu sdělení nežli na jeho formu (Willig, 2014).

K provedení následné analýzy transkripce rozhovorů bylo využito **otevřené kódování**. Strauss a Corbinová (1999, s. 43) jej charakterizují následovně: *„Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. ... Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných.“* Díky kódování má badatel možnost popsat získaná data (Hendl, 2005). Vzhledem k výrazu „kódování“ by bylo možno se domnívat, že se jedná o jakousi mechanickou činnost, avšak podle Auerbacha a Silversteina (2003) není v rámci kvalitativního výzkumu kódování v žádném případě mechanickou činností, neboť tenduje k vytvoření teorie ve smyslu popisu vzorce v datech. Tento druh kódování je v rámci zakotvené teorie jedním ze tří kódovacích postupů. Může však být využito rovněž mimo tento výzkumný design, a to jako jeden ze způsobů uskutečnění analýzy dat (Lojďová, 2014). Otevřené kódování tedy směřuje k identifikaci určitých témat a obsahů, které jsou „skryté“ v transkripcích rozhovorů. V uskutečněném výzkumu bylo právě otevřené kódování využito jako hlavní analytický postup. Díky němu byly získány jednotlivé kódy, které se vztahovaly k předmětu výzkumu, jež byly následně sdruženy do příslušných kategorií.

Dalším zdrojem relevantních informací ke zkoumané problematice byly i předložené materiály o zdravotním stavu probandů, respektive **studium předložených dokumentů**. Ty umožňovaly ověřit některé sdělované informace o zdravotním stavu probandů. Z těchto materiálů, pokud proband nějaké takové materiály vůbec předložil, nebyly pořizovány kopie, nýbrž do nich bylo jen nahlédnuto a byly z nich pořizeny výpisky, přičemž případné

nejasnosti, souvislosti apod. byly konzultovány přímo s daným probandem. To umožnilo hlubší pochopení některých skutečností sdělených daným probandem během polostrukturovaného rozhovoru.

Výsledky otevřeného kódování se pak staly podkladem pro vytvoření **kazuistik**. Kazuistika byla zvolena z toho důvodu, neboť vytváří prostor pro splnění základního cíle kvalitativního výzkumu, jímž podle Yin (2009) je zevrubné zkoumání současných fenoménů v jejich nynějším kontextu, a to především za situace, kdy nejsou zcela zřejmé hranice a jeho kontextem. Za kazuistiku je ve shodě s Chrastinou (2019) považována sumarizační forma, kterou je představena analýza zkoumaného případu, jež může sloužit jako prostředek k prezentování, vzdělávání či publikování. V rámci kazuistiky je věnována detailní pozornost jednomu či několika případům, díky čemuž je možné porozumět podstatě zkoumaného jevu (Švaříček, Šed'ová, 2007). Základem kazuistiky je tedy případ. Tím může být jednotlivec, určitá skupina, instituce apod. Díky tomu, že dochází k detailnímu popsání a vysvětlení případu, je možno dospět k takové míře objasnění, kterého není možné dosáhnout zkoumáním stejných objektů v rámci hromadného souboru (Průcha et al., 2013). V daném, případě byl případem student s Crohnovou chorobou. Všechny dále uváděné kazuistiky mají následující jednotnou strukturu (srovnej Chrastina, 2019):

- anamnéza – uvádí údaje a fakta, která mají přímou souvislost s účelem, záměrem a předpokládaným přínosem kazuistiky;
- katamnéza – představuje deskripci historie případu, která podle Žiakové (2009) může být doplněna výroky či citáty případu s vhodnou výpovědní hodnotou;
- analýza/interpretace – zaměřuje se na rozbor informací a interpretaci zjištění
- závěr, diskuse – je celkově zhodnocen daný případ.

V souvislosti s metodologií provedeného výzkumu je třeba zmínit i takový důležitý aspekt, kterým je **etika výzkumu**. Ta se odvíjela od zásad etického jednání, které v souvislosti s výzkumem uvádí Hendl (2005):

- nezbytnost získání poučeného (souhlasu) – každý proband byl v plném rozsahu informován o účelu a průběhu výzkumu a zúčastnil se výzkumu jen tehdy, pokud s tím souhlasil, přičemž tato skutečnost podporovala i získávání příslušných informací v rámci prováděného polostrukturovaného rozhovoru;
- aktivní nebo pasivní souhlas – za aktivní souhlas je považováno podepsání příslušného dokumentu, ale v realizovaném výzkumu postačoval výslovný ústní

souhlas probanda se svojí účastí, který vyslovoval po seznámení s účelem a průběhem výzkumu;

- zatajení informací účastníkům – probandům nebyly zamlčeny žádné důležité informace a byly jim naopak v souvislosti s jejich účastí na výzkumu zodpovězeny veškeré jejich případné dotazy, a to v celém průběhu této jejich účasti;
- svoboda odmítnutí – všem probandům bylo sděleno, že jejich právem je kdykoli ukončit svoji účast ve výzkumu;
- anonymita – všem probandům byla výslovně zaručena anonymita.

V souvislosti s poslední uvedenou zásadou etického jednání je možno dále poznamenat, že vzhledem k citlivosti informací poskytovaných ze strany probandů, nejsou tyto v dalším textu uváděny pravými jmény, nýbrž pod jmény smyšlenými. Zároveň byly vynechány veškeré údaje o probandech, které by mohly vzhledem k jejich specifčnosti vést k jejich dodatečné identifikaci. K uvedenému je třeba navíc poznamenat, že řada informací o probandech představuje z pohledu Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) tzv. zvláštní kategorie osobních údajů (označované často termínem „citlivé údaje“, který používal dříve účinný zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů), jimž je poskytován tímto nařízením vyšší míra ochrany. Takto bylo k informacím od probandů přistupováno s veškerou zodpovědností, korektností a taktem.

Výzkum byl realizován s celkem 10 probandy. Tito byli získáváni za využití techniky sněhové koule (angl. *snowball technique*), a to z důvodu snadnějšího přístupu k probandům. Její podstatou je postupné „nabalování“ dalších respondentů na základě doporučení respondenta či respondentů, které výzkumník oslovil na začátku sběru dat (Breakwell et al., 2012). Ferjenčík (2010) poukazuje na úskalí této techniky konstituování vzorku, která spočívají v jejím nespolehlivosti z hlediska reprezentativnosti, časté velké namáhavosti a dlouhodobosti. Zároveň konstatuje, že jej lze využít pouze v rámci populací, které se vyznačují určitou vnitřní strukturou s propojenými sítěmi vztahů. V případě prováděného výzkumu se však tato úskalí neuplatnila a tato technika naopak přispěla k získání požadovaného počtu probandů, kteří splňovali dvě základní podmínky k účasti na výzkumu – jednalo se o studenty vysoké školy a současně o jedince, kteří mají diagnostikovanou Crohnovu chorobu.

Základní charakteristiky probandů zachycuje tabulka 2.

Tabulka 2. Základní charakteristiky probandů

Označení probanda	Věk	Kraj místa bydliště	Doba od diagnostikování Crohnovy choroby
Miroslav	23 let	Olomoucký	3 roky
Jana	19 let	Olomoucký	5 let
Kateřina	22 let	Jihomoravský	1 rok
Karel	20 let	Moravskoslezský	1,5 roku
Radek	20 let	Olomoucký	3 roky
Sebastian	25 let	Vysočina	8 let
Dana	22 let	Jihomoravský	4,5 roku
Zdeněk	21 let	Vysočina	3 měsíce
Ivana	24 let	Olomoucký	4 roky
Petr	19 let	Jihomoravský	8 měsíců

Zdroj: Vlastní zpracování

3.2 Výsledky

V této části práce jsou prezentovány kazuistiky jednotlivých probandů, jejichž stručná charakteristika byla podána v předchozí části kapitoly. U všech se tak děje v jednotné struktuře tak, aby bylo možno případně tyto případy porovnávat mezi sebou, a to i v dílčích zkoumaných aspektech.

3.2.1 Kazuistika Miroslava

Anamnéza

Proband Miroslav (věk 23 let) má Crohnovu chorobu diagnostikovanou 3 roky. Postižený má touto chorobou žaludek a tlusté střevo. Kromě této choroby netrpí žádným jiným onemocněním. Crohnovu chorobu má v rodině ještě dědeček z matčiny strany, ona sama však tuto chorobu nemá. Proband Miroslav má dalšího sourozence, který rovněž Crohnovou chorobou netrpí. V případě relapsu bývá léčen antibiotiky a antimykotiky. Relaps se u něj projevuje zvýšenou teplotou až horečkami, průjmy, bolestmi břicha a nadměrnou únavou. Tyto symptomy pro něj bývají v některých případech natolik omezující, že se nemůže účastnit přednášek na vysoké škole. Alkohol požívá příležitostně a zpravidla v malých dávkách, nekouří a návykové látky (s výjimkou krátkodobého experimentování s marihuanou v době před diagnostikováním předmětné choroby) nezneužívá.

Katamnéza

Před diagnostikováním Crohnovy choroby Miroslav trpěl opakujícími se zvýšenými teplotami a v některých případech i horečkami, které neměly jasný původ. Zároveň byly velmi často provázeny bolestmi břicha a v některých případech i průjmy. On sám k tomuto období uvedl: *„Pořád jsem chodil ke své doktorce, ta mi vždycky něco předepsala a ono to vůbec nepomáhalo. Bylo to docela k uzoufání, protože mi často nebývalo vůbec dobře. Tak mě doktorka nakonec poslala na gastrokopii a kolonoskopii tam mi při vyšetření zjistili, že mám Crohna. Moc mě to nepotěšilo, protože jsem o něm cosi slyšel od dědy, kterej jej má a nebylo to moc pozitivní, ale na druhý straně se začala léčit příčina mých problémů a je mi od té doby líp.“* Po diagnostikování choroby užívá při relapsu předepsané léky a snaží se dodržovat dietu, kterou mu doporučil ošetřující lékař na gastroenterologii. V období klidové fáze choroby však přece jen tuto dietu občas nedodržuje úplně: *„Tak jsem mladěj člověk a nebudu žít jako mnich. Když jsme někde s kamarády, tak si dám i nějakej alkohol, ale snažím se, aby to bylo s mírou. Jednou jsem to přehnal a nemoc se mi na nějakou dobu zase opakovala, tak jsem už poučenej.“* K relapsům u tohoto probanda dochází při dodržování doporučeného léčebného a dietního režimu přibližně jednou za šest měsíců.

Miroslav má koníčky spíše intelektuálního charakteru – čte literaturu faktu, beletrii v angličtině a rád sleduje dokumentární filmy. Taktéž tráví dost času na sociálních sítích, ale nevyhýbá se ani schůzkám se svými kamarády a když je ve škole, tak i se svými spolužáky. V místě bydliště se nevyhýbá ani občasným sportovním aktivitám, jimž se však věnuje jen rekreačně. Sám k tomu uvádí: *„Já nejsem žádněj velkej sportovec. Občas si jdeme s kámošema čutnout fotbal, v zimě pleskáme na rybníku hokej, ale ono to v posledních letech moc nejde, když jsou zimy takový, jaký jsou. Jinak jsem s tím sportem vcelku na štíru, ale on si člověk s tou nemocí zase nemůže tak moc vyskakovat.“* V období vzplanutí choroby se zmíněným sportovním aktivitám nevěnuje vůbec. Oproti stavu před diagnostikováním choroby se však situace u něj v této oblasti příliš nezměnila, protože se sportovním aktivitám ani dříve nevěnoval v nijak velkém rozsahu. S ohledem na jeho hlavní volnočasové aktivity, které jsou intelektuální povahy, tak u něj nedošlo ve způsobu trávení volného času v důsledku Crohnovy choroby k nikterak významným změnám.

Interpretace

U probanda Miroslava byly Crohnova choroba diagnostikována v porovnání s jinými probandy poměrně dávno. Na vzniku tohoto onemocnění u něj se s velkou pravděpodobností podílely genetické dispozice, na což se dá usuzovat z faktu, že touto chorobou trpí i jeho

dědeček z matčiny strany. Tato skutečnost však pro něj byla určitou výhodou, poněvadž měl možnost u svého příbuzného zjistit, řečeno jeho slovy „... že se s tou nemocí dá docela normálně žít, i když ho omezuje.“ V souvislosti s nemocí tak u něj nedochází k negativnímu ovlivňování jeho psychického stavu. Výjimkou jsou pouze situace, kdy dojde k jejímu vzplanutí a není mu příliš dobře. Toto se však může dít i u jiných lidí v případě banálnějších onemocnění, pokud se u nich projevuje např. nauzea apod. Na Miroslavovu psychiku působí v souvislosti s Crohnovou chorobou pozitivně i skutečnost, že její relapsy může do jisté míry kontrolovat dodržováním stanoveného léčebného a dietního režimu. Vybočení z dietního režimu, které spočívá např. v konzumaci alkoholu, jsou u něj pouze sporadická, takže se s jedinou výjimkou nepodílejí na relapsu choroby. Období klidu jsou víceméně stabilní a v jejich průběhu není Miroslav nijak výrazně (s výjimkou dietních opatření) omezován ve svém obvyklém způsobu života. Poněvadž se u něj relapsy dostavují relativně pravidelně, umožňuje mu to plánovat si své aktivity tak, aby mu symptomy choroby nebránily v této době věnovat se jeho činnostem. V období relapsu je v tomto ohledu velmi důležitý Miroslavův momentální zdravotní stav, respektive skutečnost, jakými symptomy se Crohnova choroba manifestuje a s jakou intenzitou. V krajních případech je pak Miroslav upoután na lůžko a veškeré aktivity tak musejí jít stranou. Tehdy se může věnovat jen četbě či sledování dokumentů v televizi, pokud má na tyto činnosti náladu. V tomto období u něj rovněž dochází k určitému omezení sociálních kontaktů mimo okruh jeho vlastní rodiny. Výjimkou bývá tento kontakt v rámci sociálních sítí. Proband Miroslav se tak v zásadě nemusel vzdát žádné ze svých oblíbených aktivit, s výjimkou ataky choroby v období relapsu.

Závěr

Probanda Miroslava Crohnova choroba ovlivňuje částečně jak v období remise, tak i v období relapsu. V porovnání s obdobím před diagnostikováním této choroby musel především změnit styl svého stravování, kdy z velké části dodržuje dietu, která významně přispívá ke kontrole průběhu jeho choroby. Toto je změna, která se týká jak období remise, tak i období relapsu. Vzhledem k převažujícímu intelektuálnímu zaměření volnočasových aktivit tohoto probanda nebylo nutno z jeho strany nijak zvlášť tuto oblast měnit a choroba jej tak víceméně v jeho volnočasových aktivitách v období remise nelimituje, v období relapsu pak záleží na tom, jak se aktuálně cítí. S nemocí se psychicky vcelku rychle srovnal a své veškeré aktivity plánuje tak, aby mu je nemoc nekomplikovala. Lze tak celkově shrnout, že na jeho životní styl s ohledem na uvedené skutečnosti nemá nijak zásadní vliv,

na čemž se významně podílí i jeho disciplína ve vztahu k dodržování stanoveného léčebného a dietního režimu.

3.2.2 Kazuistika Jany

Anamnéza

U Jany (věk 19 let) propukla Crohnova choroba ze všech probandů vůbec nejdříve, a sice již ve 14 letech. Tato choroba u ní postihuje oblast rekta, kde se u ní vytvářejí píštěle. Vedle této choroby se v minulosti potýkala i s mentální anorexií, kterou se jí podařilo překonat. Jana žije pouze s matkou, která je aktuálně bez přítele. Ona sama přítele má. Léčena byla nejprve kortikoidy, v současnosti podstupuje biologickou léčbu. Relaps se u něj projevuje zvýšenou teplotou až horečkami, nadměrnou únavou a především bolestí v oblasti rekta. Uvedené symptomy ji omezují spíše výjimečně. Alkohol vůbec nepožívá, avšak v malé míře kouří. Návykové látky nezneužívá, ani s nimi dle svého vyjádření nikdy neexperimentovala.

Katamnéza

Crohnova choroba se u Jany začala projevovat především krvácením v oblasti konečníku. S ohledem na tento příznak vzniklo prvotní podezření na hemoroidy, avšak na základě provedených vyšetření byla diagnostikována Crohnova choroba. Ty byly zpočátku u Jany léčeny kortikoidy, v posledním roce podstupuje léčbu biologickou, která má lepší výsledky, což se objektivně projevilo prodloužením remise ze tří na šest až sedm měsíců. V šestnácti letech u ní naplno propukla mentální anorexie, během jejíž kulminace přišla o 15 kg své hmotnosti. Ona sama k tomuto období uvedla: *„Byla jsem blbá. Všude kolem sebe jsem viděla samé hubené modelky a i moje spolužačky, co byly hubené, byly u kluků více žádané, zatímco já jsem dlouho o žádného nemohla zavadit. Vsugerovala jsem si, že když shodím pár kilo, tak si taky brzy někoho najdu. Místo toho jsem však spadla do anorexie a můžu být vděčná svojí mamce, že to začala včas řešit a já jsem se z toho dostala.“* Přítele si pak paradoxně našla v době, kdy se dostala zase na svoji původní váhu.

Anorexie u ní prohloubila pocity méněcennosti, na kterých se podílela i Crohnova choroba. Ta ji objektivně v běžných aktivitách nikterak neomezovala, avšak po subjektivní stránce způsobovala u Jany psychický blok, jenž byl u ní po dlouhou dobu překážkou především v interpersonálních vztazích. Tento blok se u ní projevoval např. následujícím způsobem: *„Třeba mi psala kámoška, jestli bych s nima nešla ven za klukama, že s nima už byly víckrát a bylo to vždycky fajn. A já místo toho, abych s nima šla, tak jsem jí odepsala,*

že zrovna nemám čas a zůstala jsem doma. Tohle jsem dělala dost často.“ Radikálně se tato skutečnost změnila po vyléčení mentální anorexie a především poté, co se seznámila se svým současným přítelem. Ten ji chtěl brát s sebou do společnosti a díky citlivému přístupu se mu ji k tomu relativně záhy podařilo přesvědčit. Ona sama je teď ráda, že se nechala k tomu přesvědčit: „Úplně mi to otevřelo obzory a zjistila jsem, že mě lidé mají rádi. Díky Milanovi¹ si užívám společnosti. Taký jsem s ním začala jezdit po výletech a chodit na bowling a jsem obecně šťastná.“

Pokud jde o docházku do školy, zde ji Crohnova choroba nijak neomezuje. Pokud již ve škole absentuje, pak je to z jiných důvodů nežli kvůli této chorobě (např. kvůli chřipce apod.). V době relapsu je však pro ni sezení obecně vzhledem k jejím problémům nepříjemné. Tyto problémy se však naučila eliminovat za využití nafukovacího kruhu. V minulosti existující psychické problémy postupně ustoupily, na čemž se podílel jednak úspěch v boji s mentální anorexií, jednak to, že má přítele a v neposlední řadě i to, že se její matka dokázala také dostat do pohody, ve které po určitou dobu po rozchodu se svým posledním přítelem po nějakou dobu nenacházela. Opomenout nelze v této souvislosti ani fakt, že se dostala ke studiu na vysoké škole, což rovněž přispělo ke zlepšení jejího sebeocenění.

Interpretace

Z toho, co bylo uvedeno v katamnéze, je zřejmé, že Jana náleží k pacientům, u kterých má Crohnova choroba aktuálně spíše lehčí průběh. Určitým štěstím v Janině případě bylo to, že u ní je Crohnova choroba provázena průjmy jen velmi výjimečně, poněvadž kdyby tomu bylo obráceně, bylo by to pro ni v období, kdy trpěla mentální anorexií, velmi nebezpečné a přímo by ji to mohlo ohrožovat na životě, poněvadž by to u ní mohlo vést k dalšímu razantnímu snižování hmotnosti. Dalším faktorem, jenž u ní zavážil pozitivně, byl její přítel Milan, díky němuž se u ní výrazně zlepšil psychický stav a zároveň u ní došlo ke zlepšení jejího sebevědomí a sebeocenění, které bylo do určité doby velmi nízké. Na tento psychický stav dříve měl poměrně výrazný vliv kult těla, který je v současnosti všudypřítomný, a který v období puberty a adolescence, kdy dospívající jedinci kladou velký důraz (v některých případech a patologický) na svůj fyzický vzhled, může mít na dotčeného jedince neblahé následky. Na lehčím průběhu Crohnovy choroby se podílí zvláště v posledním roce aplikovaná biologická léčba, která u Jany prodloužila období remise. Toto pozitivní ovlivnění má u Jany dále vliv na to, že v období remise nemusí dodržovat nijak

¹ Jméno Janina přítele bylo změněno.

přísnou dietu. K dietním omezením přistupuje v období relapsu choroby, přičemž jejich smyslem je co nejvíce redukovat její nepříjemné průvodní projevy. K jejich eliminaci navíc Jana využívá nafukovací kruh. Kombinace těchto opatření se pozitivně projevuje v tom, že vzdor své chorobě může vést svůj život takřka bez jakýchkoliv omezení, s výjimkou těch, o nich byla výše řeč. Jana se tedy se svojí chorobou naučila za těch pět let, co jí trpí, úspěšně žít. Shodou okolností Jana navíc náleží k těm osobám, kterým se podařilo v období, kdy trpí touto chorobou, jejich život výrazně zlepšit, i když na tom neměla podíl pouze ona sama. Na druhé straně však využila veškerých příležitostí, které se jí v tomto směru naskytly, což lze hodnotit jedinečně pozitivně.

Závěr

Janinu kazuistiku lze shrnout tak, že reprezentuje případ, kdy pacient s Crohnovou chorobou měl do jisté míry štěstí. Pokud by totiž byl její zažívací trakt touto chorobou napaden v jiném místě, mohla by být v době relapsu velmi pravděpodobně provázena průjmy. Ty by v období, kdy souběžně trpěla anorexií mohly představovat velký problém pro její zdravotní stav a v krajním případě i pro její život. Velkým přínosem pro Janu je i její přítel Milan, který vnesl do jejího života jistou stabilitu a současně rozšířil její sociální kontakty a okruh koníčků. Ve vztahu k Crohnově chorobě je možno dále konstatovat, že Janu nijak zvlášť neomezuje v jejích aktivitách, ať již studijních, volnočasových či jiných, což má do určité míry i souvislost s tím, že se naučila zvládat její nepříjemné projevy za využití vhodné pomůcky.

3.2.3 Kazuistika Kateřiny

Anamnéza

Kateřina (věk 22 let) náleží k těm probandům, u nichž byla Crohnova choroba diagnostikována teprve nedávno – před zhruba jedním rokem. Postižená má touto chorobou tenké střevo. Kromě této choroby netrpí žádným jiným onemocněním. Crohnovu chorobu v rodině nikdo jiný kromě ní nemá. Je jediným dítětem svých rodičů, kteří žijí společně. V případě relapsu bývá léčena antibiotiky. Relaps se u ní projevuje zvýšenou teplotou až horečkami, průjmy, bolestmi břicha, nadměrnou únavou a plynatostí. Uvedené symptomy ji v některých případech omezují v jejích aktivitách. Alkoholické nápoje požívá jen výjimečně, nekouří a v současnosti neužívá návykové látky. V minulosti krátce experimentovala s marihuanou, avšak ta jí nic nepřinášela, proto s tímto experimentováním záhy přestala.

Katamnéza

U Kateřiny samotnému diagnostikování Crohnovy choroby předcházely opakující se horečky, u nichž nebylo možné vysledovat zřejmou příčinu, a taktéž záněty kůže. Spouštěčem tohoto onemocnění byl u ní s největší pravděpodobností stres, který provázal úmrtí jejího domácího mazlíčka – čivavy. Ona sama k tomuto uvedla následující: *„Tu čivavku jsem měla od dětství a byla něco jako moje ségra. Dostala jsem ji od babičky a měla jsem ji moc ráda, protože byla zlatá. Nikdy bych nečekala, že když jsme ji museli kvůli nevléčitelné nemoci uspat, tak to na mě tak dolehne. Dva dny jsem probřečela a nebyla jsem schopna vůbec nic dělat a ani pak se to moc nelepšilo. Někdy v té době se u mě začaly objevovat ty problémy, o kterých jsem mluvila, a nakonec se ukázalo, že je to Crohnova choroba.“* Vzhledem k tomu, že u ní byla Crohnova choroba diagnostikována teprve relativně nedávno, nelze přesněji uvést, jak dlouho je u ní období remise. Přibližně lze uvést, že je to kolem čtyř až pěti měsíců. V této době u ní nemoc nijak nemanifestuje, avšak i tak má snahu se zdržet některých potravin, které jí lékař doporučil vyřadit z jejího jídelníčku. Doporučení týkající se diety Kateřina striktně dodržuje rovněž v době relapsu.

S diagnostikovanou chorobou se Kateřina vyrovnávala nesnadno: *„Co vám mám povídat... Nijak mě to nepotěšilo. V mém věku jsem žila v tom, že takové nemoci se týkají lidí mnohem starších a pic, najednou mám Crohna. Nebylo pro mě jednoduché to pobrat. Je to jako žít se sopkou. Chvilku je v klidu a pak najednou bum a začne spousta problémů. To pak toho nemůžu moc dělat, protože jsem ráda, že vůbec jsem. Hlavně ty bolesti břicha, kdy se svíjím v křečích, to bych nikomu nepřála.“* Z jejího pohledu se nemoc vyskytla v období jejího zdánlivého plného zdraví. V současné době je však již s touto chorobou psychicky vyrovnána, poněvadž si jasně uvědomuje, že jsou i „horší nemoci“. Fyzický stav v době relapsu nemoci jí však významně limituje v jejích aktivitách. V některých okamžicích jí nezbývá, než nemoc vyležet a využívat předepsaná antibiotika.

V období před propuknutím Crohnovy choroby vedla Kateřina aktivní život – pěstovala turistiku, cyklistiku a především měla ráda tanec, kterému se věnovala i na závodní úrovni. První dvě uvedené aktivity musela v období relapsu v závislosti na aktuálním zdravotním stavu omezit a tanci se věnuje dál, avšak již nikoliv závodně. Vysvětlení je následující: *„Tanec je těžká makačka. Na závodech není nikdo slabý a pro úspěch je potřeba pořádku trénovat. To teď občas kvůli chorobě nemůžu a velmi brzy jsem zjistila, že mi tak ujíždí vlak. Tak jsem se závoděním sekla a tancuju jen pro radost.“* Aktivitám se věnuje společně se svým přítelem. Ten se rovněž musel srovnat s propuknuvší chorobou a snaží se jí v překonávání úskalí nemoci pomáhat, např. se o ni stará v době, kdy je kvůli relapsu

upoutána na lůžko. V období relapsu nemoci musí Kateřina taktéž omezit své sociální kontakty, protože jí není dobře a nemá na další lidi náladu. Jinak však má lidi velmi ráda a je ráda ve společnosti při různých příležitostech. Nastupující relaps choroby se u ní projevuje zvýšenou únavou, na což reaguje tím, že redukuje své aktivity v takovém období a nezbytné činnosti odkládá do období remise.

Interpretace

Případ Kateřiny poukazuje na to, jakou roli může u Crohnovy choroby sehrávat stres. Ten u ní totiž s největší pravděpodobností vystupoval jako spouštěč této choroby, přičemž v jejím případě měl souvislost se ztrátou jejího oblíbeného pejska. S ohledem na počátek druhého relapsu, který se časově téměř kryl se začátkem zkuškového období, je možno vyslovit názor, že stres je zároveň faktorem, který bude mít vliv na vzplanutí této choroby. Pro tento závěr svědčí i to, že zatím poslední relaps u ní nastal o více než měsíc dříve, než nastal relaps předchozí. Průběh choroby u ní není zcela bezproblémový a je třeba na něj reagovat podáváním antibiotik. Pokud jde o volnočasové aktivity, kterými se Kateřina zabývá, tak jejich rozsah zůstal i po propuknutí Crohnovy choroby stejný, avšak do určité míry se změnila intenzita, s níž se jim věnuje. To se týká především období relapsu. Jedné ze svých oblíbených volnočasových aktivit – tanci, se přestala kvůli nemoci věnovat závodně a nadále se jí věnuje na amatérské úrovni. Velkou oporou je Kateřině její přítel, a to především díky jeho taktnímu a vstřícnému přístupu. Obdobně se Crohnova choroba promítla i do jejích sociálních kontaktů, které v období relapsu choroby musí s ohledem na komplikace s ní spojené redukovat. Protože je již schopna přicházející relaps v závěru období remise rozpoznat, přizpůsobuje v takovém případě své plány předpokladu, že se nebude moci svým aktivitám naplno věnovat.

Závěr

Kateřina je příkladem osoby s Crohnovou chorobou, u níž není její průběh zcela bezproblémový. V případě, že u ní nastane relaps choroby, musí své aktivity výrazně zredukovat, a to v návaznosti na svůj aktuální zdravotní stav. Obdobně u ní v tomto období dochází k omezení sociálních vztahů. Významným faktorem, který se u ní podílí na relapsu choroby, je intenzivní a po nějakou dobu působící stres. Ten byl ostatně i spouštěčem této choroby a aktuálně je mu vystavena především ve zkuškovém období během jejího studia na vysoké škole. Pozitivním faktorem, který jí napomáhá její chorobu zvládat, je vztah s jejím přítelem. Ten je jí nápomocen při překonávání stresu, což může působit jako protektivní faktor proti relapsu.

3.2.4 Kazuistika Karla

Anamnéza

Proband Karel (věk 20 let) má Crohnovu chorobu diagnostikovanou rok a půl. Náleží tedy k těm probandům, u nichž je tato choroba diagnostikována relativně krátce. Touto nemocí má zasažen konec tenkého střeva. Kromě Crohnovy choroby netrpí Karel žádným dalším onemocněním. Crohnovu chorobu v rodině nikdo jiný kromě něj nemá. Společně se svým mladším bratrem žije s matkou a jejím přítelem. V případě relapsu bývá léčen antibiotiky. Během relapsu se u něj projevuje zvýšená teplota až horečky, průjem, nechutenství a ubývání na váze, bolesti břicha a nadměrné nutkání na stolicí. Vzhledem k výskytu těchto symptomů bývá často omezen na svých obvyklých aktivitách. Alkoholické nápoje požívá poměrně často, a to včetně alkoholu tvrdého. Rovněž tak pravidelně kouří a občas s kamarády kouří i marihuanu.

Katamnéza

První manifestaci Crohnovy choroby předcházely opakované horečky bez jasného původu, ledvinové kameny a poměrně časté průjmy. Nějakou dobu však trvalo, než pochopil, že za jeho problémy může být nějaká závažnější choroba: „*Dlouho jsem si myslel, že moje časté průjmy a horečky jsou obyčejná střevní chřipka. Mému doktorovi se to však přestalo zdát a poslal mě na sérii vyšetření. Při jednom z nich mi zjistili ledvinové kameny, ale tím to neskončilo. Nakonec se z toho vyklubala Crohnova choroba. Říkal jsem si: proč to potkalo zrovna mě? Vždyť ještě nejsem tak starý.*“ Nakonec však Karlovi nezbylo, než se s nemocí vyrovnat. To se mu po několika týdnech od stanovení diagnózy podařilo. Je však nutno konstatovat, že Karel není nijak příkladný pacient, protože zatímco stanovený léčebný režim víceméně dodržuje, v dodržování dietního režimu má výrazné rezervy. On sám se k tomu vyjadřuje následujícími slovy: „*No... S tou dietou jsem dost na štiru. Šmakuje mi pivečko a k němu si dám i panáčka něčeho tvrdšího. V hospodě si dobře pokecám s kámošema a přece tam nebudu sedět u limonády. To by ze mě měli akorát prdel. I k jídlu si dávám, na co mám chuť. Jedině, když je mi blbě, tak třeba ani dva tři dny po sobě pořádně nejím a je to pak poznat na váze. Vím, že bych si tohle měl hlídat, ale já se prostě neudržím.*“ Návštěvy pohostinství jsou pro něj příležitostí ke kontaktu se svými kamarády, ať již v místě svého bydliště, tak i v místě svého studia na vysoké škole.

Karlovy hlavním koníčkem je po celou dobu automobilismus. Jezdí na různé motoristické srazy a na závody amatérů. Tomuto koníčku se věnuje i poté, co mu byla diagnostikována Crohnova choroba. V období remise se mu věnuje v podstatě ve stejné míře

a se stejnou intenzitou jako před touto chorobou. V období aktivní fáze choroby však musí tyto aktivity utlumit, protože mu je jeho zdravotní stav neumožňuje vždy se jim plně věnovat. Kromě již uvedeného nemá žádné speciální koníčky: „*Pro mě jsou hlavní ta auta. Pro ty jsem se narodil. Jinak jsem úplně normální. Občas zajdu do kina, na nějakou kulturu, do nákupáku a tak. To všechno samozřejmě tehdy, když u mě zrovna nenastoupila nemoc, protože pak se mnou moc není a sám čekám, až to přejde.*“ Když mu není dobře a je doma, věnuje se (pokud mu to jeho zdravotní stav umožňuje a má na to náladu) hraní počítačových her. Jindy tyto hry hraje jen výjimečně.

K relapsům choroby u Karla dochází takřka přesně po čtyřech měsících. Karel však není schopen označit, co tyto relapsy způsobuje, když na dotaz, co u něj způsobuje relaps choroby, odpověděl následující: „*To fakt nevím. Není to asi jen jedna věc, takže před vypuknutím nemoci jsem pokaždé pozoroval něco jiného. Jednou to byla kocovina, jindy to mohl být stres, v budoucnu se může vyvrbit něco dalšího. Třeba na to někdy přijdu a budu s tím moct něco dělat.*“ Karel v životě bere věci, „jak přicházejí“. Plánování je u něj víceméně živelné a nesystematické, což se týká i eventuálního organizování svých aktivit při zohlednění očekávaného relapsu choroby. Z toho důvodu se u něj mnohdy projevuje prokrastinace a z ní pramenící stres. Poměrně častým jevem u Karla je i ponocování, kvůli kterému nemá vždy dostatek času k odpočinku.

Interpretace

Karel náleží k těm několika málo probandům, kteří příliš nedodržují doporučený dietní režim, takže u něj období remise choroby trvají zhruba stejně, a to čtyři měsíce. Za největší prohřešek proti dietnímu režimu je možno u něj považovat poměrně časté požívání alkoholických nápojů, včetně alkoholu tvrdého, který se u Crohnovy choroby doporučuje vyloučit. Pobyt mezi kamarády mu pomáhá zapomenout na chorobu a s ní související případné komplikace, takže z tohoto pohledu je možno hodnotit jeho návštěvy pohostinství hodnotit pozitivně. Dalším pozitivním efektem těchto návštěv je to, že díky nim udržuje sociální vztahy. Ty udržuje také na různých motoristických srazech, na nichž se rovněž setkává s množstvím známých lidí. Karlův postoj k vlastnímu zdraví je možno hodnotit jako méně zodpovědný, poněvadž i když si uvědomuje, že mu některé věci škodí, tak se v nich obvykle neomezuje. Obdobně chaotický je jeho přístup k plánování realizovaných aktivit s přihlédnutím k případnému relapsu choroby, i když při jejich relativní pravděpodobnosti by toto plánování nemělo být problémem. Nástup relapsu choroby je u tohoto probanda víceméně logickým vyústěním méně zodpovědného přístupu k životosprávě, kdy v období remise dojde k vyčerpání jeho rezerv organismu a ten pak odpoví relapsem choroby. Lze tak

vyslovit předpoklad, že zodpovědnější přístup k životosprávě by se mohl promítnout např. prodloužením období remise, popřípadě nižší intenzitou symptomů choroby v období relapsu. Pak by se také nemusel v takové míře omezovat ve svých realizovaných aktivitách (včetně svého studia), což se negativně v některých obdobích jeho života promítá i do jeho psychického stavu.

Závěr

Proband Karel náleží k těm pacientů s Crohnovou chorobou, kteří v důsledku své nezodpovědné životosprávy s největší pravděpodobností touto chorobou trpí více, než by v opačném případě museli. Svůj podíl na tomto stavu má bezesporu jeho styl života „tady a teď“, který je však v konečném důsledku na úkor jeho oblíbených aktivit. Vzhledem k tomuto stylu života totiž musí Karel při relapsu choroby omezit jak své volnočasové aktivity, tak i své studium na vysoké škole a konečně i sociální kontakty. Za určitou překážku v optimálním životním stylu je možno u Karla označit i to, že plánování je u něj do značné míry méně časté. Zodpovědnější přístup k životosprávě by se s velkou pravděpodobností pozitivně odrazil v mírnějším průběhu Crohnovy choroby.

3.2.5 Kazuistika Radka

Anamnéza

Proband Radek (věk 20 let) má Crohnovu chorobu diagnostikovanou 3 roky. Touto nemocí má zasažen vzestupný tračník. Kromě Crohnovy choroby netrpí Radek žádným dalším onemocněním. V rodině stejným onemocněním trpí i jeho strýc (bratr matky), přičemž Crohnovu chorobu měl i jeho dědeček. Radek žije v úplné rodině, kterou kromě jeho rodičů tvoří i jeho starší sestra. Již po diagnostikování Crohnovy choroby začal podstupovat biologickou léčbu, kterou snáší dobře. V případě relapsu mívá bolesti břicha, průjmy a často také zvýšenou teplotu. Horečku mívá v této souvislosti spíše výjimečně. Alkoholické nápoje požívá jen příležitostně, a to ve velmi malých dávkách. Nekouří a neužívá žádné omamné či psychotropní látky.

Katamnéza

Diagnostikování Crohnovy choroby u probanda Radka předcházely, stejně jako u převážné části zbývajících probandů, opakující se horečky nejasného původu. Kromě toho v dospívání začal trpět i anémií. Později se přidaly i opakované průjmy a bolesti břicha. Vzhledem k rodinné anamnéze jeho lékařka velmi záhy pojala podezření na uvedenou chorobu, která se provedenými vyšetřeními potvrdila. Radek k tomuto okamžiku během

polostrukturovaného rozhovoru poznamenal následující: „Protože jsem cosi od strejdy o téhle nemoci věděl, tak jsem už před těmi vyšetřeními tušil, že tu nemoc mám také. Nijak mě to nepotěšilo, to je jasný. Ale nezbylo mi nic jiného, než abych se s tím smířil. Jsou přece horší věci, ne? Podpořila mě i moje doktorka, která mi doporučila biologickou léčbu už od počátku.“

Zahájená biologická léčba přispěla k tomu, že období remise choroby trvají sedm až osm měsíců, přičemž ani v průběhu jejího relapsu nejsou symptomy Crohnovy choroby natolik intenzivní, jak by mohly být. I tak má Radek snahu se v tomto období vyhýbat nadměrnému a zbytečnému stresu, ale i velmi kořeněným či tučným pokrmům a dodržuje bezzbytkovou dietu. Při ní jsou vyloučeny pokrmy s obsahem zcela nerozpustné vlákniny a naopak jsou doporučena pouze jídla lehce stravitelná. V tomto období zcela vylučuje i alkoholické nápoje. Díky tomuto přístupu se i subjektivně v období relapsu choroby cítí dobře, a proto se může při určité opatrnosti i nadále věnovat veškerým aktivitám, kterým se rád věnuje nejen ve svém volném čase. K těmto aktivitám ve volném čase náleží florbal, kynologie a posezení s přáteli. Pouze v období relapsu tyto aktivity poněkud omezuje, aby zbytečně nezatěžoval svůj organismus: „Vim, že v tomto období nemůžu jet na doraz. Tím bych si jen uškodil a to nechci. Snažím se to vidět i z té lepší stránky – je to pro mě příležitost k odpočinku a pak se i na ty věci, co nemůžu naplno dělat, i víc těším.“

Dále je třeba se v rámci katamnézy zmínit o eventuálním vlivu Crohnovy choroby na Radkovy interpersonální vztahy. Pokud jde o vztahy mezi nejbližšími osobami (rodina a přítelkyně), tak zde je možno uvést, že i v období relapsu choroby jsou na stejné úrovni. Radek k tomuto uvádí: „Moji blízcí jsou tím, co mi u té nemoci hodně pomáhá. Bez nich bych to asi zvládal hůř, i když bych to asi taky nakonec zvládnul.“ Poněkud omezeny jsou tyto vztahy v období relapsu s okruhem dalších osob. Právě omezení těchto vztahů a ostatně i veškerých aktivit, jak bylo uvedeno, je strategií, kterou Radek uplatňuje v rámci vypořádání se s Crohnovou chorobou.

Interpretace

Co bylo přesně u Radka spouštěčem choroby, nelze s jistotou říci, ale vzhledem k rodinné anamnéze je zřejmý vliv genetiky. I díky rodinné anamnéze se tento proband se svou diagnózou vcelku rychle smířil, na čemž se zcela jistě podílel i jeho pozitivní přístup k životu. V porovnání s dalšími probandy jsou u Radka období remise delší, na čemž má s velkou pravděpodobností svůj podíl biologická léčba, která byla léčba diagnostikované Crohnovy choroby zahájena. Další pozitivní okolností, kterou lze u Radka k eliminaci těžšího průběhu choroby vyzvednout, je jeho zodpovědný přístup k životosprávě, když

dodržuje jak doporučený dietní režim, tak i omezuje své aktivity v období relapsu, během něhož nejde „na doraz“. Jeho přístupu se tak nedá v zásadě nic vytknout, přičemž je možno doporučit, aby jej měli i jiní pacienti s touto chorobou, např. proband Karel, u kterého by tak zcela jistě vedl ke zlepšení průběhu choroby.

Závěr

Radek je jakýmsi prototypem ideálního pacienta s Crohnovou chorobou. Na jeho příkladu je evidentní, že zodpovědný přístup k životosprávě i při této chorobě má své pozitivní efekty, které spočívají minimálně v mírnějším průběhu relapsu a v prodloužení období remise. I díky tomuto přístupu tak nemusel změnit svůj dosavadní životní styl, včetně realizovaných aktivit. Ty pouze musí v období relapsu do určité míry omezit, což platí i o interpersonálních vztazích.

3.2.6 Kazuistika Sebastiana

Anamnéza

Proband Sebastian (věk 25 let) má Crohnovu chorobu diagnostikovanou již 8 let. Je tak probandem, který touto nemocí trpí ze všech nejdéle. Touto nemocí má zasaženo především tenké, ale i část tlustého střeva. Kromě Crohnovy choroby netrpí Sebastian žádným dalším onemocněním. V rodině nikdo jiný tímto onemocněním již netrpí. Sebastian je jediným dítětem svých rodičů. V současnosti žije se svojí matkou a jejím manželem, který však není Sebastianovým otcem. V minulosti se Sebastian musel vyrovnávat s domácím násilím, kterého se jeho otec dopouštěl na jeho matce a zčásti také na něm. V období relapsu choroby je u něj léčba realizována za využití kortikoidů a podpůrně i antibiotiky. Během relapsu se nemoc u něj ze symptomů projevuje bolestmi břicha, častými průjmy (v některých případech s příměsí krve), zvýšenou teplotou a velkou únavou. Vzhledem k chronickým problémům musel již v minulosti podstoupit chirurgický zákrok, který vedl ke zlepšení jeho stavu. Alkoholické nápoje požívá jen příležitostně, a to ve velmi malých dávkách. Kouří pouze výjimečně. Neužívá žádné omamné či psychotropní látky.

Katamnéza

Za spouštěč je možno u Sebastiana možno označit jednoznačně chronický a intenzivní stres, jehož zdrojem byly neutěšené vztahy mezi jeho rodiči a z nich vyplývající domácí násilí otce vůči matce i vůči němu samotnému. On sám se k tomuto období svého života vyjádřil následujícím způsobem: „*Na toto období svého života vůbec nevzpomínám*“

rád. Bylo to psycho. Můj otec je docela fajn chlap, ale jen do doby, než se napije. A to on dělal dost často. Když pak přišel domů, všechno lítalo. Když se mamka proti tomu ohradila, občas i nějakou schytala. Někakou facku jsem někdy dostal taky. Cítil jsem se tak bezmocný a bolí to dodnes. Nakonec se s ním mamka rozvedla a od té doby je klid.“ Samotnému propuknutí předmětné choroby předcházely časté průjmy, ale i zvýšená teplota či horečky a poněkud opožděný růst. Tyto symptomy však byly po nějakou dobu přikládány právě stresu, jemuž byl Sebastian dlouhodobě vystaven. Impulsem k sérii důkladných vyšetření se pak stala krev ve stolici.

Po zjištění Crohnovy choroby začal být Sebastian léčen tradičním postupem, kdy mu byly podávány imunosupresiva a v případě potřeby i antibiotika. Později, když se jeho symptomy zhoršily, začal být léčen kortikoidy. K častým průjmům a zvýšené teplotě či horečkám se v období relapsu choroby kromě toho přidávají i křečovitě bolesti břicha. Ty se s každým dalším relapsem choroby prohlubovaly. Nepomáhalo ani důsledné dodržování stanoveného léčebného a dietního režimu. Proto Sebastian musel nakonec absolvovat chirurgický zákrok. Po tomto zákroku se o něco prodloužilo období remise a v období relapsu choroby nebývají symptomy natolik výrazné jako v předchozím období. Sebastian k tomuto uvedl: *„Když jsem šel pod kudlu, měl jsem z toho docela peří. Ale ty bolesti břicha byly tak hrozný, že se to nedalo málem někdy vydržet. Tak jsem na tu kudlu šel a všechno dobře dopadlo. Od té doby je to výrazně lepší a já se mohl vrátit ke spoustě věcí, na který jsem ani dřív už neměl pomyslení.“* V tomto období nebyl ani jeho psychický stav nejlepší, ale po zákroku se postupně zlepšoval a v současnosti je dobrý a stabilní.

V Sebastianově životě hrají významnou roli kontakty s dalšími lidmi. Důvod je zřejmý: *„Su jedináček, tak mě to od malička táhlo ven, za kamarády. Lítat po venku, to bylo moje. Lidi prostě ke svému životu potřebuju a je jedno, jestli je to na sociálních sítích nebo někde venku.“* S kamarády a známými však musel v období před chirurgickým zákrokem vždy omezit kontakty. Oporou mu v tomto období byla a je vždy jeho přítelkyně, která se o něj stará a zařizuje vše potřebné. Uvedené platí i o jeho rodině, včetně nevlastního otce. K jeho zálibám již od útlého věku náležely turistika, lezení po stěně a kulturní akce. Z těchto zálib musel v období před operačním zákrokem výrazně zredukovat lezení po stěně a turistiku. K těmto aktivitám se mohl po rekonvalescenci, jež následovala po operačním zákroku, opět vrátit a věnuje se jim dodnes. Poněvadž s Crohnovou chorobou žije po delší dobu, je schopen rozpoznat, že se blíží období její aktivní fáze, a to podle velké únavy. V takovém případě v součinnosti s přítelkyní, popřípadě i s rodinnými příslušníky

přeorganizuje naplánované aktivity tak, aby se v období relapsu musel věnovat jen těm nezbytně nutným. V tomto ohledu jsou vůči němu vstřícní i při plnění studijních povinností.

Interpretace

U tohoto případu je jednoznačný spouštěč Crohnovy choroby – dlouhodobý intenzivní stres, který měl původ v nepodnětném rodinném prostředí probanda Sebastiana a v domácím násilí, jehož byl svědkem a v některých případech i jeho přímou obětí. Na jeho chorobu se přišlo až s určitým odstupem po jejím propuknutí, poněvadž její průvodní symptomy byly dávány do souvislosti s působením stresu. Po diagnostikování choroby byla zahájena tradiční léčba, která však nevedla zcela k úspěchu, protože Sebastian musel v důsledku prohlubující se problémů souvisejících s Crohnovou chorobou absolvovat chirurgický zákrok. Ten vedl ke zlepšení jeho zdravotního stavu a současně přispívá k méně závažnému průběhu onemocnění, a to jak z hlediska vzájemného odstupu jednotlivých relapsů, tak i z hlediska intenzity symptomů provázejících tuto chorobu. Prohlubující se symptomy Crohnovy choroby v období před chirurgickým zákrokem vedly u Sebastiana k postupnému omezování jeho volnočasových i dalších aktivit. Chirurgický zákrok mu tak umožnil se ve větší míře věnovat jeho oblíbeným aktivitám. Rovněž tak díky zlepšenému zdravotnímu stavu může více udržovat sociální kontakty, které v období před zákrokem musel v období relapsu choroby výrazně redukovat v podstatě na okruh příbuzných a svoji přítelkyni. Rodina a přítelkyně pro něj představují oporu ve chvílích, kdy mu není právě nejlépe. Vzhledem k tomu, že trpí Crohnovou chorobou po dlouhou dobu, je schopen se s ní vyrovnat i vhodnou organizací a plánováním činností.

Závěr

Sebastian je probandem, který Crohnovou chorobou trpí ze všech zde představených případů nejdéle. Zároveň je probandem, který prozatím jako jediný musel s ohledem na zhoršení svého zdravotního stavu absolvovat chirurgickou léčbu. Ta vedla ke kýženému efektu, když především prodloužila období relapsu a snížila intenzitu symptomů během relapsu choroby. Díky tomu se Sebastian může v současnosti více věnovat svým oblíbeným aktivitám, stejně jako studiu a v neposlední řadě i sociálním kontaktům se svými přáteli a známými, které jsou pro něj velmi důležité.

3.2.7 Kazuistika Dany

Anamnéza

Dana (věk 22 let) náleží k probandům, kteří s Crohnovou chorobou žijí v porovnání s ostatními po delší dobu – konkrétně 4 a půl roku. Touto nemocí má zasaženu oblast rektálního otvoru. Kromě Crohnovy choroby netrpí Dana žádným jiným onemocněním. V rodině nikdo další tímto onemocněním již netrpí. Dana má ještě mladší sestru, se kterou mají pěkný vztah. Totéž platí i o jejích rodičích, s nimiž společně žijí. V období relapsu choroby je u ní léčba realizována za využití antibiotik. V souvislosti s touto léčbou současně užívá i probiotika. Během relapsu se nemoc u ní ze symptomů projevuje především zvýšená teplota či horečka a velká únava. Alkoholické nápoje požívá jen příležitostně, a to ve velmi malých dávkách. Nekouří a neužívá žádné omamné či psychotropní látky.

Katamnéza

Crohnova choroba byla u Dany diagnostikována v souvislosti s chirurgickým zákrokem, který v minulosti podstoupila vzhledem k podezření na zánět slepého střeva, které se však nepotvrdilo. Tehdy bylo naopak zjištěno, že má zasaženu část tlustého střeva u rektálního otvoru Crohnovou chorobou. Po tomto zjištění byla neprodleně zahájena její léčba tradičním přístupem. Vedle toho jí byla doporučena i dieta, a to jak pro období remise choroby, tak i pro období jejího relapsu. Dana léčbu i dietní opatření beze zbytku zodpovědně dodržuje. Sama se k tomuto vyjádřila během rozhovoru takto: *„Doktorům věřím, proto dělám vše tak, jak mi doporučují. Musím říct, že se mi to osvědčilo, protože při srovnání se známými, kteří mají také Crohnovu chorobu, mám průběh docela mírný a chci, aby to tak i vydrželo. Musím to zaklepat na dřevo...“* Dana se i vcelku dobře po psychické stránce vypořádala se svojí chorobou, poněvadž si velmi záhy uvědomila, že tím pro ni život nekončí a že při dodržování některých opatření může dál žít svůj život, i když v období relapsu s určitými omezeními.

V období relapsu choroby aplikuje strategii omezení kontaktů s okolním světem na nezbytné minimum. K tomuto poznamenává: *„Když to na mě zase přijde, tak zalezu jako jezevec a ani nevyhlížám. Není mi moc dobře a stejně bych z ničeho nic hezkýho neměla. Kromě toho dokážu být dost protivná, když mi není dobře, tak bych si to u lidí, který mám ráda, mohla zbytečně rozházet a to opravdu nechci. To k sobě pouštím opravdu jen ty nejbližší, kteří mě znají a berou moje špatný nálady s rezervou.“* Dana je sportovně založená. Cvičí aerobik a v minulosti dělala závodně atletiku, konkrétně běhala kratší tratě. Těmto

aktivitám se věnuje doposud, ovšem atletiku přestala dělat závodně v okamžiku, kdy se u ní začaly objevovat problémy, které měly souvislost s Crohnovou chorobou. Běhá však podle možností i nadále, protože jí běh baví. Poněvadž u ní k relapsům dochází vcelku pravidelně, přizpůsobuje si své plány v tomto období s vědomím tohoto faktu a snaží se do něj zařazovat pouze takové činnosti, které by měla i vzdor svým problémům zvládnout.

Interpretace

Na diagnózu znějící „Crohnova choroba“ se přišlo při operačním zákroku, který měl řešit problémy, jež měl způsobovat zánět slepého střeva. Vzápětí po této diagnóze byla zahájena tradiční léčba, která má dobré účinky a Dana má díky ní poměrně lehký průběh choroby. I tak v době relapsu nemívá úplně nejlepší náladu, což preventivně řeší omezením svých kontaktů s dalšími lidmi. V období remise se jinak s ostatními lidmi stýká bez jakýchkoliv omezení. Z jejího vyjádření je zřejmé, že jí v období relapsu choroby jsou její blízcí oporou, což jí umožňuje nepříjemnosti spojené s chorobou lépe zvládat. Ty jí znemožňovaly tréninky, bez kterých se nedají ve sportu dosahovat úspěchy, proto se přeorientovala na sportovní aktivity na amatérské bázi. Sport má jednak ráda, stejně jako na ni má pozitivní účinky, které vyplývají z toho, že si díky němu udržuje hezký zevnějšek, který jí dodává velkého sebevědomí. K němu přispívá i to, že se dokáže velmi dovedně vypořádat s dopady Crohnovy choroby, ať již dodržováním stanoveného léčebného a dietního režimu, tak i promyšleným plánováním si svých aktivit. K dobrému zvládnutí Crohnovy choroby s velkou pravděpodobností přispívá i její psychická pohoda.

Závěr

Dana náleží k těm probandům, kteří mají lehčí průběh Crohnovy choroby, ať již z hlediska frekvence relapsů, tak i intenzity symptomů. Vzhledem k těmto skutečnostem, ale i díky racionálnímu přístupu k plánování aktivit může vést normální život bez výraznějších omezení. Lze přitom v této souvislosti vyslovit názor, že pokud by její přístup k chorobě, kterou trpí, nebyl natolik zodpovědný, tak by tomu tak být nemuselo, což platí především pro období relapsu.

3.2.8 Kazuistika Zdeňka

Anamnéza

Zdeňkovi (věk 21 let) byla Crohnova choroba diagnostikována teprve velmi nedávno – před třemi měsíci. Je tak probandem, u něhož od diagnostikování této nemoci uplynula

nejkratší doba. Touto nemocí má zasaženo tlusté střevo. Vedle Crohnovy choroby netrpí Zdeněk žádným dalším onemocněním. V rodině nikdo další tímto onemocněním netrpí. Zdeněk má ještě bratra a sestru, se kterými má hezký vztah. Jeho rodiče žijí spolu a jejich soužití je bezproblémové. Po diagnostikování Crohnovy choroby u něj byla zahájena biologická léčba, přičemž se zatím jeví, že je ze strany Zdeňka dobře tolerována a významně přispěla k potlačení symptomů Crohnovy choroby. Těmito u Zdeňka byly zvýšené teplota (někdy i horečka), časté průjmy, bolesti břicha a v některých případech i časté nutkání na stolici. Alkoholické nápoje požívá jen příležitostně, a to ve velmi malých dávkách. Kouří cca 20 cigaret denně. V současnosti neužívá žádné omamné či psychotropní látky, byť v minulosti experimentoval s marihuanou.

Katamnéza

Zdeňkovi byla Crohnova choroba diagnostikována na základě série vyšetření, které si vyžádal jeho praktický lékař vzhledem k jeho častým zdravotním problémům, které se projevovaly horečkami a silnými průjmy. Sám Zdeněk k tomuto uvádí: *„Byl jsem často na hromadě a už mě to nebavilo. Cpal jsem do sebe pořád černý uhlí, endiaron a další podobný věci, ale nijak zvlášť to nepomáhalo. Nakonec i mému doktorovi to přišlo divný, že pořád mám různé problémy, tak mi vypsal žádanky asi na osm různých vyšetření a nakonec z toho vypadl Crohn.“* Vzhledem k relativně krátkému časovému odstupu od diagnostikování této nemoci se s ní ještě zcela po psychické stránce nevyrovnal a teprve se s ní učí i žít v tom smyslu, že zjišťuje, co mu v souvislosti s ní dělá dobře a co naopak nikoliv. V době zatím jediného relapsu se o něj starali jeho sourozenci i rodiče. Na péči o něj se podílela i jeho přítelkyně. S tou rád chodí do společnosti, k čemuž využívá nejrůznější příležitosti – různé oslavy, srazy apod. V tomto ohledu se nemusel nijak významně omezit, pouze musel z konzumace vynechat některé potraviny, jejichž konzumace se v průběhu Crohnovy choroby nedoporučuje. Rovněž tak se snaží omezit kouření, dlužno však konstatovat, že to se mu prozatím nedaří, protože kouří od svých zhruba 15 let a návyk je tak u něj velmi silný. V době provádění rozhovoru (únor 2021) ještě nevěděl, po jaké době remise u něj nastane další relaps choroby. Taktéž mu nemohlo být z logiky věci známo, jaká bude intenzita symptomů jeho choroby v porovnání s prvním relapsem.

Interpretace

Diagnostikování Crohnovy choroby mělo u probanda Zdeňka poměrně tradiční průběh, kdy se nepotvrdilo původní podezření na běžná a vyléčitelná onemocnění (v tomto případě střevní problémy) a namísto toho byla diagnostikována zmíněná onemocnění. Na

základě stanovené diagnózy byla zahájena biologická terapie, která se podle dosavadních výsledků jeví jako účinná a efektivní. Za určitý problém je možno považovat skutečnost, že se Zdeněk doposud se svojí nemocí ne zcela psychicky srovnal, i když je možno vyslovit předpoklad, že je v tomto směru na dobré cestě. Svůj nezanedbatelný díl na tom mají jeho sourozenci a rodiče, kteří Zdeňkovi v období relapsu choroby pomáhali a starali se o něj. Pro závěr, že se nakonec se svojí chorobou srovná, svědčí i to, že se nemusel vzdát své nejoblíbenější aktivity, kterou je pobyt ve společnosti. Pouze se musí omezovat během konzumace v ní, což by však bylo z dietního hlediska vhodné i bez pobytu ve společnosti. Taktéž lze předpokládat, že až bude Zdeněk vědět, jak často u něho dochází k relapsu choroby, tak vzhledem k jeho cílevědomosti bude schopen své činnosti racionálně a účinně plánovat tak, aby jej choroba omezovala v co nejmenší míře.

Závěr

U Zdeňka je na jakékoliv zásadnější závěry ještě poměrně brzy, což je dáno skutečností, že u něj je Crohnova choroba diagnostikována velmi nedávno. Podle všeho však zahájená biologická léčba má svůj účinek a přispívá k lehčímu průběhu choroby. Vzhledem k tomuto faktu nebylo z jeho strany zapotřebí výraznější omezit své obvyklé aktivity. Výjimkou jsou pouze některé dny během relapsu choroby.

3.2.9 Kazuistika Ivany

Anamnéza

U Ivany (věk 24 let) byla Crohnova choroba diagnostikována již poměrně dávno, konkrétně před čtyřmi roky. Touto nemocí má zasažen jícen a žaludek. Vedle Crohnovy choroby netrpí Ivana žádným dalším onemocněním. V rodině nikdo další tímto onemocněním netrpí. Ivana již nebydlí s rodiči, neboť bydlí se svým přítelem. Ten se o ni v případě potřeby v období relapsu stará. K její léčbě jsou využívána antibiotika a probiotika. V případě relapsu onemocnění se u Ivany často vyskytuje zvýšená teplota, ale i horečka, méně již bolesti břicha a dále také zvýšená únava. Alkoholické nápoje požívá jen příležitostně, a to ve velmi malých dávkách. Nekouří a neužívá žádné omamné či psychotropní látky.

Katamnéza

Crohnova choroba byla u Ivany diagnostikována poté, co absolvovala sérii vyšetření, vzhledem k symptomům, které byly uvedeny v rámci její anamnézy, které u ní byly současně

provázeny anemií. K léčbě nemoci byly u ní nasazena antibiotika a k omezení jejich negativních projevů i probiotika. Ona sama pak v době remise i v období relapsu opatrně zkoušela, co jí pomáhá udržovat co nejlepší zdravotní stav. Takto např. zjistila, že jí v době relapsu, kdy trpí nechutenstvím, pomáhá při výživě, když používá tzv. sipping, tj. enterální výživu. Od té doby jí v takových chvílích pravidelně využívá. I to byla jedna z věcí, které přispěly k tomu, že se se svojí chorobou poměrně rychle po psychické stránce vyrovnala. Ona sama k tomu uvedla: *„Nejhorší bylo čekat na diagnózu. To se vám v takové chvíli honí v hlavě všechno možné a nejsou to rozhodně pěkné věci. Proto ta diagnóza pro mě byla jakýmsi vysvobozením, protože jsem konečně věděla, co mi je a mohla jsem s tím něco i dělat.“*

Hlavní Ivaninou zálibou je amatérské divadlo. Choroba ji ve vztahu k této zálibě omezuje v období relapsu, kdy není schopna svoji roli v představeních odehrát. Proto pokud její role zasahuje do období očekávaného relapsu (ty přicházejí pravidelně zhruba po sedmi měsících), řeší to režisér tím, že na toto období její roli obsazuje alternací. Jinak se (kromě studia) Ivana věnuje dál stejným aktivitám, jimž se věnovala před propuknutím choroby. K takovým aktivitám náleží výlety, dovolená u moře a návštěva kulturních akcí. Tyto aktivity Ivana plánuje na období remise. Pro vypořádání se s chorobou se taktéž cíleně v období relapsu šetří a snaží se udržovat si rezervy ke zvládnutí choroby: *„Vím, že kdybych jela na dřeň, nedopadlo by to dobře. Vnímám, že když jsem odpočatá, tak nemoc zvládám lépe.“* Proto chorobě bojuje i dobrou náladou, kterou si udržuje i během pravidelných setkání se svými kamarádkami a spolužačkami. Pozitivní vliv v tomto ohledu má i hezký vztah s přítelem, s nímž plánuje do dvou let svatbu.

Interpretace

I v případě Ivany byla Crohnova choroba diagnostikována po sérii vyšetření, která absolvovala vzhledem k symptomům nejasného původu. Ivana se po psychické stránce s Crohnovou chorobou vyrovnala v zásadě okamžitě, protože pro ni bylo podstatné to, že věděla, co je za jejími problémy. Taktéž díky stanovené diagnóze věděla, jakým způsobem může s těmito problémy bojovat. Za tím účelem si prostudovala odbornou literaturu vztahující se k tomuto onemocnění, což jí umožnilo lépe poznat její chorobu i možnosti, jak se s ní v rámci možností vypořádat. Pokud jde o její záliby, tak tou je především amatérské divadlo. V této zálibě není s výjimkou relapsu choroby nijak omezována, na čemž nese podíl opatření spočívající v alternaci její role. Je tak zřejmé, že při dobré vůli je řešení problémů souvisejících s Crohnovou chorobou možné a nemusí se vždy jednat o samotné pacienty či

jejich rodinné příslušníky a blízké, ale i o další osoby, ať již fyzické či právnické. Takto jí např. vychází v rámci studia na vysoké škole vyučující při plnění studijních povinností. Oporou je jí i její přítel, na kterého se může kdykoliv spolehnout. Veškeré tyto okolnosti mají společně s její nezdolností pozitivní synergický efekt na její zdraví, respektive na zvládání její choroby.

Závěr

Ivana náleží k těm pacientům s Crohnovou chorobou, kteří zodpovědně dodržují stanovený léčebný režim i doporučená dietní opatření. Vedle toho má silnou vůli, která jí umožňuje překonávat případné těžkosti související s její chorobou. Velký význam má v jejím případě i velmi vstřícný přístup k jejím zdravotním problémům ze strany jejího okolí. I díky němu se může i poté, co u ní předemětná choroba propukla, i nadále věnovat aktivitám (volnočasovým i dalším), kterým se věnovala i v předchozím období. Tyto aktivity musí v určité míře utlumit pouze v období relapsu choroby. V tomto období má navíc snahu udržovat si rezervy k dalšímu zvládání choroby.

3.2.10 Kazuistika Petra

Anamnéza

U Petra (věk 19 let) byla Crohnova choroba diagnostikována poměrně nedávno, konkrétně před 8 měsíci. Touto chorobou má zasaženo tlusté střevo. Kromě Crohnovy choroby netrpí Petr žádným dalším onemocněním. V rodině nikdo další Crohnovou chorobou netrpí. Petr bydlí dříve se svými rodiči, dříve s přáteli v pronajatém bytě. V období relapsu však bydlí vždy u rodičů. Po diagnostikování Crohnovy choroby u něj byla zahájena biologická léčba, na kterou reaguje dobře. V případě relapsu se u Petra zmíněná choroba projevuje zvýšenou teplotou nebo horečkou, bolestmi břicha a častými průjmy. Alkoholické nápoje požívá jen příležitostně, avšak v takových okamžicích se při jeho konzumaci nikterak neomezuje. Je příležitostný kuřák, ať již cigaret nebo marihuany.

Katamnéza

Crohnova choroba byla u Petra diagnostikována na základě série vyšetření, která u něj byla provedena vzhledem k jeho chronickým problémům s průjmem. Jeho samotného tato diagnóza zaskočila: *„Abych pravdu řekl, překvapilo mě to. O této chorobě jsem v minulosti cosi zaslechl, ale nic moc jsem o ní nevěděl. Až moje obvodářka mi pořádně vysvětlila, co je to za nemoc a co to ode mě bude vyžadovat. Pak jsem si o ní musel ještě i*

něco přečíst a řekl jsem si, že je to v pytli, že se budu muset hodně omezovat. Vůbec mě to nepotěšilo a chvílku trvalo, než jsem to pobral.“ Nakonec se s tímto faktem v relativně krátké době srovnal. Svoji roli v tomto sehrála i skutečnost, že Petr na aplikovanou biologickou léčbu reaguje dobře a symptomy choroby nejsou natolik intenzivní a netrvají příliš dlouho.

Již před propuknutím Crohnovy choroby se věnoval umělecké fotografii. Z jím předložených některých fotografií je možno konstatovat, že je v tomto směru opravdu talentovaný. Tomuto koníčku se vzhledem k relativně mírnému průběhu choroby věnuje i poté, co u něj byla diagnostikována Crohnova choroba. Přihlásil se ke studiu uměleckého směru na vysoké škole, přičemž k tomuto studiu byl přijat. Kromě toho Petr rád plave, i když pouze rekreačně. Tomuto sportu se začal věnovat již v dětství, kdy měl problémy s páteří a bylo potřeba ji zpevnit. Při návštěvě bazénu se seznámil i se svojí přítelkyní, která do jisté míry dohlíží na to, jak dodržuje stanovený léčebný režim i doporučený režim dietní. On sám to bere s nadhledem: *„Viki² je něco jako můj policajt. Kdybych ji neměl, tak bych se asi občas víc rozjel. Třeba při pití a tak. Už jen proto jsem rád, že ji mám. A to nemluvím o tom, jak se o mě stará, když mi není zrovna dobře. Za hodně jí vděčím.*“ S dalšími lidmi se stýká nejen na sociálních sítích, ale i ve skutečnosti – ve škole i během trávení volného času. Limituje jej v tomto směru pouze jeho aktuální zdravotní stav. Strategii vyrovnávání se s Crohnovou chorobou doposud žádnou nemá, což má souvislost i s relativně krátkou dobou od diagnostikování tohoto onemocnění.

Interpretace

Ačkoliv má proband Petr po konečném stanovení diagnózy o své chorobě dostatek stěžejních informací (částečně od obvodní lékařky, částečně z odborné literatury), ne zcela je zohledňuje ve svém praktickém počínání. Na tuto skutečnost je možné usuzovat podle toho, že byť si je vědom toho, že osoby s Crohnovou chorobou by neměly požívat tvrdý alkohol, tak v praxi tuto zásadu nedodržuje, byť tak nečiní příliš často. Za jeho relativně rychlým vyrovnáním se s diagnostikovanou chorobou tak může být zčásti i to, že se mu nakonec jeví tak, že „není až tak zle“, když jeho organismus na případné dietní prohřešky vzápětí nereaguje relapsem. Nadto biologická léčba má u něj velmi dobré výsledky, což jej může v tomto dojmu utvrzovat. Na druhé straně tyto výsledky léčby umožňují, aby se Petr i nadále věnoval všem svým dosavadním zálibám a činnostem. K nim náleží především fotografování, kterému by se v budoucnu chtěl věnovat profesionálně. Vzhledem k tomuto

² Jméno Petrovy přítelkyně bylo změněno.

cíli studuje i umělecký směr. V budoucnu by se chtěl dokonce i naučit potápět, aby mohl fotografovat i podmořský život.

Závěr

Na diagnostikovanou Crohnovu chorobu byla u Petra nasazena biologická léčba, která má velmi dobré výsledky, což se u něj projevuje lehkým průběhem choroby. Proto se Petr může věnovat všem aktivitám, přičemž je v nich limitován pouze aktuálním zdravotním stavem. Na druhé straně je však třeba poukázat na jeho poněkud lehkovážný přístup k diagnostikované chorobě, když čas od času porušuje doporučená dietní omezení. To by se pak u něj mohlo negativně projevit v možnostech realizace aktivit, kterým se chtěl věnovat.

4 Diskuse a závěry

Z toho, co bylo uvedeno v předchozí kapitole této práce, je zřejmé, že životní styl probandů nejobecněji ovlivňuje samotná choroba, tedy především její intenzita v období relapsu, ale i symptomy této choroby, které se u daného jedince vyskytují a konečně i délka remise choroby. Tento faktor lze ve větší či menší míře ovlivnit tím, nakolik daný jedinec dodržuje stanovený léčebný režim a doporučený dietní režim. Jde tak o zodpovědný přístup pacienta k léčbě této choroby. Bez něj není myslitelné nemoc udržet v co nejpříjemnějších mezích, což je předpoklad co nejmenší nutnosti omezovat možnosti ve vztahu k životnímu stylu. Zde se ukazuje, jaký velký význam má výchova ke zdraví.

Významné z tohoto pohledu je i disponovat dostatečným množstvím informací o chorobě, což má význam jak pro samotného jedince trpícího Crohnovou chorobou, tak i osob v jeho okolí. Umožňuje jim totiž chápat podstatu onemocnění i limity, kterým nemocného vystavuje. Díky tomu je možné optimálně vést léčbu tohoto onemocnění, ale i nastavit životní styl adekvátně průběhu a intenzitě tohoto onemocnění. Tato skutečnost je ostatně zřejmá z mírnějšího průběhu choroby u probandů, kteří dodržují např. omezení ve vztahu ke stravování, což sice nemusí vždy v konečném důsledku tento efekt ve větší míře, protože na průběh a intenzitu choroby mívají vliv i jiné faktory (např. dědičnost aj.), ale většinou tomu tak bývá.

Pro řadu probandů má pozitivní vliv na životní styl v souvislosti s jejich chorobou sociální opora, kterou jim poskytují jejich nejbližší (rodiče, sourozenci či životní partneři), ale i další lidé z jejich okolí. Typickým příkladem druhé skupiny mohou být pedagogové na vysoké škole, kteří přizpůsobují plnění studijních povinností studentů s Crohnovou chorobou jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu, nebo také režisér a kolegové z ochotnického divadla, kteří citlivě zohledňují chorobu své kolegyně při plánování svých představení (případ Ivany). Vědomí, že i relapsy choroby může u nemocných s Crohnovou chorobou přispívat k přesvědčení, že vzdor k jejím úskalím je možné s ní plnohodnotně žít a není třeba ve vztahu k životnímu stylu činit žádné zásadnější ústupky. Pro řadu nemocných s touto chorobou navíc má velký význam i to, že jejich choroba byla taktně a citlivě přijata okruhem jejich nejbližších osob.

Na příkladu několika probandů bylo taktéž evidentní, jaký má pro jejich životní styl význam plánování. Vhodně nastavený časový management těmto probandům umožňuje realizovat veškeré dosavadní aktivity (tj. aktivity, jimiž se věnovali do propuknutí Crohnovy choroby) v zásadě bez omezení, pouze některé z nich realizují zcela cílevědomě a záměrně

v období remise choroby. Rovněž tato skutečnost napomáhá vědomí, že i tato choroba se dá překonat, aniž by je musela nějak zvlášť omezovat, byť to vyžaduje další plánování navíc. Rozhodně se však těmto jedincům vyplácí, neboť se tím jejich závislost na okolí snižuje na minimum. Jediné, co se nedá díky plánování eliminovat, je úroveň některých aktivit. Tím je míněna skutečnost, že někteří probandi se mohli po propuknutí své choroby některým aktivitám věnovat již jen rekreačně, protože omezení daná jejich chorobou jejich další závodní kariéru znemožňují.

Za významný faktor, který ovlivňuje životní styl jedinců s Crohnovou chorobou, je možno na základě výsledků výzkumu považovat i jejich některé osobnostní charakteristiky. Již dříve byla zmiňována zodpovědnost, respektive zodpovědný přístup k chorobě, který potenciálně snižuje její dopady. Z dalších osobnostních charakteristik pak byly v rámci otevřeného kódování zjištěny pozitivní přístup k životu, respektive pozitivní myšlení (proband Radek) a dále nezdolnost (probandka Ivana).

Proband Radek se se svojí chorobou i s jejími úskalími, jak postupně přicházejí, dobře vyrovnal díky svému pozitivnímu přístupu k životu, respektive pozitivnímu myšlení. To má u něj přesně takovou podobu, jaká je obvykle odborníky doporučována – Radek se v životě orientuje hlavně na jeho pozitivní stránky. To neznamená ignoraci či popírání existujících problémů, což by mohlo snadno vést k opomíjení jejich řešení, nýbrž převažující zaměření se na pozitivní v životě, co může být vzhledem k problémům poněkud v ústraní (srovnej Slezáčková, 2012). Pozitivní myšlení je možno doporučit i dalším pacientům s Crohnovou chorobou.

Takové myšlení lze např. podle Hilla a Ritta (2009) postavit na pozitivním psychickém přístupu (bývá též označován jako filozofie „Mohu a udělám“). Zmínění autoři pozitivní psychický přístup charakterizují jakožto proces, jehož cílem je důvěrný, poctivý a konstruktivní stav mysli. Toho jedinec dociluje jím zvolenými metodami, stejně jako silou vůle a způsobem adaptace. Velký význam zde má tedy proaktivní přístup dotčeného jedince, na což poukazuje rovněž např. Brettová (2012), která poukazuje na fakt, že problémy musí každý jedinec řešit především sám, protože nikdo jiný je za něj obvykle nevyřeší. Uvedené platí i v případě problémů spojených s Crohnovou chorobou. Pokud sám nemocný nehodlá s touto nemocí bojovat např. dodržováním doporučeného dietního režimu či režimu léčebného, pak sotva může někdo další zásadnějším způsobem ovlivňovat jeho životní styl, který bude limitován hlavně jeho chorobou.

V pozitivním myšlení by jim mohlo být nápomocno i to, co doporučuje Covey (2016). Ten přichází s členěním věcí na okruh vlivu a okruh zájmu. Zatímco do okruhu vlivu

patří věci, které člověk může ovlivnit, okruh zájmu je tvořen věcmi, o které se lidé zajímají, eventuálně jim činí starosti. U jedince, kterému diagnostikovali Crohnovu chorobu, představuje tato choroba a problémy s ní spojené okruh zájmu. Jedinec se v tomto ohledu cítí ve vleku choroby, kterou zdánlivě nemá možnost ovlivnit, což jej paralyzuje. V takové situaci by měl usilovat o to, aby se choroba dostala do okruhu vlivu. Tehdy si uvědomí, jak s nemocí může bojovat, což je základní předpoklad úspěchu v tomto boji a v konečném důsledku přispěje ke kultivaci svého životního stylu.

Ve vztahu k nezdolnosti je možno konstatovat, že umožňuje překonávat těžkosti a strádání v souvislosti s Crohnovou chorobou. Nezdolnost je předmětem bádání již po delší dobu a ačkoliv tyto výzkumy nejsou zaměřeny přímo na Crohnovu chorobu, jsou jejich výstupu podnětné i pro ni. Na základě těchto výzkumů byly definovány tři typy nezdolnosti – nezdolnost typu osobní soudržnosti, dále nezdolnost typu *hardiness* a nezdolnost typu houževnatosti.

S konceptem nezdolnosti typu osobní soudržnosti (angl. *sense of coherence*) přišel Antonovsky, podle něhož je tvořena třemi dimenzemi – dimenzí tzv. smysluplnosti situace versus odcizení, dále dimenzí srozumitelnosti versus chaotičnosti a konečně i dimenzí zvládnutelnosti situace versus představě její nezvládnutelnosti. V případě, že daný jedinec vnímá svoji situaci jako smysluplnou, srozumitelnou a zvládnutelnou, existuje vyšší pravděpodobnost, že ve vztahu k boji s těžkostmi zaujme vstřícnější postoj (Antonovsky, 1993). S nezdolností typu *hardiness* (pevnost) přišla na základě svých výzkumů Kobasová. Také v tomto pojetí má tři dimenze, jejichž kladnými póly jsou chápání těžkosti coby výzvy, ochotu bojovat s chorobou a spatřování příležitosti k řízení běhu událostí (viz např. Kobasa et al., 1982 aj.). Nezdolnost typu houževnatosti (angl. *resilience*) je konceptem, se kterým přišla Kliewer. Podle ní se jedná o nezlomnost, jež je vlastní jedincům, kteří čelíce těžkostem se snadno nevzdávají, nýbrž naopak flexibilně přistupují k jejich řešení (Kliewer et al., 1998).

Křivohlavý (2009) dále v této souvislosti poznamenává, zvládat zdravotní těžkosti pomáhá i osobnostní charakteristika optimismu, především tzv. naučeného optimismu (angl. *learned optimism*), sebedůvěry a sebehodnocení (angl. *self-esteem*), ale i vnímané osobnostní vlastnosti (angl. *self-efficacy*), snadné zranitelnosti (angl. *vulnerability*), nebo tzv. zvnitřněná náboženská víra (angl. *intrinsic faith*). Tyto jevy, stejně jako další již zmiňované osobnostní charakteristiky mohou v konečném důsledku mít na osobnost nemocného Crohnovou chorobou výrazně pozitivní vliv, který se promítne i do průběhu a intenzity choroby samotné.

Jakkoliv je možno za stěžejní faktor, který ovlivňuje životní styl studentů s Crohnovou chorobou, označit právě samotnou tuto chorobu, lze jeho vliv do značné míry eliminovat osobním přístupem dotčeného jedince. Pokud má pozitivní přístup k životu, vyznačuje se nezdolností, dodržuje stanovený léčebný režim a doporučený dietní režim apod., může tím významně napomoci průběhu choroby a tím i nastavit méně omezujícím způsobem mantinely, které mu nemoc vymezuje. Toto vědomí může být důležitým faktorem, který povede k proaktivnímu přístupu k této nemoci a v konečném důsledku i k lepšímu životnímu stylu nejen v případě cílové skupiny nemocných s Crohnovou chorobou.

Souhrn

Práce je zaměřena na faktory, které mají vliv na životní styl studentů, u kterých byla diagnostikována Crohnova choroba. V teoretické části jsou shrnuty dosavadní poznatky o této chorobě, včetně nejnovějších možností její léčby. Empirická část pak prezentuje výsledky kvalitativně zaměřeného výzkumu ve formě kazuistik. Podkladem k jejich zpracování byly polostrukturované rozhovory s celkem desíti probandy, kterými byli studenti s Crohnovou chorobou. Využita byly i dokumenty vypovídající o zdravotním stavu probandů. Uskutečněné rozhovory byly po jejich transkripci podrobeny otevřenému kódování a následně byly zpracovány kazuistiky. Z nich vyplývají některé faktory, které mají vliv na životní styl studentů s Crohnovou chorobou. V návaznosti na jejich identifikaci jsou pak formulována doporučení, která si kladou za cíl zlepšit životní styl osob z cílové skupiny.

Summary

The thesis focuses on the factors that affect the lifestyle of students diagnosed with Crohn's disease. The theoretical part summarizes the current knowledge about the disease, including the latest treatment options. The empirical part then presents the results of qualitative research in the form of case studies. The basis for their elaboration were semi-structured interviews with a total of ten probands, who were students with Crohn's disease. Documents telling about the probands' health condition were also used. After transcription, the interviews were open-coded and subsequently case reports were compiled. These revealed some factors that affect the lifestyle of students with Crohn's disease. Following their identification, recommendations are then formulated which aim to improve the lifestyle of the target group.

Referenční seznam

AMBRŮZOVÁ, Barbora, RÉDOVÁ, Martina, MICHÁLEK, Jaroslav, ŠACHLOVÁ, Milana a Ondřej SLABÝ. Nové poznatky v patogenezi Crohnovy choroby. *Vnitřní lékařství*, 2012, roč. 58, č. 4, s. 291-298. ISSN 0042-773X.

ANTONOVSKY, Aaron. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 1993, roč. 36, č. 6, s. 725-733. ISSN 0277-9536.

AUERBACH, Carl F. a Louise B. SILVERSTEIN. *Qualitative Data An Introduction to Coding and Analysis*. New York: New York University Press, 2003. ix, 202 s. ISBN 0-8147-0780-7.

BANOVIC, Ingrid, PÉDINIELLI, Jean-Louis, GILIBERT, Daniel, JEBRANE, Ahmed a Jacques COSNES. La fatigue des patients atteints d'une maladie de Crohn en rémission: exploration du rôle du parcours médical et des facteurs psychologiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 2011, roč. 170, č. 3, s. 157-162. ISSN 0003-4487.

BÁRTOVÁ, Tereza. *Co je rešerše* [online]. Praha: České vysoké učení technické, 26. listopadu 2021. [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <http://knihovna.cvut.cz/katalogy-a-database/reserse/co-je-reserse#5>.

BAUMGART, Daniel C., ed. *Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: From Epidemiology and Immunobiology to a Rational Diagnostic and Therapeutic Approach*. 2. vyd. Cham: Springer, 2017. xx, 695 s. ISBN 978-3-319-33701-2.

BICKSTON, J. Stephen a Richard S. BLOOMFELD, eds. *Handbook of Inflammatory Bowel Disease*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. 192 s. ISBN 978-0-7817-6630-2.

Biologická léčba: Pro pacienty i lékaře. Praha: Asociace inovativního farmaceutického průmyslu, 2013. 20 s.

Biologická léčba IBD: Centra biologické léčby [online]. B. m.: Česká gastroenterologická společnost, Česká lékařská společnost JEP, © 2022. [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://www.cgs-cls.cz/biologicka-lecba-ibd/>.

BREAKWELL, Glynis M., SMITH, Jonathan A. a Daniel B. WRIGHT. *Research Methods in Psychology*. 4. vyd. New Delhi: SAGE Publications, 2012. 616 s. ISBN 978-0-85702-263-9.

BRETTOVÁ, Regina. *Zázrak každý den: 50 lekcí o tom, jak učinit nemožné možným*. Praha: Dobrovský, 2012. 317 s. ISBN 978-80-7306-500-3.

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ. *Vnitřní lékařství, sv. 1. 2.*, přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. 538, xxxv s. ISBN 978-80-7492-145-2.

BURCH, Jennie. *Stoma Care*. West Sussex: Wiley & Sons, 2008. 332 s. ISBN 978-0-470-03177-3.

BURISCH, Johan a Pia MUNKHOLM. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2015, roč. 50, č. 8, s. 942-951. ISSN 0036-5521. doi 10.3109/00365521.2015.1014407.

BURISCH, Johan, JESS, Tine, MARTINATO, Matteo a Peter L. LAKATOS. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2013, roč. 7, č. 4, s. 322-337. ISSN 1873-9946. doi 10.1016/j.crohns.2013.01.010.

COONEY, Rachel a Derek JEWELL. The Genetic Basis of Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases*, 2009, roč. 27, č. 4, s. 428-442. ISSN 0257-2753. doi 10.1159/000234909.

COVEY, Stephen R. *7 návyků skutečně efektivních lidí: zásady osobního rozvoje, které změni váš život*. 3. rozšířené vydání. Praha: FC Czech, zastoupení FranklinCovey v ČR a SR, 2016. 366 s. ISBN 978-80-7261-403-5.

CROHN, Burrill B., GINSBURG, Leon a Gordon D. OPPENHEIMER. Regional ileitis: A pathological and clinical entity. *The Journal of the American Medical Association*, 1932, roč. 99, č. 16, s. 1323-1329. doi 10.1016/0002-9343(52)90025-9.

ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén, c2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.

ČEŠKA, Richard, TESAŘ, Vladimír, Petr DÍTĚ a Tomáš ŠTULC, ed. *Interna*. Praha: Triton, 2010. xix, 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. 264 s., [4] s. Sestra. ISBN 978-80-247-3129-2.

DEJMKOVÁ, Helena, LACINA, Lukáš, ŠEDOVÁ, Liliana, GATTEROVÁ, Jindřiška a Karel PAVELKA. Diagnóza, diferenciální diagnóza a terapie erythema nodosum. *Česká revmatologie*, 2006, roč. 14, č. 4, s. 154-158. ISSN 1210-7905.

DE LA POZA, Gema, LOPÉZ-SANROMAN, Antonio, TAXONERA, Carlos, MARÍN-JIMENEZ, Ignacio, GISBERT, Javier, P., BERMEJO, Fernando, OPIO, Verónica a Alfonso MURIEL. Genital fistulas in female Crohn's disease patients. Clinical characteristics and response to therapy. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2012, roč. 6, č. 3, s. 276-280. ISSN 1873-9946.

DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. xx, 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.

DONOVAL, Robert a Milan LUKÁŠ. Novinky v terapii idiopatických střevních zánětů. *Lékařské listy*, 2007, roč. 56, č. 3, s. 23-25. ISSN 0044-1996.

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK. *Hepatologie*. Praha: Grada, 2010. 590 s. + CD-ROM. ISBN 978-80-247-3118-6.

FERENČÍK, Miroslav. *Imunitní systém: informace pro každého*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. 236 s., [4] s. ISBN 80-247-1196-6.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

- FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. 511 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
- GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 16-20. ISSN 0042-773X.
- GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. 237 s., [8] s. Sestra. ISBN 978-80-247-1868-2.
- HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. 305 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-3008-3.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. xiv, 450 s. ISBN 978-80-247-2612-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HILL, Napoleon a Michael J. RITT. *Klíče k pozitivnímu myšlení: deset kroků ke zdraví, bohatství a úspěchu*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, [2009]. 133 s. ISBN 978-80-7349-171-0.
- HŮLEK, Petr a Petr URBÁNEK. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. xxi, 738 s. ISBN 978-80-271-0394-2.
- CHO, Ok-Hee, YOO, Yang-Sook a Suk-Kyun YANG. Depression and Risk Factors in Patients with Crohn's Disease. *Korean Society of Nursing Science*, 2012, roč. 42, č. 2, s. 207-216. ISSN 2005-3673.
- CHRASTINA, Jan. *Případová studie - metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. 287 s. Monografie. ISBN 978-80-244-5373-6.
- KALA, Zdeněk, MAREK, Filip, VÁLEK, Vlastimil A. a Daniel BARTUŠEK. Chirurgická léčba Crohnovy choroby. *Vnitřní lékařství*, 2014, roč. 60, č. 7-8, s. 617-623. ISSN 0042-773X.
- KARGES, Wolfram J. P. a Sascha al DAHOUK. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. Praha: Grada, 2011. vi, 426 s. ISBN 978-80-247-3108-7.
- KLENER, Pavel, Václav JIRÁSEK, Marie BRODANOVÁ a Zdeněk MAREČEK. *Vnitřní lékařství. Svazek IV, Gastroenterologie, hepatologie*. Praha: Galén, c2002. 263 s. Scripta. Malá řada. ISBN 80-7262-139-4.
- KLIEWER, Wendy, LEPORE, Stephen J., OSKIN, Deborah a Patricia D. JOHNSON. The Role of Social and Cognitive Processes in Children's Adjustment to Community Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, roč. 66, č. 1, s. 199-209. ISSN 0022-006X.

- KOBASA, Suzanne C., MADDI, Salvatore R. a Stephen KAHN. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982, roč. 42, č. 1, s. 168-177. ISSN 0022-3514.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapí, c2006. 80 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 80-903820-0-2.
- KOZEL, Roman. *Moderní marketingový výzkum: nové trendy, kvantitativní a kvalitativní metody a techniky, průběh a organizace, aplikace v praxi, přínosy a možnosti*. Praha: Grada, 2006. 277 s. Expert. ISBN 80-247-0966-X.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. 403 s. ISBN 978-80-262-1227-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LIN, Ming Valerie, BLONSKI, Wojciech a Gary R. LICHTENSTEIN. What is the Optimal Therapy for Crohn's Disease: Step-up or Top-down? *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*, 2010, roč. 4, č. 2, s. 167-180. ISSN 1747-4124.
- LOJDOVÁ, Kateřina. *Zvol si mou cestu!: edukační aktivity subkultury freeganů ve veřejném prostoru*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 132 s. Spisy Masarykovy univerzity v Brně. Filozofická fakulta. ISBN 978-80-210-7478-1.
- LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty: diagnostika a léčba pro praxi*. Praha: Triton, 1997. 175 s., [9] s. ISBN 80-85875-31-4.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. xxii, 890 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
- LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. xviii, 712 s. ISBN 978-80-271-0353-9.
- LUKÁŠ, Karel a Jiřina ŠATROVÁ. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. V Praze: Triton, 2004. 87 s. ISBN 80-7254-473-X.
- LUKÁŠ, Milan. *Idiopatické střevní záněty: nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. Praha: Galén, 1998. 363 s. ISBN 80-85824-79-5.
- LUKÁŠ, Milan. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Lékařské listy*, 2008, roč. 57, č. 2, s. 3-5. ISSN 0044-1996.
- LUKÁŠ, Milan et al. *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat*. Praha: Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty, 2011. 59 s. ISBN 978-80-905120-0-9.
- LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Lutz HEIN. *Barevný atlas farmakologie*. 5. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 399 s. ISBN 978-80-271-2271-4.

- MAČÁK, Jirka a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. Praha: Grada, 2004. 347 s. ISBN 80-247-0785-3.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 773 s. ISBN 80-247-0839-6.
- MAŘATKA, Zdeněk. *Trávicí obtíže v lékařské praxi*. Praha: Galén, c2007. 161 s. ABC. ISBN 978-80-7262-472-0.
- MAYRING, Philipp. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 6. upravené vydání. Weinheim, Basel: Beltz, 2016. 170 s. ISBN 978-3-407-25734-5.
- MCNAMARA, D., A., S. BROPHY a J. M. P. HYLAND. Perianal Crohn's disease and infliximab therapy. *The Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 2004, roč. 2, č. 5, s. 249-311. ISSN 1479-666X. doi 10.1016/s1479-666x(04)80094-5.
- MCQUEEN, Ron A. a Christina KNUSSEN. *Research Methods for Social Science: A Practical Introduction*. 2. vyd. Harlow: Pearson Prentice Hall, 2006. xvii, 437 s. ISBN 0-13-124940-1.
- MEDRANO ACEVEDO, Antonio D. a Montserrat FAJARDO GAITAN. *Infliximab: Pharmacology, Uses and Limitations*. Nova Science Publishers, 2012. 188 s. ISBN 9781619423435.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
- MIROW, L., SCHWANDNER, O., FISCHER, F., FARKE, S. a P. BRUCH. Minimal invasive surgery for Crohn's disease – indication, technique and results. *European Surgery*, 2006, roč. 38, č. 4, s. 302-306. ISSN 1682-4016. doi 10.1007/s10353-006-0257-5.
- MÍŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. 292 s. Studijní texty. ISBN 978-80-7419-285-2.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).
- NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- OLEJÁROVÁ, Marta. *Biologická léčba v revmatologii*. Praha: Mladá fronta, 2010. 151 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2281-1.
- PAFKO, Pavel, Jaromír KABÁT a Václav JANÍK. *Náhlé příhody břišní: operační manuál*. Praha: Grada, 2006. 135 s. ISBN 80-247-0981-3.
- PIZINGER, Karel, ULÍKOVÁ, Hana a Monika KOFROŇOVÁ. Pyoderma gangrenosum. *Dermatológia pre prax*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 134-136. ISSN 1337-1746.

- PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 226 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-410-6.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.
- ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. xviii, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- RUDWALEIT, Martin, JURIK, Anne Grethe, HERMANN, Kay-Geert A., LANDEWÉ Robert, VAN DER HEIJDE, Désirée, BARALIAKOS, Xenofon, MARZO-ORTEGA, Helena, ØSTERGAARD, Mikkel, BRAUN, Jürgen a Joachim SIEPER. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2009, roč. 68, č. 10, s. 1520-1527. ISSN 0003-4967. doi 10.1136/ard.2009.110767.
- SAJADINEJAD, M., S., ASGARI, K., MOLAVI, H., KALANTARI, M. a P. ADIBI. Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, roč. 1, č. 1-11. ISSN 1687-6121. doi 10.1155/2012/106502.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. 368 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHOLMERICH, Jürgen, HOPPE-SEYLER Peter a Martin LAUSEN. *Ulcerózní kolitida, Crohnova choroba: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 30. přepracované vydání. Freiburg: Falk foundation, 1998. 56 s.
- SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3507-8.
- SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, ed. *Vnitřní lékařství. I. díl*. Praha: Grada, 2011. xlv, 805 s. ISBN 978-80-247-2110-1.
- STONE, L. A. a K. A. NIELSON. Intact physiological responses to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2001, roč. 70, č. 2, s. 92-102. ISSN 0033-3190. doi 10.1159/000056232.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 196 s. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- STROJIL, Jan a Hana CIFERSKÁ. Certolizumab pegol. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2010, roč. 24, č. 3, s. 155-160. ISSN 1212-7973.
- SVÁČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. 382 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006. 280 s., [4 s.]. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

- ŠEVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
- ŠPIČÁK, Julius. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada, 2008. 421 s., [20] s. ISBN 978-80-247-1783-8.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TICHÁ, Ludmila, CIVÍNOVÁ, Zdeňka, MORYSKOVÁ, Michaela, TRTÍKOVÁ, Ilona a Lenka NĚMEČKOVÁ. *Jak psát vysokoškolské závěrečné práce*. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2009. 35 s. Dostupné z: https://www.fa.vutbr.cz/home/UT/TEA/TEA/Teorie_a_estetika_architektury/Entries/2012/3/16_Jak_psat_vysokoskolske_zaverecne_prace_files/INSTRUKCE-1.pdf.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Obrazový atlas chorobných stavů: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2006. 346 s. ISBN 80-247-1670-4.
- TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
- Velká kniha technik učení, tréninku paměti a koncentrace*. Praha: Grada, 2009. 226 s. ISBN 978-80-247-3023-3.
- VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing, 2019. 216, xii s. ISBN 978-80-247-2747-9.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. Jessenius. ISBN 80-7345-058-5.
- VRABLÍK, Michal, MAREK, Josef, ed. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí*. 5., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. xxiv, 868 s. ISBN 978-80-247-5078-1.
- VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. 183 s. ISBN 978-80-7263-788-1.
- Všechno, co jste chtěli vědět o biologické léčbě u idiopatických střevních zánětů, ale báli jste se zeptat*. 2. vydání. Praha: Pacienti IBD, 2019. 69 s. ISBN 978-80-905120-9-2.
- VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. 339 s. Psyché. ISBN 80-247-0723-3.
- VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. 759 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5775-9.
- WARNER, Andrew S. a Amy E. BARTO. *100 Questions & Answers About Crohns Disease and Ulcerative Colitis: A Lahey Clinic Guide*. 2. vyd. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2010. 201 s. ISBN 978-0-7637-7638-1.
- WHAYMAN, Kathy, DUNCAN, Julie a Marian O'CONNOR. *Inflammatory Bowel Disease Nursing*. London: Quay Books Division, 2011. 445 s. ISBN 978-1-85642-404-2.

WILLIG, Carla. Interpretation an analysis. In: FLICK, Uwe, ed. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications, 2014. xxiii, 634 s. ISBN 978-1-4462-9669-1, s. 341-353.

YIN, Robert K. *Case Study Research. Design and Methods*. 4. vyd. London: Sage Publications, 2009. 260 s. ISBN 978-1-412-96099-1.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. + 1 CD-ROM. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZBOŘIL, Vladimír, Milan DASTYCH a Lucie PROKOPOVÁ. *Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Praha: Mladá fronta, 2012. 167 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2656-7.

ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

Seznam zkratk a tabulek

Seznam zkratk

IBD angl. *Inflammatory Bowel Disease*, idiopatické střevní záněty

TNF tumor nekrotizující faktor (angl. *tumor necrosis factor*)

Seznam tabulek

Tabulka 1. Typické příznaky Crohnovy choroby a jejich výskyt..... 12

Tabulka 2. Základní charakteristiky probandů 34

Seznam příloh

Tazatelské schéma

Příloha 1 Tazatelské schéma

Kdy v průběhu života u vás byla Crohnova choroba zjištěna?

Která část vašeho zažívacího traktu je touto chorobou zasažena?

Jak je u vás tato choroba léčena?

Jakými symptomy se u vás tato choroba projevuje?

Jak jsou tyto symptomy časté?

Omezuje vás Crohnova choroba ve vašem životě? Jak intenzivně a jak často?

Co u vás způsobuje relaps této choroby?

Jaký dopad na vaši psychiku má Crohnova choroba?

Držíte nějakou dietu v souvislosti s Crohnovou chorobou?

Co rádi děláte ve volném čase?

Jak vás eventuálně limituje Crohnova choroba při trávení volného času?

Musel(a) jste se kvůli Crohnově chorobě vzdát něčeho, co jste rád(a) dělal(a)?

Omezuje vás Crohnova choroba nějak ve vztazích s dalšími lidmi?

Jak se vypořádáváte při svém životním stylu s Crohnovou chorobou?